



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

POLIANA CORDEIRO CÉSAR PACELLO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE TERAPIA HORMONAL E
TERAPIA NÃO-HORMONAL NO TRATAMENTO DA MENOPAUSA:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

*PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS TOWARD MENOPAUSE HORMONE
THERAPY AND NON-HORMONAL THERPAY:
POPULATIONAL HOUSEHOLD SURVEY*

CAMPINAS

2018

POLIANA CORDEIRO CÉSAR PACELLO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO DE TERAPIA HORMONAL E
TERAPIA NÃO-HORMONAL NO TRATAMENTO DA MENOPAUSA:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

*PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS TOWARD MENOPAUSE HORMONE
THERAPY AND NON-HORMONAL THERPAY:
POPULATIONAL HOUSEHOLD SURVEY*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica.

Thesis submitted to the Tocogynecology Post-Graduate Program of Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas as par tof the requirements required to obtaining the title of Doctor in Health Sciences, in the concentration area of Gynecological Physiopathology

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a LÚCIA HELENA SIMÕES DA COSTA PAIVA
COORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA
ALUNA POLIANA CORDEIRO CÉSAR PACELLO, E ORIENTADA PELO
PROF.^a DR.^a LÚCIA HELENA SIMÕES DA COSTA PAIVA.

CAMPINAS

2018

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): FAPESP, 030/2011

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

P114p Pacello, Poliana Cordeiro César, 1966-
Prevalência e fatores associados ao uso de terapia hormonal e não hormonal no tratamento da menopausa : estudo de base populacional / Poliana Cordeiro César Pacello. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Lúcia Helena Simões Costa Paiva.

Coorientador: Luiz Francisco Cintra Baccaro.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Menopausa. 2. Terapia hormonal. 3. Sinais e sintomas. 4. Conhecimento. 5. Terapia de reposição de estrogênios. I. Paiva, Lúcia Helena Simões Costa. II. Baccaro, Luiz Francisco Cintra. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Prevalence and associated factors toward menopause hormone therapy and non-hormonal therapy : populacional household survey

Palavras-chave em inglês:

Menopause

Hormone therapy

Signs and symptoms

Knowledge

Estrogen replacement therapy

Área de concentração: Fisiopatologia Ginecológica

Titulação: Doutora em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Lúcia Helena Simões Costa Paiva [Orientador]

Ilza Maria Urbano Monteiro

Cássia Raquel Teatin Juliato

Eliana Aguiar Petri Nahas

Rodolfo Strufaldi

Data de defesa: 06-02-2018

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

POLIANA CORDEIRO CÉSAR PACELLO

ORIENTADOR: PROF^a. DR^a. LÚCIA HELENA SIMÕES COSTA PAIVA

COORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. LÚCIA HELENA SIMÕES COSTA PAIVA (PRESIDENTE).

2. PROF^a. DR^a. ILZA MARIA URBANO MONTEIRO.

3. PROF^a. DR^a. CÁSSIA RAQUEL TEATIN JULIATO.

4. PROF^a. DR^a. ELIANA AGUIAR PETRI NAHAS.

5. PROF. DR. RODOLFO STRUFALDI.

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca
examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DATA DA DEFESA: 06/02/2018

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que sempre me incentivaram e me proporcionaram esta profissão de que tanto gosto. Meu carinho por toda a dedicação de vocês ao longo da minha vida e por acreditarem em mim.

Ao meu querido esposo, companheiro e parceiro de toda hora nos bons e maus momentos, nas horas fáceis e principalmente nas horas mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lúcia Helena Simões Costa Paiva, minha orientadora mais querida que me ensinou muito com carinho e paciência. Obrigada por dividir comigo seu tempo e seu conhecimento. Acho que você tem realmente o dom de ser orientadora. Foi muito bom trabalhar com você. Obrigada!

Ao Prof. Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro, meu co-orientador que muito me ajudou, muito me ensinou com o jeito mais calmo do mundo, sempre, sempre disponível. Obrigada.

À Profa. Dra. Cássia Raquel Teatin Juliato e Profa. Adriana Orcesi Pedro pelas observações precisas e muito úteis.

A todos os professores do Caism e da Pós-Graduação que foram responsáveis pela minha formação médica como ginecologista.

A todas as mulheres que participaram de boa vontade deste estudo e que, sempre que o fazem contribuem para o aprimoramento do conhecimento necessário para melhorar o atendimento de saúde e aliviar o sofrimento de tantas mulheres.

Ao Paulo meu esposo que dedicou horas e horas do seu tempo e conhecimento em informática para com paciência me ajudar. Obrigada.

RESUMO

Introdução: É consenso que a hormonioterapia (TH) é o padrão ouro para o tratamento dos sintomas de menopausa. Entretanto, há muitas situações em que a TH não é uma opção como na doença tromboembólica, câncer de mama, acidente vascular cerebral, e doença cardiovascular, pois os riscos superam os benefícios. Assim como os médicos, as mulheres de todo o mundo preocupam-se com os riscos e benefícios da TH e a terapia não-hormonal tem recebido atenção especial nos últimos 20 anos após a publicação de dois grandes estudos referenciais, o Women Health Initiative (WHI) e o Million Women Study (MWS). **Objetivo:** Avaliar a prevalência e fatores associados ao uso de Terapia hormonal e terapia não-hormonal no tratamento da menopausa entre mulheres da região metropolitana de Campinas. **Sujeito e Método:** Trata-se de um estudo corte transversal de base populacional conduzido na região metropolitana de Campinas/Brasil entre setembro de 2012 e junho de 2013 com 749 mulheres com idade entre 45 e 60 anos, através de uma entrevista domiciliar por questionário. A variável dependente foi o uso prévio ou atual de TH e terapia não-hormonal. As variáveis independentes foram dados sociodemográficos, características clínicas e o conhecimento sobre menopausa avaliados através de escore desenvolvido com um questionário contendo vários aspectos sobre menopausa. A análise estatística foi realizada através do teste de Qui-quadrado e Regressão de Poisson. **Resultados:** a média de idade das mulheres foi 52,5 ($\pm$ 4,4) anos. Em relação ao estado menopausal, 16% estavam na pré menopausa, 16% na perimenopausa e 68% na pós-menopausa. A prevalência do uso de TH foi 19,5% e 13,9% de terapia não-hormonal. Em relação aos fatores associados ao uso de TH, a análise multivariada mostrou que estar na pós- menopausa (RP 2,76; IC95% 1,74-4,38), receber informação sobre menopausa de médicos ou de serviços de saúde (RP 2,73; IC95% 1,91-3,89), ter cirurgia de ooforectomia bilateral (RP 2,18; IC95% 1,49-3,17), necessidade de interromper o trabalho devido às ondas de calor (RP 1,44; IC95% 1,03-2,01), e ter um alto conhecimento sobre menopausa estiveram associados com uma prevalência maior de uso de TH. Em relação ao uso de terapia não-hormonal a conhecimento sobre menopausa obtida através de médicos (RP 2,78; IC95% 1,88-4,12), ter ondas de calor diariamente (RP 2,05; IC95% 1,41-2,99), ser fumante (RP 1,50; IC95% 1,10-2,04), ter conhecimento sobre menopausa (RP 1,12; IC95% 1,03-1,22), estar na pós-menopausa (RP 1,09; IC95% 1,04-1,14) estiveram

associados com uma prevalência maior de uso de terapia não-hormonal. A queixa de sintomas urogenitais esteve associada ao menor uso de terapia não-hormonal (RP 0,58; IC95% 0,40-0,84). **Conclusão:** A prevalência do uso de TH foi 19,5% e de terapia não-hormonal foi 13,9%. Fatores como estado menopausal, fonte de informações, presença de sintomatologia vasomotora e maior conhecimento foram fatores associados ao uso de TH e terapia não-hormonal. A queixa de sintomas urogenitais esteve associada com uma prevalência menor de uso de terapia não-hormonal. Atitudes educacionais promovidas por serviços de saúde podem aumentar o uso de TH em mulheres que tenham indicações para este tipo de tratamento.

Palavras-chave: menopausa, climatério, sinais e sintomas, pós-menopausa.

ABSTRACT

Introduction: It is well established that the hormone therapy (HT) is the gold standard to treat the menopause symptoms. However there are many situations that hormone therapy is not an option as venothrombotic disease, breast cancer, stroke and coronary artery disease, because the risks exceed the benefits. As the physicians and the women have being concerned about benefits and risks of HT, non-hormonal therapies have received a significant amount of attention over the past twenty years after the publication of two landmark studies: Women Health Initiative (WHI) and Million Women Study (MWS). **Objective:** To assess the prevalence of menopausal hormone therapy and non-hormonal therapy use and the factors associated with their use among Brazilian women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the Campinas metropolitam region/Brazil with 749 women aged between 45 to 60 years. The dependent variable was current or previous use of menopausal hormone therapy and non-hormonal therapy. The independent variables were sociodemographic data, health-related problems and knowledge about the menopause assessed using a score developed with a questionnaire on various aspects of the menopausal transition. Statistical analysis was carried out by χ^2 test and Poisson regression. **Results:** the mean age of women was 52.5 ($\pm$ 4.4) years. Regarding the menopausal status, 16% were premenopausal, 16% perimenopausal and 68% postmenopausal. Of all women included, 19.5% reported current or previous use of menopausal hormone therapy and 13.9% of non-hormonal therapy. In the final statistical model, being postmenopausal (PR 2.76; 95%CI 1.74-4.38), receiving information about menopause from physicians and health service workers (PR 2.73; 95%CI 1.91-3.89), having bilateral oophorectomy surgery (PR 2.18; 95%CI 1.49-3.17), experiencing work interruption due to hot flashes (PR 1.44; 95%CI 1.03-2.01), and having extensive knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.05-1.19), were associated with a higher prevalence of menopausal hormone therapy use. Information about menopause from the physician (PR 2.78; 95%CI 1.88-4.12), daytime hot flashes (PR 2.05; 95%CI 1.41-2.99), smoking status (PR 1.50; 95%CI 1.10-2.04), knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.03-1.22), and age (PR 1.09; 95%CI 1.04-1.14) were associated with higher prevalence of menopausal non-hormonal therapy use. To complain of urogenital symptoms was associated to lower non-hormonal therapy use (PR 0.58; 95%CI 0.40-0.84). **Conclusion:** The prevalence of HT use was 19.5% and the non-hormonal therapy was

13.9%. Factors as menopause status, knowledge, vasomotor symptoms, and knowledge about menopause were associated to HT and non-hormonal therapy use. To complain of urogenital symptoms was associated to lower use of non-hormonal therapy. Educational actions promoted by healthcare systems can increase the use of menopausal hormone therapy in women who have indications for treatment.

Keywords: menopause, climacteric, signs and symptoms, knowledge, postmenopause.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
CAISM	–	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
DAC	–	Doença Arterial Coronariana
FCM	–	Faculdade de Ciências Médicas
HERS	–	Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CI	–	Confidence Interval
MRS	–	Menopause Rating Scale
MWMHP	–	Melbourne Women's Midlife Health Project
MWS	–	Million Women Study
NAMS	–	North American Menopause Society
NHANES	–	National Health and Nutrition Examination Survey
NHIS	–	National Health Interview Survey
PR	–	Prevalence Ratio
SWAN	–	Study of Women's Health Across the Nation
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	–	Terapia Hormonal
UNICAMP	–	Universidade Estadual de Campinas
VIVA	–	Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes
WHI	–	Women Health Initiative

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS	22
3. METODOLOGIA.....	23
4. RESULTADOS	38
Artigo 1 - Prevalence of hormone therapy, factors associated with its use, and knowledge about menopause – a population-based household survey	40
Artigo 2 - Non-hormonal therapy usage among middle-aged women - a population-based household survey	60
5. DISCUSSÃO GERAL.....	80
6. CONCLUSÃO.....	83
7. REFERÊNCIAS	84
8. ANEXOS	92
Anexo 1 - Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido.....	92
Anexo 2 - Protocolo da Comissão de Pesquisa.....	93
Anexo 3 - Questionário	94
Anexo 4 - Ficha do Itinerário.....	128

1. INTRODUÇÃO

É consenso na literatura mundial a terapia hormonal (TH) como padrão ouro para o tratamento dos sintomas da menopausa.¹ Inúmeros são os estudos que avaliaram, testaram e observaram nas últimas décadas os resultados da terapia hormonal nos sintomas vasomotores, nas queixas urogenitais, na melhora cognitiva, na melhora da depressão, nas queixas sexuais, na prevenção da osteoporose.^{2,3,4,5,6,7,8} Por outro lado, outros estudos já documentaram os riscos relacionados ao câncer de mama, às doenças coronárias, ao risco de acidente vascular cerebral (AVC) e outros fenômenos tromboembólicos.^{9,10,11,12,13} O Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS),⁹ estudo publicado em 1998, foi o primeiro ensaio que mostrou aumento no risco de doenças cardiovasculares em usuárias de TH (estrogênio conjugado equino 0,625mg associado ao acetato de medroxiprogesterona 2,5mg) com doença coronariana prévia. Foi um ensaio clínico randomizado e duplo cego que avaliou pacientes com média etária de 66,7 anos durante 4,1 anos. Os resultados mostraram 172 infartos do miocárdio e mortes por eventos coronarianos no grupo tratado e 176 no grupo placebo sem nenhuma diferença entre eles. A partir do primeiro ano constatou-se aumento dos eventos, principalmente nos primeiros 4 meses no grupo tratado. Do segundo ano em diante, a incidência desses eventos reduziu-se no grupo de mulheres usuárias de hormônios, sem atingir significância estatística. Os autores concluíram que o uso combinado de estrogênio (conjugado eqüino) e progestogênio (acetato de medroxiprogesterona) não reduzia o risco de doença arterial coronariana (DAC) já estabelecida em mulheres na pós-menopausa. No entanto, recomendavam que mulheres que já utilizassem a TH por longo período não deveriam interromper o tratamento.⁹

A prevalência de prescrições de terapia hormonal no tratamento dos sintomas menopausais era elevada até 2002 já que muitos estudos observacionais

apontavam os benefícios da terapia hormonal. A partir de 2002, dois grandes estudos mudaram este quadro. O Women Health Initiative (WHI)¹⁰ estudo norte americano, randomizado, controlado, com dois grandes braços onde no primeiro grupo as mulheres usavam 0,625mg/dia de estrógeno conjugado equino associado a 2,5 mg/dia de acetato de medroxiprogesterona e no segundo grupo as mulheres usavam 0,625mg/dia de estrógeno conjugado equino isolado comparadas com grupo placebo. Este estudo que englobou mulheres entre 50-79 anos foi programado para um seguimento de 8,5 anos e, entretanto, foi interrompido após 5,2 anos devido aos dados preliminares que mostraram que os riscos de câncer de mama excediam os limites seguros estabelecidos pelo estudo.¹⁰ O segundo estudo, o Million Women Study (MWS)¹⁴ estudo observacional com mais de 1 milhão de mulheres acima de 50 anos alocadas para avaliar a rotina da prevenção do câncer de mama no Reino Unido de 1996 a 2001. Estes dois grandes estudos demonstraram severos riscos relacionados à terapia hormonal e foram impactantes na diminuição das prescrições de terapia hormonal no mundo todo.¹⁵

Estudo recente mostra que a prescrição de TH nos Estados Unidos sofreu grandes variações entre 1970 e 2010. Aumentou acentuadamente no início dos anos 70 e caiu drasticamente nos últimos anos.¹⁶

A queda no número de prescrições de TH continuou a ocorrer até 2007, quando foram registrados apenas 227 prescrições de TH por 10.000 prescritores (ginecologistas e outras especialidades), representando uma queda aproximada de 70% nas prescrições a partir do 2º trimestre de 2002. De 2007 a 2009, continuaram a decair variando entre 200 e 230 prescrições por 10.000 membros, uma redução de 70% a 73% em relação ao segundo trimestre de 2002. Embora essas tendências tenham se modificado por novas diretrizes, pesquisas emergentes, mudança de opinião e pela disponibilidade crescente de novas formulações, isso demonstrou a

mudança de atitude dos médicos, uma vez que em 2009, apenas uma em cada quatro prescrições era para terapia hormonal.¹⁷

No início da década de 1970, a prevalência estimada de uso de estrogênio-progestagênio oral era inferior a 0,5%. Começou a subir no início da década de 1980 e quase triplicou ao final da década de 1990. A prevalência de uso em mulheres de 45 a 64 anos alcançou 13,5% em 1999, com um pico aos 57 anos de idade (23,2%). No início dos anos 2010, a prevalência diminuiu drasticamente, tendo apenas 2,7% das mulheres nesta faixa etária usando terapia hormonal combinada. Isto é comparável às cifras de prevalência de meados da década de 1980.¹⁶ Conforme observado anteriormente, as prescrições de TH diminuíram substancialmente desde 2002^{17,18} sendo agora prescrita para 5% da população de mulheres nos EUA com mais de 40 anos.^{18,19} Essas cifras refletem as práticas de prescrição antes, durante e depois do desenvolvimento de evidências sobre benefícios e riscos da TH.¹⁶

Um estudo realizado no Líbano mostrou que antes do WHI 90% dos ginecologistas prescreviam terapia hormonal às suas pacientes e, depois, 67% dos ginecologistas mudaram suas prescrições sendo 27% de terapia hormonal combinada de estrógeno conjugado equino com acetato de medroxiprogesterona, 56% de outras formas de terapia hormonal e 7% de abandono total de hormonioterapia.²⁰ Na Espanha, 5 anos após o WHI houve uma diminuição de 89% das prescrições de terapia hormonal para mulheres entre 50 e 54 anos.²¹ De forma semelhante, um estudo brasileiro publicado em 2007 indicou que 95% dos ginecologistas tinham conhecimento do WHI mas apenas 24% conheciam outros grandes estudos como o HERS e o MWS. Sessenta e três por cento deles passaram a prescrever doses mais baixas de hormônios, 55% optaram por outras terapias não-hormonais e 25% pararam de prescrever hormônios após a publicação do WHI.²²

No entanto, após a publicação destes estudos, muitas pesquisas foram realizadas, muitas análises críticas a respeito dos métodos e resultados foram

divulgados na comunidade científica mostrando que a terapia hormonal tem espaço e função quando iniciada no início dos sintomas da menopausa, em doses mais baixas do que se praticava antes de 2002 para que os benefícios superem os riscos.^{1,23} A mídia fez um ótimo trabalho divulgando os resultados para o público leigo, e, fez um péssimo serviço não informando às mulheres sobre as discussões e resultados que vieram pós WHI para que elas pudessem determinar se esses resultados poderiam ser aplicados à elas. Assim, uma geração de mulheres em menopausa esteve prejudicada durante muitos anos pelos sintomas de menopausa e, provavelmente perderam a janela de oportunidade terapêutica para reduzir riscos cardiovasculares, fraturas e demências.^{24,25,26,27,28} Após a publicação destes grandes estudos, do impacto na mídia e os efeitos da mídia na população, outras formas de terapias não-hormonais começaram a ter um espaço maior do que tinha até então principalmente para aquelas mulheres sintomáticas com riscos para câncer de mama onde a hormonioterapia não era uma opção. Todo esse impacto na mídia gerou insegurança e medo por parte das mulheres em utilizar a TH.

As terapias não-hormonais também chamadas de terapias alternativas podem ser agrupadas nas seguintes formas: drogas medicamentosas inibidoras seletivas de recaptação de serotonina e norepinefrina (venlafaxina, desvenlafaxina, fluoxetina, paroxetina), produtos herbais (*Cimicifugae racemosae*, dong quai, ginseng, *Trifolium pratense*), alimentos ricos em soja ou derivados de soja/isoflavona, também chamados de fitoestrógenos (são componentes derivados de plantas com atividade biológica semelhante ao estrógeno e estrutura química semelhante ao estradiol – exemplo: (daidzeína, genisteína), yoga e terapia corpo e mente.²⁹

Estudos para avaliar a prevalência do uso de terapias não-hormonais são muito escassos. Dados do Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), estudo corte-transversal na sua primeira fase conduzido de 1995-1997 e, posteriormente multicêntrico longitudinal com mulheres alocadas em 7 áreas

geográficas dos Estados Unidos como Boston, Chicago, Detroit, Los Angeles, NewYork, Oakland and Pittsburgh. Esse estudo, referia variações na ingestão de isoflavonas segundo a etnia, ou seja, o consumo era menor entre as caucasianas, hispânicas e afro-americanas quando comparadas com as mulheres de origem chinesa ou japonesa.³⁰ Em relação a todas as formas de terapias não-hormonais, ou seja, medicamentos herbais, homeopatia, dietas macrobióticas e vegetarianas, derivados de soja, técnicas de relaxamento e acupuntura, 80% das mulheres tinham usado alguma forma de medicina alternativa sendo que as mulheres brancas e japonesas apresentavam 60% de taxa de uso, seguidas pelas chinesas com 46%, afro americanas 40% e hispânicas 20%.³⁰ Outro estudo de prevalência, o National Health Interview Survey (NHIS), indicava que cerca de 45% das mulheres entre 40-59 anos em 2002 fizeram uso de alguma forma de terapia não-hormonal.³¹

Segundo o consenso da Sociedade Norte Americana de Menopausa (NAMS) de 2015, as recomendações para o uso de terapias não-hormonais são divididas da seguinte forma: no grupo de Recomendações Farmacológicas estão a paroxetina em baixas doses, lembrando-se que, no entanto, a paroxetina e a fluoxetina inibem o efeito do tamoxifeno (modulador seletivo do receptor estrogênico utilizado no tratamento do câncer de mama) e, por isso, não devem ser utilizadas nestas situações. Drogas como a venlafaxina e desvenlafaxina podem ser usadas “off label” com muito critério pesando riscos e benefícios na melhora dos sintomas vasomotores e observando-se os efeitos adversos. No grupo Recomendações com Cautela incluem-se os derivados da soja e isoflavonas. No grupo Não Recomendados estão a *Cimicifugae racemosae*, ginseng, acupuntura e yoga.²⁹

Em 2014, uma revisão da Cochrane³² abordou a eficácia, segurança e a aceitabilidade dos produtos alimentícios, extratos e suplementos alimentares no alívio dos sintomas vasomotores das mulheres menopausadas. Em relação às dietas à base de soja, em geral não há evidências de que estes alimentos tenham efeitos positivos

nos sintomas vasomotores. Quanto aos Extratos de soja também não há evidências de que possa interferir no alívio, na frequência e na severidade dos sintomas. Extrato de trevo vermelho ou *Trifolium pratense* também não há evidências favoráveis. Genisteína 30 a 60 mg/dia parece reduzir a frequência dos fogachos mas de forma bem inferior quando comparada à terapia hormonal.³³ Nesta revisão os fitoestrógenos não parecem ter efeito estrogênico agonista no endométrio quando administrados por mais de 1 ano. Em relação à aceitabilidade nenhuma evidência foi encontrada para o fitoestrógeno em comparação com o placebo.³²

