

HUMOR, ATENÇÃO CONCENTRADA E QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO: UM ESTUDO NO BRASIL CENTRAL

Valdeilma Maria Moraes*, Luc Vandenberghe, & Nusa de Almeida Silveira
Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil

RESUMO: As mulheres possuem atualmente uma expectativa de passar um terço de suas vidas no climatério. Neste período, a mulher apresenta vários sinais e sintomas característicos que comprometem a sua qualidade de vida como: alterações vasomotoras, atrofia geniturinária, distúrbios do humor e do sono, osteoporose. Há aproximadamente quarenta anos, os sinais e sintomas do climatério têm sido tratados com a reposição hormonal. Esta terapêutica tem sido motivo de discussão, com alguns estudos apresentando resultados favoráveis no que diz respeito à saúde, humor e funcionamento cognitivo e outros apresentando resultados desfavoráveis. Este estudo avaliou um grupo que fez uso da terapêutica hormonal e o outro que não fez. Os dois grupos foram avaliados e reavaliados em um intervalo de seis meses, quanto ao humor e atenção concentrada e ambos foram avaliados ao final do estudo quanto às atividades da vida diária, com o intuito de verificar aspectos que influenciam na qualidade de vida. As mulheres com a terapêutica hormonal referiram uma melhoria dos sintomas climatéricos, principalmente dos sintomas vasomotores, da libido, do estado de ânimo e do humor. As participantes que não fizeram uso da terapêutica hormonal, pioraram os escores do humor no intervalo do estudo e ambos os grupos não apresentaram modificações nos escores do teste de atenção aplicado. A realização de atividades diárias sugere que o trabalho é uma atividade de inclusão social importante e que deve ser valorizado como instrumento de manutenção da auto-estima das pessoas que envelhecem.

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

MOOD, CONCENTRATED ATTENTION AND QUALITY OF LIFE IN THE CLIMACTERIC: A CENTRAL BRAZILIAN STUDY

ABSTRACT: Women at present are estimated to pass one third of their lives in climacteric. In this period, women present various characteristic signs and symptoms that compromise quality of life, like for example vascular-motor changes, genital-urinary atrophy, and disturbance of humor and sleep and on the long-term osteoporosis. Since approximately forty years, the signs and symptoms of climacteric have been treated with reposition of estrogen and progesterone. The results of hormonal therapy have been subject to discussion throughout the world, with certain studies showing favorable results and others showing unfavorable ones concerning health, humor and cognitive functioning. The present study evaluated two groups of eight menopausal women. The experimental group had hormonal therapy while the control group had no treatment. Both were evaluated on mood and concentration before and after a six-month interval, and participated in an interview on daily life activities, with the intention to verify factors that in interaction may influence the quality of life of women in this phase of life. The women that had hormonal therapy reported an improvement in climacteric symptoms, principally the vasomotor symptoms, libido, disposition and mood. The participants that did not have

* Contactar para E-mail: luc.m.vandenberghe@gmail.com

hormonal therapy worsened on scores of mood during the studied interval and neither group presented changes on test-scores of attention. The information on the daily life activities, suggests that work is an important factor of social inclusion that should be recognized as an instrument in the maintenance of self-esteem of aging persons.

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

Recebido em 4 de Junho de 2007 / aceite em 12 de Outubro de 2007

Segundo Costeira (2002), a caracterização de uma síndrome climatérica foi estabelecida em 1816 quando De Gardanne utilizou na França o termo “*la ménèspausie*”. Segundo o autor, Maudsley na Inglaterra em 1876, descreveu uma forma especial de melancolia que ocorreria no climatério: “*delírios profundos e vagos de um caráter extremo, no qual o mundo estaria em chamas, ou estaria de pernas para o ar, tudo estaria mudado, ou uma calamidade terrível, porém indefinida haveria ocorrido ou ocorreria*”. Eram feitas purgações e sangrias, aliadas a um conjunto de medicamentos considerados atualmente ineficazes. No fim do século vinte, existia uma tendência mundial de adoção de terapêutica hormonal como rotina entre as pacientes com falência ovariana sem contra-indicações para o uso de estrógenos (Appolinário, Bueno, & Meirelles, 1999).

O termo climatério vem do grego “*klimacter*” que significa idade crítica (Lemgruber, 1999). É um fenômeno biopsicossocial no qual ocorre a transição do período reprodutivo para a senilidade. Representa mais um dos ciclos da vida da mulher, que se inicia por volta dos 40 anos de idade, se estendendo até o final da vida da mulher. Nesta fase, ocorre o declínio da produção dos esteróides ovarianos acarretando nos sinais e sintomas físicos, psicológicos e sociais que caracterizam a síndrome climatérica e comprometem a qualidade de vida das mulheres nesta faixa etária (Machado, 2000). A menopausa é uma condição fisiológica normal, um dos marcos do climatério, iniciando com o último período menstrual, ocorrendo por volta do 50 anos (Freitas, 2002).

No ano 1000 a.C., as pessoas viviam em média 18 anos. Em 100 a.C., alcançavam 25 anos (Freitas, 2002). Há 300 anos, somente 28% das mulheres viviam tempo suficiente para experimentar a menopausa, sendo que apenas 5% chegavam aos 75 anos. No Brasil a expectativa de vida das mulheres passou de 45 anos em 1940 a 68 anos em 1995. Nos países desenvolvidos, 95% das mulheres chegam à menopausa e 50% chegam aos 75 anos. As estatísticas prevêm que 86% das mulheres nascidas na década de 70 ultrapassarão os 75 anos. Hoje, a expectativa de vida das mulheres nos países desenvolvidos está próxima dos 80 anos. Viverão, portanto um terço de suas vidas após a menopausa uma vez que apesar da expectativa de vida ter aumentado, a idade da menopausa tem permanecido inalterada em torno dos 50 anos. Para Póvoa, Lemguber, e Carneiro (1999), no ano de 2015, as mulheres passarão a metade de suas vidas após a menopausa. O aumento da longevidade, sem dúvida, causa um impacto social e econômico, principalmente devido ao aumento na

prevalência das doenças crônico-degenerativas como as doenças cardiovasculares e o câncer. O envelhecimento da população leva a um crescimento “constritivo” da população, com maior número de pessoas com mais idade, definido como “retangularização” da sociedade moderna.

