

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Rosana Correia da Silva Azevedo

**SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS:
O IMPACTO DA INFORMAÇÃO NA QUALIDADE DE
VIDA, UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.**

Belo Horizonte – MG

2016

Rosana Correia da Silva Azevedo

**SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS:
O IMPACTO DA INFORMAÇÃO NA QUALIDADE
VIDA, UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.**

Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Medicina.

Área de concentração: Reprodução Humana e Patologia Ginecológica e Mamária.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Marcos dos Reis

Coorientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Cândido

Belo Horizonte – MG

2016

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Geraldo, pelo apoio incondicional e pela leitura atenta e crítica do texto.

Aos meus filhos, Pedro, Paulo e Lucas, fontes de inspiração e aprendizado constante.

Aos meus pais, Helena e João Correia (*in memoriam*), irmãos e sobrinhos.

Ao Prof. Fernando Marcos dos Reis, pela orientação e oportunidade.

À Profa. Ana Lúcia Cândido, pela acolhida, incentivo, apoio e orientação durante todo o processo.

À Profa. Ana Luiza Lunardi Rocha Baroni e à Profa. Flávia Ribeiro de Oliveira, pela valiosa colaboração, ajuda, apoio e sugestões.

À Mariza Talim, Bibliotecária do Campus Saúde UFMG, pelas orientações com a pesquisa bibliográfica.

À Banca Examinadora, pelo interesse e disponibilidade.

Aos professores das diversas disciplinas cursadas: cada disciplina trouxe novas possibilidades para refletir sobre o projeto.

Ao Dr. Geraldo Caldeira, pelo apoio.

Às pacientes do Ambulatório de Hiperandrogenismo que participaram com presteza e colaboração do estudo.

Aos acadêmicos, Leonardo Atsushi Almeida Melo e Giovanna Vieira Moreira, pela valiosa ajuda.

À Tássia Pires Pena, secretária do Ambulatório de Endocrinologia, pelo apoio e disponibilização dos prontuários.

“As medidas, porém, só tem sentido desde que respeitemos vários limites. Nenhuma medida, se analisarmos bem, é livre de ambiguidades. Todas envolvem desemaranhar coisas inseparáveis, quantificar coisas incontáveis ou definir coisas que mal podemos identificar.”

K. C. Cole

O Universo e a Xícara de Chá.

A Matemática da Verdade e da Beleza.

RESUMO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é uma condição crônica e prevalente, com uma expressão clínica variável. As manifestações clínicas estão relacionadas a irregularidade menstrual, sangramento uterino anormal, infertilidade, hirsutismo, acne, alopecia, sobrepeso e obesidade, além de maior risco de complicações metabólicas como intolerância à glicose, diabetes *mellitus tipo 2*, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares. Todas essas condições têm repercussões negativas sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas. O objetivo do trabalho foi avaliar o impacto do acesso à informação na qualidade de vida (QV) das mulheres portadoras de SOP. A pesquisa consistiu em um ensaio clínico randomizado. Foram recrutadas pacientes com SOP atendidas no Ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas da UFMG. As participantes foram divididas aleatoriamente em dois grupos, pareados por idade, índice de massa corporal e nível de escolaridade: o grupo 1 (n=35) com acesso à informação e o grupo 2 (controle, n=45) em que a QV também foi avaliada, mas que não teve acesso à informação, na primeira etapa do estudo. A informação disponibilizada às pacientes do grupo 1 foi feita através de uma cartilha elaborada pelo Ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas. As pacientes foram incentivadas a lerem a cartilha e também tiveram um momento para esclarecimento de suas dúvidas e preocupações. A avaliação da qualidade de vida em ambos os grupos, antes e após a intervenção, foi realizada com aplicação de dois questionários de QV, o primeiro específico para a síndrome e o outro genérico, o *Short Form-36*. A análise estatística dos dados foi realizada no software SPSS com nível de significância $p < 0,05$. Foram usados testes não paramétricos. Para estudo das variáveis categóricas (qualitativas) foram usados o Teste Qui Quadrado e o Teste de Fisher. Para as variáveis contínuas (quantitativas) foi usado o Teste de Mann Whitney. A etapa final consistiu na análise dos diversos domínios dos 2 questionários de QV utilizados no estudo, comparando os dados da primeira com a segunda etapa, numa avaliação pareada, sendo utilizado o Teste de Wilcoxon. Os resultados mostraram que os questionários de QV não detectaram diferenças entre os grupos cartilha e controle, antes e pós intervenção. A discussão realizada traz elementos para contextualizar o perfil das participantes e as condições de atendimento encontradas, levantando pontos para reflexão. Em conclusão, a informação em saúde, apesar de relevante e necessária, não foi capaz, neste estudo, de modificar a qualidade de vida das participantes avaliadas.