Em 2011, a North American Menopause Society (NAMS)³⁴ publicou um relatório a respeito dos riscos e benefícios da isoflavona de soja e seus metabólitos. A isoflavona, segundo a NAMS, é pouco eficaz no controle dos sintomas vasomotores e não melhora sintomas urogenitais e reforça que os estudos realizados avaliaram apenas mulheres caucasianas e pode haver diferenças positivas e negativas nos diferentes grupos étnicos. As frações bioquímicas da isoflavona como a genisteína e a daidzeína são fracos agonistas dos receptores seletivos ER-beta mas exercem outros efeitos receptor estrogênico independente. A genisteína promove o crescimento de células cancerígenas estrógeno receptor positivo in vitro e in vivo. Nos estudos observacionais, a isoflavona e derivados estão associadas com baixo risco de câncer de endométrio. Estudos de curta duração não mostram evidências de hiperplasia uterina, porém um estudo de longa duração evidenciou aumento na hiperplasia simples de endométrio.³⁵

Em relação à densidade mineral óssea, os estudos são mais negativos e o assunto requer mais avaliação bem como seu efeito nos benefícios cardiovasculares. No estudo SWAN de 2002, a genisteína foi relacionada à melhora da densidade mineral óssea nas mulheres americanas de origem japonesa.³⁶ Entretanto, poucos estudos são desenhados de forma randomizada, controlada para suportar evidências de melhora da densidade óssea.^{37,38,39,40}

Muitos estudos demonstram e concordam com a elevada prevalência dos sintomas menopausais. No Brasil, um estudo populacional de 2003 aponta como os sintomas mais prevalentes na peri e pós-menopausa o nervosismo 82%, fogachos 70%, cefaleia 68%, irritabilidade 67% e sudorese 59%.⁴¹

Um estudo populacional de 2005 realizado nos Estados Unidos demonstrou que apenas os sintomas vasomotores, ressecamento vaginal e distúrbios do sono tinham relação com o tempo de menopausa com piora dos sintomas quanto maior o tempo. Sintomas como depressão, sintomas sexuais, cognitivos e urinários foram percebidos pelas mulheres porém sem relação com o tempo de menopausa.⁴² O estudo SWAN indicava que os sintomas vasomotores como os fogachos e os suores noturnos tinham a maior prevalência na peri e pós-menopausa em mulheres caucasianas e menos frequentes em japonesas e chinesas. As mulheres afro-americanas reportavam mais sintomas vasomotores, ressecamento vaginal, incontinência urinária e distúrbios do sono mais do que as caucasianas. Os resultados do estudo sugeriam que o estilo de vida, situação menstrual, etnia e aspectos socioeconômicos afetavam os sintomas entre mulheres de 40 a 55 anos.⁴³ Em 2007 um estudo de revisão sistemática avaliou a prevalência dos fogachos e suores noturnos em diferentes culturas e demonstrou que a prevalência destes sintomas variava muito de acordo com a cultura estudada além de perceber influências do clima, da dieta, estilo de vida, atitudes da mulher em relação ao fim da vida reprodutiva e idade da menopausa.⁴⁴ Dados do Melbourne Women's Midlife Health Project (MWMHP) demonstraram uma pequena relação entre os sintomas vasomotores, ressecamento vaginal e distúrbios do sono e a percepção de bem estar.⁴⁵ Outro estudo de 2001 demonstrou que as mulheres achavam que o bem estar se relacionava apenas com os eventos da vida e não viam associação com a menopausa.⁴⁶

A interrupção do trabalho devido às ondas de calor foi estudada no Reino Unido onde os sintomas de menopausa especialmente os fogachos afetavam

negativamente o desempenho no trabalho.⁴⁷ Na Austrália, outro estudo demonstrou que as mulheres que apresentavam sintomas menopausais gostariam que seus chefes e supervisores estivessem atentos a estas demandas proporcionando ambientes de trabalho climatizados, horários mais flexíveis e que seus superiores fossem informados a respeito dos sintomas menopausais vivenciados pelas mulheres e as dificuldades por elas enfrentadas.⁴⁸

Seja pela impossibilidade de se administrar TH para mulheres que tenham contra indicações formais à esta terapia, seja por escolha, seja pela pressão que a mídia fez após 2002, mais e mais pesquisas e estudos estão sendo realizados para suprir esta necessidade. Está claro que uma contra indicação para a TH não pressupõe necessariamente qualquer tipo de tratamento não-hormonal. No entanto, qual é realmente o conhecimento que as mulheres tem sobre a menopausa, sobre os sintomas, sobre os benefícios e riscos da terapia hormonal e da terapia não-hormonal? Este conhecimento é adequado para que estas mulheres possam buscar ajuda médica para discutir e decidir sobre como desejam se sentir na menopausa e optar por diferentes formas de tratamento ou não tratamento de forma consciente?

Para alguns autores, as mulheres preferem receber informações através de médicos e serviços de saúde.^{49,50,51,52}

Muitos estudos são contraditórios acerca da influência dos elevados níveis educacionais e o uso da TH. Merom e Rachón^{53,54} demonstraram associação entre nível educacional mais elevado e uso de TH, já pesquisadores como Ekstrom e Fistic^{55,56} não mostraram esta associação.

Alguns estudos demonstram que mulheres com alto nível educacional recebem mais informações e apresentam um conhecimento mais adequado, entretanto, ainda assim são menos inclinadas a usar TH porque apesar de saberem que o hormônio melhora a qualidade de vida, elas têm a opinião de que os médicos e estudiosos ainda sabem muito pouco.^{49,50,57,58,59} Em 2013, dados do The Vaginal

Health: Insights, Views and Attitudes (VIVA), estudo norte americano-europeu para explorar o conhecimento da saúde vaginal em mulheres na pós-menopausa, concluiu que a atrofia vaginal impactava negativamente a vida das mulheres porém, a falta de conhecimento sobre o assunto impactava na hesitação para a busca de ajuda de profissionais da saúde os quais deveriam proporcionar discussões adequadas sobre as opções de tratamentos.⁵⁹ Perceber os sintomas é diferente de avaliá-los ou lidar com eles. As respostas aos sintomas incluem sentimentos, pensamentos, comportamentos bem como atitudes de cuidados pessoais e a busca de ajuda e conselhos de profissionais de saúde que podem incluir prescrições de medicamentos, ou a escolha de não se fazer nada a respeito dos sintomas.⁴²

Assim, muitos aspectos da prescrição e conhecimento sobre TH mudaram nos últimos 15 anos. Hoje sabe-se que a TH administrada no momento oportuno, na menor dose e pelo menor tempo alivia os sintomas da menopausa com menos riscos às usuárias. Ainda assim, algumas terapias não-hormonais podem ser uma opção para um algumas mulheres, ainda que longe de apresentar a eficácia observada com a TH. No Brasil, não existem informações sobre prescrição destes medicamentos em nível populacional. Conhecer a prevalência de uso de terapia hormonal e não-hormonal assim como os fatores associados ao uso destas terapias poderá contribuir para verificar, mesmo que indiretamente, a atitude dos médicos e a opinião das mulheres. As mulheres precisam ser informadas sobre os riscos e benefícios reais da TH para que possam tomar decisões sobre utilizar, com base em informações corretas e transmitidas pelos profissionais de saúde. Não devem ser privadas de utilizá-las se houver indicação, e, não podem perder a grande oportunidade de melhorar os cuidados em relação à saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a prevalência, os fatores associados, sobre o uso de terapia hormonal (TH) e terapia não-hormonal entre as mulheres da região metropolitana de Campinas.

Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência do uso de terapia hormonal.
- Avaliar os fatores associados ao uso de TH.
- Avaliar a prevalência do uso de terapia não-hormonal.
- Avaliar os fatores associados ao uso de terapia não-hormonal.

3. METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Estudo corte transversal através de inquérito domiciliar de base populacional.

Estudo corte transversal parte de um amplo estudo de base populacional^{60,61,62,63,64} com mulheres brasileiras residentes na região metropolitana de Campinas com idade entre 45 e 60 anos de Setembro de 2012 a Junho de 2013- protocolo número 030/2011 (Anexo 2).

Tamanho Amostral

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população da Região Metropolitana de Campinas era 2.798.477 pessoas, dos quais 1.423.748 mulheres. Destas, 257.434 mulheres estavam na faixa etária entre 45-60 anos (9,199% da população geral).⁶⁵

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção de mulheres com sintomatologia geral do climatério (sintoma de referência: fogacho ou ondas de calor) de 70%.⁴¹ Considerou-se uma diferença máxima desejada entre a proporção amostral e população de 3.5%, um erro tipo I (alfa) de 5% com um tamanho amostral de 655 mulheres.⁶⁶ Entretanto, considerando-se um potencial de perda de 20%, um total de 820 mulheres foram convidadas a participar do estudo.

Seleção de Sujeitos e Coleta de Dados

Dezenove municípios compõem a região metropolitana de Campinas. Através de lista fornecida pelo IBGE, contendo os setores censitários numerados e claramente definidos, foram sorteados 92 setores utilizando-se amostragem aleatória simples e equiprobabilística. Para o sorteio, foram excluídos os setores rurais, semi rurais e industriais. Foram listados os setores censitários urbanos contendo no mínimo 10 mulheres com idade entre 45 e 60 anos. Os setores em que não havia um mínimo de 10 mulheres nessa faixa etária foram agrupados com os setores vizinhos, de numeração posterior. Após o sorteio dos 92 setores, foi realizada seleção aleatória de duas quadras por setor e verificado o número de mulheres com idade entre 45 e 60 anos. Dessas, foram sorteadas 10 mulheres que foram entrevistadas. Auxiliares de pesquisa treinadas, guiadas por mapas e portando fichas de itinerário dirigiram-se até

as residências e realizaram o convite para que as mulheres participassem do estudo. A entrevista pôde ser realizada no mesmo momento ou por telefone. Um total de 820 mulheres foram convidadas a participar do estudo, sendo que 71 recusaram-se. Com isso, a amostra final foi constituída por 749 mulheres.

Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) antes da realização da entrevista. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) sob o protocolo de número 030/2011. (Anexo 2).

Crítérios de Inclusão

- Mulheres entre 45-60 anos de idade, residentes na Região Metropolitana de Campinas.
- Mulheres brasileiras.

Crítérios de Exclusão

- Mulheres incapazes de responder o questionário por quaisquer motivos (compromisso, doença, incompatibilidade de horários, etc.).

Variáveis

a) Variáveis Independentes

a.1) Variáveis Sociodemográficas

▪ **Faixa etária:** Categorizada em grupos de 45-49 anos, 50-54 anos e 55-60 anos. Avaliada em entrevista domiciliar através de questionário.

▪ **Cor ou raça:** Corresponde a cor da pele ou raça referida. Avaliada em entrevista domiciliar através de questionário. Definida em Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena, Não sabe.

▪ **Escolaridade:** Nível de instrução formal. Avaliada em entrevista domiciliar através de questionário. Categorizada em até 4 anos, entre 5-8 anos, entre 9-11 anos, ≥ 12 anos, nenhuma.

▪ **Estado marital:** Situação conjugal. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Solteira, Casada/vive junto, Separada/divorciada/desquitada, Viúva.

a.2) Variáveis de Comportamento

▪ **Tabagismo:** Hábito da pessoa relacionado ao ato de fumar. Avaliada em entrevista através de questionário. Definido em Sim fuma, Sim já fumou, Nunca fumou.

▪ **Ingestão de bebidas alcoólicas:** Consiste em saber se há consumo de bebidas alcoólicas pela mulher. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim toma, Sim já tomou e não toma mais, Nunca tomou.

▪ **Frequência do hábito etílico:** Qual a frequência com que a mulher bebe. Avaliada em entrevista através de questionário. Categorizada em Menos de 1 dia por mês, Menos de 1 dia por semana, 1 a 2 dias por semana, 3 a 4 dias por semana, 5 a 6 dias por semana, todos os dias.

▪ **Prática de atividade física:** Consiste em saber se a mulher pratica atividade física regularmente. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Frequência da atividade física:** Frequência de realização de atividade física pela mulher. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Ocasionalmente (menos de uma vez por semana), Semanalmente (uma vez por semana), 2 a 3 vezes por semana, 4 a 6 vezes por semana, diariamente.

a.3) Variáveis de Saúde

▪ **Peso:** Medida de peso em quilogramas referido pela mulher. Avaliada em entrevista através de questionário. Números contínuos, Não sabe.

▪ **Altura:** Medida da altura em centímetros referida pela mulher. Avaliada em entrevista através de questionário. Números contínuos, Não sabe.

▪ **Hipertensão arterial:** Consiste em saber se a mulher tem pressão alta. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Diabetes mellitus:** Consiste em saber se a mulher tem diabetes. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Dislipidemia:** Consiste em saber se a mulher tem colesterol aumentado. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Infarto do miocárdio:** Consiste em saber se a mulher teve infarto do coração. Avaliada em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Acidente vascular cerebral:** Consiste em saber se a mulher teve derrame. Avaliada em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Trombose venosa profunda:** Consiste em saber se a mulher teve trombose. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Embolia pulmonar:** Consiste em saber se a mulher teve algum episódio de embolia pulmonar. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Osteoporose:** Consiste em saber se a mulher tem osteoporose. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Artrose, artrite ou doenças reumatológicas:** Consiste em saber se a mulher tem artrose, artrite ou doença reumatológica. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Asma ou bronquite:** Consiste em saber se a mulher tem asma ou bronquite. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Tuberculose pulmonar:** Consiste em saber se a mulher tem tuberculose no pulmão. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Depressão:** Consiste em saber se a mulher tem depressão. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Ansiedade:** Consiste em saber se a mulher tem doença de ansiedade. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

▪ **Câncer:** Consiste em saber se a mulher teve algum câncer ou tumor maligno. Avaliada em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Não sabe/não lembra.

a.4) Variáveis Ginecológicas e Reprodutivas

▪ **Idade da menarca:** Número de anos completos que a mulher se encontrava quando aconteceu a primeira menstruação. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Anos, Nunca menstruou, Não lembra.

▪ **Estado atual da menstruação:** Informação se a mulher ainda menstruava até o momento da entrevista. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim e Não.

▪ **Padrão menstrual:** Consiste em saber se o ciclo menstrual habitual da mulher é regular, ou seja, função gonadal normal com ciclo espontâneo entre 24-35 dias.⁶⁷ Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Regular e Irregular.

▪ **Menopausa há mais de um ano:** Consiste em saber se a mulher teve a sua última menstruação há mais de um ano da data da entrevista. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não lembra.

▪ **Idade da menopausa:** Número de anos completos em que a mulher se encontrava quando ficou menstruada pela última vez. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Números contínuos, Não sabe.

▪ **Variações da menstruação no último ano:** Consiste em saber se a mulher apresentou mudanças ou não no seu padrão menstrual no último ano anterior à entrevista. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Manteve-se igual, Houve mudanças.

▪ **Mudanças na menstruação:** Quais mudanças de volume e intervalos ocorreram em relação à menstruação. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Intervalos mais longos entre uma menstruação e outra, Intervalos mais curtos entre uma menstruação e outra, Volume aumentado de menstruação, Volume diminuído de menstruação, Outra mudança (qual).

▪ **Paridade:** Número de filhos biológicos da mulher. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Números contínuos, Nenhum/não teve filhos.

a.5) Variáveis de Cirurgias Ginecológicas e de Mama

▪ **Laqueadura tubária:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia para ligar as trompas ou cirurgia feminina para não ter mais filhos. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Categorizada em Anos e/ou meses.

▪ **Histerectomia:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia para retirar o útero. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Ooforectomia unilateral:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia para retirar um dos ovários. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Ooforectomia bilateral:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia para retirar ambos os ovários. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Correção de cistocele:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia para levantar a bexiga caída. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Perineoplastia:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia de plástica de períneo. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Cirurgia de mama:** Consiste em saber se a mulher já fez cirurgia de mama. Avaliada em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

▪ **Outra cirurgia ginecológica:** Consiste em saber se a mulher já fez outra cirurgia ginecológica não mencionada no questionário. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não sabe. Se sim, há quanto tempo foi realizada. Definida em Anos e/ou meses.

a.6) Variáveis Urogenitais

▪ **Incontinência urinária:** Consiste em saber se a mulher perde urina. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Incontinência urinária de esforço:** Consiste em saber se a mulher perde urina quando realiza um Esforço Grande (subir ladeiras, pegar grandes pesos), Esforço Médio (tosse, riso, espirro), Esforço Pequeno (levantar-se, caminhar), Esforço de Qualquer tipo a todo momento (necessita fralda, forro, absorvente). Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Urgência miccional:** Consiste em saber se a mulher apresenta vontade de urinar e precisa para isso correr para o banheiro. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Secura vaginal:** Consiste em saber se a mulher apresenta sensação de secura vaginal no dia a dia. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Secura vaginal acompanhada de coceira e ardência:** Consiste em saber se a mulher apresenta secura vaginal acompanhada de outros sintomas como a coceira e a ardência. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Com coceira e/ou ardência, Sem coceira e/ou ardência.

▪ **Secura vaginal durante a relação sexual:** Consiste em saber se a mulher apresenta sensação de secura vaginal durante a relação sexual. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não, Não está tendo relação sexual.

a.7) Variáveis de Sintomas da Menopausa

▪ **Sintomas da menopausa:** Consiste em uma escala analógica de sintomas percebidos pela mulher como a) Falta de ar, suores, calores, b) Mal estar do coração (batidas diferentes do coração, salto nas batidas, batidas mais longas, pressão), c) Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e acordar cedo), d) Estado de ânimo depressivo (sentir-se caída, triste, chorosa, falta de vontade, alteração do humor), e) Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva) f) Ansiedade (impaciência, pânico), g) Esgotamento físico e mental (queda geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória), h) Problemas sexuais (falta de desejo sexual, na atividade e na satisfação), i) Problemas de bexiga (dificuldade para urinar, incontinência, urgência), j) Ressecamento vaginal (sensação de secura vaginal, ardência, problemas durante a relação sexual), k) Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações). Avaliado em entrevista através de questionário. Categorizada em Nenhum, Pouco intenso, Moderado, Intenso, Muito intenso para cada um dos sintomas da lista.

Esta lista de sintomas fazem parte da Menopause Rating Scale (MRS).^{68,69,70}
Nesta escala os sintomas são agrupados em três domínios:

- 1) Sintomas psicológicos (graduados de 0-16)
- 2) Sintomas somatovegetativos (graduados de 0-16)
- 3) Sintomas urogenitais (graduados de 0-16)

O escore é realizado pontuando com escala crescente segundo a severidade do sintoma onde 0: nenhum sintoma, 1: sintoma pouco intenso, 2: sintoma moderado, 3: sintoma intenso, 4: sintoma muito intenso. O escore pode variar de 0 a 44. Assim no escore final 0-4: ausência de sintoma/pouco sintoma, 5-8: sintomas leves, 9-15: sintomas moderados e 16 +: sintomas severos.

▪ **Frequência das ondas de calor:** Consiste em saber quantas vezes ao dia a mulher apresenta ondas de calor. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Números contínuos, Não tenho.

▪ **Interrupção do sono devido às ondas de calor:** Consiste em saber se a mulher acorda à noite devido às ondas de calor. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Às vezes.

▪ **Interrupção do trabalho devido às ondas de calor:** Consiste em saber se a mulher necessita parar o trabalho ou as tarefas devido às ondas de calor. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Às vezes.

▪ **Perda de rendimento no trabalho devido às ondas de calor:** Consiste em saber se a mulher tem perda de rendimento no trabalho ou em suas tarefas devido às ondas de calor. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Às vezes.

.

a.8) Variáveis de Conhecimento Sobre a Menopausa

▪ **O que é menopausa?** Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Informação textual.

▪ **Sintomas conhecidos da mulher:** Consiste em saber quais sintomas de menopausa a mulher conhece. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Ondas de calor/sudorese/suores noturnos, Nervosismo/irritabilidade/depressão/tristeza/ansiedade, Distúrbios ou desequilíbrios hormonais, Envelhecimento/passagem/transformação ou mudança, Não poder engravidar mais, Não sabe, Outros (qual).

▪ **Tipos de tratamentos para a menopausa conhecidos pela mulher:** Consiste em saber quais tratamentos para a menopausa a mulher conhece. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Terapia hormonal, Outros (quais), Não sabe.

▪ **Mulheres que necessitam tomar hormônios na menopausa:** Consiste em saber quais mulheres necessitam tomar hormônios segundo a mulher. Avaliado em

entrevista através de questionário. Definido em Todas precisam tomar, As que tem sintomas (ondas de calor, secura vaginal etc.), As que tem risco para osteoporose, As que tem menopausa precoce (antes dos 40 anos), As que não têm ovário ou útero, Nenhuma precisa tomar, Não sabe, Outra (qual).

▪ **Mulheres que não podem tomar hormônios na menopausa:** Consiste em saber quais mulheres não podem tomar hormônios segundo a mulher. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Nenhuma pode tomar, As que tem risco para osteoporose, As que tem problemas cardíacos ou história de derrame, As que tem hipertensão arterial ou diabetes, as que tem mais de 60 anos, As que não têm ovário ou útero, As que tem câncer de mama ou de endométrio, As que tem outros cânceres, As que fumam, As que tem obesidade, Todas podem tomar, Não sabe, Outra (qual).

▪ **Modo pelo qual obteve informações sobre a menopausa:** Consiste em saber onde a mulher obteve informações sobre a menopausa. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Médicos ou serviços de saúde, Revistas/jornais/livros, Televisão/rádio, Internet, Amigos/parentes/conhecidos, Reuniões em igrejas/ grupos de senhoras, Outras fontes (quais).

▪ **Escore do conhecimento:** Obtido através de três questões do questionário.

5.2) Quais sintomas da menopausa a senhora conhece? A) Ondas de calor, sudorese, suores noturnos; B)) Nervosismo, irritabilidade, depressão, tristeza ou ansiedade; C)) Distúrbios ou desequilíbrios hormonais; D) Envelhecimento, passagem, transformação ou mudança; E) Não pode engravidar mais; F) Não sabe; G) Outros-quais? **5.4) Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa?** A) Todas precisam tomar; B) As que têm sintomas de fogachos, secura vaginal, etc.; C) As que têm risco para osteoporose; D) As que têm menopausa precoce ou seja, antes dos 40 anos; E) As que não têm ovário ou útero; F) Nenhuma precisa tomar; G) Não sabe; H) Outra-qual? **5.5) Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa?** A) Nenhuma pode tomar; B) As que têm risco para osteoporose; C) As que têm problemas cardíacos ou história de derrame; D) As que têm hipertensão arterial ou diabetes; E) As que têm mais de 60 anos; F) As que não têm ovário ou útero; G) As que têm câncer de mama ou endométrio; H) As que têm outros cânceres; I) As que fumam; J) As que têm obesidade; K) Todas podem tomar; L) Não sabe; M) Outra-qual?