Em algumas sociedades do Mediterrâneo, as mulheres depois de certa idade passam a vestir roupas pretas, normalmente quando os pais morrem o que geralmente ocorre no período em que atravessam o climatério. Elas jamais voltam a usar outras tonalidades de cores em suas roupas. De certa forma, este luto permanente representa um ritual de passagem, no qual a mulher abdica de um tipo de vida e abraça outro, com mais regalias e liberdade, podendo viajar sozinha e ter mais tempo para descansar e se envolver em atividades diferentes das rotineiras. Em algumas sociedades da Ásia e África as mulheres são recompensadas ao atingirem o fim de sua vida fértil, concedendo-lhes a liberdade e o *status* que muitas vezes lhes foram negados durante os anos de fertilidade (Lemgruber, 1999). No ocidente, a juventude e a vitalidade são cultuadas em detrimento da experiência, da sabedoria, e de outros valores que se adquirem com os anos de vida.

O conceito do *ninho vazio* sugere que a mulher climatérica sofre de depressão devido ao impacto psicológico causado pela saída dos filhos de casa, que geralmente ocorre durante o climatério. Porém, uma revisão de estudos populacionais demonstrou que tanto medidas de satisfação matrimonial como o bem estar pessoal aumentavam após a saída dos filhos da casa dos pais. Estes achados foram confirmados por estudos longitudinais e fizeram com que se postulasse que a crise do *ninho vazio* fosse mais um dos mitos relacionados ao climatério (Shervin, 1993).

A síndrome climatérica se apresenta com um quadro clínico dinâmico e multifacetado, que depende da vivência individual e cultural para a percepção e elaboração das mudanças que ocorrem neste período. É uma fase de auto-avaliação, de crescimento e envolvimento espiritual na qual ocorre uma valoração do que realmente é significativo em suas vidas, no seu contexto familiar e social. O sofrimento pela morte do útero é de dor intensa, mas representa uma oportunidade única da mulher de se redescobrir e resgatar o que de autêntico e verdadeiro trouxe dentro de si (Lemgruber, 1999). Brysenko (2002) ressalta que o climatério não implica necessariamente numa crise. Para esta autora, este é mais um estágio de desenvolvimento do que um estado de emergência. É na realidade uma época de autenticidade e racionalidade. Ressalta ainda que os sentimentos negativos em relação à menopausa constituem resquícios de velhas crenças nas quais a mulher é avaliada apenas quanto a sua capacidade de gerar filhos e de cuidar do lar.

A menstruação pode cessar de forma abrupta, mas normalmente o que se observa é uma diminuição gradual do fluxo menstrual, assim como uma redução na sua duração. Sintomas vasomotores são apresentados por 75% das mulheres. Normalmente começam com uma sensação de pressão na cabeça

seguida por uma sensação de calor na cabeça, pescoço e tórax. Estas sensações de rubor e calor são seguidas por sudorese. Modificações atróficas do aparelho geniturinário ocorrem. A mulher normalmente se queixa de prurido, dispareunia e distúrbios da micção devido à atrofia da mucosa vaginal e uretral e redução na produção de muco. Depressão, irritabilidade, fadigabilidade, transtornos do sono, melancolia, e outros sintomas psíquicos podem também ocorrer. Manifestações a longo-prazo incluem: osteoporose, resultado do aumento da reabsorção óssea com diminuição da sua formação alterando a microarquitetura óssea tornando o osso frágil, com susceptibilidade às fraturas. Doenças cardiovasculares como aumento dos níveis de colesterol, aumentando os riscos de doença coronariana e acidente vascular cerebral são comuns. Na realidade, não existe uma ordenação dos sinais e sintomas e sim um imbricamento entre os vários componentes que espelham a insuficiência estrogênica (Appolinário et al., 2001).

No presente estudo foram escolhidas duas medidas. Uma é um índice quantitativo de humor, outro de atenção concentrada. A atenção é um processo importante na atividade mental consciente, essencial na filtragem de informação relevante e no foco da ação de acordo com as necessidades da pessoa no seu cotidiano. O termo humor se refere a um conjunto de sentimentos persistentes, associado com estados cognitivos e avaliações que influenciam outras avaliações, sentimentos e ações no futuro (Amando-Boccaro, Donnet, & Olie, 1993).

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

Já existem vários estudos que examinaram a relação entre funcionamento psicológico e qualidade de vida de um lado, e o climatério do outro. A relação entre estas variáveis, segundo alguns autores, advém do fato de que os esteróides sexuais exercem ação central interferindo com o comportamento humano. Em várias regiões do cérebro, como a amígdala, hipocampo, córtex do giro do cíngulo e frontal, já foram encontrados receptores para estrogênio e progesterona, demonstrando a atuação dos esteróides nestes locais (Cutter, Norbury, & Murphy, 2003; Hogervorst, Boshuisen, Riedel, Willcken, & Jolles, 1999; Yaffe, Sawaya, Lieberburg, & Grady, 1998). Sabe-se que os esteróides atuam na transcrição de genes que sintetizam enzimas que regulam a síntese e

metabolismo de neurotransmissores e seus receptores, transporte de neurotransmissores, entre outros (Joffe & Cohen, 1998; Genazzani, Spinetti, Gallo, & Bernardi, 1999; Kugaya et al., 2003). Logo, a deficiência do estrogênio causaria alterações neuroendócrinas em diversas áreas do cérebro com manifestações clínicas de natureza psicológica como as alterações do humor, ansiedade, irritabilidade, depressão, distúrbios do sono e alteração cognitiva como a diminuição da memória verbal.