Palavras-chave: Síndrome do Ovário Policístico, Qualidade de Vida, Prospecto para Educação de Pacientes

ABSTRACT

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a chronic and prevalent condition, with a variable clinical expression. The clinical manifestations include menstrual irregularities, abnormal uterine bleeding, infertility, hirsutism, acne, alopecia, overweight and obesity, as well as increased risk of metabolic complications such as glucose intolerance, type 2 diabetes mellitus, hypertension and other cardiovascular diseases. All these conditions have negative effects on the quality of life of women with the syndrome. The objective of this study was to evaluate the impact of access to information on quality of life (QOL) of women with PCOS. The research consisted of a randomized clinical trial. Women with PCOS were recruited in the Hyperandrogenism Outpatient Clinic at Hospital das Clínicas – UFMG. The participants were randomly divided into two groups matched for age, body mass index and education level: group 1 (n = 35) with access to information and group 2 (control, n = 45) in which the QOL was also evaluated, but that did not have access to information in the first stage of the study. The information provided to the patients of Group 1 was a leaflet prepared by the Hyperandrogenism Outpatient Clinic. The patients were encouraged to read the leaflet and also had a moment for your questions and concerns. The evaluation of quality of life in both groups, before and after the intervention, was carried out by applying two QOL questionnaires, the first, specific to the syndrome and the other generic, the Short Form-36. The statistical analysis was carried out in SPSS software with significance level $p < 0,05$. Non-parametric tests were used. To study of categorical variables (qualitative) we used the Chi Square test and Fisher's exact test. For continuous variables (quantitative) we used the Mann-Whitney test. The final step was the analysis of the various domains of QOL questionnaires used in the study, comparing paired data from the first and the second assessments by using the Wilcoxon's test. The results showed that the QOL questionnaires did not detect differences between the intervention and the control groups before and after intervention. We discuss elements to contextualize the profile of participants and service conditions encountered, raising points for reflection. In conclusion, health information, although relevant and necessary, was not able, in this study, to modify the QOL of the evaluated participants.

Keywords: Polycystic Ovary Syndrome, Quality of Life, Patient Education Handout.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Fluxograma de Pacientes.....	33
GRÁFICO 1- Escores Pontuação do SF-36 Paciente ABS	18
GRÁFICO 2 - Escores normatizados do SF-36 Paciente ABS	19
GRÁFICO 3 - Boxplot: PCOSQ - Emoções: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.....	37
GRÁFICO 4 - Boxplot: PCOSQ - Pelos: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle	37
GRÁFICO 5 - Boxplot PCOSQ - Peso: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle	38
GRAFICO 6 - Boxplot PCOSQ - Infertilidade: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.....	38
GRÁFICO 7 - Boxplot: PCOSQ - Menstruação: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.....	39
GRÁFICO 8 - Boxplot: SF-36 - Sumário Componente Físico: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.....	40
GRÁFICO 9 - Boxplot: SF-36 - Sumário Componente Mental: Escores antes e pós intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.....	41
GRÁFICO 10 - Percentual da população residente, segundo os grupos de religião Brasil - 2000/2010.....	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Estrutura do Short Form 36	17
TABELA 2 - Estrutura do PCOSQ.....	21
TABELA 3 - Características sociodemográficas do Grupo Cartilha vs Grupo Controle.....	34
TABELA 4 - Estado Civil e Religião	35
TABELA 5 - Distribuição Fenotípica da SOP	35
TABELA 6 - Escores (mediana) dos Domínios do PCOSQ pré e pós intervenção	36
TABELA 7 - Escores normatizados (mediana) dos domínios do SF-36 pré e pós intervenção	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
EQ-5D -	EuroQoL
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC -	Índice Massa Corporal
INAF -	Índice Analfabetismo Funcional
MOS -	<i>Medical Outcomes Study</i>
PCOSQ -	<i>Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire</i>
QV -	Qualidade de Vida
QVRS -	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
REBEC -	Registros Brasileiros de Ensaio Clínicos
SF-36 -	<i>Short Form-36</i>
SOP -	Síndrome dos Ovários Policísticos
SP -	São Paulo
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
US -	Ultrassom
USP -	Universidade de São Paulo
WHQOL-100-	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment-100</i>

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
1.1 Introdução	11
1.2 Qualidade de vida	13
1.3 Instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida Relacionados à Saúde	15
1.3.1 <i>Short Form Health Survey 36-item</i>	15
1.3.2 Questionário Específico: <i>Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire-PCOSQ</i>	20
1.4 Estudos sobre Qualidade de vida na SOP	22
1.5 O Ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas da UFMG	25
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Delineamento do Estudo: Ensaio Clínico Randomizado.....	28
3.2 Considerações Éticas	28
3.3 Pacientes	28
3.4 Instrumental de Avaliação Socioeconômica.....	29
3.5 Cálculo Amostral	30
3.6 Análise Estatística.....	30
4 RESULTADOS	32
4.1 Fluxograma de Pacientes	32
4.2 Análise Descritiva dos Grupos.....	34
4.3 Escores dos Questionários de Qualidade de Vida Pré e Pós intervenção.....	36
5 DISCUSSÃO	42
6 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS.....	55
ANEXO A - TCLE.....	56
ANEXO B- Parecer do COEP-UFMG.....	58
ANEXO C – Questionário de Qualidade de Vida Específico - PCOSQ	59