5.2) Quais sintomas da menopausa a senhora conhece? A) Ondas de calor, sudorese, suores noturnos; B)) Nervosismo, irritabilidade, depressão, tristeza ou ansiedade; C)) Distúrbios ou desequilíbrios hormonais; D) Envelhecimento, passagem, transformação ou mudança; E) Não pode engravidar mais; F) Não sabe; G) Outros-quais? **5.4) Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa?** A) Todas precisam tomar; B) As que têm sintomas de fogachos, secura vaginal, etc.; C) As que têm risco para osteoporose; D) As que têm menopausa precoce ou seja, antes dos 40 anos; E) As que não têm ovário ou útero; F) Nenhuma precisa tomar; G) Não sabe; H) Outra-qual? **5.5) Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa?** A) Nenhuma pode tomar; B) As que têm risco para osteoporose; C) As que têm problemas cardíacos ou história de derrame; D) As que têm hipertensão arterial ou diabetes; E) As que têm mais de 60 anos; F) As que não têm ovário ou útero; G) As que têm câncer de mama ou endométrio; H) As que têm outros cânceres; I) As que fumam; J) As que têm obesidade; K) Todas podem tomar; L) Não sabe; M) Outra-qual?

Para cada alternativa assinalada com o símbolo **certo** a entrevistada ganhou ponto no escore. Para cada alternativa assinalada com o símbolo **errado**, a entrevistada perdeu um ponto no escore. Após a análise das respostas dadas às três questões, observou-se que um número considerável de mulheres não assinalava nenhuma opção de resposta pré-estabelecida. Entretanto, respondiam a alternativa “outro”, com uma série de dados que demonstravam o nível de conhecimento sobre o tema. Para evitarmos perder dados importantes e, de alguma maneira, não aferirmos de maneira correta o nível de conhecimento, optamos por tabular as respostas dadas como “outro” e demos pontos no escore para o que se considerou correto e tiramos pontos no escore para o que se considerou incorreto. Para a questão **5.2)**, as respostas sobre os sintomas foram divididas nos domínios psicológico, urogenital, libido, distúrbios nutricionais e irregularidade menstrual. Para cada domínio identificado na resposta, a entrevistada ganhou um ponto no escore. Para as questões **5.4)** e **5.5)**, as respostas sobre o uso de hormônios na menopausa foram classificadas em certas ou erradas segundo consensos nacionais e internacionais sobre o tema^{1,71} e ganhou ponto no escore para cada resposta correta e perdeu ponto no escore para cada resposta incorreta.

Em relação à análise estatística do escore de conhecimento, uma vez que, para cada resposta considerada errada a entrevistada perderia um ponto no escore de conhecimento, o resultado final poderia ser negativo. Para facilitar os cálculos estatísticos e tornar a interpretação dos resultados mais intuitiva, optamos por criar uma constante numérica que seria somada ao escore de cada entrevistada para obter o escore final. Essa constante corresponderia ao valor que somado ao escore mais baixo obtido pelas entrevistadas resultaria em um valor igual a +1. Nesse sentido, o valor mínimo que poderia ser obtido no escore final do conhecimento seria +1. Essa constante numérica foi somada ao escore de todas as entrevistadas foi +4. Portanto, o escore final de conhecimento sobre menopausa variou entre +1 e +11.

a.9) Variável Tratamento para a Menopausa

▪ **Realização de tratamento para a menopausa:** Consiste em saber se a mulher já realizou algum tratamento para a menopausa. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Faz, Fez, Nunca fez.

▪ **Tratamento hormonal indicado por médico:** Consiste em saber se o tratamento hormonal foi indicado por médico. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Não lembra.

▪ **Tratamento não-hormonal indicado por médico:** Consiste em saber se o tratamento não-hormonal apresentado em uma lista de opções e apontado pela mulher foi indicado por médico (b) Medicamentos antidepressivos, c) Exercícios físicos, d) Dieta, e) Derivados da soja/isoflavona, f) Vitaminas ou cálcio, g) Acupuntura, h) Chá de folha de amora, i) Técnicas de relaxamento/ioga/meditação, j) Cremes vaginais, k) Outros (quais). Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não, Não lembra.

▪ **Motivo para o início da terapia hormonal:** Consiste em saber qual foi o motivo que levou a mulher a iniciar o uso da terapia hormonal. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Para melhorar as ondas de calor, Para regularizar ou parar a menstruação, Por sugestão do médico, mesmo estando assintomática, Para prevenir osteoporose, Por outro motivo (qual).

▪ **Motivo da descontinuação do uso de terapia hormonal:** Consiste em saber qual o motivo que levou a mulher a parar de usar terapia hormonal. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Por sugestão do médico, Melhora dos sintoma, Não se sentia bem usando/pelos efeitos colaterais, Dificuldade em conseguir tomar remédios, Dificuldade em conseguir comprar ou adquirir no serviço público os remédios, Dificuldade de adaptação, Piora dos sintomas, Não faziam efeito, Outro motivo (qual).

▪ **Motivo para nunca ter tratado a menopausa:** Consiste em saber qual o motivo que levou a mulher a nunca ter feito tratamento para a menopausa. Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Não sentia sintoma algum, Os sintomas não mereciam atenção médica, Os sintomas são naturais ou fazem parte da menopausa, Os sintomas não eram fortes ou não incomodavam, Apesar dos sintomas serem fortes, eram suportáveis, Não sentia liberdade para falar sobre os sintomas com o seu médico, Não tinha dinheiro para ir ao médico, Não tinha um médico ou serviço de saúde próximo ou disponível, Não tem tempo ou tem muito trabalho, Não sabe ou não lembra, Outro motivo (qual).

b) Variáveis Dependentes

▪ **Terapia hormonal:** Consiste em saber se a mulher já realizou tratamento para a menopausa com hormônio. Avaliado em entrevista através de questionário. Definida em Sim, Não.

▪ **Tipo de tratamento não-hormonal para a menopausa:** Consiste em saber qual o tipo ou forma de tratamento não hormonal para a menopausa que a mulher fez/faz apresentado em uma lista de opções (b) Medicamentos antidepressivos, c) Exercícios físicos, d) Dieta, e) Derivados da soja/isoflavona, f) Vitaminas ou cálcio, g) Acupuntura, h) Chá de folha de amora, i) Técnicas de relaxamento/ioga/meditação, j) Cremes vaginais, k) Outros (quais). Avaliado em entrevista através de questionário. Definido em Sim, Não.

▪ **Medicamentos utilizados para tratar a menopausa:** Consiste em saber da mulher qual ou quais medicamentos utiliza ou utilizou para o tratamento da menopausa. Avaliado em entrevista através de questionário. Resposta textual da mulher

Instrumentos para Coleta de Dados

As mulheres elegíveis que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Utilizou-se um questionário amplo dividido nos seguintes assuntos (Anexo 3): 1) Avaliação sociodemográfica, 2) Aspectos gerais de saúde, 3) Aspectos ginecológicos e reprodutivos, 4) Sintomas da menopausa que inclui o questionário Menopause Rate Scale (MRS), 5) Conhecimentos sobre a menopausa, 6) Tratamento de menopausa, 7) Aspectos da sexualidade, 8) Aspectos socioeconômicos, com total de 169 questões. Neste estudo as seções 7) Aspectos da sexualidade e 8) Aspectos socioeconômicos não serão avaliados e discutidos.

Este questionário foi previamente testado em pacientes voluntárias do Ambulatório de Menopausa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM-UNICAMP), e, também em pacientes voluntárias por telefone, convidadas pelo mesmo ambulatório.

Coleta de Dados

O processo para a obtenção da amostra de mulheres envolveu duas etapas: 1) o itinerário dos entrevistadores em cada setor censitário sorteado; e, 2) a identificação de mulheres elegíveis em cada domicílio selecionado.

Para a organização e registro do itinerário em cada setor censitário, as entrevistadoras utilizaram uma Ficha de Itinerário (Anexo 4). Nessa ficha foram anotados todos os endereços e a natureza do imóvel (residência, comércio, terreno vazio, condomínio de casas, etc.). Cada mulher elegível identificada em um dos endereços correspondeu a uma linha na Ficha de Itinerário, onde foram anotados: o primeiro nome, a idade, se a mulher aceitou participar da pesquisa naquele momento, e, nesse caso, o número do questionário aplicado. Se a mulher não estivesse em sua residência no momento em que o entrevistadora passou, ou não aceitasse ser entrevistada naquele momento, foi anotado o endereço e o número de telefone para posterior contato telefônico, quando a entrevista poderia ser realizada, não mais pessoalmente, mas por telefone. Naqueles endereços em que nenhuma pessoa atendeu quando a entrevistadora passou, foi feito contato telefônico posterior, com até quatro tentativas, para saber se existiam mulheres elegíveis naquele local, e, em caso positivo, a entrevista poderia ser realizada por telefone ou agendada. Se após quatro tentativas nenhuma pessoa atendesse ou não conseguisse falar com uma mulher elegível, o endereço foi considerado como não disponível e a casa subsequente foi avaliada.

Ao término do trabalho em cada setor, as entrevistadoras entregaram a ficha correspondente ao supervisor de campo, o qual realizou a sua conferência para verificar se o itinerário e a seleção das mulheres havia sido feito de acordo com as instruções. Além disso, a partir das Fichas de Itinerário, o supervisor realizou um controle de qualidade do trabalho das entrevistadoras: reconstruiu o itinerário e a seleção das mulheres em 10% dos setores sorteados, e, repetiu as entrevistas ou parte delas naqueles setores. Em alguns casos especiais, esta checagem foi realizada por telefone com horário marcado com a entrevistada, caso fosse mais conveniente para a mesma. Essa checagem foi feita sem violar os aspectos éticos da pesquisa porque, quando a entrevistadora aplicou o questionário, já avisou a entrevistada da possibilidade de um novo contato através do supervisor para realizar aquela checagem.

Em casos especiais em que a entrevistada não estava disponível no momento para responder o questionário, mas concordou em participar da pesquisa, foi anotado o número de telefone da mulher para contato e realização da entrevista por este meio em horário marcado posteriormente em momento mais oportuno para a mesma.

Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi realizado para que se pudesse garantir a confiabilidade do estudo. Para isso um pré-teste do questionário foi realizado em uma pequena amostra que continha as mesmas características. Posteriormente realizou-se a seleção e o treinamento dos entrevistadores da pesquisa. Com isso tornaram-se aptos a preencher corretamente o instrumento e puderam abordar as mulheres entrevistadas de forma apropriada.

Processamento dos Dados

Todas as informações obtidas através do questionário foram digitadas por pessoas diferentes que geraram dois bancos de dados separadamente. Houve então a verificação de consistência simples, através da comparação desses bancos de dados. Foram realizadas correções em um dos arquivos para gerar o banco de dados semifinal. A verificação de consistência lógica foi realizada para gerar o banco de dados final. O software Epi Info foi utilizado para o processamento dos dados.

Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi realizado a distribuição de frequências das características sociodemográficas das mulheres da amostra. Posteriormente, realizou-se a análise bivariada das características clínicas, dos sintomas da menopausa e do conhecimento através do teste de Qui-Quadrado. Finalmente, foi realizada a análise multivariada de regressão de Poisson para verificar quais variáveis estavam associadas a uma maior ou menor prevalência de uso de Terapia hormonal e não-hormonal. Para a regressão de Poisson, as razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% (95%IC) foram calculados para variáveis significativas através do critério de seleção de variáveis backward. O nível de significância estatística foi de 5% e as amostras dos setores censitários foram

considerados nas análises bivariadas e multivariadas. Todas as análises foram realizadas utilizando-se IBM SPSS versão 20 e versão Stata 7.

Aspectos Éticos

As considerações éticas do presente estudo fundamentaram-se na Resolução Nº 466/12 respeitando as diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. As mulheres participantes foram tratadas com dignidade e respeitadas em sua autonomia.

Cada participante foi adequadamente informada sobre os objetivos, benefícios previstos e métodos da pesquisa. Também foi informado que seria livre a retirada do seu consentimento em participar a qualquer momento.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) foi lido pelo entrevistador para as mulheres e aquelas que concordaram participar do estudo assinaram o termo e receberam cópia do mesmo.

Foi garantido às mulheres o sigilo de sua identidade e a proteção de sua imagem. Os dados obtidos foram usados exclusivamente para os propósitos da pesquisa e, os resultados publicados foram preservados com exatidão.

4. RESULTADOS

Artigo 1

Prevalence and associated factors to hormone therapy use and knowledge toward menopause – a population-based household survey.

Pacello Poliana, Baccaro Luiz F, Costa-Paiva Lucia

Artigo 2

Prevalence and associated factors to nonhormonal therapy use and knowledge toward menopause - a population-based household survey.

Pacello Poliana, Baccaro Luiz F, Costa-Paiva Lucia

Correspondence:

Prof^a. Dr^a. Lucia Costa-Paiva

E-mail: paivaepaiva@uol.com.br

Adress: Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitaria Zeferino Vaz

CEP: 13 083-881 – Campinas, SP, Brazil

Telephone/fax: +55 19 3521-9306

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse relativos ao presente estudo.

De: "Menopause" <em@editorialmanager.com>

Enviada: 2017/11/04 08:41:13

Para: paivaepaiva@uol.com.br

Assunto: MENO Submission Confirmation for Prevalence of hormone therapy, factors associated with its use, and knowledge about menopause - a population-based household survey

11/04/2017

Dear Prof Costa-Paiva:

Your submission entitled "Prevalence of hormone therapy, factors associated with its use, and knowledge about menopause - a population-based household survey" **has been received by the journal editorial office.**

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

<http://meno.edmgr.com/>

Your username is: Costa Paiva

<http://meno.edmgr.com/l.asp?i=70946&l=BLP1RGCCQ>

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Sincerely,

Menopause - The Journal of The North American Menopause Society

Artigo 1 - Prevalence of hormone therapy, factors associated with its use, and knowledge about menopause – a population-based household survey

Running title: Associated factors of hormone therapy use

Poliana Pacello, MD, MSc; Adriana Orcesi Pedro, MD, PhD; Luiz Francisco Baccaro, MD, PhD; Lucia Costa-Paiva, MD, PhD

Gynecology and Obstetrics Department, School of Medical Sciences, State University of Campinas – UNICAMP, Sao Paulo – Brazil

Source of funding: São Paulo Foundation for the Support of Research (FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) grant 2011/14526-9.

Conflict of interest: None

Correspondence:

Prof. Dr. Lucia Costa-Paiva

Address: Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitaria Zeferino Vaz

CEP: 13 083-881 – Campinas, SP, Brazil

Telephone/fax: +55 19 3521-9306

E-mail: paivaepaiva@uol.com.br

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of hormone therapy, the factors associated with its use, and the importance of knowledge about menopause and hormone therapy.

Methods: A cross-sectional study was conducted in the Campinas Metropolitan Region (Brazil) with 749 women aged 45–60 years. The dependent variable was current or previous hormone therapy use. The independent variables were sociodemographic data, health-related problems, and knowledge about menopause assessed using a score identified with a questionnaire on various aspects of menopause. **Results:** The mean age of the women was 52.5 (± 4.4) years. With regard to the menopausal status, 16% were premenopausal, 16% were perimenopausal, and 68% were postmenopausal. Of all the women included, 19.5% reported current or previous hormone therapy use. In multiple regression analysis, being postmenopausal (PR 2.76; 95%CI 1.74–4.38), receiving information about menopause from physicians and health service workers (PR 2.73; 95%CI 1.91–3.89), having bilateral oophorectomy (PR 2.18; 95%CI 1.49–3.17), experiencing work interruption due to hot flashes (PR 1.44; 95%CI 1.03–2.01), and having extensive knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.05–1.19), were associated with a higher prevalence of hormone therapy use. **Conclusion:** The prevalence of hormone therapy use was 19.5%. Menopausal status, information source, surgical menopause, work interruption due to hot flashes, and knowledge about menopause were associated with hormone therapy use. Education promoted by healthcare systems can increase hormone therapy use in women who have indications for treatment.

Keywords: menopause, hormone therapy, symptoms, information source, postmenopause, estrogen therapy

Introduction

Hormone therapy (HT) has been established as the gold standard for the treatment of menopause symptoms.¹ Many studies have demonstrated that vasomotor symptoms (VMSs) are some of the most common symptoms during menopause globally. A previous study reported that 70% of women from Europe and North America are affected by hot flashes and night sweats.² In 2000, the Study of Women's Health across the Nation (SWAN) demonstrated that symptoms were reported less frequently in Japanese and Chinese women than in Caucasian, African-American, and Hispanic women.³ In Brazil, 70% of women reported hot flashes and 59% reported night sweats.⁴

The prevalence of HT use for menopausal symptoms was high until two landmark studies in 2002 and 2003, which were associated with a decrease in HT use. The Women Health Initiative (WHI) trial⁵ and the observational Million Women Study (MWS)⁶ reported the severe adverse effects of HT use. The increased risk of breast cancer was worrisome, and HT was found to significantly increase the risks of pulmonary embolism, stroke, and coronary heart disease.⁵

In the 1970s, in the USA, the estimated prevalence of HT use was 0.2%. The prevalence began to rise in the early 1980s and then tripled at the end of the 1990s. HT use decreased significantly since the WHI publication in 2002, and at present, data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 2009-2010) showed that the prevalence is around 4.7% compared to 22.4% in women aged ≥ 40 years between 1999 and 2000.⁷

Recent guideline recommendations and consensus statements are important and helpful to healthcare professionals managing menopause.^{1,8} Systemic HT is an acceptable option for relatively young and healthy women within 10 years of menopause, who are bothered by moderate-to-severe menopausal symptoms.¹ Individualization of each woman is important to achieve treatment goals.

The media has presented the results from the WHI trial to the public, but the media has not been helpful to women, as present discussions and results have not been presented. If women had this information, they might have been able to decide whether the latest findings apply to them. Thus, a generation of menopausal women has been deprived of treatment for a decade or more, even for severe symptoms.⁹ It

is possible to increase the life expectancy of women treated with HT in acceptable conditions.¹⁰

In this environment of intense discussion, the difficulty faced by women to make a confident decision about HT use is understandable. Since the end of the 1990s, some studies have been concerned about the knowledge of women with regard to menopause and HT. In 1998, 10% of women reported having used HT, and greater education was associated with a more negative opinion on HT prescription.¹¹ Many women overestimated the risks of HT, with 31% believing that HT increases the risk of heart disease and 53% believing that HT increases the risk of breast cancer.¹² Thus, many aspects of HT prescription and knowledge have changed over the past 15 years. Limited information or no information about HT use is available in many countries. Evaluation of data may help to verify, even indirectly, the attitude of doctors and the opinion of women on HT use. Women need to be informed about the real risks and benefits of HT so that they can make decisions about its use according to correct information. Women should not be deprived of HT use if it is indicated, and they should not miss a good opportunity to improve their health with HT. The aim of this study was to assess the prevalence of HT, the factors associated with its use, and the importance of knowledge about menopause and HT in women aged 45–60 years.

Subjects and Methods

Subjects

A cross-sectional population-based study of Brazilian women aged 45–60 years living in the Campinas Metropolitan Region was carried out between September 2012 and June 2013. This study was part of a larger study that aimed to describe multiple aspects of climacteric women in the Campinas Metropolitan Region of São Paulo State. Its methodology has been presented in previous studies.^{13,14,15,16,17}

The Campinas Metropolitan Region has 19 cities, and the total population at the time of this study was 2,798,477 people (1,423,748 women; 257,434 women aged 45–60 years), according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).¹⁸ The sample size was calculated to evaluate general menopausal symptoms in women aged 45–60 years in the Campinas population (symptom reference: hot flashes), and

the prevalence was assumed to be 70%.⁴ With a maximum difference between the calculated sample size and actual sample size of 3.5%, a type I error (alpha) of 5% determined a sample size of 655 women. Considering a possible refusal rate of 20%, a total of 820 women were invited to participate.¹⁹ However, the refusal rate was 8.7% (71 women), which was lower than expected. Thus, the final sample size was 749 women.

Through a list provided by the IBGE containing numbered and clearly defined census tracts, 92 sectors were selected using simple and equiprobabilistic random sampling. For the draw, the rural, semi-rural, and industrial sectors were excluded. Urban census tracts with at least 10 women aged 45–60 years were listed. The sectors in which there were less than 10 women aged 45–60 years were grouped with the neighboring sectors tracts. After the draw of the 92 sectors, a random selection of two blocks per sector was carried out, and the number of women aged 45–60 years was verified. Of these, 10 women from each tract were interviewed. Trained research assistants, who used maps for guidance and carried itinerary forms, drove to residences and invited women to participate in the study. The interview could be held at the same time or over a telephone.

The inclusion criterion was Brazilian women aged 45–60 years living in the Campinas Metropolitan Region. The exclusion criterion was inability to complete the interview for any reason. All participants signed an informed consent form before the interview. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Department of Tocoginecology of the Faculty of Medical Sciences, State University of Campinas (UNICAMP/SP) (protocol number 030/2011).

The dependent variable was current or prior HT use for menopause treatment.

The independent variables were social demographic characteristics, including age (years), color (white/non-white), schooling (years of attendance at educational institutions), marital status (with/without partner), prior pregnancy (0, 1, 2, or ≥ 3), menopausal status (premenopausal if menstrual cycles were regular/perimenopausal if menstrual cycles were irregular or amenorrhea was present for ≤ 1 year/postmenopausal if amenorrhea was present for >1 year), body mass index ($\leq 24.99/25\text{--}29.99/\geq 30$ kg/m²), smoking status (current/prior/no), alcohol consumption (≥ 1 drink a week/ <1 drink a week/no), and exercise (≥ 2 times a week [yes/no]); clinical

characteristics, including hypertension (yes/no), diabetes (yes/no), dyslipidemia (yes/no), osteoporosis (yes/no), bilateral oophorectomy (yes/no), gynecological surgery (yes/no), depression (yes/no), and anxiety (yes/no); menopausal symptoms, including psychological symptoms, somatic symptoms, and urogenital symptoms. For assessing menopausal symptoms, the Menopause Rating Scale (MRS) questionnaire^{20,21,22} was used. This questionnaire has been previously validated and translated into Portuguese. The MRS questionnaire has 11 questions that cover three groups of symptoms, including psychological, somatovegetative, and urogenital symptoms. Each question receives a score (0, no symptom; 1, not very intense; 2, moderate; 3, intense; and 4, very intense). Other independent variables were vaginal dryness (yes/no), sleep interruption due to hot flashes (yes/no), work interruption due to hot flashes (yes/no), and knowledge about menopause (knowledge score created for this study).

