



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE FARMÁCIA

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Miguel Arcangelo Serpa

**CARACTERIZAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA
E USO DE MEDICAMENTOS EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
CADASTRADAS NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO-MG**

Ouro Preto-MG

2014

Miguel Arcangelo Serpa

**CARACTERIZAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA
E USO DE MEDICAMENTOS EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
CADASTRADAS NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Ouro Preto-MG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Vanja Maria Veloso

Co-orientador: Wendel Coura Vital

Ouro Preto-MG

2014

S486c

Serpa, Miguel Arcangelo.

Caracterização de fatores associados à qualidade de vida e uso de medicamentos em mulheres no climatério cadastradas no município de Ouro Preto-MG. [manuscrito] / Miguel Arcangelo Serpa. – 2014.

79f.: il.; color; grafs.; tabs.; mapas.

Orientadora: Profª Drª. Vanja Maria Veloso.

Coorientador: Prof. Dr. Wendel Coura Vital.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Área de concentração: Fármacos e Medicamentos

1. Climatério - Teses. 2. Menopausa - Teses. 3. Qualidade de vida - Teses.
3. Medicamentos - Utilização - Teses. I. Veloso, Vanja Maria. II. Vita, Wendel Coura. III. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 612.67:615.014.2

Catálogo: sisbin@sisbin.ufop.br




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP
Escola de Farmácia



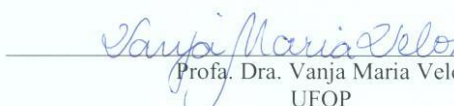
LISTA DE PRESENÇA

Sessão de defesa da 89ª dissertação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto, que conferiu o grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas a **Miguel Arcângelo Serpa** com a defesa da dissertação intitulada: “Caracterização de fatores associados à qualidade de vida e uso de medicamentos em mulheres no climatério cadastradas no município de Ouro Preto/MG”, avaliada pela banca examinadora abaixo:

Ouro Preto, 04 de agosto de 2014.


Prof. Rodrigo Pastor Alves Pereira
UFOP


Profa. Dra. Maria Rizonide Negreiros de Araújo
UFMG


Profa. Dra. Vanja Maria Veloso
UFOP

Aos meus pais,
pela dedicação.

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, fica expresso aqui a minha gratidão, especialmente para:

Todos os amigos que apoiaram, à Letícia pelo incentivo e carinho;

Todos os alunos da graduação, iniciação científica, técnico, que participaram e os que ainda fazem parte do projeto;

Às participantes do estudo que nos receberam muito bem em suas casas;

Aos funcionários das Unidades de Saúde em especial os Agentes Comunitários de Saúde, sem eles, seria impossível chegar até as mulheres;

Todos os professores colaboradores do projeto, em especial as professoras Cláudia Carneiro, Angélica Lima e Ruth Gaede;

A Secretaria Municipal de saúde;

A UFOP e Cipharma;

Ao co-orientador Wendel;

E meu agradecimento especial à orientadora, professora Vanja, que mais me incentivou e proporcionou a realização desse sonho.

RESUMO

O climatério é uma etapa natural e faz parte do ciclo de vida da mulher como consequência do envelhecimento. Entretanto, mesmo sendo fisiológico, esse período é caracterizado por várias alterações físicas e/ou psicológicas relacionadas ao hipoestrogenismo que podem refletir na qualidade de vida dessas mulheres. Dessa maneira, o objetivo do estudo foi traçar um perfil socioeconômico, da qualidade de vida e do uso de medicamentos em mulheres no climatério cadastradas em três Unidades de Básicas de Saúde do município de Ouro Preto/Minas Gerais. Para isso um grupo de 95 mulheres, cadastradas nessas Unidades, foram entrevistadas e responderam a um roteiro de entrevista e um questionário previamente padronizado (SF-36) que avalia a qualidade de vida. Foram coletadas informações sobre dados pessoais, uso de medicamentos e hábitos de vida. A média de idade foi de $53,3 \pm 4,4$ anos, a maioria era casada (52,6%) e usuárias exclusivas do Sistema Único de Saúde (75,8%). A renda da maioria delas foi menos ou igual a um salário mínimo (55,8%), e 76,9% não tinham iniciado o ensino médio. A análise dos escores obtidos pelo questionário SF-36, revelou que a maior mediana foi no domínio aspecto físico e limitação por aspecto emocional (100) e a menor no domínio vitalidade (60). As variáveis estado civil e renda tiveram associação significativa para o domínio capacidade funcional. O domínio estado geral de saúde foi associado ao estado civil e a presença de doença crônica. Em relação ao uso de medicamento, a maioria das participantes (57,9%) utilizava algum medicamento de uso contínuo, sendo que 40% faziam uso anti-hipertensivo, 10,5% antidepressivo e 8,4% hipoglicemiante oral. Não foi detectado o uso de terapia hormonal por esta população. Concluiu-se que essa população possui baixa renda e escolaridade e a grande maioria era usuária exclusiva do SUS. A frequência de hipertensão nessa população foi maior que a esperada no Brasil. Ter um companheiro, melhor renda e não apresentar doença crônica foram os fatores que mostraram associação com uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Climatério. Saúde da Mulher. Menopausa. Qualidade de vida. Uso de medicamento.

ABSTRACT

The climacteric is a period that occurs naturally and is part of the women life cycle, as a aging consequence. However, even though physiological, this period is characterized by symptoms related to hypoestrogenism. Thus, the aim of this study was to delineate a socioeconomic profile, quality of life and medication use, in postmenopausal women enrolled in a Health Module in Ouro Preto – MG. For it was applied two questionnaires after training for standardization. One survey addressed on personal data, medication use and lifestyle habits and the other, the SF-36 questionnaire, already established in the literature, assessed the life quality of these women. The mean age was 53,3 ± 4,4 years, mostly married (52,6%) and exclusive users of the Unified Health System (75,8%). The income of most of them was less than or equal to the minimum wage (55.8%), and 76,9% had not started high school. The scores analysis, obtained by the SF -36 questionnaires, showed the highest median was in the limited by physical appearance and emotional domain (100) and the lowest in the vitality domain (60). The variables marital status and income were significantly associated to the domain functional capacity. The domain general health was associated with marital status and presence of chronic disease. Regarding medication use, most participants (57.9%) used any drugs of continuous use, and 40% used antihypertensive, 8.4%oral hypoglycemic and 10.5% antidepressant. Was not detected the hormonal therapy use in this population. It was concluded that this population is low income and education, exclusive users of SUS. Having a companion, better income and has no chronic disease, were factors associated with a better quality of life.

Keywords: Climacteric. Women's Health. Menopause. Quality of life. Use of medication.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da sede do município de Ouro Preto-MG.....	25
Figura 2: Esquema-resumo dos métodos.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Descrição dos escores correspondentes as medianas e intervalos interquartílicos dos domínios do QSF-36 das mulheres participantes do estudo, ESF do Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto, 2013.....	34
--	----

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Frequência de mulheres entrevistadas, participantes do estudo, cadastradas nas Equipes Saúde da Família (ESF) Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, no ano de 2013 em Ouro Preto/MG..... 29
- Tabela 2:** Características das mulheres participantes do estudo, cadastradas na ESF Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto/MG no ano de 2013.....31
- Tabela 3:** Condição socioeconômica e escolaridade das mulheres participantes do estudo, ESF do Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto, 2013.....32
- Tabela 4:** Análise univariada do domínio capacidade funcional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto, 2013.....35
- Tabela 5:** Análise multivariada do domínio capacidade funcional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....36
- Tabela 6:** Análise univariada do domínio aspecto físico do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....38
- Tabela 7:** Análise univariada do domínio dor do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....39
- Tabela 8:** Análise univariada do domínio estado geral de saúde do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....40
- Tabela 9:** Análise multivariada do domínio estado geral de saúde do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....41
- Tabela 10:** Análise univariada do domínio vitalidade do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....43
- Tabela 11:** Análise univariada do domínio aspecto social do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.....44
- Tabela 12:** Análise univariada do domínio limitação por aspecto emocional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis

socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 2013.....46

Tabela 13: Análise univariada do domínio saúde mental do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 2013.....47

Tabela 14: Principais classes de medicamento e a frequência de uso referida pelas mulheres participantes do estudo, Ouro Preto, 2013.....49

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AT1 – Receptor de Angiotensina tipo 1
Cipharma – Ciências Farmacêuticas
DM – Diabetes *Mellitus*
UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto
EF – Ensino Fundamental
EM – Ensino Médio
ESF – Equipe Saúde da Família
GnRH – Hormônio liberador de gonadotrofina
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL – Lipoproteína de alta densidade
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
LDL – Lipoproteína de baixa densidade
LH – Hormônio Luteinizante
MG – Minas Gerais
MHI – *Mental Health Inventory*
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OR – *Odds Ratio*
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PTH – Paratormônio
QSG – Questionário de Saúde Geral
QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SF-36 – *Short Form-36*
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TH – Terapia hormonal
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
WHI – *Women's Health Initiative*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	15
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Saúde da Mulher.....	16
3.2 Climatério e menopausa	18
3.3 Uso de medicamento e climatério.....	19
3.3.1 <i>Terapia hormonal</i>	19
3.3.2 <i>Antidepressivo e benzodiazepínico</i>	21
3.3.3 <i>Anti-hipertensivo, antidiabético e hipolipemiante</i>	22
3.4 Qualidade de vida.....	22
4. MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Área de estudo	24
4.3 Cálculo de amostra e amostragem	25
4.4 Coleta de dados.....	26
4.4.1 <i>Entrevista</i>	26
4.5 Aspectos éticos.....	26
4.6 Análise estatística dos dados	27
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Características das mulheres avaliadas.....	29
5.2 Avaliação da Qualidade de Vida.....	33
5.3 Análise dos fatores associados à qualidade de vida por domínio do questionário de qualidade de vida SF-36.....	35
5.3.1 <i>Capacidade funcional</i>	35
5.3.2 <i>Aspecto físico</i>	37
5.3.3 <i>Dor</i>	38
5.3.4 <i>Estado geral de saúde</i>	40
5.3.5 <i>Vitalidade</i>	42
5.3.6 <i>Aspectos sociais</i>	44
5.3.7 <i>Limitação por aspecto emocional</i>	45
5.3.8 <i>Saúde mental</i>	46
5.4 Principais classes terapêuticas identificadas na população de estudo.....	49
6. CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXOS	60

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a expectativa de vida da população brasileira tem aumentado, sendo a média de idade atual de 74 anos, porém, para as mulheres esta expectativa atinge 77 anos (IBGE, 2014). Com esse aumento da longevidade feminina dois fenômenos estão ocorrendo: (i) aumento do número de mulheres entrando no climatério e (ii) as mulheres permanecendo maior tempo na fase de pós-menopausa com hipoestrogenismo. As consequências dessa diminuição hormonal na mulher climatérica pode levar a alterações fisiológicas como a atrofia da pele e mucosas, ocorrência de ondas de calor, incontinência urinária, além de mudanças ósseas e cardiovasculares. Somado a essas alterações, o climatério pode ser caracterizado também por mudanças, psíquicas, sociais, hormonais e metabólicas que se manifestam ou não por sinais e sintomas, que podem levar a um maior uso de medicamento pelas mulheres durante essa fase da vida (ZAMPIERI, 2009).

Dessa maneira, o climatério é um período de considerável estresse e, portanto, maior risco para depressão (DENNERSTEIN, 2004). Segundo o Manual de Atenção à Mulher Climatério/Menopausa do Ministério da Saúde Brasileiro, há um nítido predomínio no uso de benzodiazepínicos entre as mulheres nessa faixa etária em relação aos homens. Isto pode indicar uma maior demanda, de medicamentos para amenizar diversos conflitos decorrentes de fatores relacionais, sociais e psicológicos. Já a diminuição gradativa da produção hormonal aumenta o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008a). Segundo Ministério da Saúde, o infarto e o acidente vascular encefálico, são responsáveis por 53% dos óbitos de mulheres acima de 50 anos (BRASIL, 2008b). Isso implica em uma maior utilização de anti-hipertensivo e hipolipemiante nessa fase. Ainda, segundo um estudo que avaliou a qualidade de vida em mulheres após a menopausa, usuárias ou não de terapia hormonal, a importância da TH na diminuição dos sintomas climatéricos e no tratamento, prevenção da osteoporose e de alterações cognitivas ficou bem evidente. Entretanto, permanece incerto o impacto dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa (Zahar, 2005). Nesse sentido, cada mulher vivenciará essa fase de maneira particular, sendo

que o climatério vai repercutir-se nos sentimentos e na qualidade de vida de maneira diferente (FREITAS, 2004).