Para minimizar o impacto da falência ovariana na saúde da mulher, tem-se utilizado a terapêutica hormonal. As tentativas iniciais de se usar alguma substância para minorar os sintomas climatéricos datam do início do século XX, com o uso de extratos de ovários de vacas (Costeira, 2002). Atualmente, temos desde estrogênios conjugados eqüinos que são componentes estrogênicos extraídos da urina de éguas prenhes, ao estrogênio natural e uma série de substâncias extraídas de plantas, os fitoestrogênios, além de substâncias sintéticas que possuem atividade nos receptores de estrogênio, para tratar os sintomas das mulheres menopausadas, minorando, segundo estudos muitas vezes controversos, os efeitos da ausência do hormônio nos diversos órgãos que possuem seu funcionamento prejudicado pela deficiência hormonal. O principal sintoma que leva as mulheres climatéricas a fazerem uso de algum medicamento é a alteração vasomotora que se manifesta como ondas de calor seguida de sudorese profusa, e da profilaxia da osteoporose. As ondas de calor, apesar de muito incômodas, não trazem nenhum risco à saúde da mulher. Já as manifestações tardias da deficiência estrogênica como a osteoporose e a atrofia genitúrinária são preocupantes devido ao alto risco de fraturas e da disfunção dos órgãos geniturinários que levam a distúrbios da micção e da sexualidade, fatores que comprometem de maneira significativa a autonomia e a qualidade de vida das mulheres (Machado, 2000).

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

Appolinário et al. (2001); Cohen et al. (2003); Ditkoff, Crary, Cristo, e Lobo (1991); Maartens, Leusink, Knottherus, e Pop (2000); Machado (2000); Rice, Graves, McCurry, e Larson (1997); Zweifel e O'Brien (1997), referem melhora dos sinais e sintomas que caracterizam a síndrome climatérica como as ondas de calor, distúrbios do humor e da cognição.

Ditkoff et al. (1991), em estudo duplo-cego com 36 mulheres menopausadas, histerectomizadas, usando terapia hormonal (TH) com 0,62mg de

estrogênio conjugado por três meses consecutivos, encontraram uma melhora significativa nos escores do Inventário de Beck, inclusive nas pacientes assintomáticas. Este estudo sugere que o estrogênio pode melhorar o humor mesmo em mulheres assintomáticas. Cohen et al. (2003), em estudo com 20 mulheres climatéricas em uso de 17β estradiol por quatro semanas, observaram a remissão da depressão, medida pelo Inventário de Beck em oito mulheres que terminaram o estudo sendo duas menopausadas e seis pré-menopausadas, concluindo que algumas pacientes podem se beneficiar com uso do estrogênio a curto-prazo.

Schneider, Brotherton, e Hailes (1997), estudaram um grupo de vinte mulheres climatéricas subdivididas em grupo com e sem depressão, através da aplicação do Inventário de Beck. As pacientes fizeram reposição hormonal com estrogênio conjugado equino por quatro semanas, tendo a aplicação do Inventário no início e final do estudo. Neste estudo, as pacientes deprimidas pioraram, e as não deprimidas melhoraram nos escores do humor.

Montgomery et al. (1987), em estudo que avaliou distúrbios somáticos e depressão no climatério durante quatro meses de implante de estrogênio, concluíram que a depressão no climatério está mais relacionada à flutuação hormonal neste período assim como acontece nos ciclos menstruais, do que à diminuição geral dos níveis de estrogênio. Ressaltaram que a depressão poderia ser causada também pela percepção incômoda dos sintomas desta fase. Porém, Schleifer, Justice, e Wit (2002), conduziram um estudo com vinte mulheres em uso de TH transdérmica em cinco sessões de concentrações crescentes de estradiol, com intervalo de seis dias, monitorando os níveis plasmáticos, e correlacionando com o humor. Os dados das doze pacientes que concluíram o estudo evidenciaram que o aumento agudo, por trinta dias, dos níveis de estradiol não afetou o humor.

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

Genazzani et al. (2002), em avaliação da qualidade de vida de mulheres menopausadas que usam TH, concluíram que existe uma melhora na qualidade de vida das usuárias da TH. O WHI, "The Women's Health Initiative", estudo randomizado duplo-cego multicêntrico, é o mais recente e o mais importante estudo até hoje realizado a respeito de terapêutica hormonal com 0,62mg de estrogênio conjugado equino e 2,5mg de acetato de medroxiprogesterona no climatério. Este estudo avaliou 26000 mulheres menopausadas, com média de idade de 63 anos, divididas em dois grupos, um grupo com pacientes

histerectomizadas e um grupo com pacientes não histerectomizadas. Existem resultados demonstrando que existe, com este medicamento, um risco mais elevado para doenças coronarianas, tromboembolismo e câncer de mama no grupo das pacientes não histerectomizadas, fato que indicou a descontinuidade do estudo neste grupo. No grupo de pacientes histerectomizadas, com o uso apenas do estrogênio, o estudo não demonstrou aumento na incidência de câncer de mama. Foi evidenciada também uma redução das fraturas por osteoporose e câncer de cólon em ambos os grupos. A investigação sobre a qualidade de vida neste estudo incluiu itens como vitalidade, saúde mental, sintomas depressivos, satisfação sexual, entre outros. Para estes itens, não houve melhora significativa, porém houve melhora pouco expressiva dos distúrbios do sono e de dores no corpo (Hays et al., 2003; Rexrode & Manson, 2003).