The knowledge score was obtained through three questions in the questionnaire. First, what symptoms of menopause do you know? This question had the following possible responses: A) hot flashes and night sweats; B) nervousness, irritability, depression, sadness, or anxiety; C) disorders or hormonal imbalances; D) aging, passage, transformation, or change; E) no pregnancy; F) do not know; G) others (please specify). Second, which women need to take hormones in menopause? This question had the following possible responses: A) everyone needs to take hormones; B) those who have symptoms of hot flashes, vaginal dryness, etc.; C) those who are at risk for osteoporosis; D) those who have early menopause before the age of 40 years; E) those who do not have ovaries or a uterus; F) hormones are not required; G) do not know; H) others (please specify). Third, which women cannot take hormones in menopause? This question had the following possible responses: A) no woman can take hormones; B) those who are at risk for osteoporosis; C) those who have heart problems or a history of stroke; D) those who have high blood pressure or diabetes; E) those who are over 60 years of age; F) those who do not have ovaries or a uterus; G) those who have breast or endometrial cancer; H) those who have other cancers; I) those who smoke; J) those who are obese; K) every woman can take hormones; L) do not know; M) others (please specify). For each correct response, the participant earned a point, and for each incorrect response, the participant lost a point. After analyzing the answers obtained from the three questions, it was observed that a considerable

number of women did not indicate any pre-established response options. However, they answered the alternative “others” with data that demonstrated the level of knowledge on the subject. In order to avoid losing important data and avoid incorrectly measuring the level of knowledge, we decided to tabulate the responses provided for “others,” and we assigned a point for a correct response and removed a point for an incorrect response. For question 1, the responses on symptoms were divided into the following five domains: psychological, urogenital, sexuality, nutritional disorders, and menstrual irregularities. For each domain identified in the response, the participant earned a point. For questions 2 and 3, the responses about menopause hormone use were classified into correct or incorrect, according to national and international consensus on the theme,^{1,23} and the participant earned a point for each correct response and lost a point for each incorrect response. With regard to the statistical analysis of the knowledge score, for each response considered incorrect, the participant would lose a point and the result could be negative. For easier statistical calculation and more intuitive interpretation of the results, we decided to create a numerical constant that would be added to the score of each participant to obtain the final score. This constant corresponded to a value that when added to the lowest score obtained by the participants would result in a score equal to +1. Thus, the minimum final knowledge score was +1. In the analysis, the numeric constant added to the score was +4, and the final menopause knowledge score ranged from +1 to +11.

Statistical Analysis

For data analysis, the frequency distribution of the sociodemographic characteristics of the women in the sample was assessed. Subsequently, bivariate analysis of clinical characteristics, menopausal symptoms, and knowledge was performed using the chi-square test. Finally, multivariate analysis with Poisson regression was performed to assess which variables were associated with HT use. The prevalence ratios (PRs) and 95% confidence intervals (95%CI) were calculated through stepwise selection of significant variables. The significance level was set at 5%, and sample clusters (census tracts) were considered in the bivariate and multivariate analyses. All analyses were carried out using IBM SPSS version 20 (IBM Corp., Armonk, NY) and Stata version 7 (Stata Corporation, College Station, TX).

Results

The prevalence of HT use was 19.5%. The mean age of the women was 52.5 (± 4.4) years. Age 55–60 years, postmenopause, ≥ 2 children, and physical activity were associated with HT use. Additionally, according to clinical characteristics, having dyslipidemia or osteoporosis, a history of bilateral oophorectomy or other gynecological surgeries, depression, and anxiety were related to HT use (Table 1).

The median total MRS score was 8. Women with a total score above 8 had more complaints and a higher prevalence of HT use ($p = 0.003$). Additionally, women with more somatic symptoms (median score >3), more urogenital symptoms (median score >1), and vaginal dryness had a higher prevalence of HT use ($p = 0.002$, $p = 0.004$, and $p = 0.001$, respectively). Moreover, women who complained about work interruption due to hot flashes had a higher prevalence of HT use ($p = 0.042$) (Table 2).

On assessment of the knowledge score with regard to menopause, it was found that women had very limited knowledge, with a median score of 4. Women with greater knowledge (score >4) showed a higher prevalence of HT use ($p < 0.001$). With regard to the source of information, women who had information from physicians or healthcare workers had a higher prevalence of HT use ($p < 0.001$) (Table 3).

On multiple regression analysis, being postmenopausal (PR 2.76; 95%CI 1.74–4.38), receiving information about menopause from physicians and healthcare workers (PR 2.73; 95%CI 1.91–3.89), having bilateral oophorectomy (PR 2.18; 95%CI 1.49–3.17), experiencing work interruption due to hot flashes (PR 1.44; 95%CI 1.03–2.01), and having greater knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.05–1.19) were associated with a higher prevalence of HT use (Table 4).

Discussion

In the early years after the publication of the WHI trial,⁵ the prevalence of HT use decreased globally. Information on the prevalence of HT use has mostly been obtained from American statistics.^{24,25} Little is known about its prevalence in other countries, and in our country, population data on HT use are absent.

The results showed that the prevalence of current or prior HT use was 19.5%. In a previous study with 456 women aged 45–60 years living at Campinas city, the

prevalence of current and prior HT use was 37.6%.²⁶ The present data indicated a 50% drop in the prevalence of HT use. This drop was noted in many countries globally. The prevalence of HT use in women aged 45–64 years reached 13.5% in 1999, with a peak in women aged 57 years (23.2%). A recent study showed that HT prescription in the USA varied greatly between 2002 and 2009. After the publication of the WHI trial, there was a 15% decline until 2007 when a 70% drop in prescription by physicians was observed.²⁵ Similarly, a Brazilian study of the attitude of gynecologists reported that 23.1% and 25.2% of gynecologists stopped prescribing conjugated estrogens and medroxyprogesterone acetate, respectively, 63.7% decreased the HT dose, and 46.3% began to prescribe isoflavone and other natural medications.²⁷ In the early 2010s, the prevalence of combined HT declined greatly to only 2.7% of women aged 45–65 years.²⁴ Presently, the prevalence of HT use is estimated to be 5% in women aged over 40 years.⁷

According to our bivariate analysis, more symptoms were associated with a higher prevalence of HT use (24.4%, $p = 0.003$). A review of many clinical trials showed that HT is highly effective in alleviating vasomotor symptoms with important reductions in the frequency and severity of hot flashes.²⁸ Recent guidelines confirmed that vasomotor symptoms are the main indications of HT.^{1,8}

In agreement with some studies, being postmenopausal increased the prevalence of HT use (2.76% [95%CI 1.74–4.38], $p < 0.001$).^{12,29,30} This may be explained by the fact that most women in our sample were in the first few years of postmenopause, when the symptoms are more frequent and intensive. Several recent studies and an international consensus^{1,8} have indicated that the therapeutic window of HT benefits is the first 10 years of menopause in women below 60 years of age.^{1,9,10}

Our data showed that women who obtained information about menopause from physicians and healthcare workers had an increased chance (2.73, 95%CI 1.91–3.89) of using HT. Other studies found that women prefer to receive information from physicians and health services.^{11,31} These data indicate that it is important for healthcare workers to provide accurate, timely, and consistent information about the risks and benefits of HT so that women can make better decisions about HT.

We observed that women with bilateral oophorectomy reported greater HT use, and it is possible that this condition could be related with severe menopausal

symptoms at a young age. Surgical menopause in young women leads to ovarian insufficiency, and it is responsible for chronic ovarian hormone deficiency. Without HT, most women develop symptoms of estrogen deficiency and have greater risks of cardiovascular diseases, osteoporosis, dementia, and lower cognitive function, with an increase in the possibility of morbidity and mortality.^{32,33,34}

Work interruption due to hot flashes was associated with higher HT use (1.44, 95%CI 1.03–2.01). Nowadays, many women aged 45–60 years are productive and perform some kind of work. The symptoms of menopause may affect these activities by reducing concentration and increasing tiredness and drowsiness. Hot flashes can particularly affect 50% of women negatively, with reductions in performance and job satisfaction, especially if left untreated.^{35,36} In 2013, a study on UK women showed that menopause symptoms, particularly hot flashes, negatively affected work performance.³⁷ Another recent study about the management of menopausal symptoms at work showed that women appreciate greater organizational support, such as temperature control, flexible work hours, and information about menopause provided to employers and managers.³⁸ Strategies to minimize the impact of symptoms can benefit both employers and working women.

We noted limited knowledge about menopause, and women with extensive knowledge had a greater possibility of HT use. Previous studies have been contradictory about the association between higher education and HT use. Some studies reported an association between higher education and HT use,^{30,39} while others did not report an association.^{40,41} Some studies reported that women with a high level of education received information and had accurate knowledge, but they were reticent with regard to the use of HT, despite their opinion that HT increases the quality of life. Additionally, they believed that scientists were not confident about the consequences of HT use.^{11,31,42,43,44} Although our results showed that women with greater knowledge had a higher possibility of HT use, the median knowledge score was very low (median 4). It appears clear that women with lower education cannot discuss, argue, or criticize the information they receive from different sources and from physicians in order to make appropriate choices. Studies have reported that lack of information and knowledge about HT was the main reason for not using this therapy.^{45,46}

The present study had some limitations, including that it was a cross-sectional design that did not allow establishment of causality. Additionally, the knowledge score questionnaire created for this study was biased with regard to few questions. However, there is no validated questionnaire to measure knowledge in the literature. The variables studied were based on self-reported information that could cause bias. However, previous studies showed that a self-reported questionnaire had good validity for measuring HT use.^{24,47,48} It is important to note that this study was a population-based household survey with a significant sample, and the results can add important information to the assessment of factors that may interfere with HT use. Additionally, there is a lack of epidemiological data about menopause and HT in Brazil and Latin America.

The prevalence of HT use was associated with being postmenopausal, receiving information about menopause from physicians and health service workers, having surgical menopause, experiencing work interruption due to hot flashes, and having extensive knowledge about menopause. Some factors, including information, knowledge, and organizational changes at work, can be considered as modifiers, and they might contribute to adequate treatment of menopausal symptoms. Our data showed the importance of multidisciplinary educational measures involving health professionals and others, which can provide women with adequate information so that they can become aware of the risks and benefits of HT to make correct decisions about HT use.

References

1. The 2017 Hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2017;24:728-753.
2. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flashes and night sweats around the word: a systematic review. *Climacteric* 2007;10:197-214.
3. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152:463-473.
4. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Saúde Pública* 2003;37:735-742.
5. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-333.
6. Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-427.
7. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2010. *Obstet Gynecol* 2012;120:595-603.
8. de Villiers TJ, Hael JE, Pinkerton JV, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Maturitas* 2016;91:153-155.
9. Sturdee DW, Pines A; International Menopause Society Writing Group, et al. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011;14:302-320.
10. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol* 2017;13:220-231.
11. Hovi SL, Veerus P, Karro H, Topo P, Hemminki E. Women's views of the climacteric at the time of low menopausal hormone use, Estonia 1998. *Maturitas* 2005;51:413-425.
12. Levens E, Williams RS. Current opinions and understandings of menopausal women about hormone replacement therapy (HRT)-The University of Florida experience. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:641-646.

13. Lui-Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Factors associates with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37:252-258.
14. Valadares AL, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: a population-based study. *Menopause* 2016;23:304-310.
15. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Costa-Paiva L, Lui-Filho J, Pinto-Neto AM. Subjective urinary urgency in middle age women: a population-base study. *Maturitas* 2016;85:82-87.
16. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Gabiatti JR, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L. Factors associated with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *Int Urogynecol J* 2017;28:423-429.
17. Saccomani S, Lui-Filho JF, Juliato CR, Gabiatti JR, Pedro AO, Costa-Paiva L. Does obesity increase the risk of hot flashes among middle women?: a population-based study. *Menopause* 2017;24:1065-1070.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010. Available at: <http://www.ibge.gov.br>. Accessed March 10th, 2011.
19. Kish L, ed. *Survey Sampling*. New York, NY: John Wiley and Sons Ed., 1965.
20. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.
21. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al. The Menopause Rating Scale: A methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:45.
22. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:67.
23. Wender MC, Pompei LM, Fernandes CE, ed. *Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa*. Associação Brasileira de Climatério. São Paulo, Brasil: SOBRAC, 2014:127-134.
24. Jewett PI, Gangnon RE, Trentham-Dietz A, Sprague BL. Trends of postmenopausal estrogen plus progestin prevalence in the United States between 1970 and 2010. *Obstet Gynecol* 2014;124:727-733.
25. Ettinger B, Wang SM, Leslie RS, et al. Evolution of postmenopausal hormone therapy between 2002 and 2009. *Menopause* 2012;19:610-615.

26. Pinto-Neto AM, Pedro AO, Hardy E, Osis MJ, Costa-Paiva LH, Martinez EZ. Characterization of hormone replacement therapy users in Campinas, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002;18:121-127. [Article in Portuguese]
27. Lazar F Jr, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, Pinto-Neto AM. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative study. *Maturitas* 2007;56:129-141.
28. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD002978.
29. Vegter S, Kolling P, Toben M, Visser ST, de Jong-van den Berg LT. Replacing hormone therapy-is the decline in prescribing sustained, and are nonhormonal drugs substituted? *Menopause* 2009;16:329-335.
30. Rachon D, Zdrojewski T, Suchecka-Rachoń K, et al. Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: estimates from a nationally representative study-HORTPOL 2002. *Maturitas* 2004;47:31-37.
31. Sogaard AJ, Tollan A, Bernsten GK, Fønnebø V, Magnus JH. Hormone replacement therapy: knowledge, attitudes, self-reported use - and sales figures in Nordic women. *Maturitas* 2000;35:201-214.
32. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, Grosshardt BR, Rocca WA. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 2010;65:161-166.
33. Gierach GL, Pfeiffer RM, Patel DA, et al. Long-term overall and disease-specific, mortality associated with benign gynecologic surgery performed at different ages. *Menopause*. 2014;21:592-601.
34. Faubion SS, Kuhle CL, Shuster LT, Rocca WA. Long-term health consequences of premature or early menopause and considerations for management. *Climacteric* 2015;18:483-491.
35. Kopenhagen T, Guidozzi F. Working women and the menopause. *Climacteric* 2015;18:372-375.
36. Jack G, Riach K, Bariola E, Pitts M, Schapper J, Sarrel P. Menopause in the workplace: What employers should be doing. *Maturitas* 2016;85:88-95.
37. Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. Menopause and work: an electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas* 2013;76:155-159.

38. Hickey M, Riach K, Kachouuie R, Jack G. No sweat: managing menopausal symptoms at work. *J Phychosom Obstet Gynaecol* 2017;38:202-209.
39. Merom D, Ifrah A, Cohen-Manheim I, Chinich A, Green MS. Factors predicting current use of hormone replacement therapy among menopausal Jewish women in Israel: The National Women's Health Interview Survey, 1998. *Isr Med Assoc J* 2002;4:671-676.
40. Ekstron H. Trends in middle-aged women's reports of symptoms, use of hormone therapy and attitudes towards it. *Maturitas* 2005;52:154-164.
41. Fistonic I, Srecko C, Marina F, Ivan S. Monopause in Croatia. Sociodemographic characteristics, women's attitudes and source of information, compliance with HRT. *Maturitas* 2004;47:91-98.
42. Astrand LL, Brynhildsen J, Hoffmann M, Liffner S, Hammar M. Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century. *Maturitas* 2007;56:12-20.
43. Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Dietrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227-235.
44. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. *Menopause*. 2013;20:1043-1048.
45. Lewin KJ, Sinclair HK, Bond CM. Women's knowledge of and attitudes towards hormone replacement therapy. *Fam Pract* 2003;20:112-119.
46. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, et al. Menopause: Knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009;63:246-52.
47. Merlo J, Berglund G, Wirfält E, et al. Self-administered questionnaire compared with a personal diary for assessment of current use of hormone therapy: an analysis of 16,060 women. *Am J Epidemiol* 2000;152:788-792.
48. Banks E, Beral V, Cameron R, et al. Agreement between general practice prescription data and self-reported use of hormone replacement therapy and treatment for various illnesses. *J Epidemiol Biostat* 2001;6:357-363.

Table 1. Sociodemographics and clinical characteristics according to hormone therapy use.

INDEPENDENT VARIABLE		DEPENDENT VARIABLE					p-Value
		HT ^d USE (current and prior)					
		Yes		No		Total	
		n	%	n	%	N	
Age (years)							< 0.001 ^a
	45–49	30	13.2	198	86.8	228	
	50–54	42	17.4	200	82.6	242	
	55–60	74	26.5	205	73.5	279	
Color							0.392 ^b
	White	105	20.4	409	79.6	514	
	Non white	41	17.4	194	82.6	235	
Education (years)							0.389 ^a
	≤8	78	17.5	366	82.4	444	
	9–11	50	22.9	168	77.1	218	
	≥12	18	20.9	68	79.1	86	
Marital status							0.164 ^b
	With male partner	114	20.8	434	79.2	548	
	Without male partner	32	15.9	169	84.1	201	
Prior pregnancy							0.011 ^a
	0	7	14.0	43	86.0	50	
	1	12	14.8	69	85.2	81	
	2	57	27.0	154	73.0	211	
	≥3	70	17.2	337	82.8	407	
Menopausal status							< 0.001 ^a
	Premenopause	9	7.5	111	92.5	120	
	Perimenopause	8	6.7	112	93.3	120	
	Postmenopause	129	25.3	380	74.7	509	
BMI ^e (n = 696) ^c							0.077 ^a
	≤24.99	50	21.3	185	78.7	235	
	25–29.99	57	22.4	198	77.6	255	
	≥30	31	15.0	175	85.0	206	
Smoking							0.396 ^b
	Never	77	18.3	344	81.7	421	
	Current/prior	69	21.0	259	79.0	328	
Alcoholism							0.477 ^b
	Never	86	20.5	333	79.5	419	
	Yes	60	18.2	270	81.8	330	
Exercises							0.045 ^b
	No	80	17.1	387	82.9	467	
	Yes	66	23.4	216	76.6	282	
Hypertension							0.975 ^b
	No	92	19.2	386	80.8	478	

	Yes	53	19.6	217	80.4	270	
Diabetes (n = 748) ^c	No	130	19.4	540	80.6	670	1.000^b
	Yes	15	19.2	63	80.8	78	
Dyslipidemia	No	98	17.3	468	82.7	566	0.010^b
	Yes	44	26.7	121	73.3	165	
Osteoporosis	No	123	18.5	543	81.5	666	0.039^b
	Yes	17	30.9	38	69.1	55	
Bilateral oophorectomy	No	127	17.9	584	82.1	711	< 0.001^b
	Yes	18	51.4	17	48.6	35	
Gynecological surgery	No	37	13.8	231	86.2	268	0.005^b
	Yes	109	22.7	372	77.3	481	
Depression	No	85	17.2	409	82.8	494	0.036^b
	Yes	61	23.9	194	76.1	255	
Anxiety	No	93	17.0	454	83.0	547	0.006^b
	Yes	53	26.2	149	73.8	202	
TOTAL (n = 749)		146	19.5	603	80.5	749	

(a) Pearson chi-square

(b) Continuity correction

(c) Not all Women had complete information

(d) HT = Hormone therapy

(e) BMI = Body mass index

Table 2. Percentual distribution of hormonal therapy use according to menopause symptoms.

INDEPENDENT VARIABLES	DEPENDENT VARIABLES					p-Value
	HT ^d USE (current and prior)					
	Yes		No		Total	
	n	%	n	%	n	
MRS ^e Total score (median)						0.003^b
≤8	63	15.4	347	84.6	410	
>8	82	24.4	254	75.6	336	
MRS - Psychological symptoms (median)						0.253^b
≤2	71	17.8	327	82.2	398	
>2	75	21.4	275	78.6	350	
MRS - Somatic symptoms (median)						0.002^b
≤3	56	14.8	322	85.2	378	
>3	90	24.3	281	75.7	371	
MRS - Urogenital symptoms (median)						0.004^b
≤1	64	15.5	348	84.5	412	
>1	81	24.2	254	75.8	335	
Vaginal dryness						0.001^b
Yes	54	28.7	134	71.3	188	
No	92	16.4	469	83.6	561	
Sleep interruption due to hot flashes (n = 310) ^c						
Yes	56	26.9	152	73.1	208	0.615^b
No	24	23.5	78	76.5	102	
Work interruption due to hot flashes (n = 310) ^c						0.042^b
Yes	38	32.8	78	67.2	116	
No	42	21.6	152	78.4	194	

(a) Pearson chi-square

(b) Continuity correction

(c) Not all Women had complete information

(d) HT = Hormone therapy

(e) MRS = Menopause rating scale

Table 3. Knowledge and information source about menopause.

INDEPENDENT VARIABLES	DEPENDENT VARIABLES					
	HT ^a USE (current and prior)					
	Yes		No		Total	p-Value
	n	%	n	%	N	
Knowledge score						
- What symptoms of menopause do you know?						
- Which women need to take hormones in menopause?						
- Which women cannot take hormones in menopause?						< 0.001
≤4	63	14.9	360	85.1	423	
>4	83	25.5	243	74.5	326	
Information source						
Physicians/Healthcare workers	107	32.2	225	67.8	332	< 0.001
Other/No information	39	9.4	378	90.6	417	

(a) HT = Hormone therapy

Table 4. Variables associated with current and prior hormone therapy use (Multivariate Poisson regression^a).

Variable	PR ^b	CI ^c 95% p/ PR	p-Value
Menopause status (postmenopause)	2.76	[1.74 – 4.38]	< 0.001
Information source about menopause (Physicians/Healthcare workers)	2.73	[1.91 – 3.89]	< 0.001
Bilateral oophorectomy	2.18	[1.49 – 3.17]	< 0.001
Work interruption due to hot flashes	1.44	[1.03 – 2.01]	0.032
Knowledge score about menopause	1.12	[1.05 – 1.19]	< 0.002

(a) Analysis based on cluster design. Independent variables: Knowledge score, age, marital status, years of schooling, color, smoking, alcohol use, exercises, body mass index (BMI), menopause status, information source about menopause, depression mood, anxiety, pregnancies, sexual activity, menopause rating scale (MRS) total symptoms, MRS psychological symptoms, MRS physical symptoms, MRS urogenital symptoms, vaginal dryness, bilateral oophorectomy, gynecological surgery, hypertension, diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease, osteoporosis, sleep interruption due to hot flashes, work interruption due to hot flashes.