ANEXO D - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – Short Form-36	
.....	63
ANEXO E - Cartilha	66
ANEXO F- Instrumental de Avaliação Socioeconômica	68

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Introdução

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um dos distúrbios endócrinos mais frequentes entre as mulheres em idade reprodutiva. Tem uma prevalência estimada entre 6 a 20%, dependendo do critério utilizado para diagnóstico (1). A SOP predispõe a alterações metabólicas, reprodutivas e psicológicas que se manifestam e acompanham as mulheres acometidas durante as diversas fases da vida. (2)

É uma condição crônica, complexa, heterogênea em que fatores genéticos e ambientais interagem para determinar a susceptibilidade individual e a variabilidade do quadro clínico. História familiar de SOP, excesso de peso ou baixo peso ao nascer, exposição aos androgênios durante a gestação, pubarca precoce, obesidade e resistência insulínica são fatores de risco que se relacionam ao desenvolvimento da síndrome. (3)

Atualmente, o diagnóstico da SOP é feito utilizando os Critérios de Rotterdam de 2003 (4), com o respaldo do Instituto Nacional de Saúde americano e das Sociedades Europeia e Norte-Americana de Reprodução Humana. São necessários dois dos três seguintes critérios: 1- oligoanovulação, 2- hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, 3- presença de ovários policísticos à ecografia (12 ou mais folículos em cada ovário medindo 2 a 9 mm de diâmetro e/ou aumento volume ovariano - > 10 ml). É necessário excluir outras causas de hiperandrogenismo e anovulação, como síndrome Cushing, hiperplasia congênita de supra renal e hiperprolactinemia.

Ao se utilizar as combinações dos critérios diagnósticos é possível a identificação de 4 diferentes fenótipos na SOP. Aqueles com a presença de hiperandrogenismo representam um grupo com alto risco de complicações metabólicas. Assim, os seguintes fenótipos podem ser identificados:

1. Fenótipo clássico com a combinação dos 3 critérios: hiperandrogenismo, irregularidade menstrual e ovários policísticos ao ultrassom.
2. Fenótipo clássico com ultrassom normal que cursa com hiperandrogenismo e irregularidade menstrual;

3.Fenótipo ovulatório que se apresenta com hiperandrogenismo e ovários policísticos ao ultrassom porém com ciclos menstruais regulares;

4.Fenótipo não hiperandrogênico em que há irregularidade menstrual e ovários policísticos ao ultrassom, sem hiperandrogenismo.

Habitualmente, a SOP se apresenta no período da adolescência, logo após a menarca. A expressão clínica é variável e as principais manifestações são: irregularidade menstrual com oligomenorreia, amenorreia e sangramento uterino anormal, infertilidade, hirsutismo, acne, alopecia androgênica, seborreia, sobrepeso e obesidade. Há maior risco de resistência insulínica, intolerância à glicose, diabetes *mellitus* tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e outras doenças cardiovasculares (5), além de certos tipos de neoplasias como o câncer endometrial.

A condição se manifesta em uma fase da vida em que questões como encontrar um parceiro, iniciar a vida sexual, casar e constituir família são muito relevantes. Fatores que repercutem negativamente sobre a aparência física, a feminilidade ou comprometem a fertilidade são fontes de grande ansiedade e podem trazer desajustes na esfera psicossocial (6). O impacto psicológico que a SOP exerce sobre as mulheres afetadas é maior do que doenças crônicas como asma, diabetes, dor lombar, epilepsia e doença coronariana. (7)

A incidência de depressão e ansiedade é alta nessas pacientes. Dokras *et al.* (8) encontraram um incremento de quatro vezes na prevalência de sintomas depressivos nas portadoras da síndrome quando comparadas aos controles. Mesmo após o ajuste do índice de massa corporal (IMC) mostrou-se um aumento do risco de sintomas depressivos nas portadoras de SOP. Fadiga diária e distúrbios do sono, alterações do apetite e a perda do interesse nas atividades do dia a dia foram os sintomas mais comuns. (9)

A SOP representa a principal causa de infertilidade anovulatória. E para muitas mulheres, este é o evento mais estressante de suas vidas com efeitos devastadores na vida pessoal, conjugal, profissional e social (10). Isolamento social, sentimentos de inferioridade em relação às outras mulheres, baixa autoestima são situações comumente observadas em mulheres com infertilidade (11). A propedêutica e o próprio tratamento da infertilidade também são fontes de grande ansiedade e estresse para o casal envolvido neste processo.