Outro estudo randomizado, duplo cego, o HERS, “Heart Estrogen Progestin/Replacement Study” (Klatky, Boothroyd, Vittinghoff, Sharp, & Whooley, 2002), usou os mesmos medicamentos na mesma concentração do estudo WHI e estudou 2763 mulheres pós menopausadas com antecedente de doença arterial coronariana. Este estudo não evidenciou a proteção cardiovascular e sim um aumento na prevalência dos fenômenos tromboembólicos no primeiro ano de uso. Mulheres sem sintomas apresentaram declínio nas mensurações de qualidade de vida enquanto as mulheres com sintomas apresentaram melhora nas mensurações de qualidade de vida.

A divulgação dos estudos WHI e HERS, nos meios de comunicação de massa, trouxe mais incertezas e dúvidas para as mulheres e médicos quanto à indicação, os riscos e os benefícios da terapêutica hormonal. Até então, alguns benefícios como a proteção cardiovascular e coronariana, eram incontestáveis (Fernandes, Melo, Lima, & Bracat, 2003).

Podemos identificar duas vertentes no debate intenso e controverso a respeito do climatério. Primeiramente o modelo biomédico que considera o climatério uma endocrinopatia e atribui os sinais e sintomas deste período à falência ovariana. O segundo, o modelo sociológico, enfatiza as dimensões socioculturais e históricas em detrimento do aspecto biológico. Baseados nos dados epidemiológicos, nos contextos biológico, psicológico e social que envolve a mulher menopausada, este estudo propõe a investigação de índices de autonomia, tanto a partir de relatos subjetivos quanto a partir da medição da capacidade de concentração e do humor.

MÉTODOS

Participantes

Participaram do estudo dois grupos de dez mulheres com diagnóstico clínico de menopausa, amenorréia há pelo menos um ano, com idade superior

ou igual a quarenta e cinco anos e menor ou igual aos sessenta e cinco (com média de 51anos), que procuram a clínica privada, possuindo algum plano de saúde, necessário para a realização dos exames complementares. Todas foram submetidas a uma avaliação clínica e complementar imageológica para rastreamento de co-morbidades que contra-indicassem a reposição hormonal, além da avaliação clínica de retina.

As pacientes selecionadas obedeceram a um rigoroso critério de inclusão, fato que limitou o número de participantes. Todas as participantes incluídas estavam, dentro dos parâmetros clínicos, em bom estado de saúde. Todas tinham ausência de alterações hormonais tireoideanas que é relevante pela sua associação com a depressão e a lentidão do pensamento; diagnóstico clínico negativo para doenças mentais, baseado nas observações da pesquisadora e da ginecologista assistente, pois estas doenças poderiam invalidar os testes; ausência de doenças crônicas como as cardiovasculares, diabetes e reumatológicas, que necessariamente prescindiriam de um tratamento medicamentoso, além do índice de massa corpórea normal para que a conversão periférica dos andrógenos não afetasse a concentração total dos estrogênios. O índice de massa corpórea das participantes em média foi de 21 kg/m². Sabe-se que com o aumento da idade, ocorre uma maior incidência e prevalência das doenças, principalmente as crônicas. Este foi o fator de maior dificuldade neste estudo e em muitos outros estudos sobre este tema que tiveram um número reduzido de participantes.

Na época do estudo, 13 das 16 participantes eram casadas. Só a participante indicada pela letra H era solteira, I era divorciada e J viuva. Completaram o ensino fundamental as participantes D, E, F, L, M e O. Somente I completou o ensino superior. As demais completaram o ensino médio.

Material

O teste de Toulouse-Piéron (CEPA, 1994) destina-se a medir a rapidez de reação e exatidão ao se executar uma tarefa simples, de natureza perceptiva visual. Por percepção visual, entende-se a capacidade de compreender o que se está vendo, sem recorrer às funções intelectuais. Este teste pode ser aplicado a pessoas com qualquer grau de instrução, servindo para investigar funções pré-frontais como: concentração instrumental, modulação da percepção e escolha (Rainho, 1994). Este teste foi elaborado e validado em 1911, sendo utilizado em pesquisas clínicas. Turchi, Franzese, Leard, e Gentili (1989), e Santos et al. (2003), por exemplo, relatam uso deste teste em estudo para se avaliar drogas que previnem a deterioração de funções intelectuais em idosos. Florindo e Maciel (2003) o utilizaram para detecção de distúrbios da atenção em pacientes com epilepsia. Este teste foi escolhido no presente estudo pela possibilidade de avaliação da atenção concentrada, uma função pré-frontal que sofre pouca influência da bagagem intelectual das participantes.

O *Beck Depression Inventory* (BDI) foi elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock, e Erbaugh (1961) como instrumento que pudesse ser aplicado à população geral para rastreamento de sinais e sintomas dos transtornos do humor. Os itens fazem referência a pessimismo, carência, insatisfação com a vida, culpa, autopunição, decepção consigo, auto-acusação, vontade de morrer, choro, irritabilidade, imagem corporal, distúrbio do sono, perda de apetite, de peso, da libido, fadigabilidade, preocupação, cansaço e isolamento.

Procedimento

Um grupo fez uso contínuo de 2mg de estradiol e 1mg de noretisterona, nome comercial “Cliane” sem uso de outras medicações. Este medicamento foi escolhido por não estar envolvido em estudos que evidenciam riscos, além de ser um estrogênio natural. Seu outro componente, noretisterona é um progestágeno com ação androgênica que melhora a libido. Oito mulheres deste grupo concluíram o estudo. Uma desistiu por apresentar efeitos colaterais, e outra foi excluída por não fazer uso correto da medicação. O outro grupo não usou a medicação. Neste grupo, oito mulheres concluíram o estudo e duas não retornaram para a segunda fase da coleta de dados. Todas as mulheres que participaram do grupo em que foi oferecida a terapêutica hormonal foram informadas sobre efeitos colaterais da medicação, riscos e benefícios, porém não foi informado da hipótese que a medicação poderia influenciar os testes psicológicos.