(b) PR = Prevalence ratio

(c) CI = Confidence interval

De: "Climacteric"

<onbehalfof+susanbrownpress+gmail.com@manuscriptcentral.com>

Enviada: 2017/11/06 16:05:23

Para: paivaepaiva@uol.com.br

Assunto: Climacteric - Manuscript ID DCLI-2017-0162

06-Nov-2017

Dear Professor Costa-Paiva:

Your manuscript entitled "Non-hormonal therapy usage among middle-aged women - a population-based household survey" **has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Climacteric.**

Your manuscript ID is DCLI-2017-0162.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne at <https://mc.manuscriptcentral.com/dcli> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/dcli>.

Thank you for submitting your manuscript to Climacteric.

Susan Brown

Editorial Assistant, Climacteric

susanbrownpress@gmail.com

Artigo 2 - Non-hormonal therapy usage among middle-aged women - a population-based household survey

Running title: Non-hormonal therapy use

Poliana Pacello, MD, MSc; Adriana Orcesi Pedro, MD, PhD; Luiz Francisco Baccaro, MD, PhD; Lucia Costa-Paiva, MD, PhD

Gynecology and Obstetrics Department, School of Medical Sciences, State University of Campinas – UNICAMP, Sao Paulo – Brazil

Source of funding: São Paulo Foundation for the Support of Research (FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) grant 2011/14526-9.

Conflict of interest: None

Correspondence:

Prof. Dr. Lucia Costa-Paiva

Address: Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitaria Zeferino Vaz

CEP: 13 083-881 – Campinas, SP, Brazil

Telephone/fax: +55 19 3521-9306

E-mail: paivaepaiva@uol.com.br

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence, associated factors, and knowledge base with regard to non-hormonal therapy use among menopausal women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the Campinas Metropolitan Region (Brazil) with 749 women aged between 45 and 60 years. The dependent variable was current or previous use of menopausal non-hormonal therapy. The independent variables were sociodemographic data, health-related problems and knowledge of menopause, which was assessed using a score developed from a questionnaire based on various aspects of the menopausal transition. **Results:** The mean age of the women studied was 52.5 ($\pm$ 4.4) years. Regarding menopausal status, 16% were premenopausal, 16% were peri-menopausal, and 68% were postmenopausal. Of all the women included, 13.9% reported current or previous use of non-hormonal menopausal therapy. In the multiple regression analyses, information about menopause from the physician (PR 2.78; 95%CI 1.88-4.12), daytime hot flashes (PR 2.05; 95%CI 1.41-2.99), smoking status (PR 1.50; 95%CI 1.10-2.04), knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.03-1.22), and age (PR 1.09; 95%CI 1.04-1.14) were associated with a higher prevalence of menopausal non-hormonal therapy use. Complaints of urogenital symptoms were associated with a lower rate of use of non-hormonal therapy (PR 0.58; 95%CI 0.40-0.84). **Conclusion:** Non-hormonal therapy use among middle-aged women may be influenced by the presence of vasomotor symptoms, discussions with a physician about menopause, smoking status, having more knowledge about menopause, age, and the absence of urogenital symptoms.

Keywords: complementary alternative medicine, symptoms, information source, postmenopause, smoking.

Introduction

There are many clinical trials showing the efficacy of estrogen plus progestogen for the treatment of vasomotor and menopausal-related symptoms.^{1,2,3} However, there are many situations for which hormone therapy is not an option, such as thromboembolic disorders, breast cancer, stroke, coronary artery disease, and hormone-dependent tumors, because in all of these cases, the risks exceed the benefits.⁴ As physicians and women all over the world have been increasingly concerned about the benefits and risks of hormonal therapy (HT), non-hormonal therapies have received a significant amount of attention over the past twenty years.

The prevalence of HT has decreased all over the world since the publication of The Women Health Initiative (WHI) trial⁵ and the observational Million Women Study (MWS).⁵ In 2000, the prevalence of HT was 13.5%, and it dropped to 2.7% in 2010.⁶ In a Brazilian research study evaluating the attitudes of gynecologists toward hormonal therapy, 23.1% stopped prescribing estrogens, 25.2% stopped prescribing progestogen, and 46.3% started to prescribe isoflavones and other natural medications as replacements.⁷

Non-hormonal therapy is an alternative when HT is not indicated, or when the patient prefers this option.⁸ This therapy also includes complementary and alternative medicines (CAM) and prescription therapies including drugs such as selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, like venlafaxine, desvenlafaxine, paroxetine, citalopram and escitalopram, and also gabapentin and clonidine. CAM therapies include yoga, mind-body techniques, dietary interventions that include soy, supplements, and herbal therapies like *Cimicifugae racemosae* (Black cohosh) and *Trifolium pratense* (Red clover).⁹ There are non-steroidal compounds found in plants that contain a phenolic ring and have structures and functions similar to estradiol. This allows for the adhesion of these compounds to the hormonal receptors, and therefore, they act as estrogen receptor agonists or antagonists (natural SERM). Differences in patient responses to treatment are due to 1) heterogeneous composition of phytoestrogens, since isoflavones can originate from soybeans, *Cimicifuga racemosa*, *Trifolium pratense*, and Dong-Quai, 2) the preparation and source of the compound, which may come from food or be prepared in extract or concentrate form, 3) uncertainties in bioavailability, 4) duration of study trials that include the therapy, 5) non-standardized measures of symptom scores, and 6) presence of Equol. Equol is

the most potent active metabolite of isoflavones and has a high affinity for estrogen receptor beta (ER- β). Equol is produced from daidzein by an intestinal bacterium, and thus its production depends on the integrity of the intestinal flora and the function of the digestive tract.^{10,11,12}

In 2008, the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) reported that the use of CAM varied according to ethnicity. The prevalence of CAM use was 60% in Caucasian and Japanese women, 46% in Chinese women, 40% in African-American women, and 20% in Hispanic women.¹³

The choice between using HT or non-hormonal therapy may be difficult for some women. In the USA, a survey of 781 middle-aged women revealed that 75% of them did not feel fully informed about herbal products, 64% had concerns or were not sure about herb-drug interactions, and 61% did not feel confident about herbal product dosing.¹⁴ In another survey, women reported feeling confused about the treatments and management of menopausal symptoms.¹⁵

The aim of this study was to evaluate the prevalence of the use of non-hormonal therapy, women's knowledge about menopause, and associated factors in the decision-making process with regard to the usage of non-hormonal therapy among women aged 45-60 years.

Subject and Methods

Subjects

A cross-sectional, population-based study was carried out from September 2012 to June 2013 among, Brazilian women aged 45 to 60 years, living in the Campinas metropolitan region. This study was part of a larger study that aimed to describe multiple aspects of climacteric women in the Campinas metropolitan region of São Paulo state. Its methodology has been published in previous studies.^{16,17,18,19,20}

The Campinas metropolitan region is composed of 19 cities, and has a total population of 2,798,477 people (total, 1,423,748 women), and 257,434 of the women in this region were within the 45-60 year-old age group at the time of the study, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).²¹ The sample size was calculated to evaluate generalized menopause symptoms in women aged 45-

60 years in the Campinas population (primary symptom: hot flashes), which was assumed to be 70%.²² A maximum difference between the calculated sample size and the actual sample size of 3.5%, with a type I error (α) of 5%, provided a sample size of 655 women. Considering a possible refusal rate of 20%, a total of 820 women were invited to participate.²³ However, the actual refusal rate was 8.7% (71 women) which was lower than expected, giving us a final sample size of 749 women.

The Statistical and Geography Brazilian Institute (IBGE) supplied a list containing the numbered and defined census tracts, with 92 sectors that were selected using simple sampling and random sampling by equiprobability. After identifying the 92 sectors, two blocks were selected from each sector, and the number of women eligible by sector was verified. Among the eligible women by sector, 10 women from each were selected to be interviewed. Trained interviewers, who were guided by maps and itineraries, provided the questionnaires to the women in their homes. The inclusion criteria were as follows: Brazilian women, aged between 45-60 years, and living in Campinas metropolitan region. Women who were unable to complete the questionnaire for any reason were excluded. All women signed the Informed Consent Form before the interview. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the Department of Tocogynecology of the Faculty of Medical Science, State University of Campinas (UNICAMP / SP) under the protocol number 030/2011.

The dependent variable was current or previous non-hormonal therapy use as menopause treatment. The independent variables were as follows: social demographics including age (years), ethnicity (white/non-white), schooling (years of attendance at educational institutions), marital status (with, or without partner), prior pregnancy (0, 1, 2, 3), menopausal status (premenopausal if menstrual cycles were regular/ peri-menopausal if menstrual cycles were irregular or amenorrhea for ≤ 1 year/ postmenopausal if amenorrhea for > 1 year), body mass index ($\leq 24.99/25-29.99/\geq 30$ kg/m²), smoking status (current/prior, none), alcohol consumption (one or more drinks a week, or less than one drink a week), exercise (two or more times a week (yes/no); clinical characteristics such as hypertension (yes/no), diabetes (yes/no), dyslipidemia (yes/no), osteoporosis (yes/no), bilateral oophorectomy (yes/no), gynecological surgery (yes/no), depression (yes/no), anxiety (yes/no); menopausal symptoms such as psychological symptoms, somatic symptoms and urogenital symptoms. To assess the menopausal symptoms, the Menopause rating scale (MRS) questionnaire was

used, which has been previously validated and translated into Portuguese.^{24,25,26} The MRS questionnaire has 11 questions covering three groups of symptoms including psychological, somatic-vegetative, and urogenital. Other independent variables were sleep interruption due to hot flashes (yes/no), work interruption due to hot flashes (yes/no), and knowledge about menopause (knowledge score which was created for this study).

The knowledge score was obtained through three questions in the questionnaire. First, what symptoms of menopause do you know? This question had the following possible responses: A) hot flashes and night sweats; B) nervousness, irritability, depression, sadness, or anxiety; C) disorders or hormonal imbalances; D) aging, passage, transformation, or change; E) no pregnancy; F) do not know; G) others (please specify). Second, which women need to take hormones in menopause? This question had the following possible responses: A) everyone needs to take hormones; B) those who have symptoms of hot flashes, vaginal dryness, etc.; C) those who are at risk for osteoporosis; D) those who have early menopause before the age of 40 years; E) those who do not have ovaries or a uterus; F) hormones are not required; G) do not know; H) others (please specify). Third, which women cannot take hormones in menopause? This question had the following possible responses: A) no woman can take hormones; B) those who are at risk for osteoporosis; C) those who have heart problems or a history of stroke; D) those who have high blood pressure or diabetes; E) those who are over 60 years of age; F) those who do not have ovaries or a uterus; G) those who have breast or endometrial cancer; H) those who have other cancers; I) those who smoke; J) those who are obese; K) every woman can take hormones; L) do not know; M) others (please specify). For each correct response, the participant earned a point, and for each incorrect response, the participant lost a point. After analyzing the answers obtained from the three questions, it was observed that a considerable number of women did not indicate any pre-established response options. However, they answered the alternative “others” with data that demonstrated the level of knowledge on the subject. In order to avoid losing important data and avoid incorrectly measuring the level of knowledge, we decided to tabulate the responses provided for “others,” and we assigned a point for a correct response and removed a point for an incorrect response. For question 1, the responses on symptoms were divided into the following five domains: psychological, urogenital, sexuality, nutritional disorders, and

menstrual irregularities. For each domain identified in the response, the participant earned a point. For questions 2 and 3, the responses about menopause hormone use were classified into correct or incorrect, according to national and international consensus on the theme^{1,27} and the participant earned a point for each correct response and lost a point for each incorrect response. With regard to the statistical analysis of the knowledge score, for each response considered incorrect, the participant would lose a point and the result could be negative. For easier statistical calculation and more intuitive interpretation of the results, we decided to create a numerical constant that would be added to the score of each participant to obtain the final score. This constant corresponded to a value that when added to the lowest score obtained by the participants would result in a score equal to +1. Thus, the minimum final knowledge score was +1. In the analysis, the numeric constant added to the score was +4, and the final menopause knowledge score ranged from +1 to +11.

Data Analysis

For the data analysis, the frequency of distribution of the sociodemographic characteristics of the women in the sample was determined. Subsequently, a bivariate analysis of clinical characteristics, menopausal symptoms and knowledge through the Chi-Square test was performed. Finally, multivariate analysis of Poisson regression was performed to verify which variables were associated with non-hormonal therapy use. For Poisson regression, the prevalence ratio (PR) and 95% confidence intervals (95%CI) were calculated by selection of significant variables. The significant statistical level was set at 5% and the sample clusters (census tracts) were considered in the bivariate and multivariate analysis. All analyses were carried out using IBM SPSS version 20 and Stata version 7.

Results

The prevalence of non-hormonal therapy was 13.9%, and the participants' mean age was 52.5 ($\pm$ 4.4) years. Women aged 55-60 years, postmenopausal status, smokers, with dyslipidemia and anxiety were associated with non-hormonal therapies. (Table 1).

The evaluation of the symptoms was obtained from the Menopause Rating Scale (MRS) and women with a total score above the median of 8 had more complaints and had a higher prevalence of non-hormonal therapy use ($p = 0.004$). Women with more somatic symptoms (score >3) ($p = 0.089$) and psychological symptoms (score >2) ($p = 0.012$) had a higher prevalence of non-hormonal therapy. (Table 2).

Knowledge about menopause and management therapies was based on the following questions: A) What symptoms of menopause do you know?, B) Which women need to take hormones in menopause?, and C) Which women cannot take hormones in menopause? Our results showed that women with higher knowledge (score > 4) ($p < 0.001$) and information obtained from their physicians ($p < 0.001$) had higher prevalence of non-hormonal therapy use ($p < 0.001$). (Table 3).

In the multiple regression analyses, information sources about menopause from the physician (PR 2.78; 95%CI 1.88-4.12), having hot flashes during the day (PR 2.05; 95%CI 1.41-2.99), being a smoker (PR 1.50; 95%CI 1.10-2.04), having knowledge about menopause (PR 1.12; 95%CI 1.03-1.22), and age (PR 1.09; 95%CI 1.04-1.14), were associated with a higher prevalence of menopausal non-hormonal therapy use. Complaints of urogenital symptoms were associated with lower use of non-hormonal therapy (PR 0.58; 95%CI 0.40-0.84) (Table 4).

Discussion

The aim of this population-based household survey was to assess the prevalence of menopausal non-hormonal therapy use and the factors associated with its use. The main finding of this study was that the prevalence of non-hormonal therapy use was 13.5%. The decline in HT prescriptions has led to an increased interest in non-hormonal therapies for improving menopausal symptoms.²⁸ A Brazilian research study to evaluate gynecologists' knowledge about the WHI study and its repercussions

on their attitudes as well as practices after publication showed that they had restricted HT prescriptions, and 46.3% had begun to prescribe isoflavones and other natural medications after WHI publication.⁸ A decrease of around 50% in HT prescription after WHI results was observed in many other countries.^{29,30,31,32} Beyond this decrease in HT prescriptions, another study also observed an increase in HT non-hormonal drug prescriptions soon after HT was stopped.³⁰

Data for the menopause symptoms showed that showed that the more women experienced hot flashes, the higher the prevalence of non-hormonal therapy use was (PR 2.05; 95%CI 1.41-2.99). Hot flashes are the most important symptoms in menopause in Western culture groups who take the women to seek some treatment.³³ Non-hormonal therapies such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), gabapentin, and clonidine have been shown to be effective in reducing vasomotor symptoms.^{10,34} As for isoflavone, the results have shown that it is poorly effective in controlling somatic-vegetative symptoms and does not improve urogenital symptoms.^{10,35} Differences regarding the efficacy of isoflavone have been attributed to different formulations, different product sources, and different ethnic groups.

Smoking habits were also associated with non-hormonal therapy use in our sample. Women who smoke are at a higher cardiovascular risk, and this may be one of the reasons for the use of non-hormonal treatments. A recent study observed that current smokers (PR 0.53; 95%CI 0.29-0.96) used less hormone therapy. The authors concluded that most women with severe menopausal symptoms remain untreated despite the safety of non-hormonal therapies and low-dose transdermal hormone therapies.³⁶ Women with vasomotor symptoms who smoke should be informed of the health benefits of smoking cessation.

In our study, women with urogenital complaints used less non-hormonal therapy (PR 0.58; 95%CI 0.40-0.84). These complaints affected 24% of our population and were associated a greater prevalence of hormonal therapy.²⁰ Local hormone replacement therapy has been shown to be effective in improving urogenital symptoms,³⁷ but it is not always accepted and sometimes another treatment is necessary. There are few and conflicting results about non-hormonal therapy and urogenital symptoms.^{38, 39} Rosic et al.³⁹ stated that non-hormonal therapy use did not change urogenital symptomatology. On the other hand, in 2015, a clinical trial

conducted by Tersigni et al. tested hyaluronic acid, AC collagen, isoflavones in postmenopausal women reporting vaginal vulvo atrophy-related symptoms and observed a significant improvement in vaginal dryness, vulvo-vaginal itching, dyspareunia, dysuria and polakiuria related to women⁴⁰ after 12 weeks of treatment.

Health education has a significant impact on improving knowledge, attitudes, and practices among menopausal women. Our data also showed that women who had received information about menopause from physicians and health care providers showed a greater prevalence of non-hormonal therapy use. According to Soogard and Hovi, women prefer to receive information from physicians and health services.^{40,41}

Other studies report that women with a high level of education had received information and had correct knowledge, and even so, they are not confident to use HT because they did not have sufficient confidence in the physicians' knowledge levels,^{41,42,43,44} Taiwanese women have a greater willingness to receive treatment than other Asian women, and their knowledge about menopause was obtained frequently through reading material (43%) and friends (22%).⁴⁵ In a Latin American study, the sources of information about menopause were friends (70.5%) and physicians (67.3%), and 49% believed that they should obtain proper knowledge while 93.1% wanted more information regarding menopause.⁴⁶ Other authors also demonstrated that knowledge about menopause was poor.^{47,48} In a study with Afro-American women, the knowledge of most people (80%) about menopause was good and 48.5% of them sought for more information about menopause.⁴⁹ These differences confirm that the perception of the menopausal phenomena is related to the cultural and ethnical background. Perceptions and concepts of illness and health are based on culturally produced patterns.

Despite our results showing that women with higher knowledge had a greater chance of using non-hormonal therapy, the median score knowledge was very low (median 4). It appears to be clear that women who are not educated cannot discuss, argue or criticize the information they receive from the different sources and from the physicians to make adequate choices.

Our study has some limitations. The cross-sectional design prevented used from establishing causality. Another point was that the use of the knowledge score created for this study was based on a few questions. However, there was no validated

questionnaire to measure knowledge in the literature. The variables studied were based on participants self-reports that could represent memory bias. It is important to note that this study was a population household survey with a significant sample of results that can add important information to our knowledge of the factors that may interfere with non-hormonal therapy use in our population. Besides, there is a lack of epidemiological data about menopause and non-hormonal therapy in Brazil.

Conclusions

The prevalence of non-hormonal therapy use was 13.9%, and it was associated with receipt of information about menopause from physicians and health services, the presence of hot flashes during the day, smoking status, knowledge about menopause, and age. The presence of a urogenital complaint decreased the prevalence of non-hormonal therapy use. Symptomatic women sought treatment to feel more comfortable, and if HT was not an option, they went through non-hormonal therapy.

These data showed the importance of multidisciplinary educational measures with health professionals and others that can provide the women with more adequate information because the women should have knowledge about the risks and benefits to make more confident decisions about using non-hormonal therapy.

References

1. The 2017 Hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2017;24(7):728-753.
2. Palacios S, Mejía A. Progestogen safety and tolerance in hormonal replacement therapy. *Expert Opin Drug Saf* 2016;15(11):1515-1525.
3. Cobin RH, Goodman NF. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on Menopause - 2017 - Update. *Endocr Pract* 2017 Jul;23(7):869-880.
4. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-333.
5. Beral V. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
6. Jewett PI, Gangnon RE, Trentham-Dietz A, Sprague BL. Trends of postmenopausal estrogen plus progestin prevalence in the United States Between 1970 and 2010. *Obstet Gynecol* 2014 Oct;124(4):727-733.
7. Lazar F, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, Pinto-Neto AM. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative Study. *Maturitas* 2007;56:129-141.
8. Villaseca P. Non-estrogen conventional and phytochemical treatments for vasomotor symptoms: what needs to be known for practice. *Climacteric* 2012 Apr;15(2):115-124.
9. Position Statement. Non-hormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of North American Menopause Society. *Menopause* 2015;22(11):1155-74.
10. Muthyala RS, Ju YH, Sheng S, et al. Equol, a natural estrogenic metabolite from soy isoflavones: convenient preparation and resolution of R- and S-equols and their differing binding and biological activity through estrogen receptors α and β . *Bior Med Chem* 2004;12:1559–1567. [PubMed]
11. Setchell KD, Brown NM, Lydeking-Olsen E. The clinical importance of the metabolite equol – a clue to the effectiveness of soy and its isoflavones. *J Nutr* 2002;132:3577–3584. [PubMed]

12. Setchell KD, Clerici C. Equol: pharmacokinetics and biological actions. *J Nutr* 2010;140:1363S–1368S. [PMC free article] [PubMed]
13. Bair YA, Gold EB, Zhang G, et al. Use of complementary and alternative medicine during the menopause transition: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2008;15(1):32-43.
14. Ma J, Drieling R, Stafford RS. US women desire greater professional guidance on hormone and alternative therapies from menopause symptoms management. *Menopause* 2006;13:506-516.
15. Obermeyer CM, Reynolds RF, Price K, Abraham A. Therapeutic decisions for menopause: Results of the DAMES project in central Massachusetts. *Menopause* 2004;11:456-465.
16. Lui-Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Factors associates with menopausal symptoms in women from a metropolitam region in Southeastern Brazil: a population-based household survey. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37(4):252-258.
17. Valadares AL, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: a population-based study. *Menopause* 2016;23(3):304-310.
18. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Costa-Paiva L, Lui-Filho JF, Pinto-Neto AM. Subjective urinary incontinency in middle age women: a population-base study. *Maturitas* 2016;85:82-87.
19. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Gabiatti JR, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L. Factors associates with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *Int Urogynecol J* 2017;28(3):423-429.
20. Saccomani S, Lui-Filho JF, Juliato CR, Gabiatti JR, Pedro AO, Costa-Paiva L. Does obesity increase the risk of hot flashes among middle women? A population –based study. *Menopause* 2017;24:1065-1070.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010. Available at: <http://www.ibge.gov.br>. Accessed March 10th, 2011.
22. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):735-742.
23. Kish L, ed. *Survey Sampling*. New York, NY: John Wiley and Sons Ed., 1965.

24. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.
25. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al. The Menopause Rating Scale: A methodological review. *Health Quality Life Outcomes* 2004;2(45):1-8.
26. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HPG. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Quality Life Outcomes* 2004;2(67):1-7.
27. Wender MCO, Pompei LM, Fernandes CE, ed. *Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa*. Associação Brasileira de Climatério. São Paulo, Brasil: SOBRAC, 2014:127-134.
28. The role of soy isoflavones in menopausal health: report of The North American Menopause Society/Wulf H. Utian Translational Science Symposium in Chicago, IL (October 2010). *Menopause*. 2011;18(7):732-753.
29. Vegter S, Kolling P, Toben M, Visser ST, Jong-van den Berg LTW. Replacing hormone therapy-is the decline in prescribing sustained, and are non-hormonal drugs substituted? *Menopause* 2009;16(2):329-35.
30. Barbaglia G, Macià F, Comas M, et al. Trends in hormone therapy use before and after publication of the Women's Health Initiative trial: 10 years of follow-up. *Menopause* 2009;15(5):1061-64.
31. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use. *Obstet Gynecol* 2012 Sep;120(3):595-603.
32. Lobo RA. Hormone replacement therapy: current thinking. *Nature Reviews Endocrinol* 2017 Apr;13:220-231.
33. Bachmann GA. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:212-216.
34. Guthrie KA, LaCroix AZ, Ensrud KE, et al. Pooled Analysis of Six Pharmacologic and Nonpharmacologic Interventions for Vasomotor Symptoms. *Obstet Gynecol* 2015 Aug;126(2):413-422.
35. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 10;(12):CD001395.10.1002/14651858.CD001395.pub4. Review.

36. Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Low use of effective and safe therapies for moderate to severe menopausal symptoms: a cross-sectional community study of Australian women. *Menopause* 2016 Jan;23(1):11-17.
37. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10:CD001405. doi: 10.1002/14651858.CD001405.pub3.
38. Rosic S, Kendic S, Rosic M. Phytoestrogens Impact on menopausal symptomatology. *Mat Soc Med* 2013 Jun;25(2):97-100.
39. Tersigni C, Di Simone N, Tempestilli E, et al. Non-hormonal treatment of vulvo-vaginal atrophy-related symptoms in perimenopausal women. *J Obstet Gynecol* 2015;35(8):835-839.
40. Sogaard AJ, Tollan A, Bernstsen GKR, Fonnebo V, Magnus JH. Hormone replacement therapy: Knowledge, attitudes, self-reported use-and sales figures in Nordic women. *Maturitas* 2000;35:201-214.
41. Hovi SL, Veerus P, Karro H, Topo P, Hemminki E. Women's views of the climacteric at the time of low menopausal hormone use, Estonia 1998. *Maturitas* 2005;51:413-425.
42. Astrand LL, Brynhildsen J, Hoffmann M, Liffner S, Hammar M. Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century. *Maturitas* 2007;56:12-20.
43. Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Dietrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227-235.
44. Simon JA, Kierepa MK, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes survey. *Menopause* 2013;20(10):1043-1048.
45. Pan HA, Wu CC, Yao BL, Huang KE. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002;41:269-274.
46. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and attitudes toward the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas* 2007;57:233-238.

47. Tsao LI, Chang WY, Hung LL, Chang SH, Chou PC. Perimenopausal knowledge of mid-life women in northern Taiwan. *J Clin Nurs* 2004;13(5):627-635.
48. Bertro C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *Int Nurs Rev* 2003;50(2):109-118.
49. Sharps PW, Philips J, Orguntimalide L, Saling J, Yun S. Knowledge, attitudes, perceptions and practices of African American women toward menopausal health. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2003;14(2)9-15.

Table 1. Sociodemographics and clinical characteristics according to use of non-hormonal therapy.

INDEPENDENT VARIABLE	DEPENDENT VARIABLE					p-Value
	NON-HORMONAL THERAPY (current and prior)					
	Yes		No		Total	
	n	%	n	%	n	
Age (years)						< 0.001 ^a
45–49	18	7.9	210	92.1	228	
50–54	32	13.2	210	86.8	242	
55–60	54	19.4	224	80.6	278	
Color						0.520 ^b
White	68	13.3	445	86.7	513	
Education (years)						0.276 ^a
≤8	53	11.9	390	88.1	443	
9–11	38	17.4	180	82.6	218	
>12	13	15.1	73	84.9	86	
Marital status						0.278 ^b
With male partner	71	13.0	476	87.0	547	
Prior pregnancy						0.548 ^a
0	7	14.0	43	86.0	50	
1	7	8.6	74	91.4	81	
2	31	14.7	180	85.3	211	
≥3	59	14.5	347	85.5	406	
Menopausal status						< 0.001 ^a
Premenopause	3	2.5	117	97.5	120	
Perimenopause	14	11.7	106	88.3	120	
Postmenopause	87	17.1	421	82.9	508	
BMI (n = 695) ^c						0.099 ^a
≤24.99	41	17.4	194	82.6	235	
25–29.99	31	12.2	223	87.8	254	
≥30	29	14.1	177	85.9	206	
Smoking						0.019 ^b
Never	47	11.2	374	88.8	421	
Current/prior	57	17.4	270	82.6	327	
Alcoholism						1.000 ^b
Never	91	13.9	564	86.1	655	
Yes	13	14.0	80	86.0	93	
Exercises						0.194 ^b
No	80	13.1	533	86.9	613	
Yes	24	17.8	111	82.2	135	
Hypertension						0.952 ^b
No	65	13.6	412	86.4	477	
Yes	38	14.1	232	85.9	270	
Diabetes (n = 747) ^c						0.246 ^b
No	97	14.5	572	85.5	669	

Yes	7	9.0	71	91.0	78	
Dyslipidemia						0.014^b
No	69	12.2	497	87.8	566	
Yes	33	20.1	131	79.9	164	
Osteoporosis						0.754^b
No	94	14.1	572	85.9	666	
Yes	9	16.7	45	83.3	54	
Bilateral oophorectomy						< 0.155^b
No	95	13.4	616	86.6	711	
Yes	8	23.5	26	76.5	34	
Gynecological surgery						0.294^b
No	32	11.9	236	88.1	268	
Yes	72	15.0	408	85.0	480	
Depression						0.168^b
No	62	12.6	432	87.4	494	
Yes	42	16.5	212	83.5	254	
Anxiety						0.029^b
No	66	12.1	481	87.9	547	
Yes	38	18.9	163	81.1	201	
TOTAL (n = 748)	104	13.9	644	86.1	748	

(a) Pearson chi-square

(b) Continuity correction

(c) Not all Women had complete information

(d) BMI = Body mass index

Table 2. Percentual distribution of non-hormonal therapy use according to menopause symptoms.

INDEPENDENT VARIABLES	DEPENDENT VARIABLES					p-Value
	NON-HORMONAL THERAPY USE (current and prior)					
	Yes		No		Total	
	n	%	n	%	n	
MRS ^d Total score (median)						0.004^b
≤8	43	10.5	367	89.5	410	
>8	61	18.2	274	81.8	335	
Somatic symptoms (median)						0.089^b
≤3	44	11.6	334	88.4	378	
>3	60	16.2	310	83.8	370	
Psychological symptoms (median)						0.012^b
≤2	43	10.8	355	89.2	398	
>2	61	17.5	288	82.5	349	
Urogenital symptoms (median)						1.000^b
≤1	57	13.8	355	86.2	412	
>1	47	14.1	287	85.9	334	
Sleep interruption due to hot flashes (n = 309) ^c						
Yes	44	21.3	163	78.7	207	1.000^b
No	21	20.6	81	79.4	102	
Work interruption due to hot flashes (n = 309) ^c						0.237^b
Yes	29	25.0	87	75.0	116	
No	36	18.7	157	81.3	193	

(a) Pearson chi-square

(b) Continuity correction

(c) Not all Women had complete information

(d) MRS = Menopause rating scale

Table 3. Knowledge and information source about menopause.

INDEPENDENT VARIABLES	DEPENDENT VARIABLES						p-Value
	NON-HORMONAL THERAPY USE (current and prior)						
	Yes		No		Total		
	n	%	n	%	n		
Knowledge score							< 0.001
≤4	43	10.2	380	89.8	423		
>4	61	18.8	264	81.2	325		
Information source							< 0.001
Physicians/Healthcare workers	77	23.2	255	76.8	332		
Other/No information	27	6.5	389	93.5	416		

Table 4. Variables associated to current and prior use of non-hormonal therapy (Multivariate Poisson regression^{a)} [n = 746]

Variable	PR ^b	CI ^c 95% p/ PR	p-Value
Information source about menopause (Physicians/Healthcare workers)	2.78	[1.88–4.12]	< 0.001
Hot flashes during the day	2.05	[1.41–2.99]	< 0.001
Smoking (current or prior)	1.50	[1.10–2.04]	0.011
Knowledge score about menopause	1.12	[1.03–1.22]	0.011
Age (years)	1.09	[1.04–1.14]	< 0.001
MRS - urogenital symptoms (>1)	0.58	[0.40–0.84]	< 0.004

(a) Analysis based on cluster design. Independent variables: Knowledge score, age, marital status, years of schooling, color, smoking, alcohol use, exercises, body mass index (BMI), menopause status, information source about menopause, depression mood, anxiety, pregnancies, sexual activity, menopause rating scale (MRS) total symptoms, MRS psychological symptoms, MRS physical symptoms, MRS urogenital symptoms, bilateral oophorectomy, gynecological surgery, hypertension, diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease, osteoporosis, sleep interruption due to hot flashes, work interruption due to hot flashes.

(b) PR = Prevalence ratio

(c) CI = Confidence interval

5. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo é parte de um estudo populacional maior que avaliou mulheres entre 45-60 anos residentes na região metropolitana de Campinas para investigar aspectos diversos do climatério como sintomatologia, sexualidade, alterações genitourinárias, aspectos clínicos e presença de morbidades, conhecimento sobre a menopausa e tratamentos. Já foram concluídos os estudos sobre sintomas climatéricos, sexualidade,⁶¹ sintomas urogenitais,⁶³ associação dos sintomas vasomotores e obesidade.⁶⁴

Neste inquérito populacional as mulheres foram entrevistadas em domicílio através de um amplo questionário contendo 169 questões que abordaram aspectos sociodemográficos, aspectos gerais de saúde, aspectos ginecológicos e reprodutivos, sintomas da menopausa, conhecimento sobre a menopausa, procura e realização de tratamento para a menopausa e aspectos da sexualidade.

O enfoque do presente estudo foi o tratamento de menopausa onde foram avaliados a prevalência e fatores associados ao uso de terapia hormonal e não-hormonal. Os resultados mostraram que a prevalência de uso de terapia hormonal atual ou pregresso foi 19,5%, semelhante ao resultado de outro estudo populacional de 1999 com 19% de prevalência de uso de TH.⁷² Os números observados na literatura mundial referem em 1990, 2,8% nos países sul americanos,⁷³ uma variação de 12% a 25% em países da Europa de 2003 a 2009,^{54,57,74,75} e nos Estados Unidos a prevalência de TH variou de 0.5% em 1970 a 13.5% em 1999 e 2,7% em 2010,¹⁶ e, 13% em Taiwan.⁷⁶ Essa variabilidade demonstra que as diferenças culturais podem influenciar na percepção, no conhecimento que se tem sobre menopausa afetando tanto os médicos quanto as mulheres no uso de terapia hormonal.

É importante ressaltar que a prescrição de hormônios para o tratamento da menopausa sofreu um grande declínio em todo o mundo^{15,21,77,78,79} após a publicação do estudo WHI em 2002 que mostrou os riscos cardiovasculares e de câncer de mama associados à terapia hormonal.¹⁰ Nos Estados Unidos a TH é prescrita para 5% da população de mulheres.^{18,19} No Brasil, o número total de prescrições de TH por unidades vendidas também caiu em cerca de 49%.⁸⁰

Hoje, 15 anos depois, muitos questionamentos sobre a TH foram esclarecidos e um maior conhecimento dos riscos e benefícios reais da TH permite uma indicação mais precisa para mulheres sintomáticas, abaixo dos 60 anos e num

intervalo de 10 anos do início da menopausa chamado de janela de oportunidade.²⁸ Ainda assim, nossos dados mostram que a prevalência de uso de TH é discretamente maior que a de terapia não-hormonal (13,9%). Muitas mulheres ainda utilizam a terapia não-hormonal, cuja eficácia pode ser discutível quando comparada a uma medicação com eficácia amplamente estudada e comprovada como a terapia hormonal.¹ O National Health Interview Survey (NHIS), indicava que cerca de 45% das mulheres entre 40-59 anos em 2002 fizeram uso de alguma forma de terapia não-hormonal.³¹

Os estudos de prevalência de uso de isoflavona, uma das alternativas incluídas na terapia não-hormonal, são muito escassos. Outras formas de terapia não-hormonal incluem as drogas inibidoras seletivas de recaptção de serotonina e norepinefrina como a venlafaxina, paroxetina e desvenlafaxina. Alguns estudos demonstraram sua eficácia para a melhora dos sintomas de ondas de calor porém serão necessários ainda muitos estudos randomizados, controlados com amostras expressivas para uma análise mais consistente.⁸¹

Os fatores associados ao uso ora da terapia hormonal ora da terapia não-hormonal foram o estado menopausal (pós-menopausa), receber informação sobre menopausa de médicos ou serviços de saúde e ter maior conhecimento sobre a menopausa. O escore de conhecimento sobre a menopausa foi baixo (mediana 4 para mínimo 1 e máximo 11) e foi obtido através de um escore criado para este estudo utilizando-se três questões do questionário, para quantificar e desenvolver o dado estatisticamente. Esses fatores associados fazem supor que as mulheres mais sintomáticas, que têm mais informações, buscam mais tratamento, seja ele hormonal ou não-hormonal.

Dentre os principais motivos para a utilização da terapia não-hormonal estão a preferência da paciente, o medo do câncer de mama, ou apresentar uma contra indicação médica.

Em relação à comunidade médica, estudos mostram que a atitude dos médicos mudou após o WHI e, observou-se um declínio da prescrição de TH e aumento da prescrição de terapia não-hormonal. Cerca de 23% dos médicos pararam de prescrever hormônios, 46,3% começaram a prescrever terapias não-hormonais,²² 6,8% dos médicos abandonaram qualquer forma de TH, 29,5% começaram a prescrever terapias não-hormonais,²⁰ entre as mulheres de 50-59 anos. Houve um declínio de 67,7% na prescrição TH de 2002 a 2004.¹⁵ No início dos anos 2010, a

prevalência diminuiu drasticamente, tendo apenas 2,7% das mulheres nesta faixa etária usando terapia hormonal combinada.¹⁶ Atualmente, como as indicações e contra indicações estão bem estabelecidas, isso demonstra a importância do papel educativo do médico de fornecer informações confiáveis e corretas, tranquilizando as mulheres quanto aos riscos reais da TH e as possíveis alternativas quando houver contra indicação à terapia hormonal.

Nos próximos anos deverão ser esclarecidos muitos aspectos sobre diferentes esquemas, formulações e vias de administração de TH, bem como o surgimento de novas terapias não-hormonais. Os profissionais de saúde devem buscar informação para melhorar a assistência às mulheres que procuram os serviços de saúde para esclarecimento, conhecimento e tratamento para atender às necessidade das pacientes. As mulheres devem receber informações adequadas, para que possam tomar decisões seguras baseadas em conhecimento com o intuito de melhorar os sintomas, o desempenho de suas atividades, e, sua qualidade de vida.

6. CONCLUSÃO

- A prevalência do uso de terapia hormonal nas mulheres entre 45-60 anos de idade residentes na região metropolitana de Campinas foi 19,5%.

- Os fatores associados ao uso de terapia hormonal foram o estado menopausal (pós-menopausa), receber informação sobre menopausa de médicos ou serviços de saúde, apresentar cirurgia de ooforectomia bilateral, interromper o trabalho devido às ondas de calor e ter maior conhecimento sobre a menopausa.

- A prevalência do uso de terapia não-hormonal nas mulheres entre 45-60 anos de idade residentes na região metropolitana de Campinas foi 13,9%.

- Os fatores associados ao uso de terapia não-hormonal foram receber informação sobre menopausa de médicos ou serviços de saúde, apresentar ondas de calor diariamente, ser fumante, ter maior conhecimento sobre menopausa, estado menopausal (pós-menopausa).

- O sintoma urogenital foi o fator associado a menor prevalência de uso de terapia não-hormonal.

7. REFERÊNCIAS

1. The 2017 Hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2017;24(7):728-53.
2. Pinkerton JV, Abraham L, Bushmakin AG. Evaluation of the efficacy and safety of bazedoxifene/conjugated estrogens for secondary outcomes including vasomotor symptoms in postmenopausal women by years since menopause in the Selective estrogens, Menopause and Response to Therapy (SMART) trials. *J Women's Health* (Larchmont), 2014;23:18-28.
3. MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, Moore V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:CD002978.
4. Nappi RE, Davis SR. The use of hormone therapy for the maintenance of urogynecological and sexual health post WHI. *Climacteric*. 2012;15:267-74,
5. Gleason CE, Dowling NM, Wharton W. Effects of hormone therapy on cognition and mood in recently postmenopausal women: findings from the randomized, controlled KEEPS-Cognitive and Affective Study. *Plos Med*. 2015;12:e1001833.
6. Schmdt PJ, Ben Dor R, Martinez PEI. Effects of estradiol withdrawal on mood in women with past perimenopausal depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:714-26.
7. Santoro N, Worsley R, Miller KK, Parish SJ, Davis SR. Role of estrogens and estrogen-like compounds in female sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2016;13:305-16.
8. Effects of hormone therapy on bone mineral density: results from the postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial. The Writing Group for the PEPI. *JAMA*. 1996;276:1389-96.
9. Hulley S, Grady D, Bush T. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA*. 1998;280:605-13.
10. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:321-33.

11. Hernán MA, Alonso A, Logan R, Grodstein F, Michels KB, Stampfer MJ, et al. Observational studies analyzed like randomized experiments: an application to postmenopausal hormone therapy and coronary heart disease. *Epidemiology*. 2008;19(6):766-79.
12. Vickers MR, MacLennan AH, Lawton B, Ford D, Martin J, Meredith SK, et al. Main morbidities recorded in the women's international study of long duration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomised controlled trial of hormone replacement therapy in postmenopausal women. *BMJ*. 2007;335(239):1-12.
13. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, Lacroix AZ, et al. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: the Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA*. 2017 Sep; 318(10):927-38.
14. Beral V. Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362:419-27.
15. Vegter S, Kolling P, Toben M, Visser ST, Jong-van den Berg LTW. Replacing hormone therapy-is the decline in prescribing sustained, and are nonhormonal drugs substituted? *Menopause*. 2009;16(2):329-35.
16. Jewett PI, Gangnon RE, Trentham-Dietz A, Sprague BL. Trends of postmenopausal estrogen plus progestin prevalence in the United States Between 1970 and 2010. *Obstet Gynecol*. 2014 Oct; 124(4):727-33.
17. Ettinger B, Wang SM, Leslie RS, Patel BV, Boultware MJ, Mann ME et al. *Menopause*. 2012;19(6):610-15.
18. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use. *Obstet Gynecol*. 2012 Sep;120(3):595-603.
19. Lobo RA. Hormone replacement therapy: current thinking. *Nature Reviews Endocrinol*. 2017 Apr; 13:220-31.
20. Nassar AW, Abd Essamad HM, Awwad JT, Khoury NG, Usta IM. Gynecologists' attitudes towards hormone therapy in the post "Women Health Initiative" study era. *Maturitas*. 2005;52:18-25.
21. Barbaglia G, Macià F, Comas M, Sala M, Vernet MM, Casamitjana M, et al. Trends in hormone therapy use before and after publication of the Women's Health Initiative trial: 10 years of follow-up. *Menopause*. 2009;15(5):1061-64.

22. Lazar F, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, Pinto-Neto AM. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative Study. *Maturitas*. 2007;56:129-41.
23. Villiers TJ, Hael JE, Pinkerton JV, Cerdas Pérez S, Rees M, Yong C, et al. Revised Global Consensus Statement on Menopausal Hormone Therapy. *Maturitas*. 2016 Set;91:153-6.
24. Lobo AR. Where are we 10 years after the Women's Health Initiative? *J Clin Metab*. May 2013;98(5):1771-80.
25. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, Archer DF, Boyd N, Braunstein GD, et al. Executive summary: postmenopausal hormone therapy: an endocrine society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(suppl1):S1-S66.
26. Espeland MA, Shumaker AS, Leng I, Manson JE, Brown CM, LeBlanc ES, et al. Long term effects on cognitive function of Postmenopausal hormone therapy prescribed to women aged 50-55 years. *JAMA*. 2013;12;173(15):1-15.
27. Villiers TJ, Hall JE, Pinkerton JV, Pérez C, Rees M, Yang C, et al. Revised global consensus statement on menopausal hormone therapy. *Climacteric*. 2013;16:203-204.
28. Sturdee DW, Pines A; IMS Writing Group. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric*. 2011;14:302-20.
29. Position Statement. Nonhormonal management of menopause-associated vasomotor symptoms: 2015 position statement of North American Menopause Society. *Menopause*. 2015;22(11):1155-74.
30. Bair YA, Gold EB, Zhang G, Rasor N, Utts J, Upchurch DM, et al. Use of complementary and alternative medicine during the menopause transition: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2008;15(1):32-43.
31. Upchurch DM, Chyu L, Greendale GA. Complementary and alternative medicine use among American women: findings from the National Health Interview Survey, 2002. *Women's Health (Larchunt)*. 2007;16:102-13.
32. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;Dec10(12):CD001395.