A prevalência de obesidade na SOP é alta, variando de 30 a 70% em diferentes países (12) e sua presença agrava as alterações metabólicas e reprodutivas contribuindo de forma significativa para redução da qualidade de vida nas mulheres afetadas (13). A obesidade exacerba a infertilidade, reduz a eficácia do tratamento e aumenta o risco de aborto (2).

Também agrava o hirsutismo e acelera o surgimento das complicações crônicas como diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial.

A SOP é a causa mais comum de hirsutismo, sendo responsável por 72 a 80% dos casos (14). A presença do hirsutismo tem um impacto negativo sobre qualidade de vida, a autoestima e a identidade feminina, sendo fonte de ansiedade e sofrimento, comprometendo os relacionamentos interpessoais e o convívio social. (15)

Muitas vezes, a avaliação que a paciente faz sobre seu estado de saúde difere da que é observada pelo profissional de saúde e nem sempre há uma correlação com a gravidade da síndrome (13). Somente a avaliação clínica pode não ser capaz de dimensionar o impacto que o diagnóstico e as intervenções médicas exercem sobre a vida das pessoas. Neste cenário, a avaliação da QV se torna uma medida crítica e importante, pois oferece a oportunidade de se criarem estratégias para melhorar o manejo e a convivência com uma condição crônica, cujo objetivo é o controle dos sintomas, a prevenção de complicações cardiovasculares e a melhora da qualidade de vida das mulheres afetadas.

1.2 Qualidade de vida

Qualidade de vida envolve várias áreas do conhecimento humano, desde as fronteiras da ciência até o conhecimento popular, é uma expressão que está incorporada ao vocabulário contemporâneo e se faz presente no cotidiano das pessoas, trazendo ou representando diferentes significados. Pensar em qualidade de vida implica em avaliar vários contextos da vida como saúde, educação, lazer, alimentação, segurança pública, urbanismo, arquitetura, meio ambiente e cultura . (16)

Inicialmente, o interesse pelo conceito de qualidade de vida foi compartilhado por cientistas sociais, políticos e filósofos. Em função do crescimento econômico do pós guerra, na década de 60, nos países desenvolvidos surgiram vários estudos epidemiológicos sobre felicidade e bem-estar. Havia também a preocupação com a identificação de novos indicadores sociais que agregassem aspectos de natureza social e cultural às tradicionais medidas econômicas, surgindo, então o índice de desenvolvimento humano (IDH).

Uma preocupação crescente com aspectos humanísticos que vão além da doença com foco em características adaptativas positivas como resiliência, esperança, espiritualidade, a busca por desfechos alternativos em saúde além dos índices tradicionais de mortalidade e morbidade e o processo de humanização da medicina contribuíram para que a avaliação da qualidade de vida também se mostrasse necessária e relevante para a área da saúde (17). A

partir de 1970, a avaliação da qualidade de vida foi introduzida como medida de desfecho em saúde, sendo acrescentada aos ensaios clínicos como uma nova dimensão a ser medida, além da eficácia e segurança das novas intervenções. Na prática clínica, a oncologia foi a especialidade que mais se confrontou com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que conseguiam uma sobrevida aumentada. (18)

Na área da saúde é possível identificar várias aplicações para as medidas de qualidade de vida: a) para rastreamento e monitorização de problemas psicossociais no cuidado de um paciente individual; b) em inquéritos epidemiológicos para estudos dos problemas de saúde percebidos pela população; c) na auditoria médica; d) em ensaios clínicos; e) na saúde pública com a análise de custo-efetividade ajudando na tomada de decisão para alocação de recursos. (19)

Qualidade de vida é um conceito amplo, complexo e multidisciplinar, não havendo, ainda, um consenso na sua definição. A avaliação de qualidade de vida nos remete a 3 referenciais importantes: histórico, cultural e social. Dentro de uma mesma sociedade ou grupo social os parâmetros de QV podem mudar com o tempo. Valores e necessidades variam entre as diferentes culturas e dentro de uma mesma sociedade e cultura, a estratificação social exerce um papel relevante para definição e concepção do padrão de bem-estar. (20)

Em 1995 a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do seu Grupo de Estudo de Qualidade de Vida, após uma década de pesquisas com o tema, elaborou uma definição que incorpora e valoriza vários destes elementos. E assim definiu-se qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Desta forma, qualidade de vida é um conceito dinâmico, subjetivo e multidimensional que envolve aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais e ambientais. (21)

A avaliação da qualidade de vida representa um grande desafio porque tenta dar conta da complexidade de fatores que impactam nas condições de vida das pessoas, traduzindo o resultado na forma de um índice numérico, o que possibilita comparação entre diferentes populações ou permite avaliar o mesmo grupo em diferentes momentos, mas não esgota ou reduz a complexidade do tema. (16)