A questão da qualidade de vida no climatério, a despeito da sua importância na atualidade, infelizmente ainda é pouco explorada no Brasil. A maioria dos estudos disponíveis tem sido realizada em outros países, não sendo sempre possível inferir seus resultados para a realidade brasileira, em razão de diferenças culturais e socioeconômicas (AVIS, 2009; WARE, 1992; ROSE, 1999). Além disso, as poucas pesquisas realizadas no país incluem populações restritas a serviços de saúde isolados, o que dificulta a extrapolação de seus resultados para a população em geral (SILVA-FILHO e COSTA, 2008). Uma das formas de avaliar a qualidade de vida é através de questionários, um deles é o SF-36, validado no Brasil (CICONELLI, 1999), avalia a percepção pessoal de uma pessoa em relação a sua qualidade de vida. Trata-se de um instrumento genérico que mede oito conceitos relevantes da qualidade de vida: aspecto funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, limitação por aspecto funcional, aspecto social e aspecto emocional e gera uma pontuação que vai de 0 a 100 (WARE, 2010).

Em virtude do aumento da longevidade feminina e conseqüentemente do número de mulheres no climatério, a compreensão dos fatores associados à qualidade de vida destas mulheres é de grande importância para os serviços de saúde de forma que possam adotar medidas voltadas para prolongar a vida com qualidade, aliviar sintomas, restaurar funções, prevenir incapacidades e promoção da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar os fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério e caracterizar o uso de medicamentos na população feminina cadastrada no Módulo IV de saúde do município de Ouro Preto-MG;

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a condição socioeconômica e de saúde da população feminina cadastrada no Módulo IV de saúde do município de Ouro Preto-MG;
- Avaliar a qualidade de vida durante o climatério na população feminina cadastrada no Módulo IV de saúde do município de Ouro Preto-MG;
- Verificar os fatores associados à qualidade de vida das mulheres durante o climatério, obtidos pelo questionário SF-36;
- Verificar quais os principais medicamentos utilizados no climatério na população feminina cadastrada no Módulo IV de saúde do município de Ouro Preto-MG;

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Saúde da Mulher

A saúde é um direito humano fundamental, segundo a constituição brasileira (BRASIL, 1988), e deve ser compreendida como resultado do processo e das relações sociais que garantem maior ou menor qualidade de vida para uma população. Portanto, a saúde não significa apenas ausência de doenças ou um completo bem estar físico, mental e social (OMS, 1946), além disso, ela pode ser um estado razoável de harmonia entre o sujeito e sua própria realidade (FERRAZ e CARVALHO, 1997). A qualidade de vida deve ser entendida como uma condição de existência dos homens no seu cotidiano, representada por um conjunto integrado de acesso a recursos sociais e de atendimento a necessidades pessoais e comunitárias. Em 1984 a OMS publicou um documento abordando um novo conceito de saúde, enfatizado na prevenção, intitulado: *A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion*. Essa publicação mudou o paradigma do conceito anterior de saúde para uma contextualização socioambiental e corresponsabilidade do indivíduo sobre a promoção de saúde (OMS, 1984). Esse enfoque exige que os sistemas de saúde trabalhem, obrigatoriamente, cumprindo o princípio da integralidade e articulando as ações de assistência às políticas de promoção, prevenção e reabilitação das pessoas (BRASIL, 2008a).

No que diz respeito à saúde da mulher, para que haja uma maior aproximação das diretrizes da integralidade, é necessária a transformação da tradicional abordagem fundamentada em aspectos ligados exclusivamente à questões anatomofisiológicas, direcionada à peculiaridades de gênero, para uma abordagem ampla das condições sociais e culturais, necessidades individuais e comunitárias e qualidade de vida (SILVER, 1999). Desta maneira, Saúde da Mulher significa atentar para todo o contexto psicossocial em que esta se insere. Isto inclui aspectos relativos à enfermidade, doença, bem-estar, assim como às atividades de prevenção, diagnóstico, cuidados e cura.

A referência canadense, em relação à saúde da mulher, é representativa de um conceito integral e amplo:

A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico e é determinada por um contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial. (GALVÃO 2008, p. 173) (MORI; DECNOP; ESTRELLA, 2006).

A assistência à saúde da mulher, tradicionalmente, refere-se ao atendimento de condições relacionadas às funções reprodutivas, sobretudo o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal, a anticoncepção, o controle do câncer de colo uterino e mama. Assim, com base na concepção reprodutiva, foram estruturados serviços específicos para o atendimento à saúde da mulher, o que resultou em melhorias no acesso aos cuidados com a saúde reprodutiva (PEDROSA, 2005). Essa política acabou por se contrapor ao princípio da abordagem integral, contribuindo para a fragmentação no atendimento à mulher, visto que questões de ordem não reprodutiva dificilmente são avaliadas no intercurso dessas ações.

Em 1993, o Ministério da Saúde (MS) incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) orientações específicas à assistência ao climatério, objetivando universalizar os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2004). É indicada basicamente uma propedêutica médica envolvendo orientação dietética e a prática de atividades físicas. Atividades educativas devem oferecer às mulheres o maior nível de entendimento sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco a ele associadas. Os aspectos psicológicos e sexuais são também apontados como significativos nessa fase (MENDONÇA, 2004).

Em 2008, o Ministério da Saúde, publicou um Manual de *Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa* que foi elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, cujo objetivo principal é de qualificar a atenção às mulheres nessa fase da vida segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Assim, esse manual contém as diretrizes que orientam os profissionais de saúde para a atenção integral e

humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras (BRASIL, 2008a).

3.2 Climatério e menopausa

As palavras menopausa e climatério têm sentidos diferentes, embora sejam utilizadas como sinônimos com frequência. O climatério é definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo uma fase biológica na vida da mulher, caracterizado pela transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo. Já a menopausa é o marco desse período, corresponde ao último ciclo menstrual, sendo reconhecido somente depois de um ano de sua ocorrência. Assim, a menopausa é um evento que acontece durante o climatério. Nem a menopausa nem o climatério são doenças, mas ocorrências naturais ao longo da vida das mulheres (BRASIL, 2008a).

O climatério varia em geral, dos 40 aos 60 anos, segundo a o Manual de Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa. Durante o climatério, a diminuição dos hormônios, principalmente o estrógeno, faz com que os ciclos menstruais se tornem irregulares, até cessarem completamente. Nessa fase de transição, ocorrem alterações físicas e psíquicas importantes, que prejudicam a qualidade de vida da mulher e seu convívio familiar e social (BRASIL, 2008a).

A maioria das mulheres apresenta algum tipo de sintoma durante o climatério, que pode variar de leve a muito intenso, eles podem ser divididos em: i) transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia menos duradouras, e ii) não transitórios, representados pelos fenômenos atróficos, geniturinários e distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo, esses, em geral, são mais duradouros (PEDRO et al., 2002).

O principal sintoma transitório são os fogachos, relatados como ondas de calor, que são referidos por mais de 50% das mulheres e que se manifestam como sensação súbita de calor principalmente no tronco, pescoço e face, ainda pode ocorrer palpitação e mais raramente desconforto e mal estar. A etiologia das ondas de calor é controversa, sendo atribuída na maioria dos estudos a alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, levando a um aumento dos pulsos de hormônio liberador de

gonadotrofina (GnRH) e hormônio luteinizante (LH) (BRASIL, 2008a). Outros sintomas transitórios são: insônia, calafrio, diminuição da memória e fadiga.

Entre os sintomas não transitórios estão as atrofias geniturinárias, compreendidas como uma atrofia das mucosas que revestem os aparelhos genital e urinário, que leva a uma diminuição de lubrificação e maior fragilidade desse epitélio. Eles se apresentam como disúria, infecções urinárias, dor e ardor durante a relação sexual (BRASIL, 2008a)

Outra manifestação não transitória é no metabolismo dos lipídios e ósseo. O primeiro caracteriza-se por um aumento dos triglicerídeos e do LDL com diminuição do HDL relacionados ao hipoestrogenismo. Esse quadro leva a um aumento no risco de doenças coronarianas e vasculocerebrais. Já o segundo, está relacionado ao fato do estrogênio influenciar diretamente na maturação óssea, provavelmente por inibir função de reabsorção óssea do paratormônio (PTH).

Além desses sintomas, outros são frequentemente agravados durante o climatério, como a: labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Apesar de não serem específicos desse período, esses sintomas podem ser influenciados pela ação do estrogênio sobre moduladores cerebrais, principalmente sobre a serotonina, relacionados ao humor. No entanto, tem ocorrido grande controvérsia a respeito da relação entre depressão e mudanças hormonais do climatério, bem como sobre o quanto a terapia hormonal poderia trazer benefícios efetivos ao humor (DENNERSTEIN; LEHERT; GUTHRIE, 2002).

3.3 Uso de medicamento e climatério

3.3.1 *Terapia hormonal (TH)*

O tratamento pela administração de hormônios visa combater os sintomas vasomotores, o ressecamento vaginal (que causa a dispareunia) e da pele, preservar a massa óssea, melhorar o sono, impedir a deterioração da função cognitiva e estimular a libido (BRASIL, 2008a). Resultados de

metanálises e do *Women's Health Initiative Estrogen Plus Progestin Study*, mais conhecido como o Estudo *WHI* sobre terapia estrógeno-progestativa e câncer de cólon retal indicam redução significativa no risco de desenvolver a essa doença (WHI, 2002). A proteção do estrogênio exógeno parece estar associada à redução da produção secundária de ácidos biliares, que podem iniciar ou promover modificações neoplásicas no epitélio colônico. Contudo, há ainda controvérsias sobre esta hipótese (BRASIL, 2008a).

Segundo Zahar et al. (2005) está bem evidente o grau de importância da TH na diminuição dos sintomas climatéricos (sintomas vasomotores e atrofia urogenital) e no tratamento e prevenção da osteoporose, contudo permanece incerto o impacto dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa.

Em 2002, o Estudo *WHI*, anunciou novos resultados que ofereciam às mulheres alguma orientação sobre o uso de hormônios. O objetivo do estudo era examinar o benefício e o risco do tratamento hormonal em aproximadamente 17.000 mulheres americanas saudáveis, no período pós-menopausa. O estudo foi interrompido antes da data prevista devido à constatação de que o grupo de pacientes tratadas com estrógenos associados (0,625 mg) e acetato de medroxiprogesterona (2,5 mg) apresentava um risco aumentado de câncer de mama invasivo, se comparado ao grupo tratado com placebo. Outro fator identificado foi o aumento do número de eventos coronarianos observados durante o primeiro ano de uso da terapia. O estudo também avaliou outras variáveis secundárias, tais como risco de ocorrer acidente vascular encefálico e embolia pulmonar, e estes riscos também se mostraram superiores no grupo tratado, em comparação ao grupo-controle. Porém, o grupo tratado com os hormônios associados apresentou riscos menores de desenvolvimento de câncer colorretal, câncer de endométrio e, também, risco menor de sofrer fraturas de quadril, indicando um efeito protetor da terapia hormonal (HALBE, LOPES, CELESTINO, 2003).

Assim, este tema continua bastante polêmico. Escolher entre usar ou não o tratamento hormonal na pós-menopausa pode ser uma decisão importante para a mulher neste período já tão vulnerável.

3.3.2 Antidepressivo e benzodiazepínico

É de conhecimento que o estrogênio tem influência no sistema nervoso, o que interfere diretamente no quadro emocional das mulheres no climatério. Acredita-se que ele aumente os níveis de serotonina e ainda o número de receptores para a mesma. Além disso, o estrogênio aumenta a atividade da norepinefrina no cérebro. Portanto, podemos afirmar que a alteração hormonal característica do climatério tem ação no estado mental das mulheres no climatério (HALBREICH, 1997).