33. Crisafulli A, Marini H, Bitto A, et al. Effects of genistein on hot flushes in early postmenopausal women: a randomized, double-blind EPT and placebo-controlled study. *Menopause*. 2004;11:400-4.
34. The role of soy isoflavones in menopausal health: report of The North American Menopause Society/Wulf H. Utian Translational Science Symposium in Chicago, IL (October 2010). *Menopause*. 2011;18(7):732-53.
35. Unfer V, Casini ML, Costabile L, Mignosa M, Gerli S, Di Renzo GC. Endometrial effects of long-term treatment with phytoestrogens: a randomized double-blind, placebo-controlled study. *Fertil Steril*. 2004;82:145-48.
36. Greendale GA, FitzGerald G, Huang MH. Dietary soy isoflavones and bone mineral density: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Epidemiol*. 2002;155:746-54.
37. Vupadhyayula PM, Gallagher JC, Templin T, Logsdon SM, Smith LM. Effects of soy protein isolate on bone mineral density and physical performance indices in postmenopausal women – a 2 year randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Menopause*. 2009;16:320-28.
38. Wong WW, Lewis RD, Steinberg FM. Soy isoflavone supplementation and bone mineral density in menopausal women: A 2-year multicenter clinical trial. *Am J Clin Nutr*. 2009;90:1433-39.
39. Alekel DL, Van Loan MD, Koehler KJ. The soy isoflavones for reducing bone loss (SIRBL) study: A 3-y randomized controlled trial in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr*. 2010;91:218-30.
40. Marini H, Minutoli L, Polito F. Effects of the phytoestrogen genistein on bone metabolism in osteopenic postmenopausal women: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007;146:839-47.
41. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):735-42.
42. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med*. 2005;118(12B):14S-24S.
43. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N, et al. Relation of Demographic and Lifestyle factors to symptoms in a multi-

- racial/ethnic population of 40-55 years of age. *Am J Epidemiol*. 2000;152(5):463-73.
44. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flashes and night sweats around the word: a systematic review. *Climacteric*. 2007;10:197-214.
 45. Dennerstein L, Lehert P, Guthrie J. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factor son well-being. *Arch Women Ment Health*. 2002;5:15-22.
 46. Avis NE, Crawford S, Stellato R. Longitudinal study of hormone levels amd depression among women transioning through menopause. *Climacteric*. 2001;4:243-
 47. Griffiths A, MacLennan SJ, Hassard J. Menopause and work: An electronic survey of employees' attitudes in UK. *Maturitas*. 2013;76:155-59.
 48. Hickey M, Riach K, Kachouuie R, Jack G. No sweat: managing menopausal symptoms at work. *J Phychosomatic Obstet Gynecol*. 2017; 38(3):202-9.
 49. Sogaard AJ, Tollan A, Bernstsen GKR, Fonnebo V, Magnus JH. Hormone replacement therapy: Knowledge, attitudes, self-reported use-and sales figures in Nordic women. *Maturitas*. 2000;35:201-14.
 50. Hovi SL, Veerus P, Karro H, Topo P, Hemminki E. Women's views of the climacteric at the time of low menopausal hormone use, Estonia 1998. *Maturitas*. 2005;51:413-25.
 51. Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI, Astrand LL, Brynhildsen J. Changes in women attitudes towards and use of hormone therapy after HERS and WHI. *Maturitas*. 2005;52:11-7.
 52. Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and atitudes toward the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas*. 2007;57:233-8.
 53. Merom D, Ifrah A, Cohen-Manheim I, Chinich A, Green MS. Factors predicting current use of hormone replacement therapy among menopausal Jewish women in Israel: The National Women's Health Interview Survey, 1998. *Isr Med Assoc J* 2002;4:671-676.
 54. Rachon D, Zdrojewski T, Rachon KS, Szpakowski P, Bandosz P, Manikowski A, et al. Knowledge and use of hormone replacement therapy among Polish women: estimates from a nationally representative study-HORTPOL 2002. *Maturitas*. 2004;47:31-7.

55. Ekstron H. trends in middle-aged women's reports of symptoms, use of hormone therapy and attitudes towards it. *Maturitas*. 2005;52:154-64.
56. Fistic I, Srecko C, Marina F, Ivan S. Monopause in Croatia. Sociodemographic characteristics, women's attitudes and source of information, compliance with HRT. *Maturitas*. 2004;47:91-8.
57. Astrand LL, Brynhildsen J, Hoffmann M, Liffner S, Hammar M. Attitudes towards the menopause and hormone therapy over the turn of the century. *Maturitas*. 2007;56:12-20.
58. Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Dietrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas*. 2005;51:227-35.
59. Simon JA, Kierepa MK, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes survey. *Menopause*. 2013;20(10):1043-48.
60. Lui-Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Factors associates with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37(4):252-8.
61. Valadares AL, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. Middle-aged female sexual dysfunction and multimorbidity: a population-based study. *Menopause*;2016;23(3):304-10.
62. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Costa-Paiva L, Lui-Filho JF, Pinto-Neto AM. Subjective urinary incontinency in middle age women: a population-base study. *Maturitas*. 2016;85:82-7.
63. Juliato CR, Baccaro LF, Pedro AO, Gabiatti JR, Lui-Filho JF, Costa-Paiva L. Factors associates with urinary incontinence in middle-aged women: a population-based household survey. *Int Urogynecol J*. 2017;28(3):423-9.
64. Saccomani S, Lui-Filho JF, Juliato CR, Gabiatti JR, Pedro AO, Costa-Paiva L. Does obesity increase the risk of hot flashes among middle women? A population –based study. *Menopause* 2017;24:1065-1070.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010. Available at: <http://www.ibge.gov.br>. Accessed March 10th, 2011.
66. Kish L, ed. *Survey Sampling*. New York, NY: John Wiley and Sons Ed., 1965.

67. Treolar AE, Boyton RE, Behn BG, Brown BW. Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *Int J Fertil*. 1970;12:77-126.
68. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rate Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:28.
69. Heinemann K, Ruebig A, Pottoff P, Scheneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:45.
70. Heinemann LA, DoMinh T, Strelow F, Gerbsch S, Schnitker J, Schneider HPG. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Quality Life Outcomes*. 2004;2(67):1-7.
71. Wender MCO, Pompei LM, Fernandes, ed. *Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa*. Associação Brasileira de Climatério. São Paulo, Brasil: SOBRAC, 2014:127-134.
72. Pedro AO. Inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do município de Campinas. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1999.
73. Armendáriz MP. Realidad demografica en Latinoamerica y tratamiento hormonal de reemplazo. In: *Menopausia Y Longevidad: Perspectiva Clinica e Epidemiologica em Latinoamerica* (O.G. Campos, E A. Urzua & P.C.Castro, ed), pp.73-88, Santiago de Chile:Bywaters.
74. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A et al. Menopause: Knowledge, attitude and practice among italian women. *Maturitas*. 2009;63:246-52.
75. Lewin KJ, Sinclair HK, Bond CM. Womem's knowledge of and attitudes towards hormone replacement therapy. *Family Practice*. 2002;20(2):112-19.
76. Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes toward menopause among middle-aged women: A community survey in an island of Taiwan. *Maturitas*. 2005;52:348-55.
77. Neyro M, Cancelo MJ, Quered F, Palacios F. Relevance of the results of the Women's Health Initiative on the prescription of hormone therapy in Spain. *Climacteric*. 2005;8:36-48.
78. Majumdar SR, Aímasí EA, Stafford RS. Promotion and prescribing of hormone therapy after report of harm by the Women's Health Initiative. *JAMA*. 2004 Oct 27;292(16):1983-8.

79. Spangler L, Reed SD, Nekhlyudov L, Grothaus LC, LaCroix AZ, Newton KM. Provider attributes associated with hormone therapy prescribing frequency. *Menopause*. 2009 Jul-Aug;16(4):810-16.
80. IMS Health, Information Management and Client Services. Research Latin America. <http://www.imshealth.com/ims/portal/front/indexC/02773.62.66439505500.00.html>. Accessed August 31st, 2017.
81. Pachman DR, Jones JM, Loprinzi CL. Management of menopause-associated vasomotor symptoms: current treatment options, challenges and future directions. *Int J Women's Health*. 2010;2:123-35.

8. ANEXOS

Anexo 1 - Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Prezada Senhora, estamos realizando uma pesquisa sobre climatério e menopausa em mulheres entre 45 e 60 anos residentes na Região Metropolitana de Campinas. A pessoa responsável pela pesquisa é o Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da FCM-Unicamp.

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo. Se aceitar este convite, sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre a senhora e sobre sua saúde. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 30 minutos.

Sua participação e opinião são muito importantes para nosso estudo. A Sra. tem a liberdade de aceitar ou recusar a participar do estudo, bem como a de não responder alguma (s) das perguntas do questionário, se assim desejar.

Asseguramos-lhe que o seu nome não aparecerá no questionário, que receberá apenas um número pelo qual será identificado. De igual modo, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, nunca será mencionado o nome de qualquer pessoa que tiver respondido o questionário.

Caso deseje, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo telefone (19) 3521-9354, ou com o Comitê de Ética em Pesquisas da Unicamp pelo telefone (19) 3521-8936.

A Sra. aceita participar do estudo respondendo o questionário?

Eu, _____, aceito participar desta pesquisa.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura da Voluntária)

(Assinatura do Pesquisador)

Anexo 2 - Protocolo da Comissão de Pesquisa



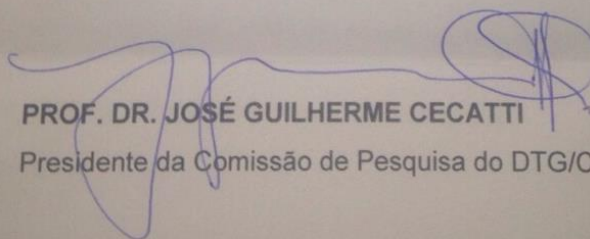
Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Campinas, 19 de julho de 2011.

Protocolo nº: 030/2011

O protocolo de pesquisa "*Estudo populacional domiciliar sobre climatério e menopausa em mulheres da região metropolitana de Campinas*", dos pesquisadores Jeffrey Frederico Lui Filho, Tatiane Fernandes, Adriana Orcesi Pedro Campana, Aarão Mendes Pinto Neto, Lúcia Helena S. C. Paiva, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 19/07/2011.

Atenciosamente,



PROF. DR. JOSÉ GUILHERME CECATTI
Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

Anexo 3 - Questionário



UNICAMP

INQUÉRITO POPULACIONAL SOBRE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA – REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

QUESTIONÁRIO

Nº Estudo: |__|__|__|

CIDADE: _____

SETOR CENSITÁRIO: _____

ENTREVISTADORA: _____

DATA: __/__/__

=====

OBSERVAÇÕES:

=====

1ª REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

2ª REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

3ª REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

=====

SEÇÃO 1 – AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

I.1.1 ENTR. DIGA: Iniciaremos o questionário com perguntas sobre algumas características da senhora.

1.1 Quantos anos completos a Sra. tem? |__|__| ANOS [99] RECUSA

1.2 Qual a sua escolaridade?

_____ ANO/SÉRIE DO ENSINO _____ [88] NENHUMA [99] RECUSA

1.3 Atualmente a Sra. é solteira, casada/vive junto, separada/divorciada/desquitada ou viúva?

[1] SOLTEIRA	[3] SEPARADA/DIVORCIADA/DESQUITADA
[2] CASADA/ VIVE JUNTO	[4] VIÚVA [9] RECUSA

1.4 Qual é a sua religião?

[1] CATÓLICA ROMANA	[6] JUDAICA/ISRAELITA
[2] PROTESTANTE TRADICIONAL (PRESBITERIANA, BATISTA, METHODISTA, ETC.)	[7] EVANGÉLICA (CRENTE, ASSEMBLÉIA, CONGREGAÇÃO, UNIVERSAL)
[3] ESPÍRITA KARDECISTA	[10] NENHUMA
[4] UMBANDA/ CANDOMBLÉ	[11] OUTRAS. Qual? _____
[5] RELIGIÕES ORIENTAIS (BUDISTA, XINTOÍSTA, HINDU, ETC.)	

1.5 A sua cor ou raça é branca, preta, amarela, parda ou indígena?

[1] BRANCA	[4] PARDA	[8] NÃO SABE
[2] PRETA	[5] INDÍGENA	[9] RECUSA
[3] AMARELA	[6] OUTRA.Qual?_____	

F.1.1 ENTR.: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.3.

[1] 1.3 = 1, 3, 4, 9

[2] 1.3 = 2

PASSE A I.2.1

1.6 A senhora já viveu ou vive com um(a) companheiro(a)?

[1] SIM, JÁ VIVEU

[2] SIM, VIVE

[3] NÃO

PASSE A I.2.1

1.7 Há/Por quanto tempo vive/viveu com esse(a) companheiro(a)?

|_|_| ANOS E/OU |_|_| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

SEÇÃO 2 – ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE**I.2.1 ENTR. DIGA:** Agora farei algumas perguntas sobre os seus hábitos de vida.

2.1 A Sra. fuma, já fumou ou nunca fumou?

[1] SIM, FUMA

[2] SIM, JÁ FUMOU

[3] NUNCA FUMOU

PASSE A 2.3

PASSE A 2.4

2.2 Quantos cigarros fuma por dia?

|_|_| CIGARROS

[88] NÃO SABE

PASSE A 2.4

PASSE A 2.4

2.3 A quanto tempo parou de fumar?

|_|_| ANOS E/OU |_|_| MESES

[88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.4 A senhora costuma tomar bebida alcoólica, já tomou e não toma mais ou nunca tomou?

[1] SIM, TOMA [2] SIM, JÁ TOMOU E NÃO TOMA MAIS [3] NUNCA TOMOU

PASSE A 2.6

PASSE A 2.7

2.5 Com que frequência a senhora costuma beber? (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)

[1] menos de 1 dia por mês

[2] menos de 1 dia por semana

[3] 1 a 2 dias por semana

[4] 3 a 4 dias por semana

[5] 5 a 6 dias por semana

[6] todos os dias

→ PASSE A 2.7

2.6 A quanto tempo parou de consumir bebidas alcoólicas?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.7 A senhora pratica atividade física regularmente?

[1] SIM [2] NÃO

PASSE A 2.9

2.8 Com que frequência realiza atividades físicas?

[1] OCASIONALMENTE (MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA)

[2] SEMANALMENTE (UMA VEZ POR SEMANA)

[3] 2 A 3 VEZES POR SEMANA

[4] 4 A 6 VEZES POR SEMANA

[5] DIARIAMENTE

2.9 Qual é a sua altura? |__|,|__|__| m [8] NÃO SABE

2.10 Qual é o seu peso? |__|__|__|,|__| Kg [8] NÃO SABE

I.2.2 ENTR.: COM O AUXÍLIO DA FITA MÉTRICA EFETUE A MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL DA ENTREVISTADA E TRANSCREVA NO ITEM 2.11 ABAIXO.

2.11 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: |__|__|__| cm

I.2.3 ENTR. DIGA: Agora vamos conversar um pouco sobre sua saúde de modo geral.

2.12 A Sra. tem pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.16

PASSE A 2.16

2.13 Há quanto tempo tem pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.14 A Sra. está tomando remédios para a pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

[1] SIM [2] NÃO

2.15 A senhora faz acompanhamento por causa da pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR

[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.16 A Sra. tem diabetes (Diabetes mellitus)?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.20

PASSE A 2.20

2.17 Há quanto tempo tem diabetes (Diabetes mellitus)?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.18 A Sra. está tomando remédios para a diabetes (Diabetes mellitus)?

[1] SIM [2] NÃO

2.19 A senhora faz acompanhamento por causa da diabetes (Diabetes mellitus) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.20 A Sra. tem colesterol alto (Dislipidemia)?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
PASSE A 2.24 PASSE A 2.24

2.21 Há quanto tempo tem colesterol alto (Dislipidemia)?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.22 A Sra. está tomando remédios para o colesterol alto (Dislipidemia)?

- [1] SIM [2] NÃO

2.23 A senhora faz acompanhamento por causa do colesterol alto (Dislipidemia) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.24 A Sra. teve infarto do coração?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
PASSE A 2.28 PASSE A 2.28

2.25 Há quanto tempo teve infarto do coração?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.26 A Sra. está tomando remédios para o infarto do coração?

- [1] SIM [2] NÃO

2.27 A senhora faz acompanhamento por causa do infarto do coração com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.28 A Sra. teve derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.32

PASSE A 2.32

2.29 Há quanto tempo teve derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.30 A Sra. está tomando remédios para o derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

- [1] SIM [2] NÃO

2.31 A senhora faz acompanhamento por causa do derrame (AVC-Acidente vascular cerebral) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.32 A Sra. tem ou teve trombose venosa profunda?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.36

PASSE A 2.36

2.33 Há quanto tempo teve ou tem trombose venosa profunda?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.34 A Sra. está tomando remédios para a trombose venosa profunda?

- [1] SIM [2] NÃO

2.35 A senhora faz acompanhamento por causa da trombose venosa profunda com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.36 A Sra. tem ou teve embolia pulmonar?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
PASSE A 2.40 PASSE A 2.40

2.37 Há quanto tempo tem ou teve embolia pulmonar?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.38 A Sra. está tomando remédios para a embolia pulmonar?

- [1] SIM [2] NÃO

2.39 A senhora faz acompanhamento por causa da embolia pulmonar com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.40 A Sra. tem osteoporose?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
PASSE A 2.44 PASSE A 2.44

2.41 Há quanto tempo tem osteoporose?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.42 A Sra. está tomando remédios para a osteoporose?

- [1] SIM [2] NÃO

2.43 A senhora faz acompanhamento por causa da osteoporose com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.44 A Sra. tem ou teve artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.48

PASSE A 2.48

2.45 Há quanto tempo tem ou teve artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.46 A Sra. está tomando remédios para a artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

- [1] SIM [2] NÃO

2.47 A senhora faz acompanhamento por causa da artrose, artrite ou doenças reumatológicas com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

- [1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.48 A Sra. tem ou teve asma ou bronquite?

- [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.52

PASSE A 2.52

2.49 Há quanto tempo tem ou teve asma ou bronquite?

- |__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.50 A Sra. está tomando remédios para a asma ou bronquite?

- [1] SIM [2] NÃO

2.51 A senhora faz acompanhamento por causa da asma ou bronquite com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
 [2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.52 A Sra. tem ou teve tuberculose?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
 PASSE A 2.56 PASSE A 2.56

2.53 Há quanto tempo tem ou teve tuberculose?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.54 A Sra. está tomando remédios para a tuberculose?

[1] SIM [2] NÃO

2.55 A senhora faz acompanhamento por causa da tuberculose com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR
 [2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.56 A Sra. tem ou teve depressão?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
 PASSE A 2.60 PASSE A 2.60

2.57 Há quanto tempo tem ou teve depressão?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.58 A Sra. está tomando remédios para a depressão?

[1] SIM [2] NÃO

2.59 A senhora faz acompanhamento por causa da depressão com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR

[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.60 A Sra. tem ou teve ansiedade?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.64

PASSE A 2.64

2.61 Há quanto tempo tem ou teve ansiedade?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.62 A Sra. está tomando remédios para a ansiedade?

[1] SIM [2] NÃO

2.63 A senhora faz acompanhamento por causa da ansiedade com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR

[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.64 A Sra. tem ou teve câncer (tumor maligno)?

[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.69

PASSE A 2.69

2.65 Em qual parte do corpo?

[1] PELE

[6] OVÁRIO

[2] PULMÃO

[7] ESTÔMAGO

[3] MAMA

[10] INTESTINO (COLO E RETO)

[4] COLO DO ÚTERO

[11] OUTRA.Qual? _____

[5] ÚTERO

2.66 Há quanto tempo tem ou teve câncer (tumor maligno)?

|__|__| ANOS E/OU |__|__| MESES [88] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.67 A Sra. está tomando remédios para a câncer (tumor maligno)?

[1] SIM [2] NÃO

2.68 A senhora faz acompanhamento por causa do câncer (tumor maligno) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[1] MÉDICO SUS [3] MEDICO PARTICULAR

[2] MÉDICO CONVÊNIO [4] NÃO FAZ

2.69 Como a Sra. avalia a sua saúde: (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)

[1] Excelente

[2] Boa

[3] Regular

[4] Ruim

[5] Péssima

SEÇÃO 3 – ASPECTOS GINECOLÓGICOS E REPRODUTIVOS

I.3.1 ENTR. DIGA: Agora vamos conversar um pouco sobre o seu histórico ginecológico e reprodutivo, ou seja, sobre menstruação, métodos para evitar filhos e outros assuntos.

3.1 Com que idade a Sra. teve sua primeira menstruação?

|__|__| ANOS [77] NUNCA MENSTRUOU [88] NÃO LEMBRA [99] RECUSA
PASSE A 3.21

3.2 A Sra. continua menstruando?

[1] SIM [2] NÃO
PASSE A 3.8

3.3 Sua menstruação é regular ou irregular?

[1] REGULAR [2] IRREGULAR

3.4 Com relação à duração do sangramento/fluxo menstrual, a senhora poderia me dizer:

a) qual o mínimo de dias que dura esse sangramento: |__|__| dias

b) qual o máximo de dias que dura esse sangramento: |__|__| dias

3.5 Com relação ao intervalo entre uma menstruação e outra:

a) qual o menor número de dias entre uma menstruação e outra: |__|__|__| dias

b) qual o maior número de dias entre uma menstruação e outra: |__|__|__| dias

3.6 A senhora considera que o volume de sangramento (quantidade de menstruação) que a senhora tem é pouco, normal ou elevado?

[1] POUCO

[2] NORMAL

[3] ELEVADO

3.7 A senhora sente dor durante a menstruação (cólica)?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

PASSE A 3.12

PASSE A 3.12

PASSE A 3.12

3.8 A senhora parou de menstruar há mais de 1 ano?

[1] SIM

[2] NÃO

[8] NÃO LEMBRA

3.9 Que idade a senhora tinha quando parou de menstruar?

|__|__| ANOS

[8] NÃO SABE

F.3.1 ENTR.: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.8

[1] 3.8 = 2

[2] 3.8 = 1 ou 8

PASSE A 3.12

3.10 No último ano, a sua menstruação se manteve igual ou houve mudanças?

[1] SE MANTEVE IGUAL [2] HOUVE MUDANÇAS

PASSE A 3.12

3.11 O que mudou?

[1] OS INTERVALOS ENTRE UMA MENSTRUACÃO E OUTRA FICARAM MAIS LONGOS

[2] OS INTERVALOS ENTRE UMA MENSTRUACÃO E OUTRA FICARAM MAIS CURTOS

[3] O VOLUME DE SANGRAMENTO AUMENTOU

[4] O VOLUME DE SANGRAMENTO DIMINUIU

[5] OUTRA MUDANÇA. Qual? _____

3.12 A Sra. já usou, usa ou nunca usou método(s) para evitar filho?

[1] JÁ USOU [2] USA [3] NUNCA USOU [8] NÃO LEMBRA
PASSE A 3.14 PASSE A 3.15 PASSE A 3.15

Qual (is) método(s) para evitar filho:	3.13 está usando atualmente?	3.14 já usou?
a. Pílula (Anticoncepcional Combinado Oral)	[1] SIM [2] NÃO→3.14a	[1] SIM [2] NÃO
b. Minipílula	[1] SIM [2] NÃO→3.14b	[1] SIM [2] NÃO
c. DIU de Cobre	[1] SIM [2] NÃO→3.14c	[1] SIM [2] NÃO
d. DIU Mirena	[1] SIM [2] NÃO→3.14d	[1] SIM [2] NÃO
e. Injetáveis Mensais	[1] SIM [2] NÃO→3.14e	[1] SIM [2] NÃO
f. Injetáveis Trimestrais	[1] SIM	[1] SIM

	[2] NÃO→3.14f	[2] NÃO
g. Condom (camisinha)	[1] SIM [2] NÃO→3.14g	[1] SIM [2] NÃO
h. Laqueadura (cirurgia da mulher)	[1] SIM [2] NÃO→3.14h	[1] SIM [2] NÃO
i. Vasectomia (cirurgia do homem)	[1] SIM [2] NÃO→3.14i	[1] SIM [2] NÃO
j. Outro. Qual? _____	[1] SIM [2] NÃO→3.14j	[1] SIM [2] NÃO

3.15 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida? |_|_| [88] NENHUMA

PASSE A 3.20

3.16 Quantos partos foram normais? |_|_| [88] NENHUM

3.17 Quantos partos foram cesáreas? |_|_| [88] NENHUM

3.18 Quantos abortos teve? |_|_| [88] NENHUM

3.19 Quantos filhos vivos biológicos a Sra. tem?|_|_| [88] NENHUM

3.20 Quantos filhos vivos adotivos a Sra. tem? |_|_| [88] NENHUM

3.21 Quantos anos a senhora tinha quando teve sua primeira relação sexual?

|_|_| ANOS [77] NUNCA TEVE [88] NÃO LEMBRA [99] RECUSA

PASSE A 3.24

3.22 Desde que começou a ter relação sexual, com quantas pessoas a Sra. já teve relações sexuais?

|_|_| PARCEIROS [88] NÃO LEMBRA [99] RECUSA

3.23 No último mês, a Sra. teve relações sexuais?

[1] SIM [2] NÃO [9] RECUSA

I.3.2 ENTR. DIGA: Vamos conversar um pouco sobre cirurgias ginecológicas e de mama.

