



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



## **Terapêutica Hormonal de Substituição –**

### **Percepções e padrões de prescrição**

Estudo comparativo entre especialistas de Medicina Geral

e Familiar e de Ginecologia/Obstetrícia

Ana Sara Leal Machado

---

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Maio de 2010

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde

**Terapêutica Hormonal de Substituição – Percepções e  
padrões de prescrição**

Estudo comparativo entre especialistas de Medicina Geral e  
Familiar e de Ginecologia/Obstetrícia

Por

Ana Sara Leal Machado

Orientação de

Professor Doutor José Manuel Lage Campelo Calheiros

---

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Maio de 2010

*À minha família*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Professor Doutor José Calheiros pela orientação, incentivo, disponibilidade e apoio para o desenvolvimento desta investigação que desde o primeiro momento demonstrou.*

*Ao Professor Doutor José Moutinho pela disponibilidade e cooperação e pela possibilidade de aplicar os questionários no XI Congresso Português de Ginecologia.*

*Ao Doutor João Sequeira Carlos, presidente da APMCG, pela disponibilidade e possibilidade de aplicar os questionários no XIV Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar.*

*À Doutora Sofia Almeida pelo apoio na análise estatística.*

*Ao Sérgio pelo apoio e paciência incansáveis!*

*A todos os médicos que gentilmente colaboraram no preenchimento deste questionário e tornaram este trabalho possível.*

## **RESUMO:**

**Introdução:** Na menopausa a síntese ovariana de estrogénios e progesterona diminui, o que pode originar uma variedade de sintomas e alterações que podem influenciar a qualidade de vida da mulher. Das terapêuticas disponíveis a terapêutica hormonal de substituição (THS) constitui a mais utilizada para aliviar os sintomas e consequências que a menopausa acarreta. A decisão em iniciar a THS é complexa: os riscos e benefícios devem ser ponderados bem como o seu impacto na qualidade de vida.

**Objectivo:** Analisar as percepções e padrões de prescrição dos especialistas de medicina geral e familiar (MGF) e de ginecologia/obstetrícia (G/O).

**Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo de carácter observacional transversal. Para o efeito foram administrados questionários de auto-preenchimento aos médicos especialistas de ginecologia/obstetrícia e de medicina geral e familiar, presentes no “XI Congresso Português de Ginecologia” e no “XIV Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar”, respectivamente.

**Resultados:** Participaram no estudo 326 médicos, 18,1% especialistas de ginecologia/obstetrícia e 81,9% especialistas de medicina geral e familiar. Da amostra 43,7% dos especialistas licenciaram-se entre 2005-2008. 97,3% dos especialistas de MGF e 98,3% dos especialistas de G/O consideram que a menopausa afecta a qualidade de vida da mulher. 71,2% dos especialistas de MGF e 57,6% dos especialistas de G/O consideram que a THS se deve realizar apenas em mulheres com sintomatologia embora também considerem que poderá ser utilizada na prevenção de outras patologias, principalmente da osteoporose. 71% dos especialistas de MGF e

98,3% dos especialistas de G/O referem prescrever THS na sua prática clínica diária, sendo que os primeiros preferem utilizar a forma oral e os segundos a forma transdérmica. 100% dos especialistas de MGF e 93,3% dos especialistas de G/O consideram que a qualidade de vida da mulher pós-menopáusicas melhorou com a THS.

**Discussão e conclusão:** A maioria dos participantes deste estudo revela conhecimentos adequados acerca dos sintomas, alterações e impacto na qualidade de vida da mulher pós-menopáusicas e também em relação à utilização e riscos-benefícios da THS. Não obstante foi possível evidenciar ainda algumas discrepâncias entre as especialidades, principalmente na prescrição da THS. Este facto poderá estar relacionado com a escassa existência de protocolos e normas/guidelines que permitam aos especialistas uniformizar os seus conhecimentos, estratégias de intervenção e formas de prescrição da THS na menopausa.

**Palavras-chave:** THS, terapêutica hormonal de substituição, menopausa, mulheres pós-menopáusicas, riscos, benefícios, sintomas da menopausa.

**ABSTRACT:**

**Introduction:** At menopause the ovarian synthesis of estrogen and progesterone decreases, leading to a variety of symptoms and physiological changes that according to its intensity may influence women's quality of life. Among available therapies, hormone replacement therapy (HRT) is the most widely used to relieve its symptoms and consequences. The decision to start HRT is complex: benefits must be weighed against risks and their impact on quality of life.

**Objectives:** To analyze the perceptions and prescribing patterns of "general and family medicine" (GFM) and "gynecology/obstetrics" (G/O) specialists.

**Materials and Methods:** A cross-sectional observational study was conducted. A self-administered questionnaire was distributed to "gynecology/obstetrics" and "general and family medicine" specialists attending the "XI Portuguese Congress of Gynecology" and the "XIV National Congress of General and Family Medicine", respectively.

**Results:** 326 physicians participated in the study – 18,1% G/O specialists and 81,9% GFM specialists. 43,7% specialists are recent graduates (2005-2008). 97,3% GFM specialists and 98,3% G/O specialists admitted that menopause severely affects the quality of life of women. 71,2% GFM specialists and 57,6% G/O specialists felt that HRT should be used only in women with symptoms although they also consider that can be used to prevent others diseases, mainly osteoporosis. 71% GFM specialists and 98,3% G/O specialists prescribe HRT in their daily clinical practice, the former prefer to use the oral form and the second the transdermal form. 100% GFM specialists and 93,3%

G/O specialists consider that the quality of life of post-menopausal women improved with HRT.

**Discussion and conclusion:** The study participants demonstrated having appropriate knowledge about symptoms, physiological changes and the impact on quality of life of postmenopausal women as well as of HRT recommendations and risks-benefits. Nevertheless we have identified some discrepancies between the specialties, particularly on what concerns HRT prescription. This may be explained by the limited availability of protocols and standards/guidelines that allow experts to standardize their knowledge, intervention strategies and prescribing patterns of HRT.

**Key-words:** HRT, hormone replacement therapy, menopause, postmenopausal women, risks, benefits, menopausal symptoms.

## **ÍNDICE:**

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xv
1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO.....	1
1.1. Terapêutica.....	1
1.2. Riscos e benefícios.....	2
1.2.1. Osteoporose.....	4
1.2.2. Alterações cognitivas.....	5
1.2.3. Cancro cólon rectal.....	6
1.2.4. Cancro da mama.....	6
1.2.5. Sistema cardiovascular.....	7
1.2.6. Doença tromboembólica.....	8
1.3. A THS na prática clínica.....	9

2. FINALIDADE.....	11
3. OBJECTIVOS.....	11
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4.1. Tipo de Estudo.....	13
4.2. População em estudo.....	13
4.3. Método de aplicação dos questionários.....	14
4.4. Questionário.....	14
4.5. Análise Estatística.....	15
5. RESULTADOS.....	16
5.1. SECÇÃO I: Análise Descritiva.....	16
5.1.1. Características gerais.....	16
5.1.2. Resultados relativos aos médicos de medicina geral e familiar.....	19
5.1.3. Resultados relativos aos médicos de ginecologia e obstetrícia.....	27
5.2. SECÇÃO II: Inferência estatística.....	35
6. DISCUSSÃO.....	42
7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	50

8. REFERÊNCIAS.....	53
9. BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	60

## ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico-1: Caracterização da amostra por especialidade e faculdade de medicina em que se licenciaram.....	18
Gráfico-2: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre a influência da menopausa na qualidade de vida da mulher.....	19
Gráfico-3: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre quais os sintomas frequentes na menopausa.....	20
Gráfico-4: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados em que aspectos consideram que a menopausa afecta a vida diária da mulher.....	21
Gráfico-5: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS.....	22
Gráfico-6: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia.....	22
Gráfico-7: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que a THS também deve ser especificamente usada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério.....	23
Gráfico-8: Respostas dos especialistas de MGF em relação a quais as patologias consideram que a THS deverá ser também utilizada.....	23
Gráfico-9: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se na sua prática clínica diária prescrevem THS.....	24

Gráfico-10: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre qual a forma de administração de THS que preferem utilizar.....	24
Gráfico-11: Resposta dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida.....	25
Gráfico-12: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre quais os aspectos que consideram que a mulher beneficiou com a THS.....	26
Gráfico-13: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados por quanto tempo recomendam a THS.....	26
Gráfico-14: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre a influência da menopausa na qualidade de vida da mulher.....	27
Gráfico-15: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre quais os sintomas frequentes na menopausa.....	28
Gráfico-16: Resposta dos especialistas G/O quando questionados em que aspectos consideram que a menopausa afecta a vida diária da mulher.....	29
Gráfico-17: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS.....	30
Gráfico-18: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia.....	30

Gráfico-19: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que a THS também deve ser especificamente usada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério.....	31
Gráfico-20: Respostas dos especialistas de G/O em relação a quais as patologias consideram que a THS deverá também ser utilizada.....	31
Gráfico-21 : Respostas dos especialistas de G/O quando questionado se na sua prática clínica diária prescrevem THS.....	32
Gráfico-22: Respostas dos especialistas de G/O quando questionado sobre qual a forma de administração de THS que preferem utilizar.....	33
Gráfico-23: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida.....	33
Gráfico-24: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre quais os aspectos que consideram que a mulher beneficiou com a THS.....	34
Gráfico-25: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados por quanto tempo recomendam a THS.....	34

## ÍNDICE DE TABELAS:

Tabela 1: Caracterização demográfica da amostra em estudo por sexo e especialidade.....	17
Tabela-2: Caracterização da amostra por ano de licenciatura e especialidade.....	17
Tabela-3: Comparação entre especialidades das respostas dadas à questão: “Considera que a qualidade de vida da mulher é afectada pela menopausa?” .....	36
Tabela-4: Comparação entre especialidades das respostas dadas à questão: “Considera os seguintes aspectos frequentes na menopausa?” .....	36
Tabela-5: Comparação entre especialidades das respostas dadas à questão: “Considera que a menopausa afecta a vida diária da mulher nos seguintes aspectos?” .....	37
Tabela-6: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Considera que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS?” .....	38
Tabela-7: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Considera que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia?” .....	38
Tabela-8: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Considera que a THS também deve ser especificamente utilizada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério?” .....	38
Tabela-9: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Se respondeu sim em qual ou quais das situações?” .....	39

Tabela-10: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Na sua prática clínica diária, prescreve THS?” .....	39
Tabela-11: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Qual a forma de administração que prefere utilizar?” .....	40
Tabela-12: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Em média por quanto tempo recomenda/prescreve a THS?” .....	40
Tabela-13: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Quais os aspectos em que considera terem beneficiado?” .....	41
Tabela-14: Comparação entre este estudo e o estudo de Birkhäuser e Reinecke. ....	43

**LISTA DE ABREVIATURAS:**

**THS** – *Terapêutica Hormonal de Substituição*

**NAMS** – *North American Menopause Society*

**EMAS** – *European Menopause and Andropause Society*

**EEC** – *Estrogénios Equinos Conjugados*

**DCV** – *Doença Cardiovascular*

**WHI** – *Women’s Health Initiative*

**NHS** – *Nurses Health Study*

**TEV** – *Tromboembolismo Venoso*

**HERS** – *Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*

**MGF** – *Medicina Geral e Familiar*

**G/O** – *Ginecologia e Obstetrícia*

**INFARMED** - *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde*

## **1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO:**

O ciclo reprodutivo da mulher é regulado através da produção de hormonas, estrogénios e progesterona, pelos ovários. Quando a mulher atinge a menopausa, e nos doze meses que a precedem, a síntese ovariana diminui e os níveis de estrogénio e progesterona também. (1) Esta diminuição hormonal pode originar uma variedade de sintomas cuja severidade e intensidade também variam.

A terapêutica hormonal de substituição (THS) constitui, actualmente, o tratamento mais utilizado para aliviar os sintomas e as consequências que a ausência de estrogénios provoca. (2) Esta mesma terapêutica tem sido utilizada na prevenção de patologias que acompanham a menopausa. (3)

A decisão é complexa: os benefícios e riscos da THS têm de ser ponderados e o impacto na qualidade de vida estudado na decisão do médico e da paciente em iniciar e manter esta terapêutica.

### **1.1. Terapêutica:**

A THS consiste na administração de estrogénios e progestagénios sintéticos. (1)

Existem várias formulações disponíveis de THS: com estrogénios isolados, com estrogénios combinados com progestagénios, com gonadomiméticos (como a tibolona que combina propriedades progestagénicas e estrogénicas com uma actividade androgénica fraca) (4) e moduladores dos receptores selectivos de estrogénios. A THS

pode ser prescrita segundo um esquema contínuo (diário ou sequencial) ou em esquema cíclico. Pode ser administrada sob a forma de terapêutica local (cremes, anéis e óvulos) ou sob a forma de terapêutica sistémica (comprimidos orais, sistemas transdérmicos, géis ou implantes).

Hulley e Grady (5) recomendam que esta terapêutica deve ser efectuada na menor dose e pelo mínimo de tempo possível. Por outro lado, as guidelines da “*North American Menopause Society*” (NAMS) (3) recomendam o início da THS para o tratamento de sintomas relacionados com a menopausa o mais precocemente possível após o início desta.

Os sistemas transdérmicos quando comparados com a terapia oral, são igualmente eficazes, e podem oferecer vantagens como evitar o metabolismo de primeira passagem pelo fígado, excluindo a necessidade de doses elevadas e evitando o impacto negativo da terapêutica sob o metabolismo lipídico. (6)

## **1.2. Riscos e benefícios:**

A utilização da THS para o alívio dos sintomas e consequências que a deficiência de estrogénios provoca após a menopausa, desde há muito se encontra estabelecida como uma opção efectiva para as mulheres. (2) A principal indicação da THS tem sido o alívio dos sintomas vasomotores, moderados a severos. (3) Mais de 60% de mulheres, na menopausa, apresentam sintomas vasomotores, provocados pela diminuição de estrogénios a nível hipotalâmico, como os suores, afrontamentos e palpitações. (1) Outros sintomas comuns ao longo da menopausa incluem os sintomas urogenitais

(frequência e urgência urinária, dispareunia, prurido e secreção vaginal) e sintomas neurológicos (alterações de humor, depressão, insónia e ansiedade). (1)

Outros efeitos desta terapêutica incluem a prevenção de algumas patologias associadas com a menopausa (3) (as quais iremos abordar mais adiante).

Estudos recentes sugerem que os benefícios da THS poderão ser mantidos com baixas doses, minimizando riscos e possíveis reacções adversas. (7) A relação risco-benefício da THS para mulheres na menopausa é favorável no início da menopausa mas diminui com a idade e com o tempo que decorre sem tratamento após o início da menopausa. (3)

O “*European Menopause and Andropause Society*” (EMAS) (2) recomenda que se proceda a uma avaliação dos riscos, benefícios, do impacto na qualidade de vida e da melhoria dos sintomas, e também ao aconselhamento ao nível dos estilos de vida quando se pondera realizar THS. Estas recomendações deverão fazer parte dos objectivos de tratamento individualizados para cada mulher. (8)

Na secção que se segue serão apresentados, sumariamente, os conhecimentos disponíveis sobre algumas das patologias que têm sido relacionadas, com maior frequência, com a menopausa e a THS, designadamente a osteoporose, as alterações cognitivas, o cancro cólon rectal, o cancro da mama, a doença cardiovascular e a doença tromboembólica.

### **1.2.1. Osteoporose:**

O risco de densidade mineral óssea reduzida e de fracturas osteoporóticas são preocupações major nas mulheres pós-menopáusicas (6), estando associadas a uma morbilidade e mortalidade substancial. (9) A deficiência de estrogénios é o factor chave na patogénese da osteoporose na menopausa, sendo o seu efeito dose-dependente. (10)

Das alternativas existentes, para a terapêutica da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas, a THS tem sido considerada como “gold standard” para a prevenção de fracturas osteoporóticas nestas mulheres. (10)

Se iniciada nos primeiros cinco anos após o início da menopausa, ou em mulheres com menopausa precoce, a THS diminui a perda de massa óssea e a incidência de fracturas ósseas, sendo recomendada quer na prevenção quer, em certas situações, no tratamento, quando outras terapias não são efectivas. Contudo quando se interrompe o tratamento a protecção que é conferida poderá deixar de se verificar. (1-3)

Para Wilkinson e colaboradores (11) existem evidências sólidas que baixas doses de estrogénios (EEC 0.3 mg/dia, estradiol 0.5 mg/dia, 0.025-0.05 mg 17βestradiol), quer sob terapêutica oral quer sob a forma de sistemas transdérmicos, mantêm a densidade mineral óssea de forma igualmente eficaz quando comparados com doses mais elevadas.