Além dos fatores biológicos, outros devem ser considerados no aparecimento ou agravamento na depressão na mulher climatérica, como: *status* ocupacional, estado civil, ocorrência de eventos importantes na vida e episódio anterior de depressão (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998). Muitas mulheres passam por esta etapa da vida de maneira assintomática ou com sintomas leves que pode ser associado a uma mudança natural e é vivenciado sem causar grandes desconfortos. No entanto, outras mulheres vivenciam esse momento de forma negativa tornando as frequentes queixas de ansiedade, melancolia, irritabilidade e depressão em algo patológico (PEDRO, 2002).

Estudos mostram que a prevalência de transtornos mentais comuns no climatério é elevada, cerca de 40% das mulheres apresentam algum transtorno (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). É durante esta fase que as mulheres fazem maior uso de medicamentos psicotrópicos. Alguns estudos mostram que há um predomínio no uso de benzodiazepínicos e antidepressivos entre as mulheres, quando comparado aos homens, e este uso tende a ser mais acentuado nas mulheres acima de 35 anos (BRASIL, 2008a).

No entanto, é difícil associar os sintomas de depressão a aqueles característicos da baixa produção hormonal no climatério, uma vez que eles podem se confundir ou mesmo coexistirem. Neste contexto, cabe uma observação detalhada para avaliar se os episódios de tristeza ou sintomas depressivos estão associados à história prévia de depressão, ao pouco suporte psicossocial na maturidade ou ao possível desconforto físico e emocional, típicos da menopausa e climatério.

3.3.3 Anti-hipertensivo, antidiabético e hipolipemiante

As doenças cardiovasculares são a maior causa de mortalidade entre homens e mulheres, porém, em mulheres em idade reprodutiva é menor do que nos homens de mesma idade. Essa diferença diminui progressivamente com o envelhecimento e o advento da menopausa (STANGL; BAUMANN; STANGL, 2002). Esse fato pode ser explicado por essas mulheres apresentarem maior risco de alterações no metabolismo dos carboidratos e lipídeos, aumento da intolerância à glicose, menor sensibilidade periférica à ação da insulina e instalação de um perfil lipídico mais aterogênico. Logo, essas modificações refletem-se no perfil de morbimortalidade da população feminina neste período (WALTON et al., 1991).

Portanto é comum o aumento do uso de anti-hipertensivo, antidiabético e hipolipemiante neste período. Não diferente da população em outras faixas etárias, os medicamentos mais utilizados na hipertensão arterial são os diuréticos, seguido pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina e Antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II. Os hipoglicemiantes orais e hipolipemiantes também são utilizados com frequência (BRASIL, 2006a, 2006b, 2008a).

3.4 Qualidade de Vida

Embora não haja consenso sobre o conceito de qualidade de vida, um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde, de diferentes culturas, num projeto colaborativo multicêntrico, obteve três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões física, psicológica e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (FLECK et al., 1999).

Um novo termo, Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), tradução da expressão inglesa *Health-related Quality of Life*, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizada pelos pesquisadores dessa área de maneira mais abrangente (PASCHOAL, 2001; POMPEU; MENESES,

2008). A QVRS refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação à sua doença e seus efeitos na própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao seu bem estar físico, funcional, emocional e social (LANA et al., 2007).

Nos últimos anos, têm surgido indagações sobre se os sintomas climatéricos e a tendência ao comprometimento da qualidade de vida no climatério, além do hipoestrogenismo, não estariam associados também a fatores psicossociais e culturais relacionados ao processo de envelhecimento ou, então, pela interação destes (DENNERSTEIN; LEHERT; GUTHRIE, 2002). A questão da qualidade de vida no climatério, a despeito da sua importância na atualidade, infelizmente ainda é pouco explorada no Brasil. A maioria dos estudos disponíveis tem sido realizada em outros países, não sendo sempre possível a transposição dos seus resultados para a realidade brasileira, em razão de diferenças culturais e socioeconômicas. Além disso, as poucas pesquisas realizadas no país incluem populações restritas a serviços de saúde isolados, o que dificulta a extrapolação de seus resultados para a população em geral (SILVA-FILHO; COSTA, 2008).

A preocupação com a qualidade de vida em saúde ao longo do processo de envelhecimento tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. Em parte, isso se deveu ao progressivo aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas e ao reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância dos sentimentos e percepções dos pacientes sobre a sua doença, assim como da monitorização do seu bem-estar frente a medidas terapêuticas voltadas a prolongar a sua vida, aliviar a dor, restaurar funções e prevenir incapacidades (DE LORENZI, 2006).

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

O presente trabalho trata-se de estudo transversal realizado no município de Ouro Preto, Minas Gerais durante o ano de 2013 com mulheres no climatério cadastradas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse estudo faz parte de um projeto de maior abrangência que avalia outros parâmetros como: antropometria, avaliação bioquímica e citopatológico de colo do útero. Por isso a abordagem dessas variáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A).

Este trabalho contou com o apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto.

4.2 Área de estudo

Segundo o IBGE (2010) este município possui uma área territorial de 1.245 Km², e uma população estimada de 70.281 habitantes, sendo que 60% desses residem na área urbana. A cidade possui 17.059 domicílios, distribuídos na região urbana e em 12 distritos.

No município existem 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dessas foram selecionadas três: UBS Padre Faria (ESF Padre Faria, N=381), Santa Cruz (ESF Santa Cruz, N=210) e Piedade (ESF Piedade, N=250), que atendem a aproximadamente 14% da população do município e possuem um total de aproximadamente 740 mulheres cadastradas na faixa etária do estudo. As equipes de Estratégia de Saúde de Ouro Preto são divididas em módulos de saúde sendo agrupadas por similaridade de localização geográfica e por possuírem características socioeconômicas parecidas. As Unidades que participaram do estudo pertencem ao Módulo IV de Saúde (Figura 1).

4.4 Coleta dos dados

O critério de inclusão no estudo foi: ser mulher, ter entre 45 e 60 anos e estar cadastrada em uma das UBS participantes do projeto.

Foram excluídas as mulheres que não foram encontradas em duas visitas consecutivas realizada pelos entrevistadores do projeto para aplicação dos questionários.

4.4.1 Entrevista

As entrevistas foram realizadas por uma equipe previamente treinada composta por alunos do curso de Farmácia da UFOP, uma enfermeira colaboradora e Agentes Comunitários de Saúde do município. Antes da aplicação do questionário foi informado à entrevistada sobre o projeto e caso a mesma tivesse interesse em participar assinaria o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) em seguida responderia a uma entrevista e um questionário. O roteiro de entrevista abordou dados pessoais, uso de medicamento e hábitos de vida, sendo este composto por 20 perguntas de múltipla escolha (ANEXO B). A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) foi avaliada pelo *Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey* (SF-36), traduzido e validado no Brasil por Ciconelli (1999). O SF-36 é um questionário mundialmente utilizado e possui validação em mais de 15 países (ARANHA, 2006). Depois de respondido, gera oito diferentes escores de 0 a 100, onde zero é uma pior qualidade de vida e 100 uma melhor qualidade de vida. Cada um dos oito escores é específico para domínios definido: i) aspecto funcional, ii) aspecto físico, iii) dor, iv) estado geral de saúde, v) vitalidade, vi) limitação por aspecto funcional, vii) aspecto social e viii) aspecto emocional (WARE; SHERBOURNE, 1993). (ANEXO C).

4.5 Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFOP sob o N° 004/2010.

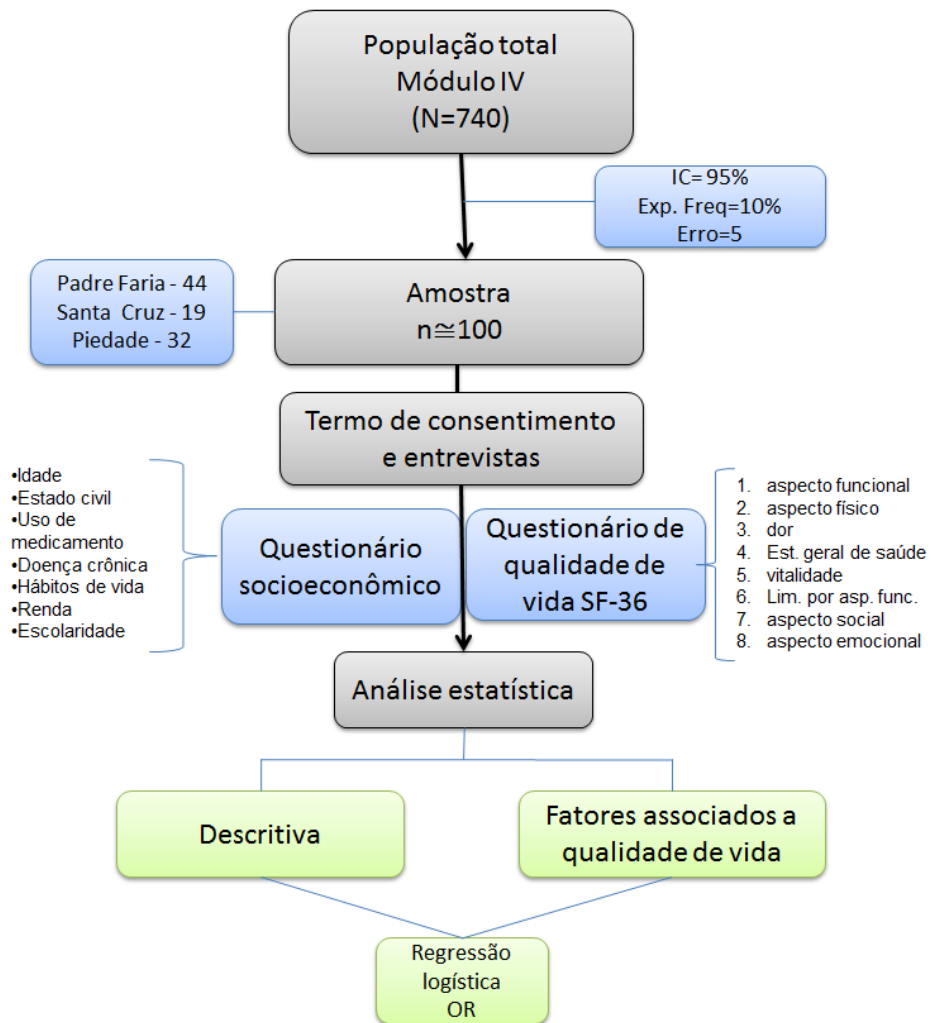
4.6 Análise estatística dos dados

As informações coletadas na entrevista e no questionário foram dados socioeconômicos e de hábitos de vida além das variáveis do questionário SF-36. Foram utilizados os softwares EpiData (versão 3.2) para a digitação dos dados e o EpiInfo 2002, STATA versão 9.0 (StataCorp, 2005) e o IBM SPSS 20.0 para a análise de dados. Na fase inicial foi realizada uma análise exploratória dos dados por meio da análise gráfica e da obtenção de medidas-resumo.

A pontuação dos domínios da qualidade de vida obtidos pelo questionário SF-36 foram dicotomizadas em ruim e boa qualidade de vida. Foram considerados ruins quando a pontuação do escore foi igual ou inferior ao primeiro quartil e boa qualidade de vida quando o escore foi superior ao primeiro quartil (ROSE et al., 1999; AVIS et al., 2009). A identificação dos possíveis fatores associados à qualidade de vida foi realizada comparando mulheres com pior qualidade de vida a com boa qualidade de vida em cada domínio do questionário SF-36. A existência de associação entre a qualidade de vida em cada domínio e cada variável obtida na entrevista foi avaliada utilizando-se regressão logística. Na análise univariada, foram comparadas todas as variáveis da entrevista, entre mulheres com ruim e boa qualidade de vida. Foram selecionadas para compor os modelos iniciais as variáveis que apresentaram na análise univariada, associação estatística ($p < 0,25$) com a qualidade de vida. Variáveis com mais de duas categorias foram transformadas em variáveis *dummies*. Foram excluídas as variáveis que apresentaram colinearidade. Durante a modelagem, introduziu-se inicialmente todas as variáveis associadas ($p < 0,25$) em modelos completos, posteriormente foi realizado o descarte sucessivo (passo a passo) das variáveis que não produziram mudanças significativas nas estimativas, ou seja, que não alteravam as odds relativas e intervalos de confiança (HOSMER; LEMESHOW, 1999). Para a construção do modelo final utilizou-se o nível de significância de 0,05, isto é, as variáveis que apresentaram $p > 0,05$ foram retiradas do modelo passo a passo.