As participantes dos dois grupos foram submetidas a uma coleta de sangue no período matutino, em jejum para a dosagem do estradiol total. Foram também submetidas à aplicação do Teste de Toulouse Piéron para avaliação da atenção concentrada e do Inventário de Beck, para a avaliação do humor.

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

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

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (protocolo nº 102/2004). Todas as participantes tiveram os dados mantidos em sigilo e deram o seu consentimento por escrito.

A centrifugação das amostras de sangue para a separação e congelamento do soro a -20°C para posterior dosagem de estradiol foi feita no laboratório da clínica. As dosagens foram feitas no Laboratório de Análises Clínicas (LAS), da Universidade Católica de Goiás, utilizando-se a técnica da quimiluminescência automatizada.

Uma entrevista semi-estruturada foi desenvolvida pelos pesquisadores, na qual foi perguntado à paciente sua idade, peso, altura, escolaridade, estado civil, se está fazendo algum curso atualmente, se é aposentada, se desempenha algum trabalho, se faz alguma atividade voluntária, se faz alguma atividade física, o que acha do convívio familiar, que pessoas são importantes na sua vida e o que acha do convívio com elas, em que tipo de ambiente encontra mais pessoas, o que melhorou em sua vida após a reposição hormonal.

RESULTADOS

Atenção concentrada

Como pode ser evidenciado na Tabela 1 as participantes indicadas pelas letras A, D, E e F, mantiveram os resultados de atenção concentrada antes e após a TH. As participantes indicadas pelas letras B e H, pioraram os resultados; a participante indicada pela letra C melhorou a rapidez, mas não a qualidade. Isto quer dizer que ela marcou uma quantidade maior de dados, porém errou mais, pois a qualidade se manteve. A participante indicada pela letra G teve uma piora na rapidez, porém uma melhora na qualidade. Ou seja, o fato de marcar os dados mais lentamente a fez acertar mais. Assim, os dados deste teste nos mostram que a TH não influenciou nos resultados.

No grupo sem a TH (Tabela 1), as participantes indicadas pelas letras K, L, N e O, mantiveram os resultados. As participantes I e M melhoraram a rapidez, porém não a qualidade; a participante P manteve a rapidez e piorou a qualidade e a participante J piorou a rapidez e manteve a qualidade. Ou seja, neste grupo os resultados do teste também não mudaram em um intervalo de seis meses.

Tabela 1

Resultado do teste de Toulouse-Piéron no Início (in) e Final (fi) do estudo

Grupos	Pacientes															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Com TH																
Rapidez (in)	1	3	2	2	3	1	2	1								
Rapidez (fi)	1	2	4	2	3	1	1	1								
Qualidade(in)	5	2	4	5	1	2	1	5								
Qualidade (fi)	5	1	4	5	1	2	5	4								
Sem TH																
Rapidez (in)									1	3	1	1	2	5	1	1
Rapidez (fi)									2	2	1	1	3	5	1	1
Qualidade (in)									1	5	1	1	1	1	1	5
Qualidade (fi)									1	5	1	1	1	1	1	4

Nota. Categorias: 1=Prejudicado; 2=Médio Inferior; 3=Médio; 4=Médio Superior; 5=Superior.

Humor

Conforme mostrado na Tabela 2, as participantes indicadas pelas letras A e F, apresentaram uma melhora do humor, saindo de um humor sugestivo de

depressão para uma categoria de humor deprimido, tristeza, e positivo, respectivamente. As participantes B, C, D, E, G e H, mantiveram o humor positivo. No grupo controle houve uma piora do humor nas pacientes M, N e O, com uma melhora na participante P e a manutenção do humor nas participantes I, J, K e L.

Tabela 2
Escores BDI no Início (in) e Final (fi) do Estudo

Grupos	Pacientes															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Com TH																
BDI (in)	3	1	1	1	1	3	1	1								
BDI (fi)	2	1	1	1	1	1	1	1								
Sem TH																
BDI (in)									3	1	1	3	2	1	2	2
BDI (fi)									3	1	1	3	3	2	3	1

Nota. Categorias: 1=BDI<11; 2=BDI>10; 3=BDI>20.

Dosagem hormonal

As participantes que usaram a medicação e tiveram os níveis plasmáticos monitorados apresentaram um aumento dos níveis de estradiol compatíveis com a reposição hormonal, demonstrando que seguiram as recomendações quanto ao uso da medicação. Os resultados da dosagem hormonal são mostrados na Tabela 3.

Tabela 3
Resultado da dosagem de estradiol no início e no final do estudo

Intervenção hormonal	Paciente	Estradiol (g/ml) – Início	Estradiol (g/ml) – Final
Com TH	C	12.35	98.95
	D	41.56	115.98
	F	39.21	175.17
	H	45.70	199.87
Sem TH	I	31.79	50.88
	J	45.45	32.93
	M	53.53	43.45
	P	13.42	62.43

Nota. Valor de referência do estradiol, para a metodologia usada, para menopausa não tratada: <que 37g/ml.

A Tabela 3 mostra ainda que as participantes que não usaram o hormônio e tiveram os níveis de estradiol monitorados, apresentaram níveis plasmáticos compatíveis com a ausência de ingestão do medicamento, apesar da participante indicada pela letra P apresentar uma diferença, possivelmente devido à produção endógena, fato que pode estar relacionado com a melhora do humor desta participante e também com a melhora na qualidade de vida relatada na entrevista.