### **1.2.2. Alterações cognitivas:**

O aumento da idade é o factor de risco mais importante na demência. Este facto parece estar relacionado com a diminuição de factores de crescimento neuronal e nos quais os estrogénios se incluem. (1)

Em teoria a THS deveria ajudar a prevenir e tratar a demência bem como as alterações associadas. (1) No entanto, e apesar de vários estudos sugerirem diferentes efeitos da THS sobre o domínio cognitivo e mental, não existe ainda um consenso em relação a este tema:

A “*North American Menopause Society*” (NAMS) (3,8) refere que a THS parece apresentar efeitos positivos nas alterações de comportamento e humor, no entanto, esta não deverá ser recomendada em qualquer idade como indicação primária na prevenção e tratamento de alterações cognitivas ou mentais, desaconselhando o seu uso após os 65 anos, já que esta terapia parece contribuir para aumentar o risco de desenvolver demência.

Zandi e colaboradores (12) defendem que a utilização prévia de THS parece associar-se com um risco reduzido de Alzheimer, embora os benefícios pareçam existir apenas quando o tratamento é superior a 10 anos de duração.

Há evidências que apesar da maior parte dos domínios cognitivos não serem afectados pela THS, alguns aspectos específicos da memória poderão sofrer diferentes efeitos ao longo do tempo com a THS. (13)

### **1.2.3. Cancro cólon rectal:**

Estudos (14-18) sugerem benefícios da THS na diminuição do risco de cancro cólon rectal e reforçam a existência de uma relação inversa entre a duração da utilização da THS e o risco de cancro cólon rectal.

Chlebowski e colaboradores (15) concluíram que o uso combinado de estrogénios e progesterona está associado a uma diminuição do risco de cancro cólon rectal.

Nos anos 80 McMichael e Potter (19) formularam a hipótese na qual as hormonas sexuais femininas desempenhariam um papel protector em relação ao cancro cólon rectal, através da modificação do metabolismo hepático do colesterol e da redução da secreção de ácidos biliares para o cólon.

Não existem evidências que diferentes vias de administração desta terapêutica exerçam efeitos diferentes sobre o risco de cancro cólon rectal. (16)

A “*American Cancer Society*” (20) defende que apesar dos benefícios aparentes esta terapêutica não é recomendada actualmente para a prevenção (isolada) do cancro cólon rectal devido aos riscos que a THS poderá acarretar.

### **1.2.4. Cancro da mama:**

A “*European Menopause and Andropause Society*” (EMAS) (2) refere que o risco de cancro da mama aumenta de acordo com a duração da THS e é superior com terapêutica combinada (estrogénios-progesterona) do que com estrogénios apenas.

Li C. e seus colaboradores (21) concluíram que o uso de terapia combinada estava associado a um aumento do risco de cancro da mama, particularmente tumores lobulares invasivos, quer a componente de progestagénio fosse adicionada sequencialmente ou de forma contínua. Eugenia Calle em 2009 (22) relatou nos seus estudos um período aparentemente seguro, durante os primeiros dois anos de THS, com estrogénios isolados ou com combinação de estrogéneos-progesterona, no qual não existiria um risco aumentado de cancro da mama. Os mesmos estudos revelaram uma diminuição marcada deste risco dois anos após o fim da utilização da THS. (22)

Colaboradores no estudo WHI, sugerem que este período aparentemente seguro poderá tratar-se de um artefacto, pois o crescimento do tecido glandular mamário poderá encobrir o desenvolvimento de cancro da mama nas mulheres que realizam THS, podendo apresentar-se em estágio mais avançado quando detectado. (22)

Corrão G. e colaboradores (16) evidenciaram um aumento do risco de cancro da mama independentemente do tipo de via de administração de THS utilizada - terapêutica oral ou transdérmica, embora admitam que a esta relação seja um pouco superior com a terapêutica oral.

#### **1.2.5. Sistema cardiovascular:**

Logo após a menopausa o risco de doença cardiovascular (DCV) aumenta rapidamente e, em qualquer altura, as mulheres pós-menopáusicas apresentam uma incidência significativamente superior de DCV. (23-24)

Harman SM (23) sugere que os estrogénios reduzem o risco DCV entre 40% e 50%. O estudo “*Women’s Health Initiative*” (WHI) (17) evidenciou uma tendência na redução de risco DCV quando a THS é iniciada logo após a menopausa, comparativamente a quando iniciada mais tarde.

Nas mulheres entre os 50 e os 59 anos de idade a THS parece constituir “uma janela de oportunidade” na diminuição do risco cardiovascular, enquanto após os 70 anos de idade, ou se iniciada 20 anos após o início da menopausa, o risco global de DCV está significativamente aumentado. (2,5)

Num outro estudo, o “*Nurses Health Study*” (NHS), observou-se um risco aumentado de DCV, com EEC em doses elevadas, de 44% para o enfarte agudo do miocárdio, no entanto este risco desaparecia quando administrado THS em baixas doses (EEC 0,3mg). (23)

Com base na falta de evidências que demonstrem que os benefícios compensam os riscos, em mulheres pós-menopáusicas com DCV estabelecida, (5) não é recomendável iniciar esta terapêutica para a prevenção primária de doença coronária ou para a prevenção primária ou secundária de enfarte agudo do miocárdio. (8) Contudo, em mulheres pós-menopáusicas que já realizem THS poderá ser oportuno continuar esta terapêutica. (5)

#### **1.2.6. Doença tromboembólica:**

Os estrogénios apresentam um conhecido efeito procoagulante. (24)

A THS parece estar associada a um risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV) (5). As mulheres pós-menopáusicas que realizam THS têm o dobro do risco de ter um episódio de TEV comparativamente com as mulheres que não realizam THS, principalmente durante o primeiro ano. (14)

Rosano e colaboradores (24) associam o índice de massa corporal, a existência de diabetes, a existência de insuficiência venosa, mutações protrombóticas e a presença de hábitos tabágicos como principais factores de risco de tromboembolismo profundo nas mulheres que realizam THS.

O risco de tromboembolismo venoso também parece ser superior com terapia oral, em relação às que realizam sistemas transdérmicos, o que também contribui para o risco de DCV. (25)

### **1.3. A THS na prática clínica**

Maior parte dos clínicos que se preocupam com a menopausa das suas pacientes está familiarizada com os riscos e benefícios da utilização da THS. (26) No entanto os riscos são uma preocupação major para as mulheres que não aceitam a THS, o que também influencia os hábitos de prescrição dos clínicos. (27)

Estudos demonstraram o impacto significativo do estudo WHI na percepção e aceitação por parte dos médicos em relação à THS. (28-29)

Muitos médicos permanecem incertos quanto à prescrição desta terapêutica no início da menopausa, colocando a decisão na mão das suas pacientes. (29-30)

Antes dos resultados dos estudos “*Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*” (HERS) e do WHI cerca de 42% das mulheres entre os 50-74 anos realizavam THS, mas após a sua publicação, em 2002, a exposição a esta terapêutica diminuiu para 28% em mulheres da mesma idade. (29) O maior declínio verificou-se com preparações de estrogénios ou estrogénios e progestagénios orais, enquanto as preparações transdérmicas e intravaginais permaneceram estáveis. (29)

Em 2008 Birkhäuser e Reinecke (30) no seu estudo sobre as tendências actuais na THS revelaram que 96% dos especialistas confiam na THS e que a prescreveriam aos seus pacientes, amigos, familiares, e a eles próprios (se do sexo feminino), acrescentando ainda que 78% dos especialistas sentiram que a cobertura negativa da comunicação social em relação à THS foi injustificada.

Williams e seus colaboradores num estudo realizado na Flórida em 2005 (31), sobre os conhecimentos de riscos e benefícios da THS por especialistas, demonstraram que os especialistas de ginecologia e obstetrícia apresentavam uma visão mais positiva e um conhecimento mais apurado dos riscos e benefícios comparativamente a outros especialistas, mesmo após os resultados do WHI, salientando também que de uma maneira geral os especialistas sobrestimaram os riscos atribuíveis à THS.

Num outro estudo os especialistas de medicina geral e familiar afirmaram que desde os resultados do WHI passaram mais tempo a discutir os riscos e benefícios da THS com as suas pacientes antes de a recomendar. (29)

É evidente que ainda existem muitas incertezas acerca da melhor maneira de tratar os sintomas da menopausa. Por um lado a falta de protocolos e recomendações

práticas e por outro, a ambiguidade persistente em relação a quais as possíveis candidatas a realizar THS. (29)

O balanço dos riscos e benefícios é especialmente importante quando se consideram intervenções preventivas, como esta, em indivíduos saudáveis, nos quais existe uma especial obrigação de não causar dano. (5)

## **2. FINALIDADE:**

Através deste estudo, pretende-se analisar para Portugal os padrões de prescrição da THS pelos especialistas que mais a prescrevem – de medicina geral e familiar (MGF) e de ginecologia/obstetrícia (G/O) e comparar com os resultados de outros estudos já realizados na Europa e outras regiões.

## **3. OBJECTIVOS**

Para os referidos especialistas (MGF e G/O) pretende-se

- Identificar os conhecimentos teóricos sobre as alterações e sintomas que a menopausa provoca.
- Identificar os conhecimentos teóricos sobre a terapêutica hormonal de substituição.

- Identificar e comparar os padrões de prescrição de THS entre os médicos das duas especialidades.
- Analisar a prática e experiência clínica em relação à THS entre os médicos das duas especialidades.

Considerando os objectivos propostos, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- Hipótese 1: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre as alterações e sintomas frequentes na menopausa e a especialidade.
- Hipótese 2: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre a prescrição da THS e a especialidade.
- Hipótese 3: Existe relação entre a prática clínica e a especialidade.
- Hipótese 4: Existe relação entre os aspectos que consideram que a mulher pós-menopáusia beneficia com a THS e a especialidade.

#### **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

##### **4.1. Tipo de Estudo:**

Este estudo é de carácter observacional transversal e para a sua realização foi aplicado um questionário estruturado, de auto-preenchimento, a médicos especialistas de medicina geral e familiar e a especialistas de ginecologia/obstetrícia. Para tal foi assegurado o anonimato e o carácter voluntário do seu preenchimento.

##### **4.2. População em estudo:**

A população deste estudo inclui todos os médicos especialistas de Ginecologia/Obstetrícia que participaram no “XI Congresso Português de Ginecologia” realizado nos dias 30 de Maio, 1, 2 e 3 de Junho de 2009 em Aveiro e todos os médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar que participaram no “XIV Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar” que decorreu nos dias 8,9 e 10 de Novembro de 2009 em Évora.

Um total de 331 participantes (de ambos os congressos) preencheram o questionário. Foram excluídos 5 questionários sem cabeçalho preenchido dado que impossibilitava a caracterização da especialidade.

Obteve-se uma amostra de 326 médicos constituída por 59 médicos especialistas de Ginecologia/Obstetrícia e por 267 médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar.

No “XI Congresso Português de Ginecologia” o número de participantes previstos foi de 600, tendo sido recolhidos 61 questionários o que dá uma adesão de 10,1%. No “XIV Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar” o número de participantes previstos foi de 350. Foi possível proceder-se à distribuição de 300 questionários, tendo sido devolvidos 270 o que dá uma participação de 90%.

#### **4.3. Método de aplicação dos questionários:**

No que respeita aos médicos especialistas de Ginecologia/Obstetrícia, os questionários foram colocados nas pastas dos participantes e devolvidos ao secretariado do congresso pelos mesmos, após o seu preenchimento.

Aos médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar os inquéritos foram distribuídos pessoalmente aos participantes no início de cada sessão, à entrada dos auditórios, e recolhidos no final da mesma, no mesmo local, ao longo dos três dias de congresso.

#### **4.4. Questionário:**

O questionário apresentava-se estruturado do seguinte modo (ver anexo I):

- Secção 1: Quatro questões iniciais que compunham o cabeçalho (especialidade, sexo, ano licenciatura e universidade em que se licenciou).
- Secção 2: Sete questões sobre os conhecimentos teóricos da THS.
- Secção 3: Cinco questões relativas à prática e experiência clínica na prescrição de THS.

Para a secção 2 utilizou-se a escala de Likert com sete pontos de 1 a 7 (1 - discordo totalmente; 7 - concordo totalmente) e resposta dicotómica (tipo Sim/Não); para a secção 3 utilizou-se também a escala de Likert, resposta dicotómica (tipo Sim/Não) e resposta múltipla.

#### **4.5. Análise Estatística:**

Os dados foram analisados utilizando o programa de tratamento estatístico de dados *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v17*. Procedeu-se à análise estatística descritiva e inferencial. A significância estatística foi testada utilizando o teste do qui-quadrado salvo quando este não preenchia os pressupostos, recorrendo-se ao teste exacto de Fisher e ao teste de qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para um valor de  $p < 0,05$ .

Para verificar a consistência interna do inquérito calculou-se o alpha de Cronbach. O valor obtido - 0,85 - encontra-se no intervalo  $[0,8 - 0,9]$  e como tal considera-se que o questionário apresenta uma consistência interna “boa”.

## **5. RESULTADOS:**

Esta secção do trabalho encontra-se dividida em duas subsecções. Na primeira é feita a análise descritiva, em que é feita uma caracterização global da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados por especialidade - medicina geral e familiar e ginecologia/obstetrícia. Na segunda parte são comparados os dados e realizadas as inferências estatísticas para cada uma das quatro hipóteses anteriormente propostas.

### **5.1. SECÇÃO I: Análise Descritiva**

#### **5.1.1. Características gerais:**

Do total dos 326 médicos incluídos no estudo, 18,1% (n=59) são especialistas de ginecologia/obstetrícia e 81,9% (n=267) são especialistas de medicina geral e familiar. Analisando por sexo, 74% (n=239) são do sexo feminino e 26% (n=84) do sexo masculino. É de salientar a discrepância entre os sexos, especialmente na especialidade de MGF, onde o sexo feminino contribui em mais de metade da população (77,8%) (ver tabela-1).

Na tabela-2 apresenta-se a distribuição por ano de licenciatura os quais variam entre 1952 a 2008. Verifica-se que 43,7% dos médicos que compõem a amostra licenciaram-se entre 2005-2008 (Tabela-2). Existe grande divergência no que respeita à antiguidade da licenciatura, a qual foi concluída entre 2005 e 2008 em 53% MGF enquanto para a especialidade de G/O tal valor é de 1,7%.

No gráfico-1 apresenta-se a distribuição por Faculdade que concede a licenciatura sendo de destacar que 7,3% dos médicos se licenciaram no estrangeiro dos quais a maioria exerce actualmente a especialidade de MGF.