O delineamento do estudo com o resumo da metodologia e as variáveis está demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Delineamento do estudo.



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características das mulheres avaliadas

Segundo Avis e Johanes (1998), a qualidade de vida tem uma estreita relação com características socioeconômicas. Os vários determinantes sociais interferem diretamente na maneira proposta de auto avaliação do questionário de qualidade de vida SF-36, afetando os domínios referentes a esse aspecto.

Neste sentido, o presente estudo foi realizado em uma região da sede do município de Ouro Preto considerada menos desenvolvida, onde a população, de uma maneira geral, possui baixo poder aquisitivo. Essa região é composta por territórios de três Equipes de Saúde da Família dos bairros Padre Faria, Santa Cruz e Piedade. Das 95 mulheres participantes do estudo, 44 eram cadastradas na ESF do Padre Faria, 19 da ESF Santa Cruz e 32 mulheres pertenciam a ESF Piedade (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência de mulheres entrevistadas, participantes do estudo, cadastradas nas Equipes Saúde da Família (ESF) Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, no ano de 2013 em Ouro Preto/MG.

ESF	Frequência	%	% cumulativa
Padre Faria	44	46,3	46,3
Santa Cruz	19	20,0	66,3
Piedade	32	33,7	100,0
Total	95	100,0	100,0

A média de idade das mulheres entrevistadas foi de $53,3 \pm 4,4$ anos, com idade mínima de 46,3 e máxima de 60 anos. Essa variável foi categorizada em duas faixas etárias (≤ 50 e > 50 anos). Essas faixas foram estabelecidas a partir da média de idade de início da menopausa em mulheres brasileiras segundo o manual de climatério do Ministério da Saúde. Portanto, 50 anos é a idade marcante da passagem, no climatério, da fase de pré-menopausa para a menopausa estabelecida (BRASIL, 2008a). Segundo, Fernandes, Baracat e Lima (2004) a idade da menopausa pode variar entre os diferentes países e está relacionada com diferentes fatores, tais como:

nutrição, paridade, raça e tabagismo, podendo antecipar em até três anos. Porém, esses autores mostraram também que a faixa etária média de ocorrência da menopausa é de 50 anos.

A maioria das mulheres era casada (52,6%), enquanto 17,9% eram solteiras, 20% divorciadas e 9,5% viúvas. A frequência de doença crônica foi de 52,6%, sendo que a hipertensão arterial (HAS) foi a mais frequente (37,9%), seguido de 9,5% de diabetes (DM). Segundo DATAS SUS (2013), o percentual de hipertensos em qualquer faixa em Ouro Preto/MG é de 12%, chegando a 44% em adultos e a prevalência de diabetes é de 2,4%. Essa maior prevalência em relação ao país (25% para HAS e 2,4% para DM) pode estar associado à presença de fatores de risco para doença, como: raça/cor, obesidade, hábitos de vida, dislipidemias e fatores socioeconômicos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). De acordo com Neto (2006), a prevalência de HAS em Ouro Preto (44%) é maior que a brasileira, justificada pelos mesmos fatores citados.

A maioria das mulheres era usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (75,8%), enquanto 4,2% referenciaram usarem apenas o sistema privado de saúde e as demais (17,9%) relataram utilizar ambos os sistemas (Tabela 2). De acordo com o Plano Municipal de Saúde da Secretaria de Saúde de Ouro Preto (2010-2013), 15% das pessoas do município possuem plano de saúde. Esses dados mostram o quanto a população estudada possui uma baixa cobertura de planos privados de saúde. Além disso, mostra também a importância do conhecimento do perfil dessa população, para que sejam programadas estratégias de saúde voltada para a realidade dessas mulheres. Ainda, o perfil epidemiológico obtido mostrou que a frequência das principais doenças observada nessa população é a mesma das demais regiões do Brasil. Porém, levando-se em consideração que essa população tem uma grande dependência do SUS (75,8%), a elaboração de políticas de saúde específicas é mais uma vez justificada.

Tabela 2: Características das mulheres participantes do estudo, cadastradas na ESF Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto/MG no ano de 2013.

Variáveis	Frequência	%
Faixa etária		
≤ 50 anos	29	30,5
> 50 anos	66	69,5
Estado civil		
Casada	50	52,6
Divorciada	19	20,0
Solteira	17	17,9
Viúva	9	9,5
Doença crônica		
Hipertensão arterial	36	37,9
Diabetes	9	9,5
Outras doenças	4	4,2
Sem doença crônica	46	48,4
Sistema de saúde		
SUS	72	75,8
Privado	4	4,2
Ambos	17	17,9
NR	2	2,1
Cigarro		
Tabagista	23	24,2
Não tabagista	72	75,8

NR: Não responderam

A renda da maioria das mulheres foi menor ou igual a um salário mínimo (55,8%), apenas quatro mulheres, ou seja, 5,3% da amostra tinham renda superior a dois salários mínimos. A renda *per capita* mensal no município de acordo com o IBGE (2012) é de 519,00 reais.

A maior parte das mulheres (59%) não tinha concluído o ensino fundamental e apenas 4,2% concluíram o ensino superior. Foi encontrada apenas uma mulher não alfabetizada (Tabela 3). O nível escolar das mulheres ouro-pretanas é mais baixo em relação ao dos homens. A taxa de analfabetismo em Ouro Preto é de 4,1%, essa taxa cresce entre as mulheres e chega a 4,9% enquanto que nos homens ela é de 3,2%. (IBGE, 2012).

Tabela 3: Condição socioeconômica e escolaridade das mulheres participantes do estudo, ESF do Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto, 2013.

Renda da mulher	Frequência	%
< 1 salário	23	24,2
1 salário	30	31,6
Entre 1 e 2 salários	18	18,9
de 2 a 3 salários	5	5,3
de 3 a 5 salários	2	2,2
NR	17	17,9
TOTAL	95	100
Escolaridade		
Não alfabetizada	1	1,1
Fundamental incompleto	55	57,9
Fundamental completo	17	17,9
Médio incompleto	4	4,2
Médio completo	14	14,7
Superior completo	4	4,2
TOTAL	95	100

Nota: NR = não respondido

Os dados encontrados caracterizam a população do estudo como sendo mulheres que possuem baixa renda e escolaridade, também a maioria é casada e usuárias exclusivas do SUS. Esses fatores interferem na vivência no climatério de cada mulher, influenciando em sua qualidade de vida, sendo pela falta de acesso a dispositivos sociais, saúde, cultura e lazer ou pela condição socioeconômica em que vivem.

No entanto, a qualidade de vida é dada em uma perspectiva muito pessoal, cada pessoa avalia sua qualidade de vida de acordo com sua própria realidade. O resultado final se dá pela interação de cada indivíduo com suas questões psicossociais, econômicas, demográficas, religiosa e cultural. A interação entre o climatério e qualidade de vida tem sido extensivamente investigada, sendo sugerida por muitos pesquisadores como uma relação inversa (FUH et al., 2003).

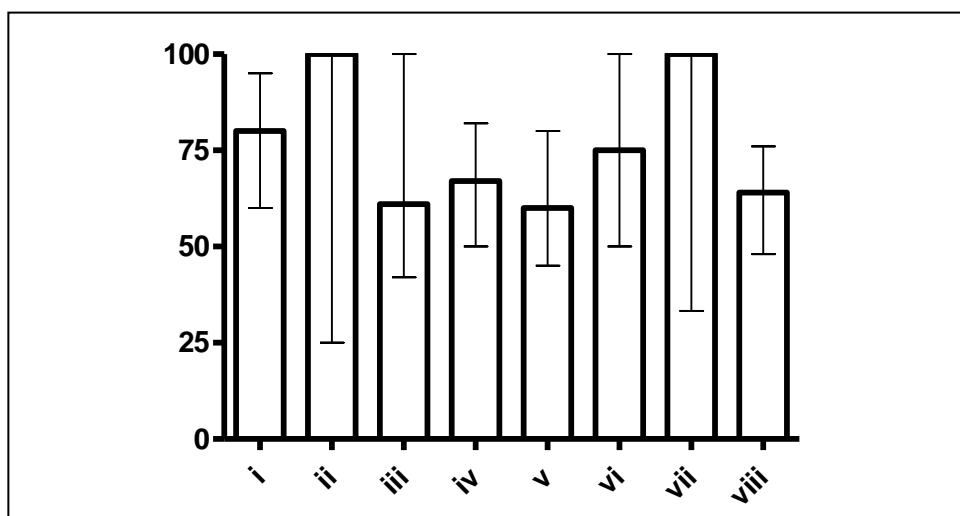
5.2 Avaliação da Qualidade de Vida

O Questionário de Qualidade de Vida SF-36 gerou um total de oito domínios, que são: capacidade funcional, limitação por aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspecto emocional e saúde mental. Cada um deles deu origem a uma variável.

O Gráfico 1 mostra a mediana com o intervalo interquartil de cada domínio correspondente ao total de mulheres entrevistadas. A mediana do domínio capacidade funcional foi de 80 (Q1=60; Q3=95), na limitação por aspecto físico 100 (Q1=42; Q3=100), dor teve mediana de 61 (Q1=61; Q3=100), estado geral de saúde 67 (Q1=50; 82), vitalidade foi de 60 (Q1=45; Q3=80), aspectos sociais 75 (Q1=50; Q3=100), limitação por aspecto emocional 100 (Q1=33,3; Q3=100) e saúde mental teve mediana de 64 (Q1=48; Q3=76). Percebe-se uma maior mediana nos domínios: limitação por aspecto físico e limitação por aspecto emocional e a menor mediana foi no domínio vitalidade. Esses resultados são parecidos com o estudo de Favarato e Aldrighi (2001), que avaliou a qualidade de vida em mulheres no climatério no Instituto do Coração (InCor) da USP e com o estudo de Zahar e colaboradores (2005) que avaliou a qualidade de vida de usuárias e não usuárias de TH em 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.

Foi observado ainda, que na percepção das mulheres, o aspecto físico e limitação por aspecto emocional não interferiram em sua qualidade de vida, uma vez que nesses domínios foi obtida pontuação máxima.

Gráfico 1: Descrição dos escores correspondentes as medianas e intervalos interquartílicos dos domínios do QSF-36 das mulheres participantes do estudo, ESF do Padre Faria, Santa Cruz e Piedade, Ouro Preto, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa.

***Legenda:** i-capacidade funcional, ii-limitação por aspecto físico, iii-dor, iv-estado geral de saúde, v-vitalidade, vi-aspectos sociais, vii-limitação por aspecto emocional e viii-saúde mental.

Como objetivo de confrontar os dados com vários estudos que utilizaram médias e desvio padrão, foi realizada uma análise, apenas descritiva, para comparação desses dados, mesmo que a distribuição não tenha sido normal. A média não foi utilizada para análise estatística ou inferência neste estudo.

Sendo assim, a maior média foi no domínio capacidade funcional (74,3) seguido pelo aspecto social (71,3), as piores médias foram observadas nos domínios vitalidade (60,5) e dor (61). Essas médias estão melhores do que as encontradas por Dallanezi et al. (2010), no entanto, o autor também encontrou uma menor média no domínio vitalidade (49,8). Essa piora no que diz respeito à vitalidade pode estar relacionada ao fato de muitas dessas mulheres realizarem múltiplas tarefas, exercem atividade profissional, cuidam do lar e dos filhos. Outros trabalhos também mostram uma menor pontuação nesse domínio (WILSON; TAYLOR; MACLENNAN, 1998; O'DEA; HUNTER; ANJOS, 1999).

5.3 Análise dos fatores associados à qualidade de vida por domínio do questionário de qualidade de vida SF-36

5.3.1 Capacidade funcional

O domínio capacidade funcional avalia a interferência dos problemas de saúde na realização do trabalho e das atividades diárias (WARE, 1992).

Quando se analisou as variáveis socioeconômicas e de hábito de vida em relação ao domínio capacidade funcional, foi observada uma melhora na qualidade de vida nas mulheres acima de 50 anos ($p=0,04$) (Tabela 4). Posteriormente foi realizada a análise multivariada.