Relatos

Grupo com terapêutica hormonal

- Participante A Está cursando pedagogia, trabalha como auxiliar administrativo, não faz atividade física regularmente devido à escassez do tempo, tem um bom relacionamento familiar e no trabalho. Ela frequenta a igreja aos domingos. Relata que após a TH, diminuíram as ondas de calor e se sente mais disposta e alegre.
- Participante B Estuda computação e trabalha na junta médica do município. Atua como voluntária na igreja, faz caminhada, refere bom relacionamento familiar, sendo ótimo com o parceiro. Relata melhora das ondas de calor após a TH.
- Participante C Trabalha na cantina da escola. Faz caminhada, refere ótimo relacionamento com os filhos e bom relacionamento com o parceiro e colegas de trabalho. Relata melhora das ondas de calor, do sono e maior disposição geral e sexual após a TH.
- Participante D Se envolve em atividades domésticas, faz caminhada e dança. Refere um relacionamento de amizade com os filhos e uma vida regular com o parceiro. Relata melhora das dores no corpo e melhor disposição sexual após a TH.
- Participante E É funcionária pública e faz caminhada. Não tem filhos e refere bom relacionamento com o parceiro e colegas. Apesar dos problemas, se sente feliz. Relata melhora das ondas de calor, se sente mais disposta e com melhora acentuada do desempenho sexual após a TH.
- Participante F Trabalha no lar, é sedentária e tem um bom relacionamento com os filhos e parceiro. Participa de atividades em igrejas. Relata melhora do calor, da angústia e da tristeza após a TH. Gostou muito do uso do medicamento e quer continuar o uso mesmo após o término do estudo.
- Participante G Trabalha em uma clínica infantil, faz atividade física esporádica. Relata bom relacionamento com os colegas e melhora das ondas de calor após a TH.
- Participante H Trabalha no lar, faz atividade física e cuida de um neto. Refere um bom relacionamento com vizinhos e amigos. Refere também melhora das ondas de calor após TH. Sente-se em paz, e tranqüila consigo mesma.

Grupo sem terapêutica hormonal

- Participante I É aposentada, não pratica atividade física. Refere ótimo relacionamento familiar e bom relacionamento com o parceiro e pessoas do convívio diário. Ajuda a cuidar dos netos.
- Participante J Faz curso de informática, é aposentada e trabalha em casa e junto a uma assistente social, pois gosta de ajudar os outros. Faz outras

- atividades voluntárias em igrejas. Refere ótimo relacionamento com os filhos. Recebe muitas pessoas em casa. Relata diminuição da memória após a menopausa.
- Participante K Tem atividades no lar, faz caminhada e ajuda a cuidar dos netos. Refere bom relacionamento com os filhos e parceiro.
- Participante L Trabalha em uma clínica e ajuda a cuidar dos netos. Refere bom relacionamento com os filhos e colegas de trabalho. Participa de atividades em igreja.
- Participante M Tem atividades no lar, faz caminhada e ajuda a cuidar de um neto. Tem um bom relacionamento com filhos e parceiro. Refere diminuição do desejo sexual.
- Participante N Trabalha em uma escola. Faz atividade física, refere ótimo relacionamento com os filhos e pessoas do convívio diário. Relacionamento com o parceiro em declínio.
- Participante O É sedentária e tem atividades no lar. Refere bom relacionamento familiar e freqüenta igreja.
- Participante P Faz curso de informática e trabalha como auxiliar de secretária. Faz caminhada e atividade voluntária como assistente social. Refere bom relacionamento com os filhos e colegas de trabalho e ótimo relacionamento com o marido. Relata que atualmente a sua vida está melhor que antes em todos os aspectos.

DISCUSSÃO

Todas as pacientes que fizeram a terapêutica hormonal relataram melhora dos sintomas climatéricos, principalmente os vasomotores. Outros sintomas como o humor, o desempenho sexual e a disposição também foram relatados como melhores pelas participantes indicadas pelas letras A, C, D, E e F. Nos testes objetivos as pacientes A e F, que tinham humor deprimido, melhoraram no BDI (Tabela 2), mas não no teste de atenção concentrada (Tabela 1). As participantes B, C, D, E, G e H, que tinham humor positivo permaneceram com os mesmos escores (Tabela 2). Ambas foram lentas para realizar os testes, porém a paciente A apresenta melhor qualidade da atenção concentrada do que a paciente F. Os relatos subjetivos delas incluíam uma melhora dos sintomas do climatério relacionados às ondas de calor, ao humor e à disposição. A melhora do humor destas participantes pode ser atribuída à melhora dos sintomas climatéricos referidos na entrevista. Enquanto a participante F evidenciou um aumento acentuado dos níveis hormonais de estradiol, conforme tabela 3, os dados de Schleifer et al. (2002) sugeriram precaução na atribuição da melhora do humor a esta mudança.

Com exceção da participante A, nenhuma participante dos dois grupos apresentou alterações positivas na atenção concentrada (Tabela 1). Já nos testes de humor, as participantes M, N e O tiveram uma piora, as participantes I, J, K

e L mantiveram os escores e a participante P melhorou o escore e teve uma melhora dos níveis hormonais, possivelmente por produção endógena, concomitante à melhora do humor.

Tomando estes dados em conjunto, podemos propor que a TH prescrita por um tempo de seis meses, pode contribuir para a manutenção do humor, melhorando os sintomas do climatério, porém não influencia na atenção concentrada.

Os estudos WHI e HERS, descrevem uma melhora discreta da qualidade de vida das mulheres menopausadas em uso de TH. O estudo HERS relata que a melhora da qualidade de vida está relacionada à sintomatologia, mas que há uma piora da qualidade de vida também das mulheres assintomáticas. No presente estudo, foi possível constatar pelas entrevistas que houve uma melhora da qualidade de vida das usuárias do hormônio, inclusive das participantes assintomáticas, paralela a uma piora do humor em três das oito participantes do grupo controle, com a manutenção do humor deprimido em duas outras. Cabe ressaltar, entretanto que o presente estudo usou hormônios diferentes dos estudos WHI e HERS.