Na área da saúde e na medicina, é utilizado o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) que traduz a percepção do indivíduo sobre como os agravos à saúde interferem com a sua vida. E vários são os fatores que contribuem para a construção desta percepção: valores e crenças individuais, fase da vida, forma como se lida com a saúde

e a doença, suporte familiar e financeiro, meio cultural e social, acesso aos serviços de saúde. (22)

Os instrumentos de avaliação de QVRS permitem transformar estes valores subjetivos e individuais em informações que podem ser mensuradas e usadas em pesquisas ou na prática clínica (19). A medida da QVRS permite conhecer qual o impacto da doença crônica na vida das pessoas e também fornece informações importantes sobre as intervenções e terapias médicas sob a perspectiva dos pacientes. (13)

1.3 Instrumentos para avaliação de Qualidade de Vida Relacionados à Saúde

Os instrumentos de avaliação de QVRS são questionários que podem ser divididos em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos possibilitam a mensuração de diversas informações como capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. Podem ser usados para avaliar a QV em populações saudáveis e em várias condições ou doenças. Dentre os instrumentos genéricos podemos citar o Short Form-36 (SF-36), o WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life Assessment*) e a sua versão abreviada com 26 questões, questionários de QV desenvolvidos pela OMS, o EuroQol (EQ-5D), o *Patient Generated Index*. (23)

Já os instrumentos específicos avaliam com maior ênfase os sintomas, incapacidades e limitações que são determinados por uma doença específica (7). São questionários mais sensíveis em detectar mudanças na QV mediante as intervenções terapêuticas.

Na revisão sistemática de 2008 de Jones *et al.* (13) foram identificados 13 questionários utilizados para avaliação da QV na SOP. A maioria dos trabalhos usou instrumentos genéricos. E dentre os genéricos, o mais utilizado foi o Short Form-36 (SF-36). Em relação aos instrumentos específicos, apenas um questionário para SOP foi identificado: *Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire-PCOSQ*.

1.3.1 Short Form Health Survey 36-item

O Short Form-36 (SF-36) é um instrumento genérico de avaliação de QVRS bem validado, usado em mais de 200 condições médicas, traduzido em mais de 40 países e a experiência com o mesmo ultrapassa 1000 publicações (24). No Brasil, o SF-36 foi traduzido e validado por Ciconelli *et al.* (25) em 1999 em um grupo de pacientes com artrite reumatoide. É o instrumento de medida de QV mais utilizado no país.

O SF-36 pode ser usado como índice discriminativo, avaliativo e preditivo. A propriedade discriminativa é capacidade do questionário de diferenciar grupos com diferentes QV. A propriedade avaliativa é a capacidade de um questionário de detectar mudanças ao longo do tempo, casos elas ocorram. E a predição é a capacidade de um questionário de prever resultados futuros a partir da análise de determinados perfis, como por exemplo, a taxa de utilização de um serviço de saúde, evolução e curso clínico da depressão, sobrevivência em 5 anos. (26)

O questionário apresenta um tempo de resposta curto, em média 10 minutos e pode ser aplicado por entrevista, por telefone, por meio eletrônico ou auto-administração. É composto por 36 perguntas, agrupadas em 8 domínios que contribuem para as 2 medidas sumárias, o componente físico e o componente mental. A primeira pergunta que mede a transição do estado de saúde no período de um ano, não é empregada no cálculo das escalas. O componente físico é composto pelas seguintes dimensões: capacidade funcional (10 itens), limitação por aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens) e estado geral de saúde (5 itens). Vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens) formam as dimensões do componente mental. Os domínios estado geral saúde, vitalidade e aspectos sociais contribuem para as medidas sumárias dos 2 componentes (físico e mental).

TABELA 1 - Estrutura do Short Form 36

Itens ou Questões	Domínios
3a atividades vigorosas 3b atividades moderadas 3c levantar ou carregar mantimentos 3d subir vários lances de escada 3e subir um lance de escada 3f curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se 3g andar mais de um quilômetro 3h andar vários quarteirões 3i andar um quarteirão 3j tomar banho ou vestir-se	Capacidade Funcional
4a diminuir a quantidade de tempo 4b realizar menos tarefas 4c limitação em atividades 4d dificuldades no trabalho	Aspectos Físicos
7 magnitude da dor 8 interferência da dor	Dor
1 avaliação global da saúde 11a adoecer mais facilmente 11b tão saudável quanto 11c saúde vai piorar 11d saúde excelente	Estado Geral de Saúde
9a vigor, vontade, força 9e energia 9g esgotamento 9i cansaço	Vitalidade
6 interferência na vida social 10 interferência no tempo vida social	Aspectos Sociais
5a diminuir quantidade de tempo 5b realizar menos tarefas 5c cuidado com atividades	Aspectos Emocionais
9b pessoa nervosa 9c deprimido 9d calmo, tranquilo 9f desanimado, abatido 9h feliz	Saúde Mental