Tabela 4: Análise univariada do domínio capacidade funcional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

Capacidade funcional					
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)	OR	IC [95%]	p-valor
Faixa etária					
≤ 50	4 (14,8)	25 (36,8)			
> 50	23 (85,2)	43 (63,2)	0,29	0,09 – 0,96	0,04
ESF					
Padre Faria	9 (33,3)	35 (51,5)			
Santa Cruz	8 (29,6)	11(16,2)	0,35	0,11 – 1,14	0,08
Piedade	10 (37,0)	22 (32,4)	0,56	0,19 – 1,61	0,29
Estado civil					
Solteira	17 (63)	28 (41,2)			
Casada	10 (37)	40 (58,8)	2,43	0,97 – 6,08	0,05
Doença Crônica					
Sim	15 (55,6)	34 (50)			
Não	12 (44,4)	34 (50)	1,25	0,51 – 3,06	0,63
Sistema de saúde*					
SUS	21 (80,8)	51 (76,1)			
Privado	5 (19,2)	16 (23,9)	1,32	0,43 – 4,06	0,63
Cigarro					
Tabagista	9 (33,3)	14 (20,6)			
N-tabagista	18 (66,7)	54(79,4)	1,93	0,71 – 5,2	0,19
Renda**					
Até 1 salario	19 (82,6)	34 (61,8)			
> 1 salario	4 (17,4)	21 (38,2)	2,93	0,88 – 9,81	0,07
Escolaridade					
Até E.F	24 (88,9)	49 (72,1)			
> E.M	3 (11,1)	19 (27,9)	3,1	0,83 – 11,52	0,08

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

Todas as variáveis que obtiveram um valor de $p < 0,25$ foram selecionadas para análise multivariada. Sendo que apenas as variáveis renda e estado civil permaneceram significativas no modelo final para o domínio capacidade funcional (Tabela 5). Sendo assim, ao eliminar os fatores de confusão, pode-se observar uma relação entre o domínio capacidade funcional do SF-36 e o estado civil das mulheres ($p < 0,05$). O grupo de mulheres sem parceiro tinha 4,48 vezes mais chance de ter uma piora na qualidade de vida neste domínio em relação a mulheres casadas. Também foi observada uma associação, neste mesmo domínio, em relação à renda das mulheres. Aquelas que ganhavam até um salário mínimo tiveram uma piora em 4,16 vezes na qualidade de vida nesse domínio em relação as que ganhavam mais de um salário (Tabela 5).

Tabela 5: Análise multivariada do domínio capacidade funcional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

	Capacidade funcional	
	OR bruta (IC)	OR ajustada (IC)
Estado civil	2,43 (0,97 – 6,08)	4,48 (1,48 – 13,55)
Renda	2,93 (0,88 – 9,81)	4,16 (1,14 – 15,09)

Nota: OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança.

Para as variáveis estado civil e renda, foram consideradas duas categorias: (1) casadas (morando com parceiro); (2) solteiras (morando só ou com familiares sem laço conjugal) e (1) ganhar até um salário mínimo; (2) ganhar mais de um salário mínimo, respectivamente. São vários os fatores que impactam na qualidade de vida das mulheres no climatério, dentre eles o convívio com companheiro e a situação socioeconômica. Nesse contexto, deve-se considerar que nesta fase, a mulher está exposta a uma série de eventos determinantes em sua vida como: perda de entes queridos, separação, mudança no papel social e surgimento de doenças crônicas (COHEN; SOARES; JOFFE, 2005). A presença de um companheiro nesse período pode representar uma segurança e apoio emocional. Em relação à situação

socioeconômica, o presente estudo mostrou uma associação entre a baixa renda na qualidade de vida no domínio capacidade funcional, o que corrobora com o estudo de Galvão (2007) que mostrou uma influência significativa entre a qualidade de vida e a baixa renda em mulheres na mesma faixa etária. São várias as justificativas para esse achado, dentre elas a falta de acesso ao lazer, cultura e entretenimento. Além disso, a perda na qualidade de vida pode estar associada às dificuldades próprias das classes sociais mais baixas, principalmente no que diz respeito à saúde, educação, habitação e segurança (BLUMEL; CRUZ; APARÍCIO, 2002).

5.3.2 Aspecto físico

O domínio aspecto físico identifica o impacto da saúde física nas atividades de vida diária e no trabalho (WARE, 1992). Em relação a esse domínio, não foi observada associação significativa ($p < 0,05$) com as variáveis socioeconômicas e de hábito de vida (Tabela 6).

No entanto, mesmo não sendo observada no presente estudo, a prática de atividade física interfere na qualidade de vida, pois essa variável exerce grande influência no escore do domínio aspecto físico. Isso já foi descrito em vários estudos. Segundo Navega e Oishi (2007) a atividade física pode ser a principal explicação no aumento no escore do questionário de vida SF-36. Para Sguizzatto (2006), a atividade física influencia na qualidade de vida relacionada à saúde em qualquer faixa de idade. Além desses estudos, o Manual do Ministério da Saúde de Climatério e Menopausa (BRASIL, 2008) recomenda a prática contínua de atividade física não só para a melhora da qualidade de vida, mas também para prevenir aparecimento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, câncer de cólon e mama, que apresenta alta frequência nessa faixa etária como observado no presente estudo. A atividade física pode ainda, além de outros fatores, melhorar a capacidade física e funcional, dor, diminuir o uso de analgésico e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida (BINDER, et al., 2002; GRANITO et al., 2004; MALMROS et al., 1998).

Tabela 6: Análise univariada do domínio aspecto físico do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

Limitação por aspecto físico					
	≤ 25% (Q1)	> 25% (Q1)	Odds	IC [95%]	p-valor
	N (%)	N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	5 (16,7)	24 (36,9)			
> 50	25 (83,3)	41 (63,1)	0,34	0,12 – 1,01	0,05
PSF					
Padre Faria	15 (50)	29 (44,6)			
Santa Cruz	4 (13,3)	15 (23,1)	1,94	0,55 – 6,88	0,30
Piedade	11 (36,7)	21 (32,3)	0,99	0,38 – 2,58	0,98
Estado civil					
Solteira	16 (53,3)	29 (44,6)			
Casada	14 (46,7)	36 (55,4)	1,42	0,59 – 3,38	0,43
Doença Crônica					
Sim	17 (56,7)	32 (49,2)			
Não	13 (43,3)	33 (50,8)	1,35	0,56 – 3,22	0,50
Sistema de saúde*					
SUS	25 (83,3)	47 (74,6)			
Privado	5 (16,7)	16 (25,4)	1,7	0,56 – 5,19	0,35
Cigarro					
Tabagista	7 (23,2)	16 (24,6)			
N-tabagista	23 (76,7)	49 (75,4)	0,93	0,34 – 2,58	0,89
Renda**					
Até 1 salario	17 (68)	36 (67,9)			
> 1 salario	8 (32)	17 (32,1)	1,0	0,36 – 2,78	0,99
Escolaridade					
Até E.F	24 (80)	49 (75,4)			
> E.M	6 (20)	16 (24,6)	1,30	0,45 – 3,76	0,62

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.3.3 Dor

O domínio dor é baseado na percepção da dor de cada indivíduo e sua interferência na atividade de vida diária (WARE, 1992). Não foi observada, no presente estudo, uma associação entre esse domínio e as variáveis socioeconômicas e hábito de vida (Tabela 7). Entretanto, sabe-se que a dor representa uma grande causa de redução da funcionalidade, logo, ela torna-se

um fator determinante no comprometimento do domínio capacidade funcional (ELLIOTT; RENIER; PALCHER, 2003). Nesse contexto, é provável que a dor possa ter sido um dos fatores de confusão quando analisado o domínio capacidade funcional, como discutido no item 5.3.1. Ainda, segundo Bair et al. (2008), muitos estudos mostram que a ansiedade e depressão coexistem com a dor, causando uma perda mais intensa na qualidade de vida.

Tabela 7: Análise univariada do domínio dor do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 2013.

	Dor		Odds	IC [95%]	p-valor
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	5 (17,2)	24 (36,4)			
> 50	24 (82,8)	42 (63,6)	0,36	0,23 – 1,08	0,06
PSF					
Padre Faria	15 (51,7)	29 (43,9)			
Santa Cruz	5 (17,2)	14 (21,2)	1,44	0,44 – 4,79	0,54
Piedade	9 (31)	23 (34,8)	1,32	0,49 – 3,56	0,58
Estado civil					
Solteira	17 (58,6)	28 (42,4)			
Casada	12 (41,4)	38 (57,6)	1,92	0,79 – 4,66	0,15
Doença Crônica					
Sim	14 (48,3)	35 (53)			
Não	15 (51,7)	31 (47)	0,83	0,34 – 1,98	0,67
Sistema de saúde*					
SUS	23 (82,1)	49 (75,4)			
Privado	5 (17,9)	16 (24,6)	1,50	0,49 – 4,60	0,48
Cigarro					
Tabagista	10 (34,5)	13 (19,7)			
N-tabagista	19 (65,5)	53 (80,3)	2,15	0,80 – 5,69	0,12
Renda**					
Até 1 salário	17 (73,9)	36 (65,5)			
> 1 salário	6 (26,1)	19 (34,5)	1,49	0,50 – 4,42	0,47
Escolaridade					
Até E.F	26 (89,7)	47 (71,2)			
> E.M	3 (10,3)	19 (28,8)	3,50	0,95 – 12,96	0,05

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas. (2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída. (3) N = frequência (percentual), OR = Odds ratio, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.3.4 Estado geral de saúde

O domínio estado geral de saúde avalia a percepção do indivíduo quanto à sua saúde de maneira mais genérica em relação a sua própria perspectiva comparada a outra pessoa (WARE, 1992). As questões desse domínio do questionário de qualidade de vida SF-36 foram fundamentadas a partir do Questionário de Saúde Geral (QSG-12).

Na análise univariada desse domínio, foi observada associação entre o estado civil das mulheres e a qualidade de vida. As mulheres que relataram não ter parceiro tiveram 2,77 vezes mais chance de ter uma piora no domínio estado geral de saúde ($p=0,03$). Também foi observada uma pior qualidade de vida em relação a este domínio em mulheres que apresentavam alguma doença crônica. Essas mulheres apresentaram 2,76 vezes mais chance de ter uma pior qualidade de vida, no domínio estado geral de saúde, quando comparada àquelas que não relataram ter doença crônica (Tabela 8).

Tabela 8: Análise univariada do domínio estado geral de saúde do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013. (continua)

	Estado geral de saúde		Odds	IC [95%]	p-valor
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	5 (19,2)	24 (34,8)			
> 50	21 (80,8)	45 (65,2)	0,45	0,15 – 1,33	0,14
PSF					
Padre Faria	13 (50)	31 (44,9)			
Santa Cruz	3 (11,5)	16 (23,2)	2,24	0,55 – 9,00	0,26
Piedade	10 (38,5)	22 (31,9)	0,92	0,34 – 2,48	0,87
Estado civil					
Solteira	17 (65,4)	28 (40,6)			
Casada	9 (34,6)	41 (59,4)	2,77	1,08 – 7,08	0,03
Doença Crônica					
Sim	18 (69,2)	31 (44,9)			
Não	8 (30,8)	38 (55,1)	2,76	1,06 – 7,19	0,03
Sistema de saúde*					
SUS	23 (88,5)	49 (73,1)			
Privado	3 (11,5)	18 (26,9)	2,81	0,75 – 10,53	0,11

	Estado geral de saúde		(conclusão)		
	≤ 25% (Q1)	> 25% (Q1)	Odds	IC [95%]	p-valor
	N (%)	N (%)			
Cigarro					
Tabagista	9 (34,6)	14 (20,3)			
N-tabagista	17 (65,4)	55 (79,7)	2,08	0,77 – 5,64	0,15
Renda**					
Até 1 salário	20 (83,3)	33 (61,1)			
> 1 salário	4 (16,7)	21 (38,9)	3,18	0,95 – 10,62	0,50
Escolaridade					
Até E.F	22 (84,6)	51 (73,9)			
> E.M	4 (15,4)	18 (26,2)	1,94	0,59 – 6,40	0,27

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

Todas as variáveis que obtiveram um valor de $p < 0,25$, na análise univariada, foram selecionadas para análise multivariada. Portanto, no modelo final, para o domínio estado geral de saúde do SF-36, a diferença significativa em relação ao estado civil das mulheres e a presença de doença crônica foi mantida. A condição de ter um parceiro mais uma vez teve impacto positivo na qualidade de vida para esse domínio assim como a não presença de doença crônica. Interessantemente, ambas variáveis apresentaram o mesmo valor da *odds ratio* (3,11), ou seja, as mulheres que tinham parceiro ou que relataram não ter doença crônica apresentaram 3,11 vezes mais chance de ter uma melhor pontuação nesse domínio do questionário de qualidade de vida SF-36. (Tabela 9).