A terapêutica hormonal prescrita não produziu uma mudança positiva na atenção concentrada, porém melhorou a qualidade de vida das usuárias em aspectos como as alterações vasomotoras, estado de ânimo e libido, parecendo proteger também contra a deterioração do humor. Estes dados são compatíveis com dados da literatura como os de Genazzani et al. (2002) e Ditkoff et al. (1991), porém opostos à conclusão dos estudos WHI e HERS (Klatky, Boothroyd, Vittinghoff, Sharp, & Whooley, 2002), Schleifer (2002), e Schneider et al. (1977). A dificuldade de comparação entre estes estudos pode residir nos distintos medicamentos que são usados, as vias de administração não são as mesmas, os critérios de inclusão e exclusão não são uniformes, entre outros bias que envolvem cada estudo.

Baseado nas entrevistas, concluímos também que o trabalho, seja ele remunerado ou não, e as atividades sociais, são importantes para a manutenção da qualidade de vida. Atividades que trazem sentido à vida, asseguram a inclusão social e a capacidade do indivíduo de produzir, são importantes. Porém, as mesmas entrevistas indicam que a eliminação dos sintomas do climatério é uma variável importante na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Almeida, O.P. Sex playing with the mind. Effects of oestrogen and testosterone on mood and cognition. *Archives of Neuropsychiatry*, 57(3A),701-705.

Amado-Boccaro, I., Donnet, D., & Olie, J.P. (1993). La notion d'humeur en psychologie. *Encephale*, 19(2), 117-122.

Amaral, L. (2002). Menopausa: Uma crise de produção? In L. Amaral (Org.), *Gênero plural* (pp. 139-148). Universidade Federal do Paraná: Ed. UFPR.

- Appolinário, J.C.B.A. (1999). Psiconeuroendocrinologia do climatério. In J.C.B.A. Appolinário (Org.), *Perimenopausa Climatério e Senectude* (pp. 53-57). Rio de Janeiro: Ed. Revinter Ltda.
- Appolinário, J.C., Bueno, J.R., & Meirelles, R. (2001). A terapia de reposição hormonal (TRHM) e o sistema nervoso central: Ação sobre o humor e a cognição. *Arquivo Brasileiro de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal*, 96, 17-21.
- Arnau, R.C., Meagher, M.W., Norris, M.P., & Bramson, R. (2001). Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II with Primary Care Medical Patients. *Health Psychology*, 20(2), 112-119.
- Beck, A.T., Guth, D., Steer, R.A. & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the beck depression inventory for primary care. *Behavior Research and Therapy*, 35(8), 785-791.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brysenko, J. (2002). *A mulher de 0 a 90 (e além)*. Rio de Janeiro: Nova Era.
- CEPA (1994). *Manual de psicologia aplicada*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Cohen, L.S., Soares, C.N., Poitras, J.R., Prouty, J., Alexander, A.B., & Shifren, J.L. (2003). Short-term use of Estradiol of depression in perimenopausal and postmenopausal women: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1519-1521.
- Costeira, O. (2002). *Climatério, o Renascimento da Mulher Moderna*. Caderno de Terapêutica FQM, Rio de Janeiro.
- Cutter, W.J., Norbury, R., & Murphy, D.G.M. (2003). Oestrogen, brain function, and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 837-840.
- Ditkoff, E.C., Crary, W.G., Cristo, M., & Lobo, R.A. (1991). Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*, 78, 991-995.
- Fernandes, C.E., Melo, N.R., Lima, G.R., & Bracat, E.C. (2003). *Menopausa diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Ed. Segmento.
- Florindo, S., & Maciel, J.A. (2003). Attentional disorders in patients with complex partial epilepsy. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(2), 335-338.
- Freitas, F., Wender, M.C.O., Castro, J.A.S., & Mattiello, S. (2002). Climatério. In F. Freitas, C. Henke, E. Passos, & W. Rivoire (Eds.), *Rotinas em ginecologia* (pp. 443-461). São Paulo: Artmed Ltda.
- Genazzani, A.R., Nicolucci, A., Campagnoli, C., Crosignani, P., Nappi, C., Serra, G.B., Bottiglioni, E., Cianci, A., Aloysio, D., Sarti, C.D., Gambacciani, M., Monteleone, P., Genazzani, A.D., Guaschino, S., Palumbo, G., Petraglia, F., Schnauer, S., Volpe, A., Paolantonio, D.T., Nagni, M., Tempesta, A., & Coronel, G.A. (2002). Assessment of the QoI In Italian menopausal women: Comparison between Hrt users and non-users. *Maturitas*, 42, 267-280.
- Genazzani, A.R., Spinetti, A., Gallo, R., & Bernardi, F. (1999). Menopause and the central nervous system: Intervention options. *Maturitas*, 31, 103-110.
- Hays, J., Ockene, J.K., Brunner, R.L., Kotchen, J.M., Manson, J.E., Patterson, R.E., Aragaki, A.K., Shumaker, S.A., Brzyski, R.G., Lacroix, A.Z., Granek, I.A., & Valania, B. (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New England Journal of Medicine*, 348(9), 1839-1854.
- Hogervorst, E., Boshuisen, M., Riedel, W., Willcken, C., & Jolles, J. (2003). The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in elderly women. *Psychoneuroendocrinology*, 24, 43-68, 1999.

Joffe, H., & Cohen, L.S. (1998). Estrogen, serotonin, and mood disturbance: Where is the therapeutic bridge? *Biological Psychiatry*, *44*, 798-811.

Klatky, M.A., Boothroyd, D., Vittinghoff, E., Sharp, P., & Whooley, M.A. (2002). Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: Results from the heart and estrogen/progestin replacement study (Hers), Trial. *Journal of the American Medical Association*, *287*(5), 591-597.