	Especialidade		Total	
	Medicina Geral e Familiar	Ginecologia e Obstetrícia		
Sexo				
	Feminino	207 (77,8%)	32 (56,1%)	239 (74%)
	Masculino	59 (22,2%)	25 (43,9%)	84 (26%)
Total		266 (100,0%)	57 (100,0%)	323 (100,0%)

*Tabela 1: Caracterização demográfica da amostra em estudo por sexo e especialidade.*

	Especialidade		Total
	Medicina Geral e Familiar	Ginecologia e Obstetrícia	
1952-1974	0,4% (1)	27,1% (16)	5,2% (17)
1975-1979	7,5% (20)	20,3% (12)	9,8% (32)
1980-1984	10,2% (27)	20,3% (12)	12% (39)
1985-1989	4,5% (12)	13,6% (8)	6,2% (20)
1990-1994	6,8% (18)	3,4% (2)	6,2% (20)
1995-1999	4,1% (11)	3,4% (2)	4% (13)
2000-2004	13,5% (36)	10,2% (6)	12,9% (42)
2005-2008	53% (141)	1,7% (1)	43,7% (142)
Total	100% (266)	100% (59)	100% (325)

*Tabela-2: Caracterização da amostra por ano de licenciatura e especialidade.*

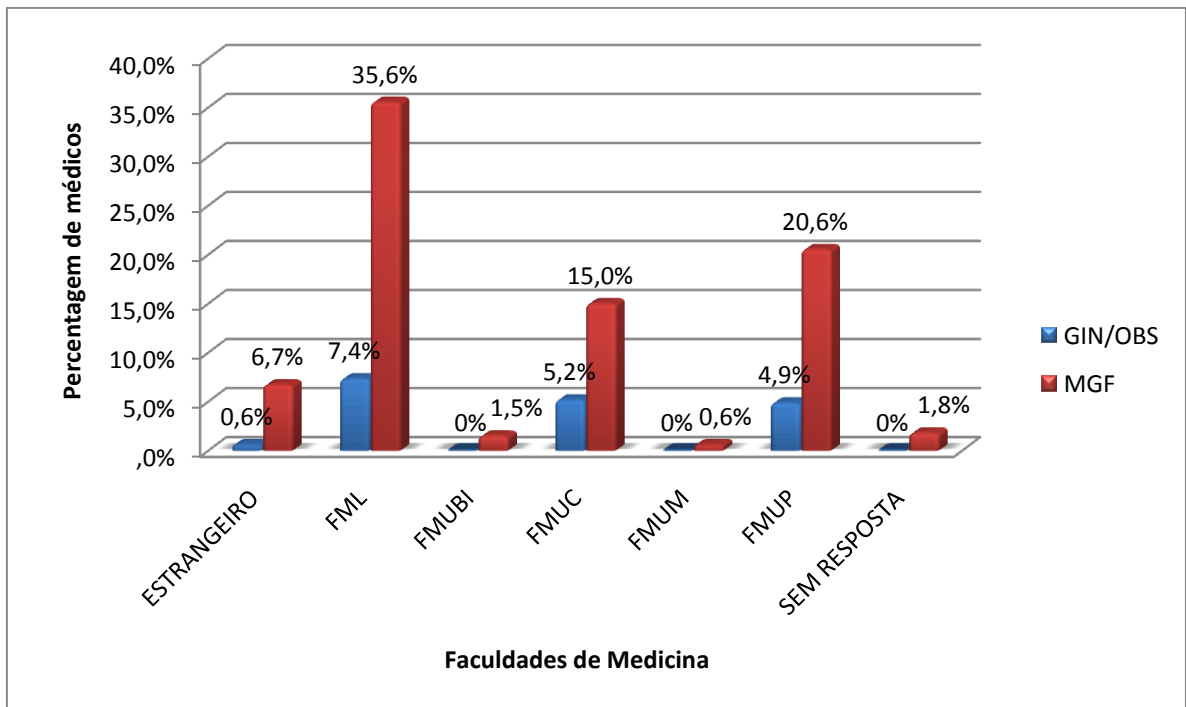
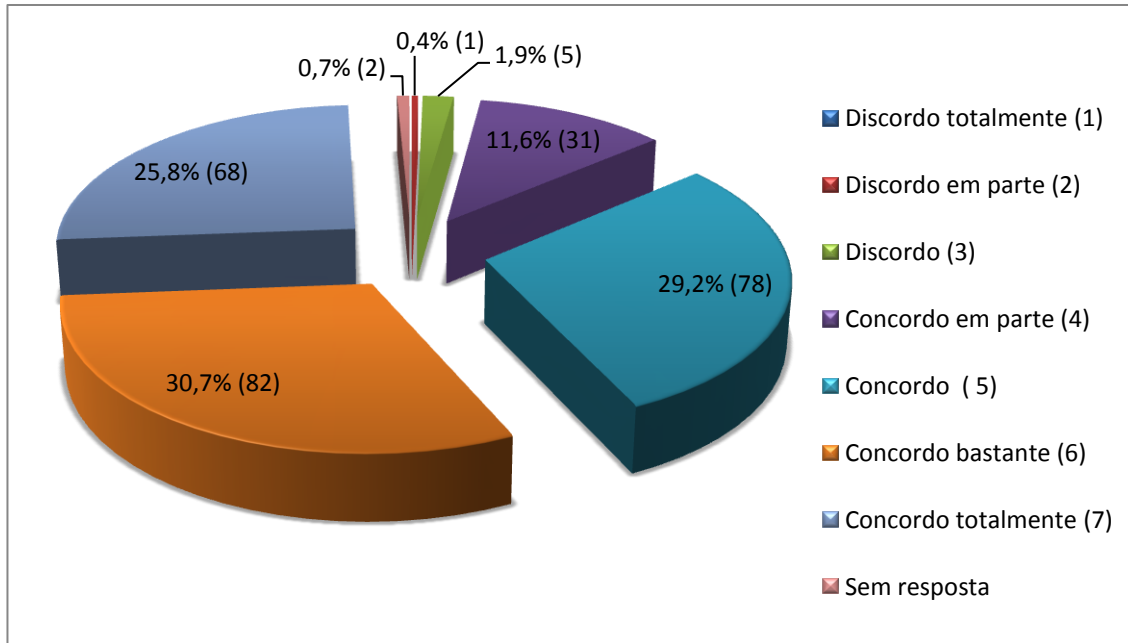


Gráfico-1: Caracterização da amostra por especialidade e faculdade de medicina em que se licenciaram.

FML – Faculdade de Medicina de Lisboa; FMUBI – Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior; FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; FMUM – Faculdade de Medicina da Universidade do Minho; FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; GIN/OBS – ginecologia/obstetrícia; MGF - medicina geral e familiar.

**5.1.2. Resultados relativos aos médicos de medicina geral e familiar:**



*Gráfico-2: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre a influência da menopausa na qualidade de vida da mulher.*

No gráfico-2 verifica-se que de uma maneira geral os especialistas de MGF concordam (97,3%) que a vida da mulher é afectada pela menopausa.

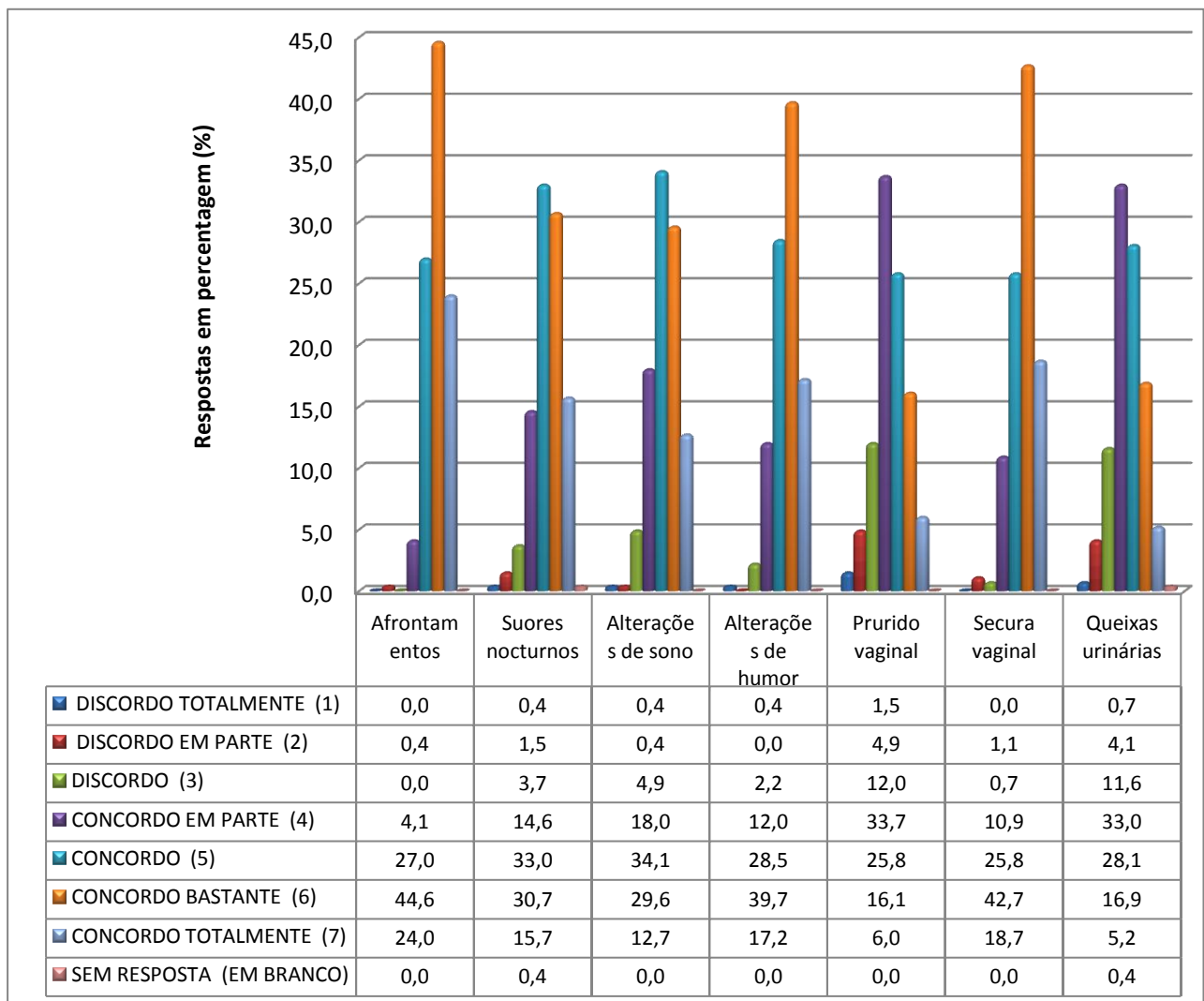
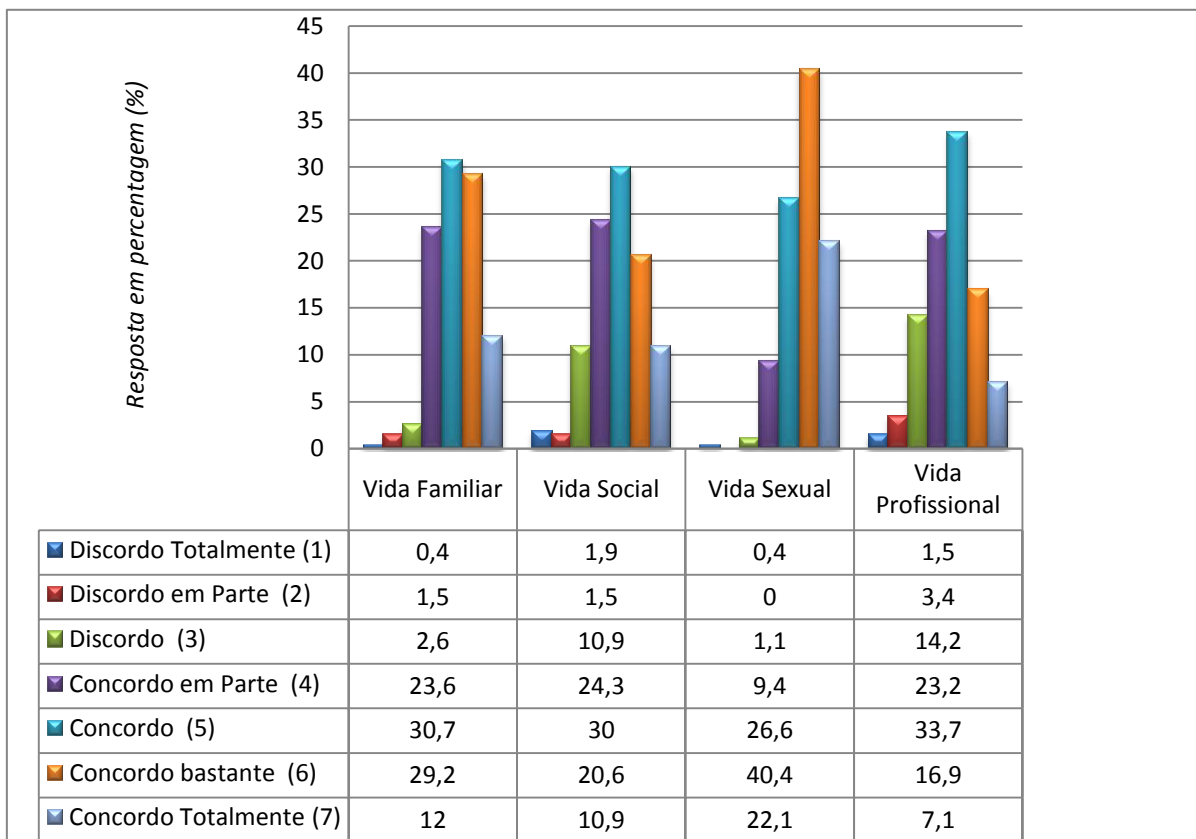


Gráfico-3: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre quais os sintomas frequentes na menopausa.

No gráfico-3 verifica-se que os especialistas de MGF concordam que os afrontamentos (99,7%), a secura vaginal (98,1%) e as alterações de humor (97,4%) são os sintomas mais frequentes, seguidos de sintomas relacionados com o sono como os suores nocturnos (94%) e as alterações de sono (94,4%). Este grau de concordância não se verifica tão acentuadamente para o prurido vaginal e queixas urinárias (33,7% e 33%, respectivamente, “concordam em parte”).



*Gráfico-4: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados em que aspectos consideram que a menopausa afecta a vida diária da mulher.*

Como se observa no gráfico-4, 98,5% dos especialistas de MGF concordam que a vida sexual da mulher é afectada pela menopausa. Em contrapartida 19,1% discordam que a vida profissional da mulher seja afectada pela menopausa.

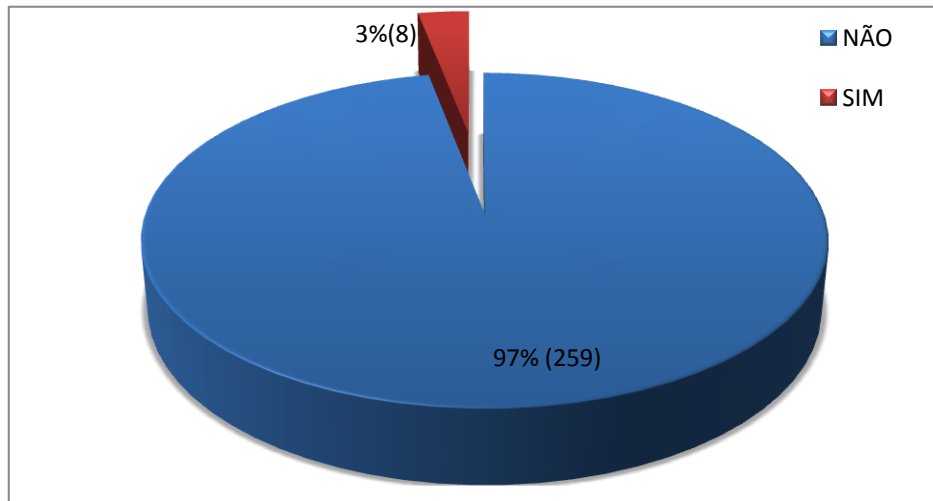


Gráfico-5: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS.

No gráfico-5 observa-se que apenas 3% dos especialistas de MGF consideram que todas as mulheres devem realizar THS na menopausa.

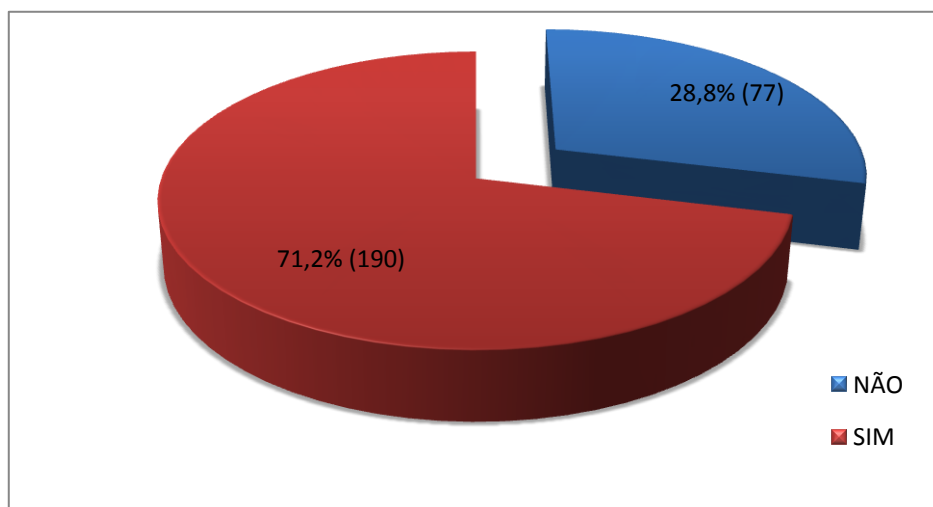


Gráfico-6: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia.

No gráfico-6 observa-se que 71,2% dos especialistas de MGF consideram que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia.

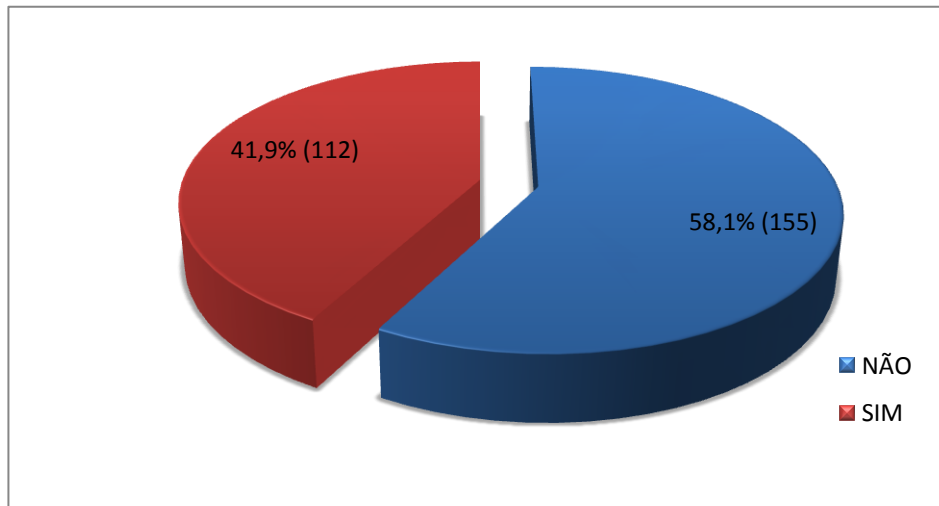


Gráfico-7: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que a THS também deve ser especificamente usada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério.