Tabela 9: Análise multivariada do domínio estado geral de saúde do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

	Estado geral de saúde	
	Odds bruta (IC)	Odds ajustada (IC)
Estado civil	2,77 (1,08 – 7,08)	3,11 (1,17 – 8,29)
Doença crônica	2,76 (1,06 – 7,19)	3,11 (1,15 – 8,44)

Nota: OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança.

Como discutido anteriormente (item 5.3.1), a percepção da qualidade de vida sofre influências de diversos fatores. O estudo sobre a percepção de estado de saúde e qualidade de vida da população em geral de Ferreira e Santana (2003), realizado em Portugal, que utilizou o mesmo instrumento de avaliação de qualidade de vida do presente estudo, mostrou uma melhora da qualidade de vida, em adultos solteiros com idade ativa, somente nos domínios de dimensões físicas. Nos outros domínios, principalmente nos relacionados a dimensões sociais, saúde mental e estado geral de saúde, a qualidade de vida foi referida como melhor entre os casados. Embora realizado em uma realidade diferente, o presente estudo mostrou resultados semelhantes, corroborando com o fato de conviver com parceiro.

Do mesmo modo, sabe-se que a presença de doença crônica também afeta diretamente a qualidade de vida. Quanto maior a presença de doença crônica, pior será a qualidade de vida (AGNES e FERREIRA, 2009). Nesse mesmo sentido, Silva (2003) afirmou ainda que quanto maior o tempo de duração da doença, pior será a percepção do indivíduo em relação a seu estado de saúde.

É também importante considerar que o período de climatério se associa a uma série de eventos típicos dessa faixa etária que poderiam afetar a relação interpessoal, entretanto, a percepção de qualidade de vida das mulheres entrevistadas, demonstrou que a presença do companheiro contribuiu de forma positiva.

5.3.5 Vitalidade

O domínio vitalidade do questionário de qualidade de vida SF-36 leva em consideração o nível de energia e fadiga percebida pelo entrevistado e sua influência na atividade de vida diária (WARE, 1992). Suas questões derivam do questionário de *Mental Health Inventory* (MHI). Não foi possível associá-lo com as variáveis socioeconômicas e hábito de vida. (Tabela 10).

A vitalidade pode ser parte integrante dos componentes mentais e ainda interferir no componente físico.

No entanto, vários estudos apresentaram uma baixa pontuação no escore vitalidade (WILSON; TAYLOR; MACLENNAN, 1998; O'DEA; HUNTER; ANJOS, 1999; ZAHAR et al., 2005), o que corrobora com os resultados obtidos no presente estudo.

Tabela 10: Análise univariada do domínio vitalidade do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

	Vitalidade		Odds	IC [95%]	p-valor
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	8 (29,6)	21 (30,9)			
> 50	19 (70,4)	47 (69,1)	0,94	0,36 – 2,49	0,90
PSF					
Padre Faria	13 (48,1)	31 (45,6)			
Santa Cruz	6 (22,2)	13 (19,1)	0,91	0,28 – 2,91	0,87
Piedade	8 (29,6)	24 (35,3)	1,26	0,44 – 3,52	0,66
Estado civil					
Solteira	15 (55,6)	30 (44,1)			
Casada	12 (44,4)	38 (55,9)	1,58	0,64 – 3,88	0,32
Doença Crônica					
Sim	16 (59,3)	33 (48,5)			
Não	11 (40,7)	35 (51,5)	1,54	0,62 – 3,80	0,35
Sistema de saúde*					
SUS	24 (88,9)	48 (72,7)			
Privado	3 (11,1)	18 (27,3)	3,00	0,8 – 11,19	0,09
Cigarro					
Tabagista	8 (29,6)	15 (22,1)			
N-tabagista	19 (70,4)	53 (77,9)	1,49	0,54 – 4,07	0,44
Renda**					
Até 1 salário	18 (72)	35 (66)			
> 1 salário	7 (28)	18 (34)	1,32	0,47 – 3,75	0,60
Escolaridade					
Até E.F	24 (88,9)	49 (72,1)			
> E.M	3 (11,1)	19 (27,9)	3,10	0,83 – 11,52	0,08

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.
 (2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.
 (3) N = frequência (percentual), OR = Odds ratio, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.3.6 Aspectos sociais

O domínio aspecto social avalia a influencia na interação interpessoal e atividades de lazer, entretenimento e recreação (WARE, 1992). As variáveis socioeconômicas e de hábito de vida também não influenciaram a qualidade de vida em relação a esse domínio (Tabela 11).

Entretanto, segundo Favarato e Aldrighi (2001), questões sociais como a satisfação no trabalho, bom relacionamento familiar e estabilidade econômica, estão entre os fatores que mais pesam na avaliação das mulheres climatéricas sobre sua percepção da qualidade de vida. Como já caracterizado anteriormente (item 5.1), as participantes deste estudo pertencem a uma classe social menos favorecida, mesmo assim, de acordo com o questionário SF-36 aplicado no presente estudo, o domínio aspecto social parece não interferir em suas questões pessoais e de atividade de vida diária. Este fato pode ser devido a uma aceitação passiva da sua realidade (FAVARATO e ALDRIGHI, 2001).

Tabela 11: Análise univariada do domínio aspecto social do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

	Aspecto social		Odds	IC [95%]	continua p-valor
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	8 (24,2)	21 (33,9)			
> 50	25 (75,8)	41 (66,1)	0,62	0,24 – 1,62	0,34
PSF					
Padre Faria	15 (45,5)	29 (46,8)			
Santa Cruz	9 (27,3)	10 (16,1)	0,57	0,19 – 1,72	0,32
Piedade	9 (27,3)	23 (37,1)	1,32	0,49 – 3,56	0,58
Estado civil					
Solteira	19 (57,6)	26 (41,9)			
Casada	14 (42,4)	36 (58,1)	1,88	0,80 – 4,42	0,15
Doença Crônica					
Sim	18 (54,5)	31 (50)			
Não	15 (45,5)	31 (50)	1,20	0,51 – 2,80	0,68
Sistema de saúde*					
SUS	25 (78,1)	47 (77)			
Privado	7 (21,9)	14 (23)	1,06	0,38 – 2,98	0,91

	Aspecto social		conclusão		
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)	Odds	IC [95%]	p-valor
Cigarro					
Tabagista	10 (30,3)	13 (21)			
N-tabagista	23 (69,7)	49 (79)	1,64	0,63 – 4,29	0,31
Renda**					
Até 1 salario	20 (64,5)	33 (70,2)			
> 1 salario	11 (35,5)	14 (29,8)	0,77	0,29 – 2,03	0,60
Escolaridade					
Até E.F	24 (72,7)	49 (79)			
> E.M	9 (27,3)	13 (21)	0,7	0,65 – 1,88	0,49

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.3.7 Limitação por aspecto emocional

O componente limitação por aspecto emocional avalia a interferência de desordens emocionais nas atividades de vida diária e sociais do indivíduo (WARE, 1992).

Não se observou relação entre as variáveis socioeconômicas e de hábito de vida em relação a esse domínio. No entanto, cabe lembrar que o climatério tem uma evolução particular para cada mulher, dependendo de suas características socioeconômicas, psíquicas e seu contexto cultural. Neste período de vulnerabilidade da mulher, as questões psicológicas e emocionais podem ser exacerbadas e muitas vezes revelar problemas preexistentes. No entanto, o apoio familiar, social e o bom convívio com mudanças naturais desse período, pode torna-lo um momento de desenvolvimento e amadurecimento pessoal (MARRACCINI, 1999).

Tabela 12: Análise univariada do domínio limitação por aspecto emocional do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

	Limitação por aspecto emocional		Odds	IC [95%]	p-valor
	≤ 25% (Q1) N (%)	> 25% (Q1) N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	8 (28,6)	21 (31,3)			
> 50	20 (71,4)	46 (68,7)	0,88	0,33 – 2,31	0,78
PSF					
Padre Faria	11 (39,4)	33 (49,3)			
Santa Cruz	7 (25)	12 (17,9)	0,57	0,18 – 1,81	0,34
Piedade	10 (35,7)	22 (32,8)	0,73	0,27 – 2,02	0,55
Estado civil					
Solteira	16 (57,1)	29 (43,3)			
Casada	12 (42,9)	38 (56,7)	1,74	0,71 – 4,26	0,22
Doença Crônica					
Sim	15 (53,6)	34 (50,7)			
Não	13 (46,4)	35 (49,3)	1,12	0,46 – 2,71	0,80
Sistema de saúde*					
SUS	25 (89,3)	47 (72,3)			
Privado	3 (10,7)	18 (27,7)	3,19	0,86 – 11,89	0,07
Cigarro					
Tabagista	10 (35,7)	13 (19,4)			
N-tabagista	18 (64,3)	54 (80,6)	2,31	0,86 – 6,16	0,09
Renda**					
Até 1 salário	17 (68)	36 (67,9)			
> 1 salário	8 (32)	17 (32,1)	1,00	0,36 – 2,78	0,99
Escolaridade					
Até E.F	23 (82,1)	50 (74,6)			
> E.M	5 (17,9)	17 (25,4)	1,56	0,51 – 4,76	0,43

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.3.8 Saúde mental

O domínio saúde mental reflete a percepção do humor e bem estar da entrevistada, investigando as dimensões de depressão e ansiedade. As questões, assim como no domínio vitalidade, também são baseadas no questionário MHI (WARE, 1992). As variáveis socioeconômicas e de hábito de vida também não influenciaram a percepção das mulheres em relação à qualidade de vida para esse domínio.

Contudo, transformações biopsicossociais que ocorrem conjuntamente no climatério, têm um relevante papel em relação à saúde mental das mulheres. Uma vivência com experiências negativas nesse período, leva ao

aparecimento de sintomas e queixas psíquicas das quais se destacam a irritabilidade, depressão, ansiedade e disfunção sexual. Esses sintomas são piorados em mulheres que não conseguem readequar seu papel social e redefinir seus objetivos de vida (PEDRO, 2003; DENNERSTEIN, 2004; BLUMEL, 2002).

Existem muitas controvérsias sobre a influência do hipoestrogenismo, característico do climatério, na depressão e o papel efetivo da terapia hormonal em benefícios do humor. Vários estudos de base populacional têm demonstrado o quanto a transição menopausal modifica o estado de depressão, além de identificar outros fatores relacionados a esse período (DENNERSTEIN, 2004; BLUMEL, 2002; APPOLINÁRIO, 2001).

Tabela 13: Análise univariada do domínio saúde mental do questionário de qualidade de vida SF-36 em relação às variáveis socioeconômicas e de hábito de vida das mulheres participantes do estudo, Ouro Preto-MG, 20013.

Saúde mental					
	≤ 25% (Q1)	> 25% (Q1)	Odds	IC [95%]	p-valor
	N (%)	N (%)			
Faixa etária					
≤ 50	5 (20,8)	24 (33,8)			
> 50	19 (79,2)	47 (66,2)	0,51	0,17 – 1,55	0,24
PSF					
Padre Faria	9 (37,5)	35 (49,3)			
Santa Cruz	7 (29,2)	12 (16,9)	0,44	0,13 – 1,44	0,18
Piedade	8 (33,3)	24 (33,8)	0,77	0,26 – 2,28	0,64
Estado civil					
Solteira	15 (62,5)	30 (42,3)			
Casada	9 (37,5)	41 (57,7)	2,28	0,88 – 5,89	0,09
Doença Crônica					
Sim	14 (58,3)	35 (49,3)			
Não	10 (41,7)	36 (50,7)	1,44	0,56 – 3,67	0,45
Sistema de saúde*					
SUS	18 (78,3)	54 (77,1)			
Privado	5 (21,7)	16 (22,9)	1,07	0,34 – 3,32	0,91
Cigarro					
Tabagista	7 (29,2)	16 (22,5)			
N-tabagista	17 (70,8)	55 (77,5)	1,41	0,50 – 4,01	0,52
Renda**					
Até 1 salário	14 (70)	39 (67,2)			
> 1 salário	6 (30)	19 (32,8)	1,14	0,38 – 3,42	0,82
Escolaridade					
Até E.F	21 (87,5)	52 (73,2)			
> E.M	3 (12,5)	19 (26,8)	2,56	0,68 – 9,56	0,15

Nota: (1) *N=93, **N=78 – foram excluídas as participantes que não responderam essas perguntas.