Estes 8 domínios foram selecionados a partir de 40 domínios incluídos no *Medical Outcomes Study* (MOS) e representam os domínios mais frequentemente medidos em saúde e os mais afetados pela doença e pelas intervenções terapêuticas. O MOS foi um estudo longitudinal, publicado em 1994, que acompanhou pacientes do Sistema de Saúde dos Estados Unidos (27). Os pesquisadores do MOS desenvolveram e adaptaram itens de outros questionários e criaram um novo perfil de funcionalidade e bem-estar com 149 itens. O SF-36

foi criado a partir deste modelo inicial e se tornou disponível pela primeira vez em 1988 numa versão provisória. (24)

O resultado de cada domínio pode ser expresso de dois modos: na forma de pontuação ou de escores normalizados/normatizados. A pontuação varia de 0 a 100, sendo que zero corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado.

SF-36 Escores Pontuação

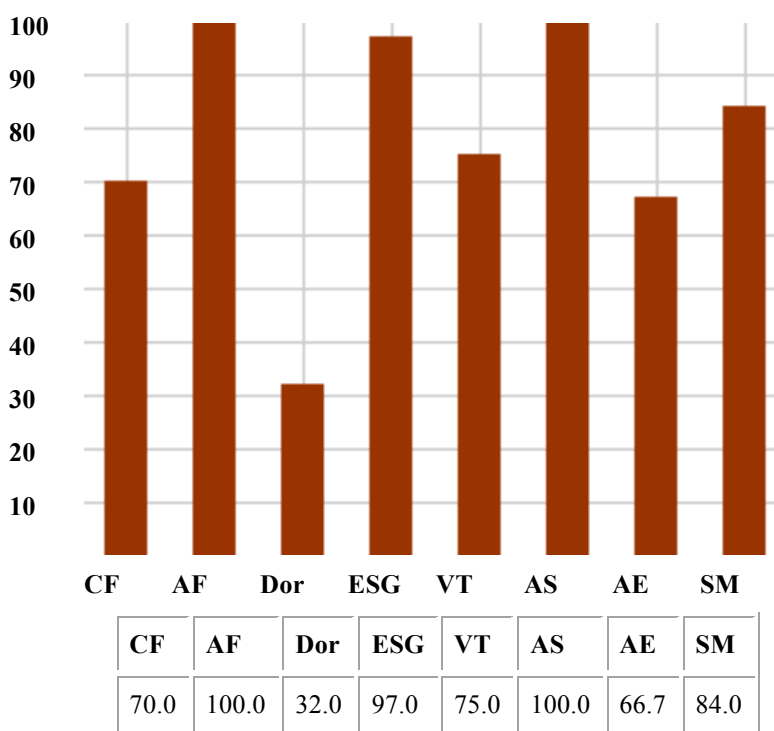


GRÁFICO 1- Escores Pontuação do SF-36 Paciente ABS

Notas: CF = Capacidade Funcional; AF = Aspectos Físicos; Dor; ESG = Saúde Geral ; VT = Vitalidade; AS = Aspectos Sociais; AE = Aspectos Emocionais; SM = Saúde Mental.

Nos escores normalizados/normatizados, a pontuação obtida nos diversos domínios do SF-36 é transformada de forma linear em escores normalizados/normatizados em relação à população norte-americana. No site do SF-36¹ é possível encontrar outras populações, além da norte-americana, para usar como referência (Noruega, Canadá e Suécia). Cada escala passa a ser expressa através de uma mesma média de 50 e um mesmo desvio padrão de 10. Assim, exemplificando, a paciente abaixo que no domínio de dor apresenta um escore

¹ Disponível em : <http://www.sf-36.org>.

normalizado/normatizado de 33.6, se encontra abaixo da média da população americana (média = 50). Na saúde geral, o seu escore foi de 62.6 ficando acima da média.