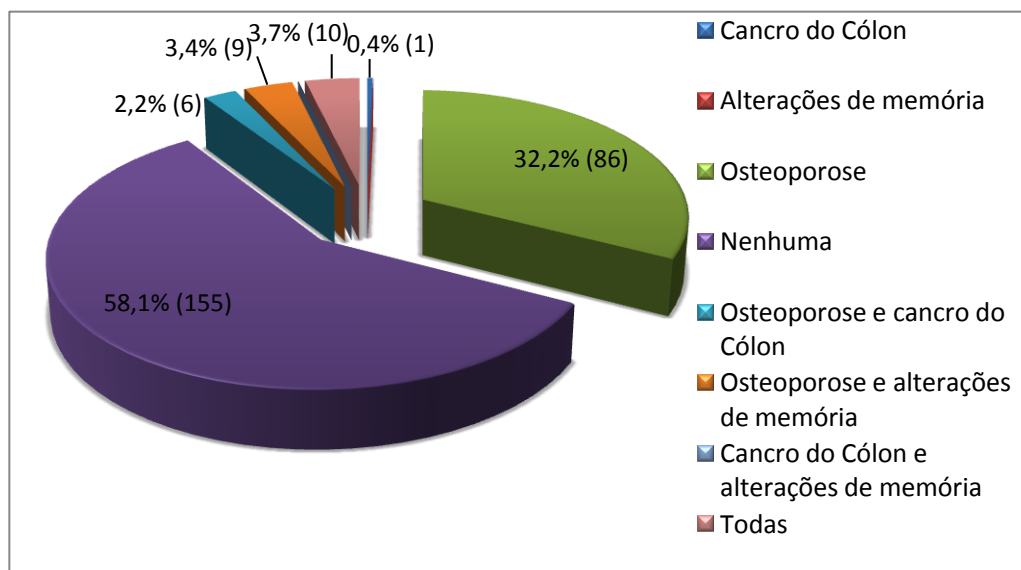


Gráfico-8: Respostas dos especialistas de MGF em relação a quais as patologias consideram que a THS deverá ser também utilizada.

No gráfico-7 verifica-se que 58,1% dos especialistas de MGF consideram que a THS não deverá ser utilizada na prevenção de outras patologias. Por outro lado, no gráfico-8, observa-se que 41,9% dos especialistas de MGF consideram que a THS deve

ser especificamente utilizada na prevenção de outras patologias, principalmente na osteoporose (41,5%).

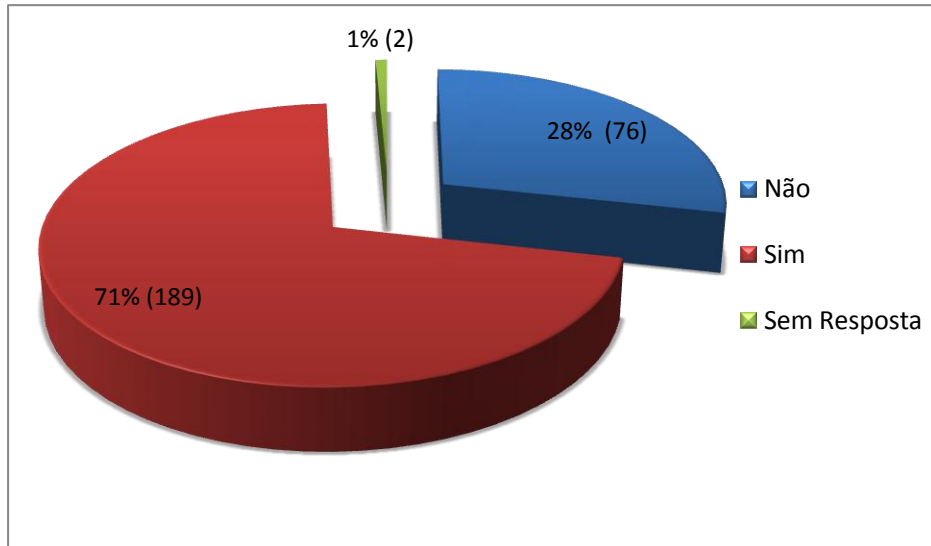


Gráfico-9: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se na sua prática clínica diária prescrevem THS.

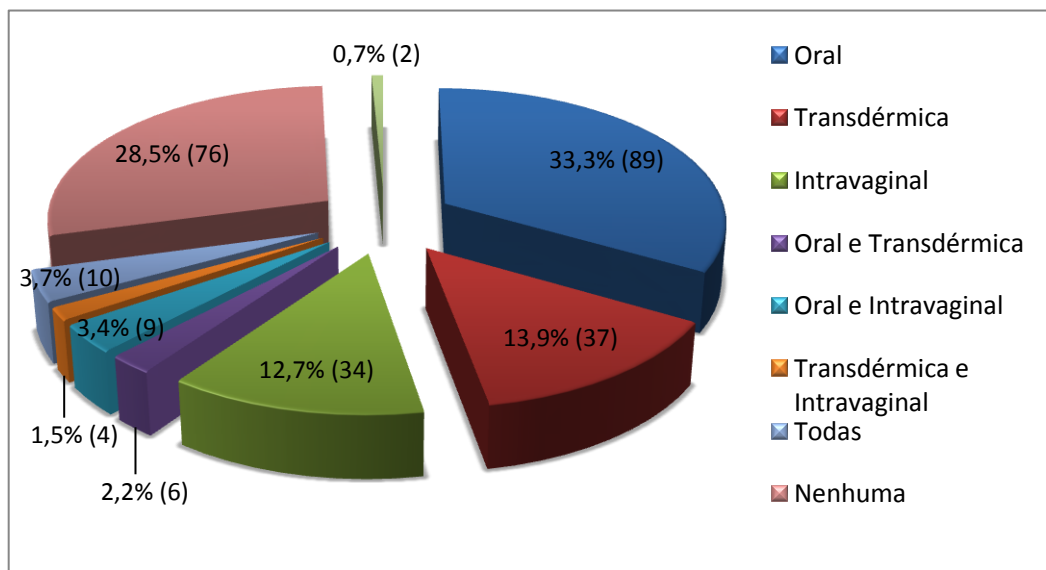
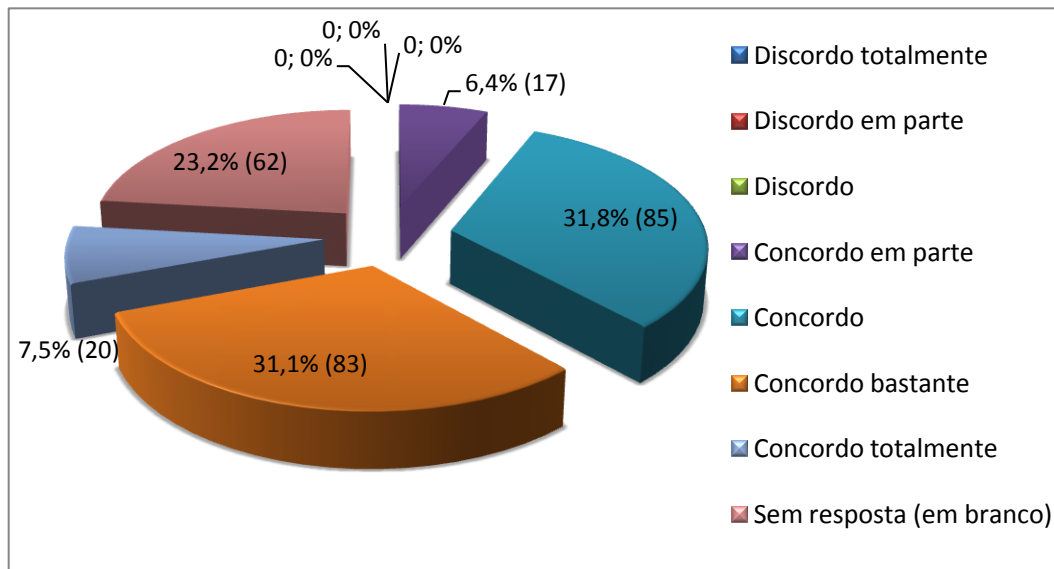


Gráfico-10: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre qual a forma de administração de THS que preferem utilizar.

Como se verifica nos gráficos 9 e 10, 71% dos especialistas de MGF prescrevem THS na sua prática clínica, sendo que grande parte destes especialistas tem preferência

pela terapia oral (33,3%) e apenas 3,7% não demonstra preferência, utilizando todas as formas de prescrição.



*Gráfico-11: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados se consideram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida.*

Como está representado no gráfico-11 todos os especialistas de MGF consideram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida.

Como se pode observar nos gráficos 12 e 13, os especialistas de MGF consideram que as mulheres melhoraram a sua qualidade de vida principalmente ao nível da vida sexual (81,3% concorda) e ao nível de sintomas como os afrontamentos (81,3% concorda) e a secura vaginal (81,6% concorda).

Como se observa no gráfico-13, 56,9% dos especialistas de MGF recomendam a duração da realização da THS por até 5 anos.

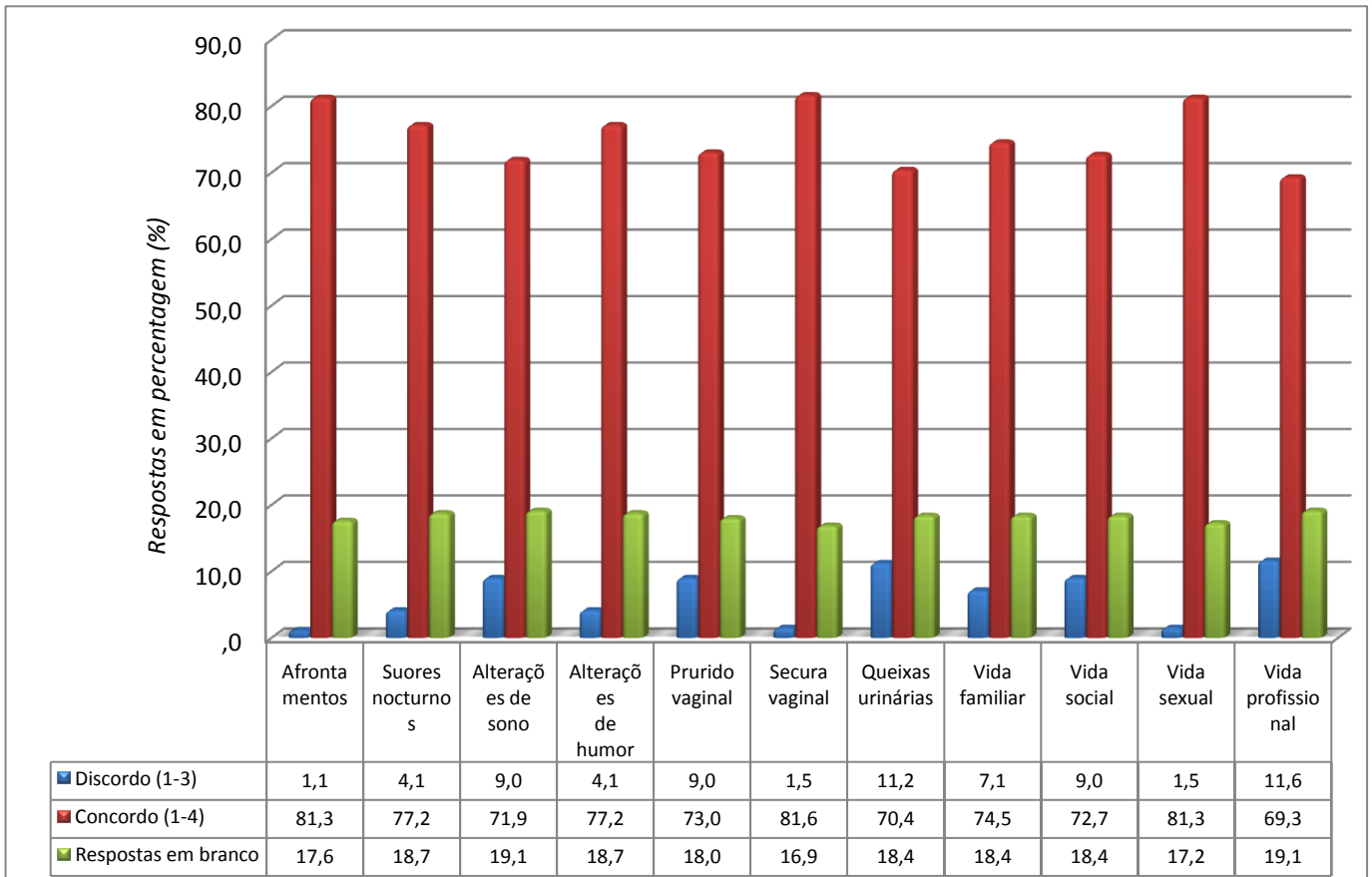


Gráfico-12: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados sobre quais os aspectos que consideram que a mulher beneficiou com a THS.

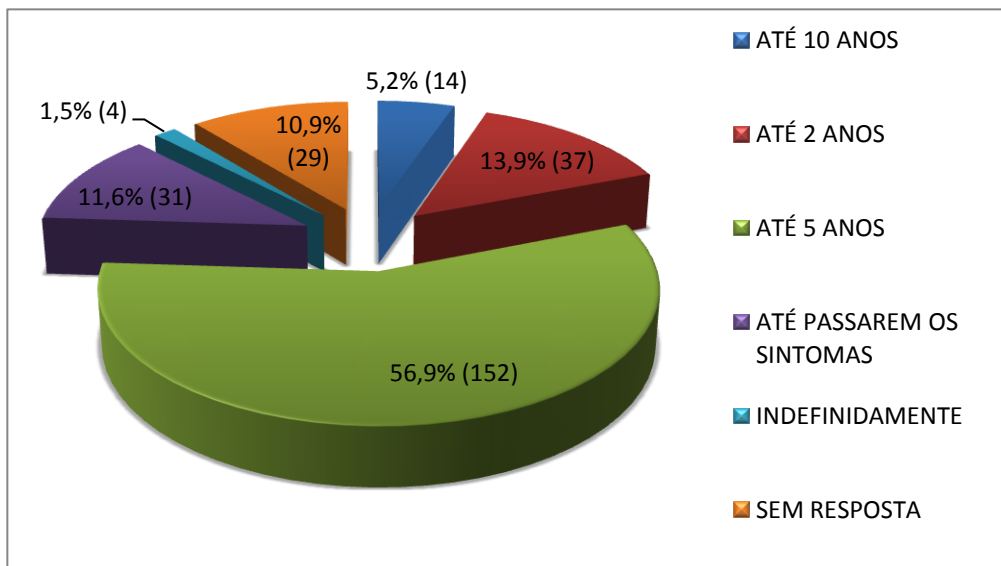


Gráfico-13: Respostas dos especialistas de MGF quando questionados por quanto tempo recomendam a THS.

**5.1.3. Resultados relativos aos médicos de ginecologia/obstetrícia:**

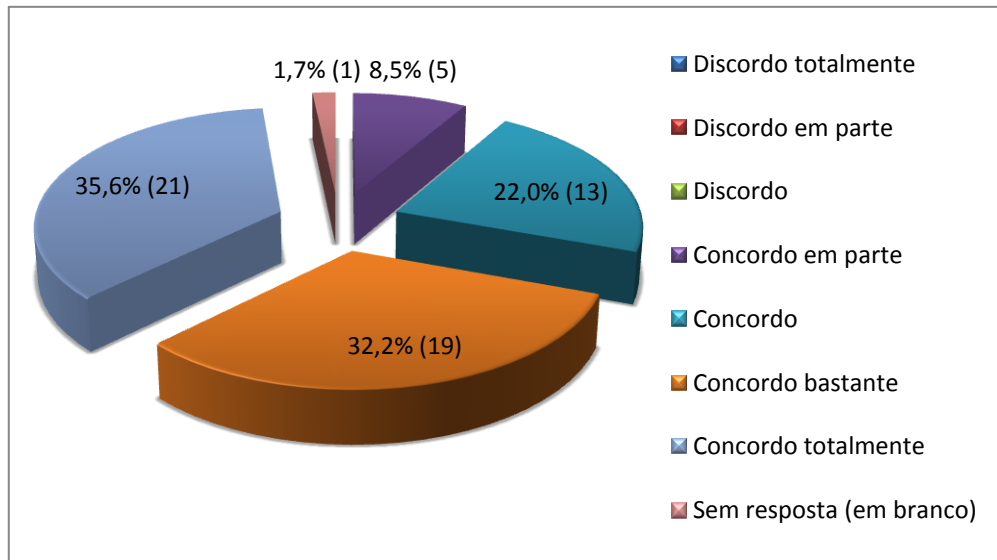


Gráfico-14: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre a influência da menopausa na qualidade de vida da mulher.