(2) Foi considerado como valor de referência para categorizar a variável em qualidade de vida diminuída e aumentada, o primeiro quartil (Q1). As mulheres que obtiveram pontuação igual ou abaixo do primeiro quartil foram consideradas com qualidade de vida diminuída.

(3) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

(2) N = frequência (percentual), OR = *Odds ratio*, IC = intervalo de confiança, p-valor com significância < 0,05, Q1 = primeiro quartil, ESF = Equipe Saúde da Família, SUS = Sistema Único de Saúde, E.F = Ensino Fundamental, E.M = Ensino Médio.

5.4 Principais classes terapêuticas identificadas na população de estudo

A frequência do consumo de medicamentos de uso contínuo por mulheres de 45 a 60 anos, estimada no presente estudo, foi de 57,9%. Desses, a maior parte pertencia ao grupo dos anti-hipertensivos (40%). Nesse grupo, a maior frequência de medicamento utilizado foi o hidroclorotiazida (28,4%), seguido pelo losartan (17,9%) e captopril (16,8%). A maior parte das mulheres que fazia uso de hidroclorotiazida, também utilizava, em associação, o captopril ou o losartan. Observou-se também que 8,4% faziam uso de hipoglicemiante oral, 11,6% de sinvastatina, 11,6% de antidepressivo e 7,4% de benzodiazepínico (Tabela 14).

Tabela 14: Principais classes de medicamento e a frequência de uso referida pelas mulheres participantes do estudo, Ouro Preto, 2013.

Medicação	Frequência	%
Anti-hipertensivos	38	40,0
Hidroclorotiazida	27	28,4
Captopril	16	16,8
Losartan	17	17,9
Metildopa	4	4,2
Hipoglicemiante oral	8	8,4
Glibenclamida	4	4,2
Metformina	7	7,4
Insulina	2	2,1
Levotiroxina sódica	5	5,3
Sinvastatina	11	11,6
Antidepressivo	11	11,6
Fluoxetina	8	8,4
Nortriptilina	2	2,1
Paroxetina	1	1,1
Benzodiazepínico	7	7,4

Nota: O somatório da frequência dos medicamentos pertencentes às classes de medicamentos Anti-hipertensivos e Hipoglicemiantes orais difere do total, devido ao fato de algumas participantes fazerem uso de dois ou mais medicamentos simultaneamente.

Como descrito no item 5.1, este estudo foi realizado em uma região do município de Ouro Preto considerada pouco desenvolvida, onde a população, de uma maneira geral, possui baixo poder aquisitivo. Esta observação é importante, uma vez que, diferentes autores consideram às condições socioeconômicas como sendo determinantes do consumo de medicamentos (ARRAIS et al., 2005; BERTOLDI et al., 2004). Daí a importância das políticas públicas de acesso gratuito, principalmente, aos medicamentos de uso contínuo, uma vez que, esses medicamentos oneram importante parcela dos orçamentos familiares (GARCIA et al., 2013). Como a grande maioria das mulheres participantes deste estudo possui uma renda inferior a um salário mínimo e são dependentes exclusivamente do SUS, os programas de distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos são de extrema necessidade. Essa afirmativa pode ser comprovada pelo estudo de Garcia e colaboradores (2013), no qual foi observado que enquanto entre as famílias de menor renda predominaram os gastos com analgésicos, antigripais e anti-inflamatórios, entre aquelas de maior renda predominaram os gastos com medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, incluindo diabetes, hipertensão e doenças do coração. Esses autores não descartaram a possibilidade de que os programas de assistência farmacêutica básica do SUS tenham contribuído para esses achados.

A principal doença referida pelas participantes do estudo foi a hipertensão arterial, que segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) é considerada um problema grave de saúde pública no mundo, independente da classe social. Logo, a principal classe terapêutica observada no presente estudo foi a dos Anti-hipertensivos. Desses o de maior frequência foi a Hidroclorotiazida, segundo o Manual de Hipertensão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), ela é o medicamento de escolha para HAS leve e moderada. Ainda foi observado o uso de medicamento metildopa por 4,2% das participantes, mesmo sendo indicada restritamente seu uso às gestantes devido seus efeitos colaterais (BRASIL, 2006b).

O Diabetes *Mellitus* (DM) vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e estar frequentemente associado à dislipidemia e hipertensão arterial. É um problema de saúde considerado “Condição Sensível

à Atenção Primária”, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009). Segundo a *International Diabetes Federation* (2012) nos países em desenvolvimento ocorrerá um aumento na prevalência de DM em todas as faixas etárias, sendo que nas pessoas de 45 a 64 anos ela será triplicada. A metformina, medicamento mais utilizado pela população aqui estudada, é o medicamento de escolha para o tratamento do diabetes tipo 2. (BRASIL, 2006a).

Os manuais do Ministério da Saúde não diferenciam o uso específico de anti-hipertensivos e antidiabéticos no climatério. Dessa maneira, as mulheres do presente estudo não tiveram tratamento diferenciado em relação à população geral quanto à prescrição desses medicamentos.

Entretanto, estudos realizados no Brasil mostraram que os tranquilizantes/antidepressivos são a medicação de escolha (28,3%) para mulheres que procuraram o serviço de saúde por queixas climatéricas. Próximo ao período da menopausa, essas queixas relacionadas ao humor podem não estarem sendo relacionadas a esse período na mulher, evidenciado por um tratamento, muitas vezes inadequado pelo serviço de saúde (PEDRO et al., 2002). Muitas vezes o uso de antidepressivo e benzodiazepínico pode causar alívio dos sintomas climatéricos, porém, seu uso deve ser de maneira individualizada e específico para a situação, não como paliativo para sintomas de base não determinada (BRASIL, 2008a). Além disso, esses medicamentos devem ser criteriosamente prescritos, pois podem causar dependência. Embora a fluoxetina tenha como reação adversa baixa da libido, este foi o fármaco mais utilizado entre os antidepressivos no presente estudo. Mesmo com orientação de uso restrito e não prolongado, observamos que algumas mulheres faziam uso de benzodiazepínico continuamente.

Nenhuma participante do estudo fazia uso de terapia hormonal (TH). No entanto, muitos estudos mostram que a utilização de TH não influencia na qualidade de vida da mulher. O principal é o estudo de WHI (2002). Outro que corrobora com este é o estudo de Zahar e colaboradores (2005), mais recente e com população brasileira, o qual não evidenciou diferença significativa na

qualidade de vida entre grupos de mulheres que utilizam ou não a TH. Outros estudos também mostram o mesmo resultado, utilizando o SF-36 e outras ferramentas (MARTINS et al., 2009; HAYS et al., 2003). De acordo com um estudo de caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo (NETO et al., 2002) 37,7% das mulheres entrevistadas disseram ter usado ou que utilizavam TH. O fato de não ter encontrado mulheres que referenciam o uso de TH nesse estudo, pode estar associado às condições socioeconômicas, o que corrobora com o estudo de Avis e Johanes (1998) que mostrou poder estar associado o baixo uso da TH com o baixo nível social e escolaridade.

Uma das limitações do estudo foi o baixo número de participantes. Essa restrição pode ter interferido nos resultados e significância. No entanto, vale destacar que se trata de um estudo pioneiro no município de Ouro Preto e baseado nele, outros poderão ser realizados ou mesmo este ser expandido.

6. CONCLUSÃO

O perfil da população estudada foi de baixa renda e escolaridade e a grande maioria eram usuárias exclusivas do SUS.

São mulheres que possuem uma visão positiva em relação a sua qualidade de vida, mesmo vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis.

Ter um companheiro, melhor renda e não apresentar doença crônica foram os fatores que mostraram associação com uma melhor qualidade de vida.

A frequência de hipertensão nessa população foi maior que a esperada no Brasil e o medicamento mais utilizado para essa condição foi a hidroclorotiazida. As demais doenças referidas foram tão frequentes quanto da população geral.

Não foi encontrado nessa população o uso de terapia hormonal.

O conhecimento dos fatores socioeconômicos, qualidade de vida e uso de medicamento possibilita um planejamento de ações da equipe de saúde para essa população específica.

REFERÊNCIAS

AGNES, E.; FERREIRA, P. Qualidade de vida em diálise. Rev. Port. Saúde Pública, v.8, p.67-82, 2009.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cad. Saúde Pública, v.25, n.6, p.1337-49, 2009.

APPOLINÁRIO, J.C. et al. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v.45, p.383-9, 2001.

ARANHA, L.L.M.; MIRÓN CANELO, J.A.; ALONSO SARDÓN, M.; DEL PINO MONTES, J.; SÁENZ GONZÁLEZ, M,C, Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. Revista Saúde Pública v.40, n.2, p.298-03, 2006.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v.5, n.3, p.337-48, 2005.

ARRAIS, P.S. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública. v.21, n.6, p.1737-46, 2005.

AVIS, N. E.; JOHANES, C. Socioeconomic status and HRT use. Menopause, v.5, p.137-9, 1998.

AVIS, N. E. et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause. 2009.

BAIR, M.J.; et al. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom. Med. v.70, n.8, p.890-7, 2008.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. Rev. Saúde Pública. v.38, n.2, p.228-38, 2004

BINDER, E.F. et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. JAGS, v.50, n.12, p.1921-8, 2002.

BLUMEL, J.E.; CRUZ, M.N.; APARÍCIO, N.J. La transición menopáusica: fisiopatología, clínica y tratamiento Menopausal transition: physiopathology, clinical and treatment. Medicina (B. Aires). v.62, p.57-65, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. p192, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil, 2007: Uma análise da situação do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CICONELLI, R.M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev. Bras. Reumatol. v.39, n.3, p.143-50, 1999.

COHEN, L.S.; SOARES, C.N.; JOFFE, H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. Am. J Med., v.118, n.12B, p.93-7, 2005.

DALLANEZI, G. et al. Qualidade de vida de mulheres com baixa massa óssea na pós-menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.33, n.3, p.133-8, 2011.

DE LORENZI, D.R.S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev. Assoc. Med. Bras. v.52, n.5, p.312-7, 2006.

DENNERSTEIN, L.; LEHERT, P.; GUTHRIE, J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch. Women's Mental Health. v.5, p.15-22, 2002.

DENNERSTEIN L, GUTHRIE JR, CLARCK M, LEHERT P, HENDERSON VW. A population-base study of depressed mood in middle-aged, australianborn women. *Menopause*. v.11, p.563-8, 2004.

ELLIOTT, T.E.; RENIER, C.M.; PALCHER, J.A. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain. Med.*, v.4, n.4, p.331-9, 2003.

FAVARATO, M.E.C; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Rev. Ass. Med. Brasil.*, v.47, n.4, p.339-45, 2001.

FERNANDES C.E., BARACAT E.C., LIMA G.R. Climatério: manual de orientação. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, 2004.

FERRAZ, M.S.; CARVALHO F. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.5, p. 538-42, 1997.

FERREIRA, P.; SANTANA, P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, v.21, n.2, p.15-30, 2003

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiat.*, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FREITAS, K.; SILVA, A.; SILVA, R. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta. Sci. Health. Sci.*, v.26, n.1, p.121-8, 2004.

FUH, J.L. et al. Quality of life and menopausal transition for middle-aged on Kinmen island. *Qual. Life Res.*, v.12, p.53-61, 2003.

GALVÃO, L.L.L.F. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério, *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.53, n.5, p.414-20, 2007.

GARCIA, P.L. et al. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad. Saúde Pública*, v.29, n.8, p.1605-16, 2013.