Kojima, M., Furukawa, T.A., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T., & Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck depression inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, *110*, 291-299.

Kugaya, A., Epperson, C.N., Zoghbi, S., Van Dyck, C.H., Hou, Y., Fujita, M., Staley, J.K., Garg, P.K., Seibyl, J.P., & Innis, R.B. (2003). Increase in prefrontal cortex serotonin 2a receptors following estrogen treatment in postmenopausal women. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1522-1524.

Lemgruber, L.M.O.C. (1999). Climatério aspectos psicológicos. In J.C.B.A. Appolinário (Org.), *Perimenopausa climatério e senectude* (pp. 42-52). Rio de Janeiro: Ed. Revinter.

Maartens, L.W., Leusink, G.L., Knottherus, J.A., & Pop, V.J. (2000). Hormonal substitution during menopause: What are we treating? *Maturitas*, *34*, 113-118.

Machado, L.V. (2000). *Endocrinologia ginecológica*. Medsi Editora Médica e Científica Ltda.

McEwen, B.S.K., Bulloch, S.E.A., & Weiland, N.G. (1998). Clinically relevant basic science studies of gender differences and sex hormone Effects. *Psychopharmacology Bulletin*, *34*(3), 251-259.

Montgomery, J.C., Appleby, L., Brincat, M., Versi, E., Tapp, A., & Fenwick, P.B.C. (1987). Effect of oestrogen and testosterone implants on psychological disorders in the climacteric. *The Lancet*, *1*, 297-299.

Palacios, S., Cifuentes, I., Menendez, C., & Helde, S.V. (2000). The central nervous system and hrt. *Int. F. Fertil*, *45*(1), 13-21.

Petracco, A., & Marcos, F. S. S. (2001). Endocrinologia no climatério. In A. Petracco (Ed.), *Reprodução e climatério* (pp. 5-10). Ribeirão Preto: Ed. Faculdade de Medicina.

Pinto-Neto, A.M., Paiva, L.H.S.C., & Fonseca, G.A. Climatério: Epidemiologia. In A. Pinto Neto (Ed.), *Menopausa. diagnóstico e tratamento* (pp. 21-35). São Paulo: Editora Segmento.

Povoa, L.C., Lemguber, J., & Carneiro, R.A. (1999). O climatério no próximo milênio. In J.C.B.A. Appolinário (Org.), *Perimenopausa climatério senectude* (pp. 306-307). Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.

Rainho, O. (1994). *Testes de aptidões específicas* (pp. 1-59). Rio De Janeiro: Centro Editor De Psicologia Aplicada Ltda.

Rexrode, K., & Manson, J. E. (2003). Postmenopausal hormone therapy and quality of life: No cause for celebration. *Journal of the American Medical Association*, *287*(5), 641-642.

Rice, M.M., Graves, A.B., McCurry, S.M., & Larson, E.B. (1997). Estrogen replacement therapy and cognitive function in postmenopausal women without dementia. *American Journal of Medicine*, *103*(3a), 26-35.

Santos, R.F., Galduróz, J.C.F., Barbieri, A., Castiglioni, M.L.V., Ytava, L.Y., & Bueno, O.F.A. (2003). Cognitive performance, spect, and blood viscosity in elderly non-demented people using ginkgo Bilboa. *Pharmacopsychiatry*, *36*, 127-133.

Schleifer, L.A., Justice, A.J.H., & Wit, H. (2002). Lack of effects of acute estradiol on mood in postmenopausal women. *Science direct – Pharmacology biochemistry and behavior*. P. 1-10.

- Schneider, M.A., Brotherton, P.L., & Hales, J. (1997). The effect of exogenous oestrogens on depression in menopausal women. *The Medical Journal of Austrália*, 2, 162-163.
- Seidl, E.M.F., & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588. Rio de Janeiro.
- Sherwin, B.B. (1993). Menopause: Myths and realities. In D. Stewart & N. Stotland (Orgs.), *Psychological aspects of women's health care. The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Steer, R.A., Cavalieri, T.A., Leonard, D.M., & Beck, A.T. (1999). Use of the Beck depression inventory for primary care to screen for major depression disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 106-111.
- Stephens, C., & Ross, N. (2002). The relationship between hormone replacement therapy Use and Psychological Symptoms: No effects found in a New Zealand sample. *Health Care For Women International*, 23, 408-414.
- Stewart, R.B., Blashfield, R., Hale, W.E., Moore, M.T., May, F.E., & Marks, R.G. (1991). correlates of Beck depressions inventory scores ion an ambulatory elderly population: Symptoms, diseases, laboratory values, and medications. *The Journal of Family Praticice*, 32(5), 497-502.
- Turchi, C., Franzese, A., Leard, G., & Gentili, P. (1989). Relazioni tra eventi stressanti, meccanismi di defes e decadimento intellettivo in un gruppo di soggetti anziani. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 50(1), 131-140.
- Wolf, Oliver T. Kudielka, B.M., Hellhammer, D.H., Törber, S., Mcewen, B.S., & Kirschbaun, C. (1999). Two weeks of transdermal estradiol treatment in postmenopausal elderly women and its effect on memory and mood: Verbal memory changes are associates with the treatment induced estradiol levels. *Psychoneuroendocrinology*, 24, 727-741.
- Yaffe, K., Sawaya, G., Lieberburg, I., & Grady, D. (1998). Estrogen therapy In Postmenopausal women. Effects on cognitive function and dementia. *Journal of The American Medical Association*, 279(9), 688-695.
- Zaitz, C., Souza, V.M. De, & Masada, A.S. (2003). *Menopausa diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Ed. Segmento.
- Zweifel, J.E., & O'Brien, W.H.A (1997). Meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology*, 22(3), 189-212.