No gráfico-14 pode-se observar a elevada percentagem (98,3%) de especialistas de G/O que consideram que a qualidade de vida da mulher é afectada pela menopausa.

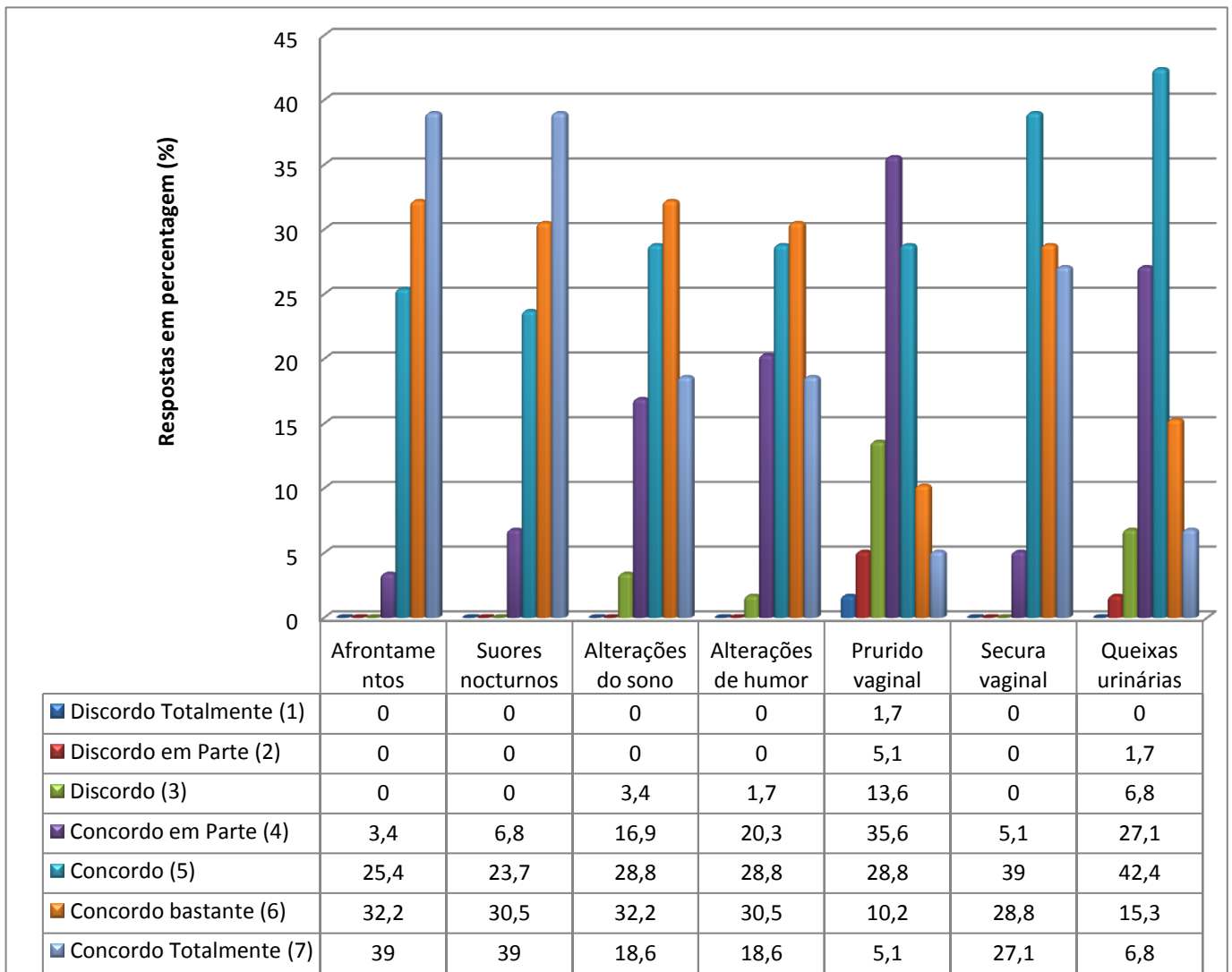
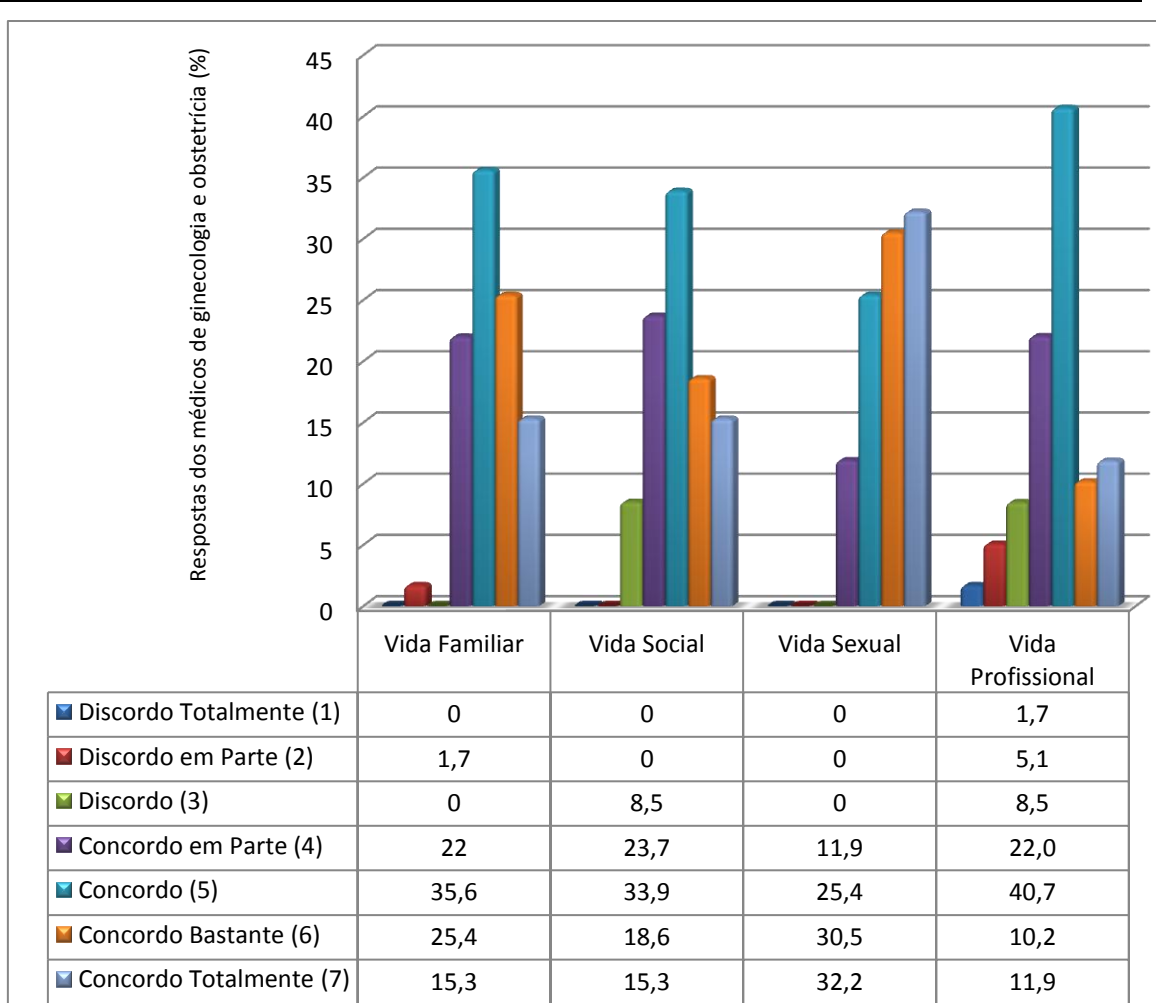


Gráfico-15: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre quais os sintomas frequentes na menopausa.

Como se verifica no gráfico-15, 100% dos especialistas de ginecologia/obstetrícia concordam que os afrontamentos e os suores nocturnos são frequentes na menopausa (dos quais 39% concordam totalmente), bem como a secura vaginal. 91,6% concorda com as queixas urinárias e 81,4% concorda (35,6% apenas concorda em parte) que o prurido vaginal é um sintoma frequente na menopausa.



*Gráfico-16: Resposta dos especialistas de G/O quando questionados em que aspectos consideram que a menopausa afecta a vida diária da mulher.*

De salientar que 100% dos especialistas de ginecologia e obstetria concordam que a vida sexual da mulher é afectada pela menopausa como se observa no gráfico-16.

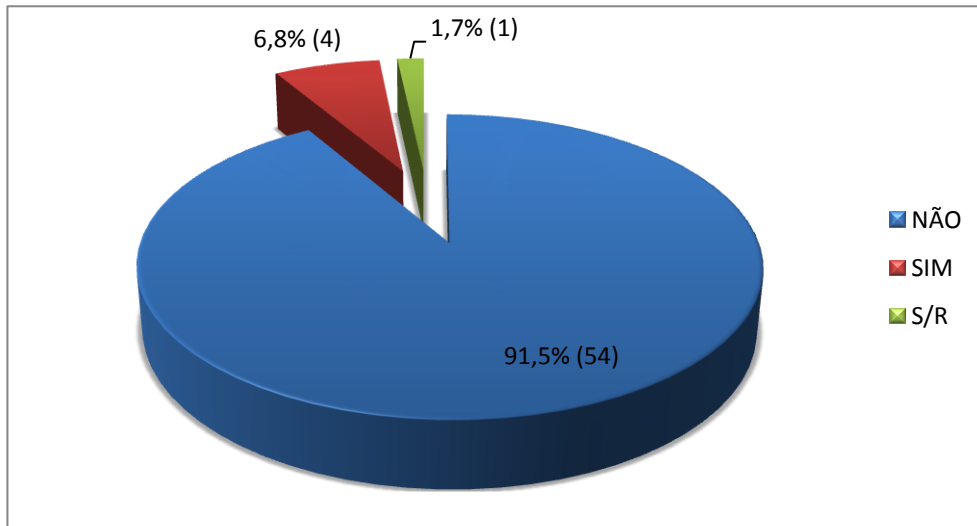


Gráfico-17: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS.

Como está representado no gráfico-17, 91,5% dos especialistas de G/O consideram que a THS não deve ser aplicada a todas as mulheres na menopausa.

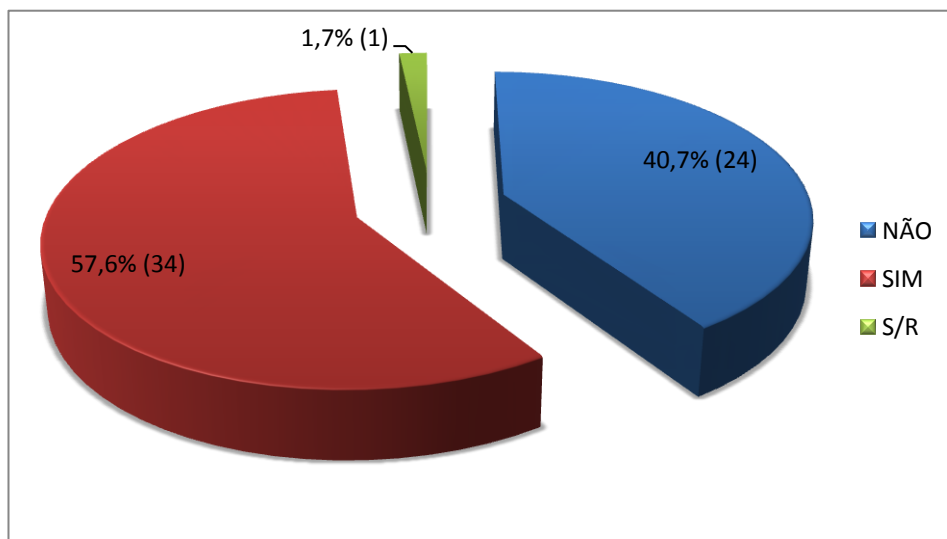


Gráfico-18: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia.

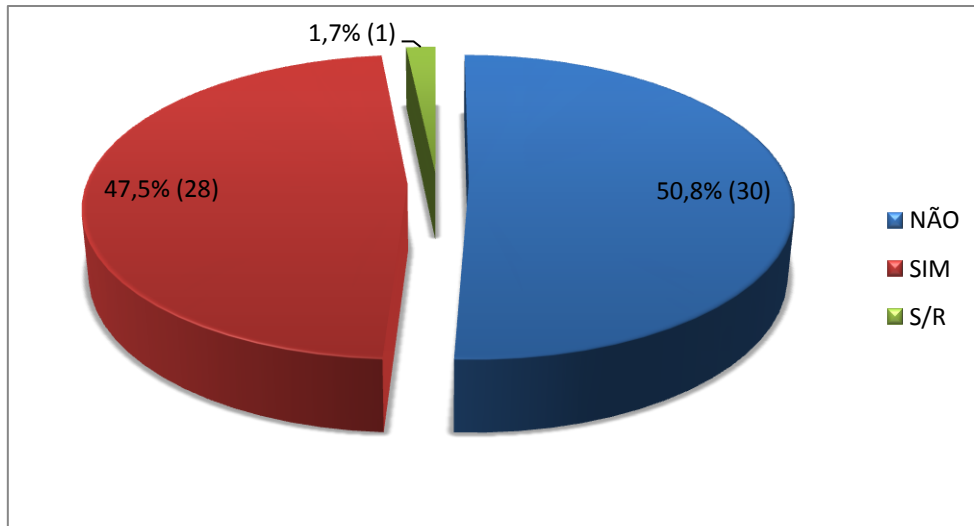


Gráfico-19: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que a THS também deve ser especificamente usada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério.

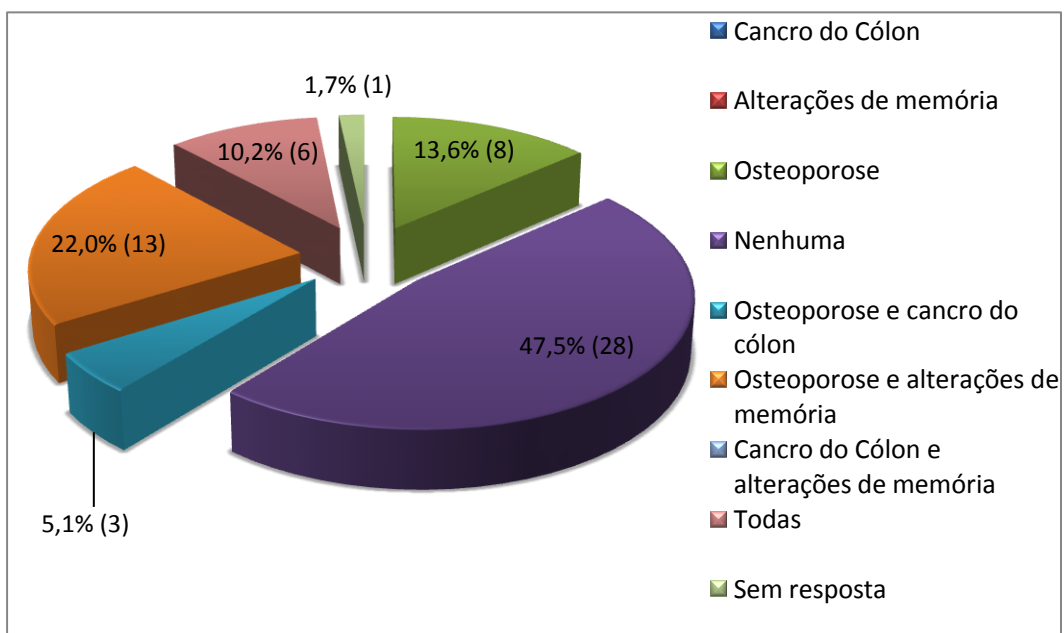
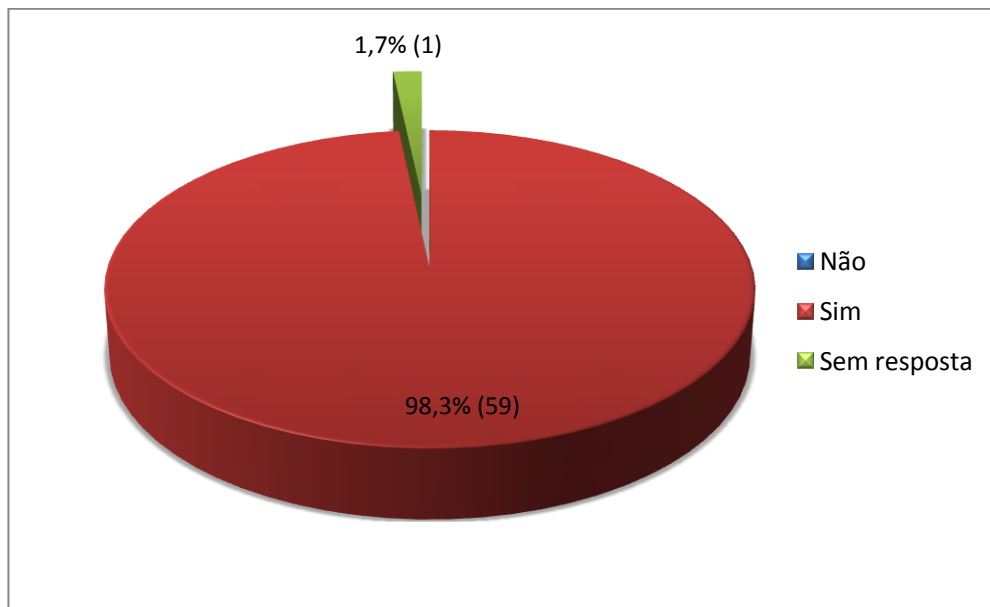


Gráfico-20: Respostas dos especialistas de G/O em relação a quais as patologias consideram que a THS deverá também ser utilizada.