GORENSTEIN C.; ANDRADE L. inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v.25. n.5, p.245-50, 1998.

GRANITO, R.N. et al. Efeitos de um programa de atividade física na postura hipercifótica torácica, na dorsalgia e na qualidade de vida de mulheres com osteoporose. *Rev. Bras. Fisioter.*, v.8, n.3, p. 231-7, 2004.

HALBE, H.W.; LOPES, C.M.C.; CELESTINO, C.A. Tratamento hormonal da menopausa pós-HERS I/II e WHI. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.3, p.72-78, 2003.

HAYS, J. et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. N. Engl. J Med., v.348, p.1839-54, 2003.

HALBREICH, U. Role of estrogen in postmenopausal depression. Neurology, v.48, p.516-9, 1997.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. New York: John Wiley & Sons. 1989.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Disponível em: www.ibge.gov.br (Acessado em 10 de junho de 2014).

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas update 2012: Regional e Country Facctsheets. Disponível em: <http://diabetes-atlas-update-2012-regional-coutry-facctsheets>. Acesso em 07 jul. 2014.

LANA R.C. et al., Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. Rev. Bras. Fisioter. v.11, n.5, p.397-402, 2007.

MALMROS, B. et al. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. Osteoporos Int., v.8, n.3, p.215-21, 1998.

MARRACCINI, E.M. Mulher significados no meio da vida [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

MARTINS, M.A.D. et al. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.31, n.4, p.196-202, 2009.

MENDONÇA, E.A.P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. Ciênc. Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.751-62, 2004.

NAVEGA, M.T.; OISHI, J. Comparação da qualidade de vida. Relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. Rev. Bras. Reumatol., v.47, n.4, p.258-64. 2007.

NETO, A.M.P. et al. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. Cad. Saúde Pública, v.18, n.1, p.121-7, 2002.

NETO, O.P.M. Hipertensão arterial em Ouro Preto/MG: Avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores de risco cardiovasculares. Dissertação

de mestrado do Núcleo de pesquisas em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Ouro Preto, 136p., 2006.

O'DEA, I.; HUNTER, M.S.; ANJOS, S. Life satisfaction and health-related quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. *Climacteric.*, v.2, n.2, p.131-40, 1999.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1946. Disponível em:
< <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>>. Acessado em junho de 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Discussion document on the concept and principles. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe. p.20-3, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report FAO/WHO Expert t Consultation. Geneva: WHO; 2003.

OURO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [dissertação de mestrado]. Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

PEDRO, A.O. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, v.36, p.484-90, 2002.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.*, v.1, n.3,p. 73-81, 2005.

POMPEU, J.M.; MENESES, L.C. Estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes com Doenças de Parkinson Idiopática praticantes de atividades físicas e não 65 praticantes. 2008. 102 f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém-PA, 2008. Disponível em:
<http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/fisioterapia/attachments/article/134/ESTUDO%20COMPARATIVO%20DA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20PACIENTES.pdf>> Acesso em: 02 jul. 2014.

ROSE, M.S. et al. Statistical issues encountered in the comparison of healthrelated quality of life in diseased patients to published general population norms: problems and solutions. *J Clin. Epidemiol.*, v.52, n.5, p.405–12, 1999.

SGUIZZATTO, G.T., GARCEZ-LEME, L.E., CASIMIRO, L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. Sao Paulo Med J. v.124, p.5-15, 2006.

SILVA, I. et al. Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. Aná. Psicológica, v.2, p.185-94, 2003.

SILVA-FILHO, E.A.; COSTA, A.M. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.30, n.3, p.113-20, 2008.

SILVER, L.D. Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para a avaliação dos Serviços de Saúde para Mulheres. In: Giffin K, Costa SH. (orgs). Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p.299-317, 1999.

STANGL, V.; BAUMANN, G.; STANGL, K. Coronary atherogenic risk factors in women. Eur. Heart. J., v.23, n.22, p. 1738–52, 2002

WALTON, C. et al. The effects of the menopause on carbohydrate metabolism in healthy women. J Endocrinol, 1999.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med. Care, v.30, n.6, p.473-83, 1992.

WILSON, D.H.; TAYLOR, A.W.; MACLENNAN, A.H. Health status of hormone replacement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality of life dimension. Climacteric, v.1, n.1, p.50-4, 1998.

Women's Health Initiative (WHI). Writing Group Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA v.288 p.321-33, 2002.

ZAHAR, S.E.V. et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev. Assoc. Med. Bras. (1992), São Paulo, v. 51, n.3, p.133-8, maio./jun. 2005.

ZAMPIERI, M.F.M. et al. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. Rev. Enferm., v.13, n.2, p.305-12, 2009.

ANEXO A – TERMO DE ESCLARECIMENTO

Observação: Este documento lhe dará as informações necessárias para ajudá-lo (a) a decidir se você deseja participar ou não desse estudo. Ele permitirá uma compreensão acerca das razões científicas desse estudo, bem como sobre seus direitos e responsabilidades no caso de decidir participar do mesmo.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Título do Projeto

Caracterização de fatores associados ao uso da terapia hormonal e a qualidade de vida e saúde em mulheres no climatério usuárias do Sistema Único de Saúde de Ouro Preto-MG.

Informação ao Voluntário: Você está sendo convidada a participar da pesquisa que deseja conhecer a condição de vida e saúde e a utilização da terapia hormonal por mulheres residentes na sede do município de Ouro Preto, e que estejam com idade entre 45 e 65 anos. Para isto será necessário realizar algumas perguntas a respeito da sua saúde, das suas atividades, nosso objetivo é conhecer a relação de algumas situações e atitudes da população quanto à menopausa.

Participação no Estudo: Se você decidir participar neste estudo, o primeiro passo será o preenchimento de um questionário. Suas respostas não serão reveladas a ninguém. Serão feitas medidas do peso e altura. Será coletada uma amostra de 10,0 ml de sangue de seu braço, destinada ao exame de glicose, colesterol total e frações, triglicérides e tireoide. O sangue coletado não utilizado será descartado e não será aproveitado em outros estudos. Para a realização destes exames é necessário você ficar de jejum por 12 a 14 horas, sendo permitida a ingestão de água. Será coletado material cérvico-vaginal (colo do útero) para realização do exame preventivo de câncer de colo do útero. Os resultados desses exames serão entregues a você pelos colaboradores deste projeto.

Riscos associados com o estudo: As possibilidades de riscos à sua saúde durante a execução deste trabalho serão mínimas, uma vez que a coleta de sangue será feita dentro das normas estabelecidas pelo laboratório, com material descartável (seringas, agulhas e

luvas). É importante salientar que para a coleta de sangue basta uma simples punção na veia de seu braço, a qual não é dolorosa quando feita com técnica adequada. O procedimento será realizado por profissional altamente qualificado e devidamente habilitado para realizar esse procedimento. Além disso, todo o material sujo proveniente da manipulação do sangue será devidamente esterilizado antes do descarte e lavagem. As medidas de peso e altura serão feitas com os cuidados necessários para que você não corra risco de escorregar e cair. Será necessário tomar um pouco do seu tempo (cerca de 15 minutos) para a aplicação de um questionário. Os procedimentos usados para a coleta de amostra cervical durante o exame pélvico são os procedimentos padrões, normalmente, realizados em mulheres durante uma consulta ginecológica de rotina. Uma coleta de raspado cérvico-vaginal será efetuada. Os riscos associados a esse procedimento são mínimos, pois não se trata de procedimento invasivo. Além disso, será realizado por profissional altamente qualificado e devidamente, habilitado, para realizar esse procedimento.

Benefícios – Você terá o conhecimento dos seus resultados laboratoriais que poderá detectar precocemente alguma patologia. Os dados obtidos servirão para a elaboração de um banco de dados que será disponibilizado para o SUS e podem contribuir para o desenvolvimento de propostas voltadas para a mulher climatérica, com vistas a promover um envelhecimento feminino mais sadio e com maior qualidade de vida.

Participação voluntária: A sua participação é voluntária. Ninguém poderá obrigá-la a participar do estudo.

Confidencialidade e acesso aos dados: Sua participação no estudo será tratada com absoluto sigilo. Seu nome não será mencionado nos informes do estudo e a sua identidade não será revelada a nenhuma pessoa. Estes informes poderão constar de apresentações de resumos em congressos e se possível de publicação em revistas científicas da área.

Direito a retirar-se do estudo e/ou fazer perguntas: É importante ressaltar que você tem a completa liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa e não estará obrigado a outras colheitas de amostras. Negar-se a tomar parte ou continuar o estudo não implica nenhuma penalidade ou perda de benefícios ou de atenção que lhe sejam devidos. Você pode fazer perguntas sobre o

estudo ao coordenador desta pesquisa em qualquer momento que você desejar sendo um prazer para nós respondê-las.

Se você estiver de acordo em participar e contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa, assine ou marque com sua digital no espaço abaixo. Você tem direito a receber uma cópia assinada desse formulário. Desde já agradecemos a sua participação.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu,....., li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos do estudo e **como benefício terei o conhecimento dos meus resultados laboratoriais que poderá detectar precocemente alguma patologia**. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. EU concordo em participar do estudo.

Ouro Preto,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Para qualquer informação ou reclamação sobre o estudo entre em contato conosco:

Vanja Maria Veloso: fone: (31) 3559-1649

Endereço: Escola de Farmácia – Rua Costa Sena nº 171- Centro, Ouro Preto

Correio eletrônico: vanjaveloso@gmail.com

Endereço: Campus Universitário, Morro do Cruzeiro, Ouro Preto-MG; CEP 35400-000
Miguel Arcangelo Serpa: fone: (31) 3559-3220

Endereço: Posto de Saúde: Rua 8 de setembro, 37- Padre Faria
Correio eletrônico: migserpa@gmail.com

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de ética **em Pesquisa** da Universidade Federal de Ouro Preto: fone: (31)3559-1368 ; e-mail: cep@propp.ufop.br

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SOCIOECONÔMICO

Entrevista Individual

1) Data ____/____/____

2) Nome: _____

3) Data de Nasc: ____/____/____

4) Endereço: _____ Bairro: _____

Tel: _____

5) Estado civil:

1. () casada 2. () solteira 3. () divorciada 4. () viúva 5. () Outros _____
9. () NR

6) Você faz uso de terapia hormonal?

0. () N.S 1. () Sim 2. () Não 9. () NR

7) Qual medicamento para reposição hormonal você utiliza? _____

8) Você faz uso de outro tipo de medicamento?

1. () Sim 2. () Não 9. () NR

9) Qual outro medicamento você utiliza? _____

10) Apresenta alguma doença crônica?

1. () Sim 2. () Não 9. () NR

11) Qual doença?

1. () Diabetes 2. () Hipertensão 3. () Osteoporose 4. () doença tromboembólica
5. () câncer de mama na família mãe irmã ou tia. 8. () N.A

12) Você foi internada nos últimos 12 meses?

1. () Sim 2. () Não 9. () NR

13) Quantas vezes? _____

15) Você ingere bebida alcoólica regularmente?

1. () Sim 2. () Não 9. () NR

16) Você fuma cigarro?

1. () Sim 2. () Não 9. () NR

17) Quantos por dia?

1. () 1 a 4 2. () 4 a 8 3. () 8 a 12 4. () mais de 12 8. () NA 9. () NR

18) Renda da mulher

1. () menos que 1 salário 5. () de 3 a 5 salários
2. () 1 salário 6. () acima de 5 salários
3. () entre 1 a 2 salários 0. () NS
4. () de 2 a 3 salários 9. () NR

19) Renda familiar

1. () menos que 1 salário 5. () de 3 a 5 salários
2. () 1 salário 6. () acima de 5 salários
3. () entre 1 a 2 salários 0. () NS
4. () de 2 a 3 salários 9. () NR

20) Escolaridade da mulher:

- 1 () não alfabetizado 6 () ensino superior incompleto
2 () fundamental incompleto 7 () ensino superior completo
3 () fundamental completo 0 () NS
4 () ensino Médio incompleto 9 () NR
5 () ensino médio completo

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

1-Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada a de um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimida que nada pode animá-la?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calma ou tranquila?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimada ou abatida?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotada?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansada?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE
QUALIDADE DE VIDA**

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta etapa transforma-se o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você será aplicado à seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25