SF-36 Escores Normalizados/Normatizados

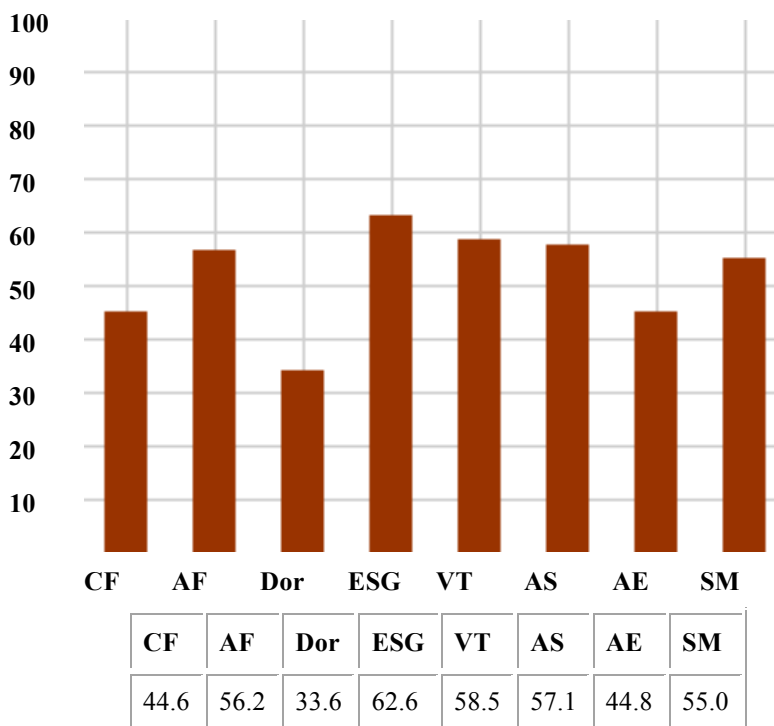


GRÁFICO 2 - Escores normatizados do SF-36 Paciente ABS

Notas: CF=Capacidade Funcional; AF=Aspectos Físicos; Dor; ESG = Saúde Geral ; VT = Vitalidade; AS = Aspectos Sociais; AE = Aspectos Emocionais; SM = Saúde Mental

Como a saúde é uma construção social e a sua percepção está relacionada ao contexto cultural de cada população, é importante que cada país apresente os seus dados normativos. No Brasil, a pesquisa das Dimensões das Desigualdades Sociais foi primeiro estudo de abrangência nacional a publicar dados normativos para o SF-36 (28). Trata-se de um inquérito epidemiológico que entrevistou 12.423 pessoas em áreas urbanas e rurais nas 5 regiões brasileiras e o SF-36 foi o questionário usado para avaliação da QVRS. Foi observado um padrão de escores mais baixos para quase todos os domínios, em comparação aos dados de outros países, exceto nas escalas do estado geral de saúde, dor e vitalidade. Há uma variabilidade dos escores por faixa etária e os homens apresentam escores maiores do que as mulheres, uma tendência consistente com a literatura, onde as mulheres relatam piores condições de saúde que os homens.

a) Short Form 36 versão 2.0

Em 1996, foi desenvolvida uma segunda versão do SF-36 a partir do uso do instrumento em diversos contextos, países e doenças, representando uma melhoria da versão inicial. As mudanças envolveram modificações na disposição das perguntas e espaços para as repostas e no formato das letras com o objetivo de diminuir os erros de preenchimento e tornar o questionário mais claro. Houve também incorporação de modificações sugeridas pelas versões traduzidas em outros países. Ocorreram modificações das escalas de aspectos físicos e emocionais que passaram a apresentar cinco níveis (em vez de dois) com melhoria da amplitude e precisão e a utilização de cinco níveis (em vez de seis) nas escalas de saúde mental e vitalidade com a simplificação dos itens. (26)

b) Short Form 12

Derivado do SF 36, representa uma boa opção para estudos de base populacional e para o rastreamento de problemas de saúde. É um questionário que pode ser reproduzido em uma única página e preenchido em menor tempo, sendo capaz de representar as medidas sumárias do SF-36 com acurácia de 90%.

c) Short Form 8

É uma versão ainda mais curta que a anterior, sendo uma boa opção para estudos com amostras muito grandes, acima de 5000 casos. Foi desenvolvido na mesma métrica do SF-36, suas vantagens são a rapidez e facilidade de aplicação.

1.3.2 Questionário Específico: *Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire-PCOSQ*

Em 1998 Cronin *et al.* (29) apresentaram o primeiro instrumento específico para avaliação da QV nas pacientes portadoras de SOP. O processo de desenvolvimento do questionário passou por 3 fases distintas: levantamento, redução e apresentação de itens. Para o levantamento de itens, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 10 pacientes com SOP, uma pesquisa com profissionais de saúde (2 endocrinologistas, 2 ginecologistas e 2 enfermeiras) com experiência no atendimento de mulheres com SOP e uma revisão da literatura, foram levantadas 182 questões. Na segunda fase, realizou-se a redução deste

número, onde 100 mulheres com SOP foram entrevistadas usando os 182 itens iniciais e com a utilização da análise fatorial ocorreu a categorização e seleção dos itens que se mostraram mais relevantes. Foram, então, selecionados 26 itens agrupados em 5 áreas ou domínios.

O PCOSQ é composto por 26 questões que envolvem cinco áreas ou domínios: emoções (8 itens), pelos (5 itens), ganho de peso (5 itens), infertilidade (4 itens), menstruação (4 itens). Embora, a acne tenha sido identificada como uma condição importante para a QV na SOP, a mesma não está contemplada no questionário inicial (30) e alguns autores consideram que é necessário incorporar esta dimensão ao PCOSQ. Barnard *et al.* (31) desenvolveram uma versão modificada do PCOSQ em que 4 questões sobre acne foram adicionadas ao questionário.