No gráfico-18 estão representadas as respostas dos especialistas de G/O à questão se consideram que a THS se deve dirigir apenas a mulheres pós-menopáusicas com sintomatologia, na qual 57,6% destes especialistas responderam que sim. Como se pode verificar no gráfico-19, 47,5% destes especialistas consideraram que a THS também deverá ser usada na prevenção de outras patologias, principalmente na osteoporose (50,9%) e nas alterações de memória (32,2%) como se observa no gráfico-20.



*Gráfico-21 : Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se na sua prática clínica diária prescrevem THS.*

No gráfico-21 verifica-se que 98,3% dos especialistas de G/O prescrevem THS na sua prática clínica diária. Como está representado no gráfico-22, 39% dos especialistas de G/O prefere utilizar a forma transdérmica.

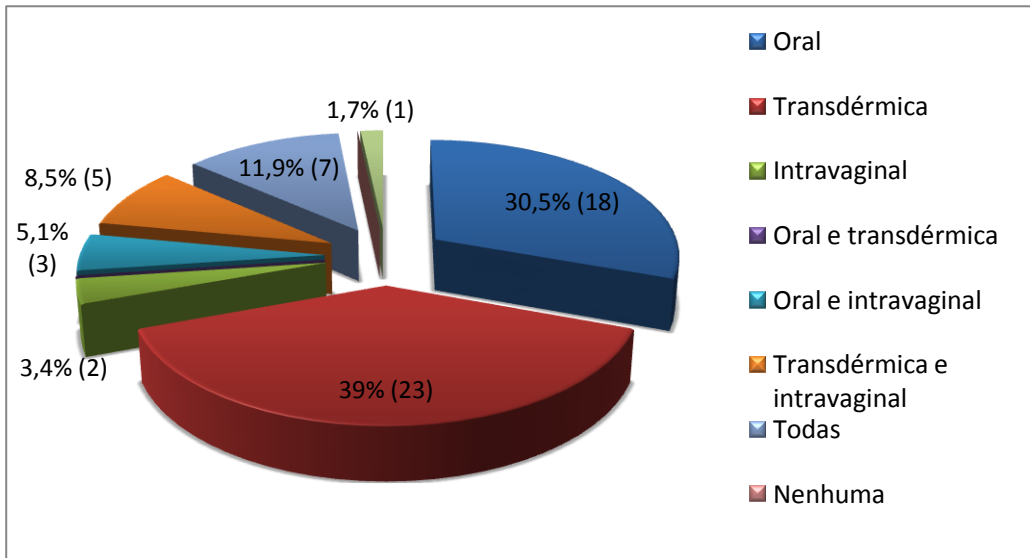


Gráfico-22: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre qual a forma de administração de THS que preferem utilizar.

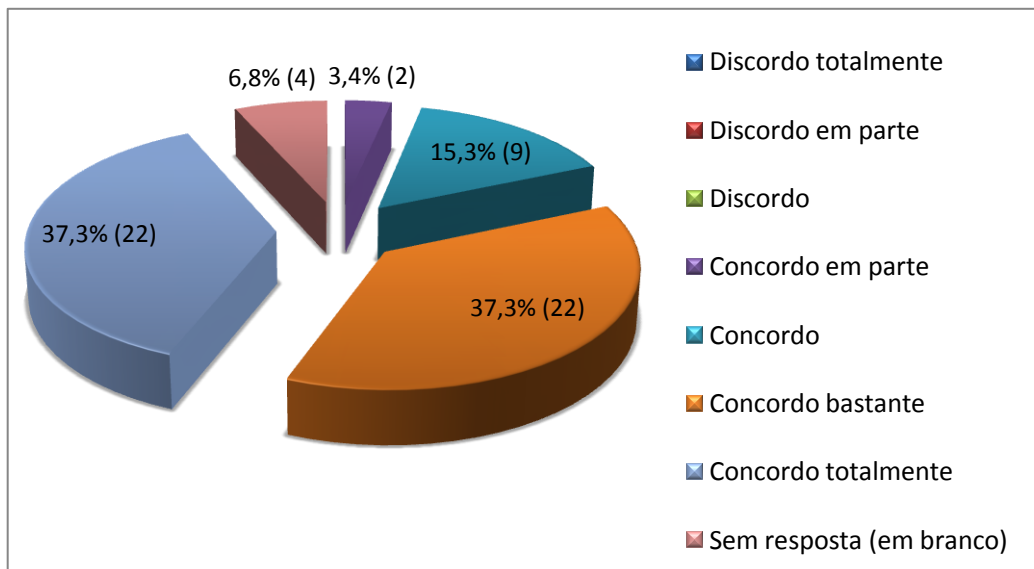


Gráfico-23: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados se consideram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida.

O gráfico-23 demonstra que 93,3% dos especialistas de G/O consideram que a qualidade de vida das mulheres a quem prescreveram THS melhorou.

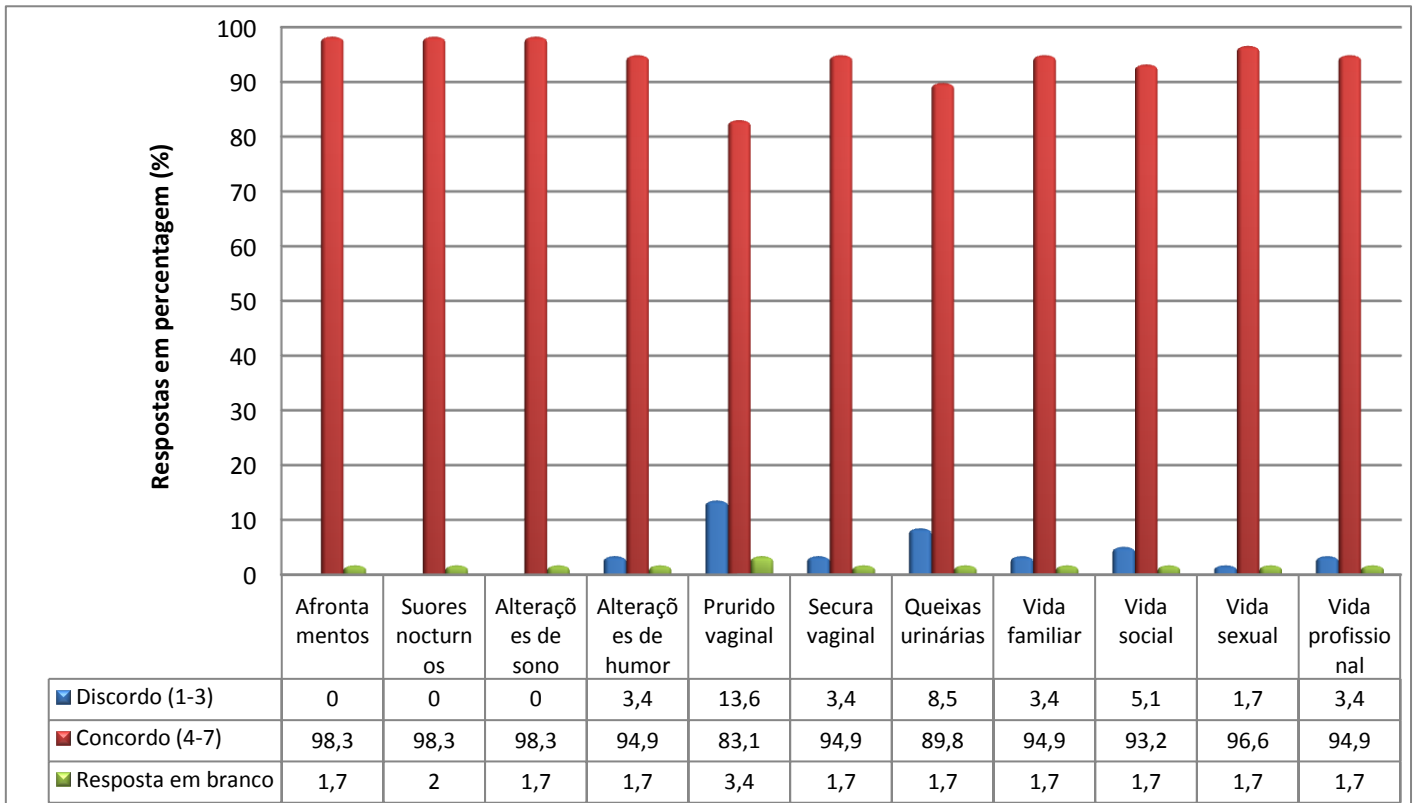


Gráfico-24: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados sobre quais os aspectos que consideram que a mulher beneficiou com a THS.

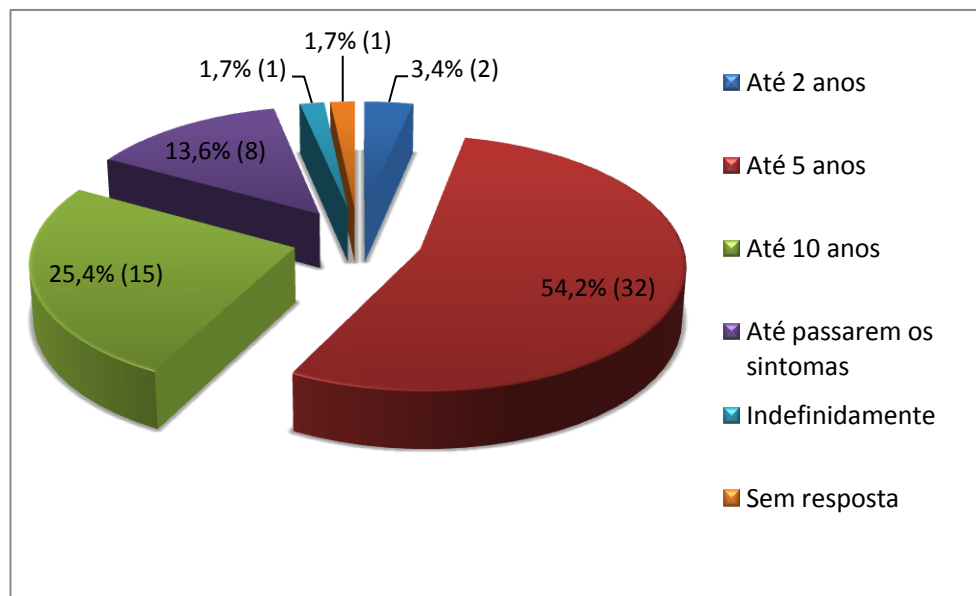


Gráfico-25: Respostas dos especialistas de G/O quando questionados por quanto tempo recomendam a THS.

No gráfico-24 verifica-se que 13,6% dos especialistas de G/O discordam que a mulher tenha beneficiado com a THS ao nível do prurido vaginal e 8,5% ao nível das queixas urinárias.

Como se observa no gráfico-25, 54,2% dos especialistas de G/O recomendam a realização de THS por “até 5 anos” e 25,4% por “até 10 anos”.

## **5.2. SECÇÃO II: Inferência estatística**

Nesta secção os dados serão analisados e comparados entre especialidade, de acordo com as hipóteses formuladas. Cada hipótese integra um conjunto de questões do questionário utilizado. Para obter os valores de significância as respostas “em branco” não foram consideradas.

*Hipótese 1: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre as alterações e sintomas frequentes na menopausa e a especialidade.*

Nas tabelas 3, 4 e 5 apresentam-se os resultados referentes às opiniões dos especialistas acerca do impacto da menopausa na qualidade de vida da mulher, sintomas mais frequentes e aspectos em que consideram que a vida da mulher é mais afectada, respectivamente. Para esta hipótese não se encontrou significância estatística.

	Discordo	Concordo	Valor de p
Medicina Geral e Familiar	2,3% (6)	97,7% (259)	<b>p = 0,596*</b>
Ginecologia Obstetrícia	0% (0)	100% (58)	

Tabela-3: Comparação entre especialidades das respostas à questão: “Considera que a qualidade de vida da mulher é afectada pela menopausa?”

		Discordo	Concordo	Valor de p
<b>Afrontamentos</b>	Medicina Geral e Familiar	0,4% (1)	99,6% (266)	<b>p = 1,000*</b>
	Ginecologia Obstetrícia	0% (0)	100% (59)	
<b>Suores Nocturnos</b>	Medicina Geral e Familiar	5,6% (15)	94,4% (251)	<b>p = 0,082*</b>
	Ginecologia Obstetrícia	0% (0)	100% (59)	
<b>Alterações de sono</b>	Medicina Geral e Familiar	5,6% (15)	94,4% (252)	<b>p = 0,747*</b>
	Ginecologia Obstetrícia	3,4% (2)	96,6% (57)	
<b>Alterações de humor</b>	Medicina Geral e Familiar	2,6% (7)	97,4% (260)	<b>p = 1,000*</b>
	Ginecologia Obstetrícia	1,7% (1)	98,3% (58)	
<b>Prurido vaginal</b>	Medicina Geral e Familiar	18,4% (49)	81,6% (218)	<b>p = 0,723</b>
	Ginecologia Obstetrícia	20,3% (12)	79,7% (47)	
<b>Secura vaginal</b>	Medicina Geral e Familiar	1,9% (5)	98,1% (262)	<b>p = 0,586*</b>
	Ginecologia Obstetrícia	0% (0)	100% (59%)	
<b>Queixas urinárias</b>	Medicina Geral e Familiar	16,5% (44)	83,5% (222)	<b>p = 0,117</b>
	Ginecologia Obstetrícia	8,5% (5)	91,5% (54)	

Tabela-4: Comparação entre especialidades das respostas à questão: “Considera os seguintes aspectos frequentes na menopausa?”

		<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Valor de p</i>
<b>Vida familiar</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	4,5% (12)	95,5% (255)	<b>p =0,476*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	1,7% (1)	98,3% (58)	
<b>Vida social</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	14,2% (38)	85,8% (229)	<b>p =0,237</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	8,5% (5)	91,5% (54)	
<b>Vida sexual</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	1,5% (4)	98,5% (263)	<b>p =1,000*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	0% (0)	100% (59)	
<b>Vida profissional</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	19,1% (51)	80,9% (216)	<b>p = 0,490</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	15,3% (9)	84,7% (50)	

*Tabela-5: Comparação entre especialidades das respostas à questão: “Considera que a menopausa afecta a vida diária da mulher nos seguintes aspectos?”*

*Hipótese 2: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre a prescrição da THS e a especialidade.*

Nas tabelas 6, 7, 8 e 9 apresentam-se os resultados, por especialidade, referentes às questões seguintes:

Considera que na menopausa todas as mulheres devem realizar THS, ou apenas para alívio da sintomatologia ou também na presença de outras patologias. De salientar que apenas se encontrou significância estatística para a questão em qual ou quais das situações prescreve THS ( $p < 0,001$ ).