I.3.3 ENTR. : FAÇA A PERGUNTA 3.24, SE A RESPOSTA DADA FOR [1] SIM, FAÇA A PERGUNTA 3.25. CASO A RESPOSTA NA 3.24 SEJA [2] NÃO OU [8] NÃO SABE, PROSSIGA COM A PRÓXIMA LETRA DA PERGUNTA 3.24.

3.24 A Sra. já fez alguma das seguintes cirurgia ginecológicas:	3.25 SE SIM , Há quanto tempo?
a. Laqueadura tubária (cirurgia da mulher)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
b. Retirada do útero (Histerectomia)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
c. Retirada de um ovário (ooforectomia unilateral)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
d. Retirada de dois ovário (ooforectomia bilateral)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
e. Correção de bexiga caída (correção de cistocele)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
f. Plástica de períneo (perineoplastia)? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
g. Cirurgia de mama? [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES
h. Outra. [1] SIM. Qual? _____ [2] NÃO [8] NÃO SABE	____ ____ ANOS E/OU ____ ____ MESES

I.3.4 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre problemas urinários.

3.26 A Sra. está tendo perda de urina?

[1] SIM [2] NÃO

PASSE A 3.32

3.27 A Sra. perde urina quando faz:

a) um esforço grande (como subir ladeiras, pegar grandes pesos)

[1] SIM [2] NÃO

b) um esforço médio (tosse, riso, espirro)

[1] SIM [2] NÃO

c) um esforço pequeno (levantar-se, caminhar)

[1] SIM [2] NÃO

d) qualquer tipo de esforço, a todo momento (necessita fraldas, absorventes)

[1] SIM [2] NÃO

3.28 Há quanto tempo a senhora está tendo perda urinária?

[1] Há menos de um ano

[2] Entre 1 e 3 anos

[3] Há mais de 3 anos

3.29 A senhora relaciona o começo da sua perda de urina com:

a) O parto de um dos seus filhos? [1] SIM [2] NÃO

b) Uma cirurgia ginecológica? [1] SIM. Qual? _____
[2] NÃO

c) Outro evento. [1] SIM. Qual? _____
[2] NÃO

3.30 Com que frequência você perde urina?

[1] Uma vez por semana

[2] Duas ou três vezes por semana

[3] Uma vez ao dia

[4] Diversas vezes ao dia

[5] O tempo todo

3.31 Na sua avaliação, quanto de urina que a Sra. perde:

- [1] Pequena quantidade
- [2] Moderada quantidade
- [3] Grande quantidade

3.32 A Sra. possui urgência miccional (sente vontade e precisa correr para o banheiro)?

- [1] SIM
- [2] NÃO

3.33 Quantas vezes necessita levantar-se à noite para ir ao banheiro:

- [0] NENHUMA
- [1] UMA
- [2] DUAS
- [3] TRÊS
- [4] QUATRO OU MAIS

3.34 A Sra. fez cirurgia por causa da perda urinária (incontinência urinária)?

- [1] SIM
 - [2] NÃO
- PASSE A 3.36

3.35 Após a cirurgia para perda urinária houve uma melhora completa; uma grande melhora, mas não completa; uma melhora parcial ou nenhuma melhora dos sintomas?

- [1] MELHORA COMPLETA
- [2] GRANDE MELHORA, MAS NÃO COMPLETA
- [3] PARCIAL
- [4] NENHUMA

3.36 A Sra. tem algum tipo de dificuldade para urinar?

- [1] SIM
 - [2] NÃO
- PASSE A 3.38

3.37 Que tipo de dificuldade a Sra. tem?

- [1] Dificuldade para iniciar a micção
- [2] Dificuldade para manter a micção após iniciada

[3] Dificuldade para esvaziar completamente a bexiga

3.38 A Sra. apresenta secreta vaginal no dia-a-dia?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE A 3.40

3.39 Essa secreta vaginal é com coceira e/ou ardência ou é sem coceira e ardência?

[1] COM COCEIRA E/OU ARDÊNCIA

[2] SEM COCEIRA E ARDÊNCIA

3.40 A Sra. apresenta secreta vaginal durante a relação sexual?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] NÃO ESTÁ TENDO RELAÇÃO

SEXUAL

PASSE A 3.43

PASSE A 3.43

I.3.5 ENTR. : MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA AZUL) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA A PERGUNTA 3.41.

3.41 O quanto a Sra. acredita que a secreta vaginal afeta a sua qualidade de vida. Por favor, atribua uma nota de 0 a 10, sendo 0 não afeta em nada e 10 afeta muito?

|____|____| NOTA

3.42 Com quem a Sra. fala sobre a sua secreta vaginal?

[1] ginecologista

[2] parceiro sexual

[3] uma amiga (o)

[4] familiar

[5] não fala com ninguém

3.43 Com que frequência a Sra. sente dor em pressão ou peso no baixo ventre?

[1] Nunca

[2] Ocasionalmente/às vezes

[3] Na maior parte do tempo

[4] O tempo todo

SEÇÃO 4 – SINTOMAS DA MENOPAUSA

I.4.1 ENTR.: MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA LARANJA) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA A PERGUNTA 4.1 DO ITEM a ATÉ O k.

4.1 Agora eu vou ler uma lista de sintomas e gostaria que a Sra. nos contasse o quanto cada um dos sintomas que citaremos a senhora sente atualmente, dividido em nenhum, pouco intenso, moderado, intenso e muito intenso.

	Nenhum (0)	Pouco Intenso (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Muito Intenso (4)
a. Falta de ar, suores, calores					
b. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, salto nas batidas, batidas mais longas, pressão)					
c. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e acordar cedo)					
d. Estado de ânimo depressivo (sentir-se caída, triste, chorosa, falta de vontade, trocas de humor)					
e. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)					
f. Ansiedade (impaciência, pânico)					
g. Esgotamento físico e mental (queda geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de					

memória)					
h. Problemas sexuais (falta de desejo sexual, na atividade e na satisfação)					
i. Problemas de bexiga (dificuldade para urinar, incontinência, urgência)					
j. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência, problemas durante a relação sexual)					
k. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)					

I.4.2 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre ondas de calor.

4.2 Quantas vezes a Sra. apresenta ondas de calor por dia, em média?

|___|___| VEZES

[88] NÃO TENHO

PASSE A I.4.3

4.3 Acorda a noite devido às ondas de calor?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

4.4 Necessita parar o trabalho ou tarefas devidos às ondas de calor?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

4.5 Há perda de rendimento no trabalho ou tarefas devido às ondas de calor?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

4.6 Necessita interromper relações sexuais devido às ondas de calor?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

4.7 Interrompe atividades de lazer devido às ondas de calor?

[1] SIM

[2] NÃO

[3] ÀS VEZES

I.4.3 ENTR. DIGA: Agora vamos falar brevemente sobre redução de cabelos e pêlos corporais atualmente.

4.8 A Sra. notou aumento da queda de seus cabelos?

[1] SIM

[2] NÃO

4.9 A Sra. notou redução dos pêlos das suas axilas?

[1] SIM

[2] NÃO

4.10 A Sra. notou redução de pêlos na sua região genital?

[1] SIM

[2] NÃO

4.11 A Sra. notou redução de pêlos na sua face?

[1] SIM

[2] NÃO

4.12 A Sra. notou redução de pêlos em outras regiões dos seu corpo?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE A I.5.1

4.13 Em qual(is) região(ões)?

TEXTUAL: _____

SEÇÃO 5 – CONHECIMENTO SOBRE A MENOPAUSA

I.5.1 ENTR. DIGA: Agora gostaríamos de saber a sua opinião sobre a menopausa. Não existem respostas certas ou erradas e a Sra. não está sendo avaliada, pode responder sem preocupações, de acordo com o que sabe.

5.1 O que é a menopausa?

TEXTUAL _____

5.2 Quais sintomas da menopausa a Sra. conhece? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- [1] ONDAS DE CALOR, SUDORESE, SUORES NOTURNOS
- [2] NERVOSISMO, IRRITABILIDADE, DEPRESSÃO, TRISTEZA OU ANSIEDADE
- [3] DISTÚRBIOS OU DESEQUILÍBRIOS HORMONAIS
- [4] ENVELHECIMENTO, PASSAGEM, TRANSFORMAÇÃO OU MUDANÇA
- [5] NÃO PODER ENGRAVIDAR MAIS
- [6] OUTROS. Quais? _____
- [8] NÃO SABE

5.3 Quais tipos de tratamento para a menopausa a Sra. conhece? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- [1] TERAPIA HORMONAL
- [2] OUTROS.Quais? _____

[8] NÃO SABE

5.4 Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] TODAS PRECISAM TOMAR

[2] AS COM SINTOMAS (FOGACHOS, SECURA VAGINAL, ETC.)

[3] AS COM RISCO PARA OSTEOPOROSE

[4] AS COM MENOPAUSA PRECOCE (ANTES DOS 40 ANOS)

[5] AS QUE NÃO TÊM OVÁRIO OU ÚTERO

[6] NENHUMA PRECISA TOMAR

[7] OUTRA. Qual? _____

[8] NÃO SABE

5.5 Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

[1] NENHUMA PODE TOMAR

[2] AS COM RISCO PARA OSTEOPOROSE

[3] AS COM PROBLEMAS CARDÍACOS OU HISTÓRIA DE DERRAME

[4] AS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL OU DIABÉTES

[5] AS COM MAIS DE 60 ANOS

[6] AS QUE NÃO TÊM OVÁRIO OU ÚTERO

[7] AS COM CÂNCER DE MAMA OU ENDOMÉTRIO

[10] AS COM OUTROS CÂNCERES

[11] AS QUE FUMAM

[12] AS COM OBESIDADE

[13] TODAS PODEM TOMAR

[14] OUTRA. Qual? _____

[88] NÃO SABE

5.6 Onde ou de quem a Sra. obteve informações sobre a menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

[1] MÉDICOS OU SERVIÇOS DE SAÚDE

[2] REVISTAS, JORNAIS OU LIVROS

[3] TELEVISÃO OU RÁDIO

[4] INTERNET

[5] AMIGOS, PARENTES OU CONHECIDOS

[6] REUNIÕES EM IGREJAS OU GRUPOS DE SENHORAS

[7] OUTRAS FONTES. Quais? _____

SEÇÃO 6 – PROCURA E REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS PARA A MENOPAUSA

I.6.1 ENTR. DIGA: Agora vamos falar um pouco sobre tratamento para menopausa.

6.1 A Sra. faz, fez ou nunca fez tratamento para a menopausa?

[1] FAZ

[2] FEZ

[3] NUNCA FEZ

PASSE A 6.12

I.6.2 ENTR.: FAÇA A PERGUNTA 6.2a E SE A RESPOSTA FOR SIM FAÇA AS PERGUNTAS 6.3, 6.4 E 6.5. CASO SEJA NÃO, PASSE PARA O PRÓXIMO ITEM. ASSIM ATÉ O ITEM 6.2k.

6.2 A Sra. fez/faz tratamento para menopausa com:	6.3 Esse tratamento foi indicado por um médico?	6.4 Ainda está fazendo o tratamento?	6.5 O tratamento foi/está sendo satisfatório/funcionou?
a. Terapia hormonal? [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA

6.2 A Sra. fez/faz tratamento para menopausa com:	6.3 Esse tratamento foi indicado por um médico?	6.4 Ainda está fazendo o tratamento?	6.5 O tratamento foi/está sendo satisfatório/funcionou?
b. Medicamentos antidepressivos [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
c. Exercícios físicos [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
d. Dieta [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
e. Derivados da soja, isoflavona [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
f. Vitaminas ou cálcio [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
g. Acupuntura [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
h. Chá de folha de amora [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ±	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA

		[8] NÃO LEMBRA	
i. Técnicas de relaxamento, ioga, meditação [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
j. Cremes vaginais [1] SIM [2] NÃO	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA
k. Outros. [1] SIM [2] NÃO Quais?_____	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [3] ± [8] NÃO LEMBRA	[1] SIM [2] NÃO [8] NÃO LEMBRA

F.6.1 ENTR.: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 6.2a

[1] 6.2 a = 1

[2] 6.2 a ≠ 1

PASSE A 6.11

6.6 Com que idade iniciou a terapia de reposição hormonal? ____|____| ANOS

6.7 Por que iniciou?

[1] PARA MELHORA AS ONDAS DE CALOR

[2] PARA REGULARIZAR OU PARAR A MENSTRUACÃO

[3] POR SUGESTÃO DO MÉDICO, MESMO ASSINTOMÁTICA

[4] PARA PREVENIR OSTEOPOROSE

[5] OUTRO MOTIVO. Qual?_____

6.8 Ainda usa terapia de reposição hormonal?

[1] SIM [2] NÃO

PASSE A 6.11

6.9 Quanto tempo usou terapia de reposição hormonal? ____|____| ANOS E/OU ____|____| MESES

6.10 Por que parou?

[1] POR SUGESTÃO DO MÉDICO

[2] MELHORA DOS SINTOMAS

[3] NÃO SE SENTIA BEM USANDO, PELOS EFEITOS COLATERAIS

[4] DIFICULDADE EM CONSEGUIR TOMAR REMÉDIOS

[5] DIFICULDADE EM CONSEGUIR COMPRAR OU ADQUIRIR NO SERVIÇO PÚBLICO OS REMÉDIOS

[6] DIFICULDADE DE ADAPTAÇÃO

[7] PIORA DOS SINTOMAS

[10] NÃO FAZIAM EFEITO

[11] OUTRO MOTIVO. Qual? _____

6.11 Qual(is) medicamento(s) para tratamento da menopausa utiliza ou utilizou (PEÇA PARA A ENTREVISTADA MOSTRAR OS MEDICAMENTOS E ANOTE OS NOMES):

TEXTUAL: _____

PASSE A I.7.1

6.12 Por que nunca fez tratamento para a menopausa?

[1] NÃO SENTIA SINTOMA ALGUM

[2] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA

[3] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA
MENOPAUSA

[4] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM

[5] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, ERAM SUPORTÁVEIS

[6] NÃO SENTIA LIBERDADE PARA FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM SEU
MÉDICO

[7] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO

[10] NÃO TINHA UM MÉDICO OU SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO OU
DISPONÍVEL

[11] NÃO TEM TEMPO OU TEM MUITO TRABALHO

[12] OUTRO MOTIVO. Qual?

[88] NÃO SABE OU NÃO LEMBRA

SEÇÃO 7 – ASPECTOS DE SEXUALIDADE

I.7.1 ENTR. DIGA: Vamos falar agora sobre assuntos mais íntimos. Caso não se sinta a vontade para responder alguma questão, lembre-se que pode deixá-lo de fazer sem problemas.

I.7.2 ENTR. DIGA: As perguntas seguintes são sobre atividade sexual. Para ter atividade sexual não é necessário ter um(a) companheiro(a). A atividade sexual compreende a auto-estimulação (masturbação) e/ou as preliminares (ato de excitação com o parceiro) e/ou a penetração. Atualmente muitas mulheres se auto-estimulam (*se masturbam*) como forma de terem “contato íntimo com o próprio corpo” ou de “liberarem energia sexual”. Responda às perguntas com base na sua experiência pessoal.

7.1 No último mês, com que frequência você tem tido qualquer atividade sexual (masturbação, excitação e/ou penetração)?

[0] NUNCA

[1] MENOS QUE 1 VEZ POR SEMANA

[2] 1 A 2 VEZES POR SEMANA

[3] VÁRIAS VEZES POR SEMANA

[4] UMA OU 2 VEZES POR DIA

[5] VÁRIAS VEZES POR DIA

7.2 No último mês, com que frequência você tem tido fantasias e pensamentos sexuais e/ou desejo sexual?

[0] NUNCA

[1] MENOS QUE 1 VEZ POR SEMANA

[2] 1 A 2 VEZES POR SEMANA

[3] VÁRIAS VEZES POR SEMANA

[4] UMA OU 2 VEZES POR DIA

[5] VÁRIAS VEZES POR DIA

I.7.3 ENTR.: MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA ROSA) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA OS ITENS DA 7.3 a 7.10.

I.7.4 ENTR. DIGA: Pensando no último mês, o quanto você experimentou cada uma das sensações que vou ler a seguir. Quanto maior o número maior a sensação: 1= nada e 6 = ao máximo.

7.3 Durante as atividades sexuais com que frequência você tem se sentido estimulada ou excitada (com a vagina lubrificada/úmida)?						
7.4 Quanto de satisfação você tem tido nas atividades sexuais?						
7.5 Com que intensidade você tem apresentando orgasmo nas atividades sexuais?						

F.7.1 ENTR.: ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.23 (pág. 11).

[1] 3.23 = 1

[2] 3.23 = 2 ou 9 ou 0

PASSE A 7.9

I.7.5 ENTR. DIGA: Pensando no último mês, o quanto você experimentou cada uma das sensações abaixo em relação ao seu/sua parceiro(a). Quanto maior o número, maior o sentimento: 1=nada e 6=máximo

7.6 Quanto você está satisfeita com seu(sua) parceiro(a) como amante?						
7.7 Quanto você está apaixonada pelo seu (sua) parceiro(a)?						
7.8 Quanto de problemas sexuais tem o seu(sua) parceiro(a)?						

7.9 No último mês, você tem tido atividades sexuais com penetração?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE A I.8.1

I.7.6 ENTR. DIGA: Pensando no último mês, o quanto você sentiu de dor. Quanto maior o número, maior a dor: 1 = nada e 6 = máximo

7.10 No último mês, durante as atividades sexuais quanto de dor você teve com a penetração?						
---	--	--	--	--	--	--

SEÇÃO 8 - CLASSIFICAÇÃO DE ESTRATO SOCIOECONÔMICO

I.8.1 ENTR. DIGA: Para encerrar, gostaríamos de saber um pouco mais de sua vida social, sua família e sua casa.

8.1 A Sra. realiza algum trabalho remunerado?

[1] SIM [2] NÃO

8.2 A Sra. tem algum outro rendimento?

[1] SIM [2] NÃO
PASSE A 8.4

8.3 Qual(ais) são essas fontes de rendimento?

[1] BOLSA FAMÍLIA [2] APOSENTADORIA
[3] PENSÃO [4] OUTRA. Qual? _____

8.4 Qual é a sua renda mensal, em Reais?

R\$ _____ [6] NENHUMA [8] NÃO SABE [9] RECUSA

8.5 Qual é a renda mensal da sua família, em Reais, incluindo a da senhora?

R\$ _____ [6] NENHUMA [8] NÃO SABE [9] RECUSA

8.6 Quantas pessoas, incluindo a senhora, moram na sua casa? ____|____| PESSOAS

8.7 Quem é o chefe-de-família na sua casa?

[1] A PRÓPRIA ENTREVISTADA
[2] OUTRA PESSOA. QUEM? _____

I.8.2 ENTR.: FAÇA AS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 E ASSINALE AS RESPOSTAS OBTIDAS, PORÉM SÓ PREENCHA O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 APÓS TERMINAR A ENTREVISTA, BEM COMO AS INSTRUÇÕES I.8.4 e I.8.5.

8.8 Qual o último ano de escola que _____(VER 8.7 CHEFE-DE-FAMÍLIA) cursou?

[1] ANALFABETO/PRIMÁRIO INCOMPLETO/ATÉ 3ª SÉRIE FUNDAMENTAL 0 pontos

[2] PRIMÁRIO COMPLETO/GINASIAL INCOMPLETO/ATÉ 4ª SÉRIE FUNDAMENTAL.. 1 pontos

[3] GINASIAL COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO/FUNDAMENTAL COMPLETO.... 2 pontos

[4] COLEGIAL COMPLETO/ SUPERIOR INCOMPLETO/ENSINO MÉDIO COMPLETO 4 pontos

[5] SUPERIOR COMPLETO..... 8 pontos

TOTAL DE PONTOS = _____

8.9 Quantos _____ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em sua casa?

Item	QUANTIDADE DE ITENS					PONTOS
	Nenhum	1	2	3	4 ou mais	
a) Televisão em cores	0	1	2	3	4	_____
b) Rádio	0	1	2	3	4	_____
c) Banheiro	0	4	5	6	7	_____
d) Automóvel	0	4	7	9	9	_____
e) Empregada mensalista	0	3	4	4	4	_____
g) Máquina de lavar roupas	0	2	2	2	2	_____
h) Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	_____
i) Geladeira	0	4	4	4	4	_____

j) Freezer (aparelho

independente ou parte da	0	2	2	2	2
geladeira duplex)					

TOTAL DE PONTOS = _____

I.8.4. ENTR.: VERIFIQUE SE ANOTOU AS RESPOSTAS NAS PERGUNTAS 8.8 E 8.9, FAÇA A REVISÃO DO QUESTIONÁRIO AINDA NA PRESENÇA DA ENTREVISTADA. ENTÃO **ENCERRE A ENTREVISTA**. DEPOIS SOME O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 E SIGA COM AS INSTRUÇÕES I.8.4 E I.8.5.

I.8.4. ENTR.: SOME O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9.

TOTAL GERAL DE PONTOS = ____ + ____ = _____ PONTOS

I.8.5. ENTR.: UTILIZANDO O TOTAL DE PONTOS DA I.8.3, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|
| [1] A1 (42 – 46 PONTOS) | [4] B2 (23 – 28 PONTOS) | [6] D (8 – 13 PONTOS) |
| [2] A2 (35 – 41 PONTOS) | [5] C1 (18 – 22 PONTOS) | [8] E (0 – 7 PONTOS) |
| [3] B1 (29 – 34 PONTOS) | [6] C2 (14 – 17 PONTOS) | |

FIM DO QUESTIONÁRIO

[illegible]