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Medicina Geral e Familiar</i>	3% (8)	97% (259)	<b><i>p = 0,238*</i></b>
<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	6,9% (4)	93,1% (54)	

*Tabela-6: Comparação entre especialistas das respostas à questão: Considera que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS?”*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Medicina Geral e Familiar</i>	71,2% (190)	28,8% (77)	<b><i>p = 0,061</i></b>
<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	58,6% (34)	41,4% (24)	

*Tabela-7: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Considera que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia?”*

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Medicina Geral e Familiar</i>	41,9% (112)	58,1% (155)	<b><i>p = 0,378</i></b>
<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	48,3% (28)	51,7% (30)	

*Tabela-8: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Considera que a THS também deve ser especificamente utilizada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério?”*

	Osteoporose	Alterações de memória	Cancro do cólon	Osteoporose e alterações de memória	Osteoporose e cancro do cólon	Alterações de memória e cancro do cólon	Todas	Nenhuma	Valor de p
Medicina Geral e Familiar	32,2% (86)	0% (0)	0,4% (1)	3,7% (10)	2,2% (6)	0% (0)	3,7% (10)	57,7% (154)	<b>p = 0,000**</b>
Ginecologia Obstetrícia	15,5% (9)	0% (0)	0% (0)	20,7% (12)	5,2% (3)	0% (0)	10,3% (6)	48,3% (28)	

Tabela-9: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Se respondeu sim em qual ou quais das situações?”

Hipótese 3: Existe relação entre a prática clínica e a especialidade.

Nesta hipótese encontrou-se relação ( $p < 0,001$ ) por especialidade, para todas as questões colocadas, referentes à prescrição na prática clínica diária, formas de administração e duração da THS que preferem recomendar (ver tabelas 10, 11 e 12).

	Sim	Não	Valor de p
Medicina Geral e Familiar	70,8% (187)	29,2% (77)	<b>p = 0,000*</b>
Ginecologia Obstetrícia	100% (58)	0% (0)	

Tabela-10: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Na sua prática clínica diária, prescreve THS?”

“Terapêutica Hormonal de Substituição – Percepções e Padrões de Prescrição”

	Oral	Transdérmica	Intravaginal	Oral e transdérmica	Oral e intravaginal	Transdérmica e intravaginal	Todas	Nenhuma	Valor de p
Medicina Geral e Familiar	33,6% (89)	14% (37)	12,8% (34)	2,3% (6)	4,2% (11)	0,8% (2)	3,8% (10)	28,7% (76)	<b>P = 0,000**</b>
Ginecologia Obstetrícia	31% (18)	39,7% (23)	3,4% (2)	0% (0)	5,2% (3)	8,6% (5)	12,1% (7)	0% (0)	

Tabela-11: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Qual a forma de administração que prefere utilizar?”

	Até passarem os sintomas	Até 2 anos	Até 5 anos	Até 10 anos	Indefinidamente	Valor de p
Medicina Geral e Familiar	13% (31)	15,5% (37)	63,9% (152)	5,9% (14)	1,7% (4)	<b>p = 0,000**</b>
Ginecologia Obstetrícia	13,8% (8)	3,4% (2)	55,2% (32)	25,9% (15)	1,7% (1)	

Tabela-12: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Em média por quanto tempo recomenda/prescreve a THS?”

Hipótese 4: Existe relação entre os aspectos que consideram que a mulher pós-menopáusia beneficia com a THS e a respectiva especialidade.

Nesta hipótese destaca-se a ausência de associação estatística entre a especialidade e o que os dois tipos de especialistas consideram como tendo melhorado a qualidade de vida da mulher pós-menopáusia tanto a nível dos sintomas como ao nível dos aspectos da vida diária – vida familiar, social e sexual. Apenas se encontrou significância estatística entre a especialidade e as alterações de sono ( $p = 0,008$ ) e a vida profissional ( $p = 0,023$ ).

“Terapêutica Hormonal de Substituição – Percepções e Padrões de Prescrição”

		<i>Discordo</i>	<i>Concordo</i>	<i>Valor de p</i>
<b>Afrontamentos</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	1,4% (3)	98,6% (217)	<b>p = 1,000*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	0% (0)	100% (58)	
<b>Suores Nocturnos</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	5,1% (11)	94,9% (206)	<b>p = 0,128 *</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	0% (0)	100% (58)	
<b>Alterações de sono</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	11,1% (24)	88,9% (192)	<b>p = 0,008*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	0% (0)	100% (58)	
<b>Alterações de humor</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	5,1% (11)	94,9% (206)	<b>p = 1,000*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	3,4% (2)	96,6% (56)	
<b>Prurido vaginal</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	11% (24)	89% (195)	<b>p = 0,518</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	14% (8)	86% (49)	
<b>Secura vaginal</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	1,8% (4)	98,2% (218)	<b>p = 0,607*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	3,4% (2)	96,6% (56)	
<b>Queixas urinárias</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	13,8% (30)	86,2% (188)	<b>p = 0,296</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	8,6% (5)	91,4% (53)	
<b>Vida familiar</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	8,7% (19)	91,3% (199)	<b>p = 0,265</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	3,4% (2)	96,6% (56)	
<b>Vida social</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	11% (24)	89% (194)	<b>p = 0,184</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	5,2% (3)	94,8% (55)	
<b>Vida sexual</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	1,8% (4)	98,2% (217)	<b>p = 1,000*</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	1,7% (1)	98,3% (57)	
<b>Vida profissional</b>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>	14,4% (31)	85,6% (185)	<b>p = 0,023</b>
	<i>Ginecologia Obstetrícia</i>	3,4% (2)	96,6% (56)	

Tabela-13: Comparação entre especialistas das respostas à questão: “Quais os aspectos em que considera terem beneficiado?”

## 6. DISCUSSÃO:

Vários estudos investigaram a frequência e progressão da sintomatologia nas mulheres pós-menopáusicas. Cerca de 80% destas mulheres experimentam um conjunto de sintomas e alterações, os quais podem interferir com a sua qualidade de vida. (1,32) Existem muitas opções efectivas para o alívio dos sintomas na menopausa, dos quais se destaca a THS, principalmente no alívio dos sintomas moderados a severos. (1-3,11) O número de mulheres (que entra na menopausa) é crescente e prevê-se que em 2020 o número de mulheres perimenopáusicas duplique os valores actuais, totalizando cerca de 40 milhões. (11) Apesar dos significativos progressos nas modalidades terapêuticas o processo de decisão permanecerá altamente individualizado. Os especialistas com tempo e recursos cada vez mais limitados terão de fazer face a exigências cada vez maiores, na sua formação e processo de decisão sobre a THS, e outros assuntos característicos desta fase da vida das mulheres.

Neste sentido a realização deste estudo permitiu analisar as percepções e os padrões de prescrição dos especialistas que mais prescrevem THS em Portugal – medicina geral e familiar e ginecologia/obstetrícia.

Em 2008 M. H. Birkhäuser e I. Reinecke realizaram um estudo (30) em que procederam à administração de um inquérito via internet a médicos especialistas de ginecologia/obstetrícia (n = 538) e a especialistas de medicina geral e familiar (n = 62), europeus e americanos, acerca das tendências actuais de prescrição da THS - “Current

trends in hormone replacement therapy: perceptions and usage”. Na tabela-14 apresenta-se a comparação dos resultados obtidos por Birkhäuser e Reinecke e os obtidos neste estudo.

	<i>Birkhäuser e Reinecke</i>	<i>Presente estudo</i>	<i>Medicina Geral e Familiar</i>
			<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>
<i>Considera que a qualidade de vida da mulher é afectada pela menopausa?</i>	98%	98,3%	97,3%
<i>Considera os seguintes sintomas frequentes na menopausa?</i>	<i>Afrontamentos</i>	98%	99,7%
	<i>Alterações de sono</i>	77%	94,4%
	<i>Alterações de humor</i>	69%	97,4%
	<i>Secura vaginal</i>	51%	98,1%
<i>Considera que a menopausa afecta a vida diária da mulher nos seguintes aspectos?</i>	<i>Vida familiar</i>	91%	95,5%
	<i>Vida social</i>	94%	85,7%
	<i>Vida sexual</i>	94%	98,5%
	<i>Vida profissional</i>	94%	80,9%
<i>Considera que as mulheres a quem prescreveu THS melhoraram a sua qualidade de vida?</i>	97%	93,3%	100%
<i>Quais os aspectos em que considera terem beneficiado?</i>	<i>Afrontamentos</i>	98%	81,3%
	<i>Alterações de sono</i>	76%	71,9%
	<i>Alterações de humor</i>	68%	77,2%
	<i>Secura vaginal</i>	56%	81,6%
	<i>Vida sexual</i>	36%	81,3%

Tabela-14: Comparação entre este estudo e o estudo de Birkhäuser e Reinecke.

Como se verifica na tabela-14 as respostas obtidas por Birkhäuser e Reinecke (30) e as do presente estudo são muito semelhantes. No entanto, é possível destacar algumas diferenças:

- Em relação à sintomatologia a quase totalidade dos especialistas portugueses considera a secura vaginal frequente, ao contrário do estudo de Birkhäuser em que essa percentagem é muito inferior. Também as alterações do sono e do humor são sintomas mais valorizados pelos dois tipos de especialistas participantes no presente estudo.
- O presente estudo permite também destacar o facto de os dois tipos de especialistas considerarem a vida sexual e familiar as mais frequentemente afectadas quando comparamos com as respostas obtidas no estudo de Birkhäuser e Reinecke em que a vida familiar é considerada a menos afectada.
- Na questão referente aos aspectos em que consideram que a mulher pós-menopáusia beneficiou com a THS os especialistas portugueses (principalmente especialistas de G/O) consideram que existem benefícios significativos ao nível das alterações de humor, da secura vaginal e da vida sexual, enquanto no estudo de Birkhäuser e Reinecke estes sintomas obtiveram percentagens bastante menores.

Deste estudo conclui-se que os especialistas portugueses de MGF e G/O apresentam conhecimentos sobre a THS muito semelhantes. Não obstante

permanecem algumas divergências e lacunas nos conhecimentos actuais sobre a THS as quais serão analisadas em seguida.

*Hipótese 1: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre as alterações e sintomas frequentes na menopausa e a especialidade.*

A diminuição de estrogénios que a menopausa acarreta potencia uma série de alterações, não só sintomáticas, mas também fisiológicas: a atrofia genital, a secura e o prurido vaginal são muito frequentes após a menopausa. (11) Por outro lado, sintomas como os afrontamentos, as alterações de sono, os suores nocturnos e a diminuição da libido originam grande instabilidade na vida da mulher pós-menopáusica. (8) A qualidade de vida e a sexualidade são factores-chave a serem considerados no seguimento do envelhecimento. A utilização individualizada de THS melhora tanto a qualidade de vida como a sexualidade. (33)

Ao analisar os dados da tabela-3 e tabela-5 conclui-se que os médicos, independentemente da especialidade ( $p=0,596$ ), consideram que a menopausa tem um impacto significativo na qualidade de vida da mulher (97,3% de MGF e 98,3% de G/O), principalmente ao nível da vida familiar (95,5% de MGF e 98,3% de G/O) e sexual (98,5% de MGF e 100% de G/O). Esta consistência verifica-se também nos sintomas e alterações que consideram mais frequentes na mulher pós-menopáusicas (tabela-4). Os sintomas que os especialistas consideraram mais frequentes foram principalmente os afrontamentos (99,7% de MGF e 100% de G/O), as alterações de sono (94,4% de MGF e 96,5% de G/O), as alterações de humor (97,4% de MGF e 98,2% de G/O) e a secura vaginal (98,1% de G/O e 100% de MGF). Em relação aos suores nocturnos foram

também considerados muito frequentes por ambas as especialidades (94,4% de MGF e 100% de G/O dos quais 69,5% concordaram bastante ou totalmente).

*Hipótese 2: Existe relação entre os conhecimentos teóricos sobre a prescrição da THS e a especialidade.*

Como foi enfatizado no presente estudo e também em outros estudos (2-3,11,30) a THS não se aplica a todas as mulheres que entram na menopausa mas apenas a mulheres saudáveis, com sintomatologia moderada a intensa e em que os benefícios superam os riscos. Conclui-se que os especialistas da amostra, independentemente da especialidade ( $p=0,238$ ) estão de acordo com estas recomendações, ao responderem 97% dos especialistas de MGF e 91,5% dos especialistas de G/O que a THS não deverá ser prescrita a todas as mulheres na menopausa, mas antes caso a caso, transparecendo a consciência de uma abordagem individualizada da mulher.

Ainda neste contexto, 71,2% dos especialistas de MGF e 57,6% dos especialistas de G/O consideram que a THS deverá dirigir-se apenas a mulheres com sintomatologia. Nesta questão apesar de não existir significância estatística ( $p=0,061$ ), é sugestivo que os especialistas de MGF prescrevam mais THS apenas a mulheres com sintomatologia.

A indicação principal da THS são os sintomas, principalmente os vasomotores, no entanto não é exclusiva, podendo também ser utilizada visando outros benefícios terapêuticos, como a prevenção de outras patologias associadas à menopausa. 41,9% dos especialistas de MGF e 47,5% dos especialistas de G/O consideram que a THS também deverá ser especificamente utilizada na prevenção de outras patologias.

Em relação à hipótese colocada apenas foi encontrada relação estatística altamente significativa ( $p < 0,001$ ) por especialidade quando se interrogou os especialistas acerca de quais as patologias consideram que a THS apresenta efeitos preventivos (gráfico-8, 20 e tabela-9). Verifica-se que os especialistas de MGF consideram que existem efeitos positivos principalmente para a osteoporose e os especialistas de G/O principalmente para a osteoporose e alterações de memória.

A osteoporose foi a patologia que obteve maior percentagem de resposta entre ambos especialistas (41,5% de MGF e 50,9% de G/O). Vastamente debatida na menopausa é já aceite que a THS poderá ser vantajosa em mulheres pós-menopáusicas susceptíveis ou quando outras terapêuticas não resultam, sendo utilizada/recomendada para prevenir e em certas situações até tratar. (1-3,9)

Apesar de actualmente existirem vários estudos que defendem o efeito protector da THS sobre o cancro cólon-rectal (15-16, 18-19) apenas 6,3% dos especialistas de MGF e 15,3% dos especialistas de G/O consideraram que a THS também poderá ser utilizada na prevenção desta patologia.

É nas alterações de memória que as respostas mais variam. Apesar de 32,2% dos especialistas de G/O terem afirmado que as alterações de memória beneficiam com a THS ainda existe muita controvérsia e existem estudos que apontam na direcção oposta. (3,13) Não será por isso de admirar, e em oposição às respostas dos especialistas de G/O, a pequena percentagem (7,1%) de especialistas de MGF que recomendam a THS para as alterações de memória. Neste ponto os especialistas de MGF parecem ser mais prudentes face à grande controvérsia que envolve a THS e as alterações de memória.

*Hipótese 3: Existe relação entre a prática clínica e a especialidade.*

É nas questões directamente relacionadas com a prática clínica que as diferenças entre as especialidades se acentuam.

Na questão “na sua prática clínica diária prescreve THS?” 71% dos especialistas de MGF e 98,3% dos especialistas de G/O responderam que prescrevem THS na sua prática clínica diária. Esta questão apresenta elevada significância estatística ( $p < 0,001$ ) sugerindo que são os especialistas de G/O quem mais prescrevem THS. Por outro lado, na amostra de especialistas de MGF existe uma fatia considerável (53%) de participantes de MGF que ainda estão a complementar o internato da especialidade. Assim os 28% de MGF que não responderam a esta questão, ou seja, que referem não prescrever THS, poderão relacionar-se com o elevado número de médicos desta especialidade que se licenciaram depois de 2005 e que ainda são internos da especialidade e conseqüentemente têm menos experiência e autonomia em prática clínica.

Recomenda-se, como foi já referido neste estudo, a iniciação da THS logo após o início da menopausa, na menor dose e pelo menor tempo possível. (3,5)

Relativamente a por quanto tempo prescrevem THS, ambas as especialidades estão de acordo (56,9% de MGF e 54,2% de G/O) em recomendar a utilização da THS por “até 5 anos”, como recomenda a “*Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde*” (INFARMED) (4) e a *Sociedade Portuguesa de Menopausa* (34). De assinalar que o INFARMED (4) recomenda “que esta seja praticada durante um prazo relativamente curto, iniciando-se logo a seguir à última menstruação; está indicada

apenas quando os sintomas observados sejam moderados ou intensos e não deve ser mantida por período superior a 5 anos”.

As restantes opiniões são no entanto divergentes (com significância estatística,  $p < 0,001$ ): 13,9% dos especialistas de MGF e 3,4% dos especialistas de G/O recomendam a utilização da THS por “até 2 anos”, o que reflecte a preocupação crescente que estes especialistas devem ter em relação ao cancro da mama e também à DCV, especialmente por parte dos especialistas de MGF. (4,22) Por outro lado, destaca-se que 25,4% dos especialistas de G/O e apenas 5,2% dos especialistas de MGF recomendam esta prática por “até 10 anos”. Estas práticas de terapia de longa duração estão cada vez mais em desuso, não sendo incentivadas, devido aos riscos que a terapia prolongada pode acarretar. (3,15) Apesar disto 11,6% dos especialistas de MGF e 13,6% dos especialistas de G/O responderam que recomendam a THS “até passarem os sintomas”.

*Hipótese 4: Existe relação entre os aspectos que consideram que a mulher pós-menopáusicas beneficia com a THS e a especialidade.*

A qualidade de vida das mulheres pós-menopáusicas pode melhorar com a utilização da THS pois esta terapêutica diminui a sintomatologia e talvez outros mecanismos associados, melhorando também as alterações de sono e humor, promovendo uma sensação de bem-estar. (9)

Os especialistas que participaram neste estudo concordaram que as mulheres a quem prescreveram THS melhoraram a sua qualidade de vida (100% de MGF e 93,3% de G/O). Esta melhoria na qualidade de vida está relacionada com a diminuição da

sintomatologia, em que os especialistas consideraram principalmente ao nível dos afrontamentos (81,3% de MGF e 98,3% de G/O), das alterações de sono (71,9% de MGF e 98,3% de G/O), das alterações de humor (77,2% de MGF e 94,9% de G/O), da secura vaginal (81,6% de MGF e 94,9% de G/O) e da vida sexual (81,3% de MGF e 96,6% de G/O). Nestas questões não se encontrou significância estatística, ou seja, não se encontrou relação entre as percepções dos diferentes especialistas.

De salientar que os sintomas que consideraram que melhoram com a THS coincidem com os mesmos aspectos que consideraram mais frequentes nas primeiras questões teóricas acerca do impacto da menopausa na qualidade de vida. (Gráfico 2 - 4, 14 - 16).

Pode-se ainda inferir que os especialistas de G/O valorizam mais, do que os especialistas de MGF, o efeito positivo da THS sobre as alterações de sono ( $p=0,008$ ) e a vida profissional ( $p=0,023$ ). Isto poderá relacionar-se com o facto de os especialistas de G/O prescreverem mais THS que os especialistas de MGF.

## **7. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO:**

- Neste estudo o questionário utilizado foi elaborado baseando-se no estudo de Birkhäuser e Reinecke (30), pois não foi possível obter acesso ao questionário utilizado no referido estudo apesar das várias tentativas efectuadas junto da entidade patrocinadora. Apesar do questionário ser desprovido de validade externa, apresenta uma elevada validade interna como referido.

- Recolha de dados:
  - A amostra de especialistas de Ginecologia e Obstetrícia é substancialmente mais pequena que a de especialistas de Medicina Geral e Familiar o que está, certamente, associado ao método de recolha, não personalizado, anteriormente descrito.
- Tamanho e constituição da amostra:
  - Dadas as limitações descritas no processo de selecção, distribuição e participação torna-se impossível extrapolar com segurança os resultados e conclusões para a população geral de especialistas de MGF e de G/O. Não obstante o estudo poderá constituir uma aproximação às percepções e padrões de prescrição, as quais poderão ser objecto de outros estudos futuros.
  - A amostra ao apresentar uma elevada componente de internos de MGF poderá conter um elevado número de médicos que ainda não prescrevem THS.

Este estudo permitiu concluir que de uma forma global os especialistas apresentam conhecimentos adequados acerca dos sintomas, alterações e impacto na qualidade de vida da mulher pós-menopáusicas e sobre a prescrição e utilização da THS. Neste estudo identificaram-se algumas discrepâncias entre as especialidades estudadas, principalmente ao nível da prescrição da THS. De uma maneira geral concluiu-se que os especialistas de G/O prescrevem mais THS e consideram que esta apresenta maiores benefícios na qualidade de vida da mulher pós-menopáusicas. Concluiu-se também que os especialistas de MGF preferem prescrever THS sob a forma oral enquanto os especialistas de G/O preferem optar pela forma transdérmica. Ambas

as especialidades reconhecem que a principal indicação da THS são os sintomas, principalmente os vasomotores e que esta terapêutica não deve ser instituída a todas as mulheres que entram na menopausa. Em relação aos benefícios desta terapêutica na prevenção e tratamento de certas patologias, ambas estão de acordo com a literatura na qual a THS apresenta benefícios comprovados na osteoporose. Os especialistas de G/O prescrevem mais que os especialistas de MGF para as alterações de memória. No entanto os especialistas de MGF mostram-se mais cautelosos em relação a esta temática, a qual ainda apresenta controvérsia e carece de mais estudos que comprovem os seus riscos/benefícios com a utilização da THS.

Apesar dos resultados positivos em relação aos conhecimentos destes especialistas, este estudo demonstra que subsistem discrepâncias entre as especialidades no que respeita à prescrição. Este facto poderá estar relacionado com a escassa existência e utilização de protocolos e normas/guidelines que permitam aos especialistas uniformizar os seus conhecimentos, estratégias de intervenção e formas de prescrição da THS na menopausa, momento da vida da mulher crucial para a manutenção da sua qualidade de vida.

**8. REFERÊNCIAS:**

- (1) Kachan K, Pitkin J, Singhal H. Hormone Therapy. eMedicine Obstetrics and Gynecology [online] [citado 2009 Jul 20]; Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/276104-overview>.
- (2) Gompel A, Rozenberg S, Barlow D. The EMAS 2008 update on clinical recommendations on postmenopausal hormone replacement therapy. Maturitas 2008, 61: 227-232. Doi: 10.1016/j.maturitas.2008.10.009.
- (3) Barclay L, Lie D. NAMS updates guidelines on postmenopausal hormone therapy. Medscape Medical News [online] [citado 2009 Jul 20]. Disponível em <http://cme.medscape.com/viewarticle/576970>.
- (4) Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Prontuário Terapêutico. INFARMED [online] [citado 2010 Fev 20] Disponível em <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>.
- (5) Hulley S, Grady D. Postmenopausal Hormone Treatment. JAMA, Jun 2009, 301 (23): 2493-2495. Disponível em <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/23/2493>.

(6) Richman S, Fadiel A, Naftolin F. Low-dose estrogen therapy for prevention of osteoporosis: working our way back to monotherapy. *Menopause*, Jan-Fev 2006, 13(1):148-155.

(7) Panay N. Where are we now? HRT: Clarity after controversy. *Pulsetoday* [online] [citado 2007 Nov 13]. Disponível em <http://www.pulsetoday.co.uk/story.asp?storycode=4115837>.

(8) The North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2010, 17(2):242-255. DOI:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9.

(9) The North American Menopause Society. Management of osteoporosis in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2010, 17(1):25-54. DOI: 10.1097/gme.0b013e3181c617e6.

(10) Gambacciani M, Vacca F. Postmenopausal osteoporosis and Hormone Replacement Therapy. *Minerva Med*, Dez 2004, 96(6): 507-520.

(11) Wilkinson JM, Amon M, Deye D, Good A, Kopher R, LaValleur J, et al. *Health Care Guidelines: Menopause and Hormone Therapy (HT): Collaborative Decision-Making and Management*. 9ed., Out 2008: 1-64.

(12) Zandi PP, Carlson MC, Plassman BL, Welsh-Bohmer KA, Mayer LS, Steffens DC, et al. Hormone Replacement Therapy and Incidence of Alzheimer Disease in Older Women. The Cache County Study. *JAMA*, Nov 2002; 288(17): 2123-2129.

(13) Resnick SM, Maki PM, RappSR, Espeland MA, Brunner R, Coker LH, et al. Effects of Combination Estrogen Plus Progestin Hormone Replacement Treatment on Cognition and Affect. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2006; 91(5): 1802-1810.

(14) Rymer J, Wilson R, Ballard K. Making decisions about hormone replacement therapy. *BMJ* 8 Feb 2003, 326:322-326. Doi:10.1136/bmj.326.7384.322.

(15) Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C, Hubbell A, Ascensao J, Rodabough RJ, et al. Estrogen plus Progestin and Colorectal Cancer in Postmenopausal Women. *N Engl J Med* 2004, 350(10):991-1004.

(16) Corrao G, Zambon A, Conti V, Nicotra F, La Vecchia C, Fornari C, et al. Menopause hormone replacement therapy and cancer risk: an Italian record linkage investigation. *Annals of Oncology*, Jan 2008, 19(1):150-155. Doi: 10.1093/annonc/mdm404.

(17) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. 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(3):321-333.

(18) Fernandez E, La Vecchia C, Braga C, Talamini R, Negri E, Parazzini F, et al. Short Communication: Hormone Replacement Therapy and Risk of Colon and Rectal Cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, Abr 1998, 7:329-333.

(19) McMichael, A. J., and Potter, J. D. Reproduction, endogenous and exogenous sex hormones, and colon cancer: a review and hypothesis. J. Natl. Cancer Inst.1980, 65: 1201-1207.

(20) American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2009. [online] Atlanta: American Cancer Society 2009. [citado 2010 Maio 21]. Disponível em: [http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT\\_1x\\_Cancer\\_Facts\\_Figures\\_2009.asp](http://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT_1x_Cancer_Facts_Figures_2009.asp).

(21) Li CI, Malone KE, Porter PL, et al. Relationship Between Long Durations and Different Regimens of Hormone Therapy and Risk of Breast Cancer. JAMA 2003, 289(24): 3254-3263.

(22) Chustecka Z. No Increase in Breast Cancer in First 2 Years of HRT: Potential “Safe” Period. Medscape Medical News [online] [citado 2010 Jan 1]. Disponível em <http://medscape.com/viewarticle/587979>.

(23) Harman SM, CSD Grand Rounds: Estrogen Replacement in Menopausal Women: Recent and Current Prospective Studies, the WHI and the KEEPS. *Gender Medicine* Nov 2006, 3:254-269.

(24) Rosano GMC, Maffei S, Andreassi MG, Vitale C, Vassalle C, Gambacciani M, et al. Hormone replacement therapy and cardioprotection: a new dawn? A statement of the Study Group on Cardiovascular Disease in Women of the Italian Society of Cardiology on hormone replacement therapy in postmenopausal women. *Journal of Cardiovascular Medicine* 2009, 10(1):85-92.

(25) Canonico M, Oger E, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Lévesque H, et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation* 2007; 115:840-845.

(26) Walsh BW. EXTENSIVE PERSONAL EXPERIENCE: The Individual Approach to Menopause Management. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 1999, 84(6):1900-1994.

(27) Lobo R., Bélisle S., Creasman W., Frankel N., Goodman N., Hall J., et al. Should symptomatic menopausal women be offered hormone therapy? *Medscape General Medicine*. 2006; 8(3): 40.

(28) Strumberg JP, Pond DC. Impacts on Clinical Decision Making: Changing hormone therapy management after the WHI. *Australian Family Physician* Abr 2009, 38(4):249-255.

(29) Burg MA, Fraser K, Gui S, Grant K, Kosch SG, Nierenberg B, et al. Treatment of Menopausal Symptoms in Family Medicine Settings following the Women’s Health Initiative Findings. *JABFM* Mar-Abr 2006, 19(2):122-131.

(30) Birkhäuser MH, Reinecke I. Current trends in hormone replacement therapy: perceptions and usage. *Climateric* 2008; 11(3):192-200. Doi: 10.1080/13697130802060455.

(31) Williams RS, Christie D, Siström C. Assessment of the understanding of the risks and benefits of hormone replacement therapy (HRT) in primary care physicians. *AJOG* Aug 2005, 193(2):551-556.

(32) Palacios S. Advances in hormone replacement therapy: making the menopause manageable. *BMC Women's Health* [online] [citado 2010 Mar 13] <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/22>.

(33) Pines A, Sturdee DW, Birkhäuser MH, Schneider HPG, Gambacciani M, Panay N. IMS Updates Recommendations on postmenopausal hormone therapy. *Climateric* 2007, 10(3):181/194. DOI 10.1080/13697130701361657

(34) Consenso da Sociedade Portuguesa de Menopausa sobre as Terapêuticas Hormonais. Sociedade Portuguesa de Menopausa, Óbidos 17 Jan 2009. Disponível em: <http://www.spmenopausa.pt/download/consenso2009.pdf>

## 9. **BIBLIOGRAFIA:**

- Bucci HP. The value of Likert scales in measuring attitudes of online learners. [online] [citado Maio 2010 17]. Disponível em: <http://www.hkadesigns.co.uk/websites/msc/remel/likert.htm>.
- Lynn E, Cohen M, Elmslie T. Hormone replacement therapy: a survey of Ontario physicians' prescribing practices. *CMAJ* 21 Set 1999;161(6):695-8.
- Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa [online]. Disponível em: [www.spmenopausa.pt](http://www.spmenopausa.pt).

## **ANEXOS**

---



---

## Questionário

O questionário que se segue destina-se à recolha de dados para a realização da minha dissertação de mestrado integrado em Medicina subordinado ao tema

***“Terapêutica Hormonal de Substituição (THS): Percepções e padrões de prescrição – Estudo comparativo entre especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) e de Ginecologia/Obstetrícia (G/O)”***

Para o efeito solicito a sua colaboração para preencher este questionário de acordo com a sua prática clínica. O seu preenchimento não deverá exceder 5 minutos.

---

Investigadores:

Ana S. Leal Machado (aluna do 6º ano – Mestrado Integrado em Medicina),  
[a16333@fcsaude.ubi.pt](mailto:a16333@fcsaude.ubi.pt)

Prof. Doutor José M. Calheiros (coordenador), [jcalheiros@fcsaude.ubi.pt](mailto:jcalheiros@fcsaude.ubi.pt)

---

***Quando terminar, agradeço que deixe o seu questionário nas caixas à saída do auditório, na recepção ou entregue à saída das palestras.***

***Obrigada pela sua colaboração!***

## Anexo I: Questionário

---

○ Qual a sua Especialidade?

Medicina Geral e Familiar

Ginecologia / Obstetrícia

Outra especialidade

○ Sexo

Feminino

Masculino

○ Em que ano se licenciou? \_\_\_\_\_

Universidade? \_\_\_\_\_

Na resposta às questões seguintes **coloque um círculo em torno do valor que melhor corresponde à sua opinião** utilizando a escala apresentada

Discordo totalmente	Discordo em parte	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

○ Considera que a qualidade de vida da mulher é afectada pela menopausa?

1 2 3 4 5 6 7

○ Considera os seguintes sintomas frequentes na menopausa?

- Afrontamentos 1 2 3 4 5 6 7
- Suores nocturnos 1 2 3 4 5 6 7
- Alterações de sono 1 2 3 4 5 6 7
- Alterações de humor 1 2 3 4 5 6 7
- Prurido vaginal 1 2 3 4 5 6 7
- Secura vaginal 1 2 3 4 5 6 7
- Queixas urinárias 1 2 3 4 5 6 7

○ Considera que a menopausa afecta a vida diária da mulher nos seguintes aspectos?

- Vida familiar: 1 2 3 4 5 6 7
- Vida social: 1 2 3 4 5 6 7
- Vida Sexual: 1 2 3 4 5 6 7
- Vida Profissional: 1 2 3 4 5 6 7

## Anexo I: Questionário

---

Na resposta às questões seguintes **coloque uma cruz no quadrado que corresponde à sua opinião.**

- Considera que todas as mulheres na menopausa devem fazer THS?

Sim  Não

- Considera que a THS se deve dirigir apenas às mulheres com sintomatologia ?

Sim  Não

- Considera que a THS também deve ser especificamente usada na prevenção de outras patologias, independentemente da sintomatologia do climatério.

Sim  Não

- Se respondeu sim em qual ou quais das situações?

	Sim	Não
• Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alterações da memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cancro do cólon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na sua prática clínica diária, prescreve THS?

Sim  Não

Se respondeu SIM:

- Qual a forma de administração que prefere utilizar?

Oral  Transdérmica  Intravaginal

## Anexo I: Questionário

---

Na resposta às questões seguintes **coloque um círculo em torno do valor que melhor corresponde à sua opinião** utilizando a escala apresentada

Discordo totalmente	Discordo em parte	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

- Considera que as mulheres a quem prescreveu THS melhoraram a sua qualidade de vida?

1 2 3 4 5 6 7

- Quais os aspectos em que considera terem beneficiado?

• Afrontamentos 1 2 3 4 5 6 7

• Suores nocturnos 1 2 3 4 5 6 7

• Alterações do sono 1 2 3 4 5 6 7

• Alterações do humor 1 2 3 4 5 6 7

• Prurido vaginal 1 2 3 4 5 6 7

• Secura vaginal 1 2 3 4 5 6 7

• Queixas urinárias 1 2 3 4 5 6 7

• Vida familiar 1 2 3 4 5 6 7

• Vida social 1 2 3 4 5 6 7

• Vida sexual 1 2 3 4 5 6 7

• Vida profissional 1 2 3 4 5 6 7

- Na resposta à questão seguinte **coloque uma cruz no quadrado que corresponde à sua opinião**.

Em média por quanto tempo recomenda/prescreve a THS?

• Até passarem os sintomas

• Até 2 anos

• Até 5 anos

• Até 10 anos

• Indefinidamente

**Quando terminar, agradeço que deixe o seu questionário nas caixas á saída do auditório,  
na recepção ou entregue á saída das palestras. Obrigada!**