No PCOSQ, cada item ou questão é associada com uma escala de 7 pontos, em que 7 denota o melhor estado de saúde e 1 é o máximo de prejuízo da qualidade de vida. Portanto um baixo escore denota uma baixa qualidade de vida.

TABELA 2 - Estrutura do PCOSQ

Questões	Domínios
2- deprimida como consequência da síndrome 4- facilmente cansada 6- humor alterado devido a síndrome 11- baixa autoestima 14- medo de ter câncer 17- preocupada com o fato de ter a síndrome 18-auto-consciência de ter a síndrome 20-atraso menstrual foi um problema	Emoções
1-pelos no queixo 9-pelos no lábio superior 15-pelos no rosto 16-vergonha ou constrangimento com excesso de pelos 26-pelos no corpo	Pelos
3- preocupada com excesso de peso 10-problema com o peso 12-frustrada com as tentativas de perda peso 22-não se sentir atraente por causa do excesso peso 24-dificuldade em se manter no peso ideal	Peso
5-preocupada com os problemas de infertilidade 13-medo de não ter filhos 23-perda do controle sobre a situação 25-triste por causa dos problemas de infertilidade	Infertilidade
7- dor de cabeça no período menstrual 8-irregularidade menstrual 19-inchaço abdominal na última menstruação 21-cólica menstrual	Problemas menstruais

A validação das propriedades psicométricas do PCOSQ foi demonstrada nos trabalhos de Guyatt *et al.* (32), Jones *et al.* (30) e Coffey, Bano e Mason (7). O PCOSQ tem uma razoável confiabilidade interna, boa confiabilidade teste-reteste, boa validade discriminatória e concorrente (7). Em geral, o SF-36 foi o questionário usado para comparação e definição da validade concorrente do PCOSQ. Na revisão sistemática recente de Taghavi *et al.* (33), as propriedades psicométricas do PCOSQ foram analisadas, o questionário demonstrou uma aceitável validade de conteúdo e construto com boa confiabilidade e consistência interna, porém outras propriedades como a validade longitudinal e fatorial, medidas de erro absoluto e responsividade necessitam de reavaliação.

Há trabalhos de tradução e validação do PCOSQ na versão iraniana-modificada (34), sueca (35), chinesa (36, 37). No Brasil, uma versão adaptada foi publicada em 2003 por Hashimoto *et al.* (38).

A versão persa/iraniana do PCOSQ utilizou o questionário modificado por Barnard *et al.* (31) com 30 questões e 6 domínios (domínio novo: acne). As participantes foram provenientes de clínicas privadas e todas eram casadas. Por razões culturais, somente mulheres casadas puderam participar deste tipo de estudo.

Na versão chinesa do PCOSQ, três conceitos adicionais foram incorporados ao questionário: questões sobre acne (2 itens), perda de cabelos (2 itens) e medo de ter diabetes (1 item). As mulheres de origem asiática apresentam uma menor incidência de hirsutismo mas, neste estudo, os problemas relacionados a acne foram mais significativos. As chinesas demonstraram maior medo de ter diabetes do que câncer e a questão foi adicionada ao domínio do peso.

1.4 Estudos sobre Qualidade de vida na SOP

A avaliação da QV na SOP é um assunto que vem despertando o interesse de vários pesquisadores. O número de publicações vem crescendo ao longo do tempo. Em 2002, foi feita uma revisão sistemática da literatura (39) para avaliar o impacto de condições ginecológicas benignas sobre a QV das mulheres afetadas e somente um estudo sobre SOP e QV foi encontrado: o trabalho de desenvolvimento do questionário específico para SOP (29). Em 2008, uma nova revisão sistemática dos mesmos autores identificou 19 estudos relacionando SOP e QV em seus diversos aspectos (13). Nesta revisão foi demonstrado que todos os sintomas relacionados a SOP parecem comprometer a QV das mulheres afetadas,

mas as questões relacionadas ao peso exercem um profundo impacto negativo na QV, apresentando os mais baixos escores no PCOSQ.

Em 2005 Hahn *et al.* (40), na Alemanha, compararam 120 portadoras de SOP com 50 mulheres saudáveis e constatou-se que as portadoras SOP apresentam redução significativa na QV, aumento dos distúrbios psicológicos e redução da satisfação sexual. As mudanças na aparência como a obesidade e o hirsutismo comprometeram a dimensão física avaliada nos instrumentos de QV e também a satisfação na vida sexual.

Nos EUA, Mccook, Reame e Thatcher (41) estudaram a QV em 128 mulheres com SOP procedentes de duas clínicas privadas de reprodução, a maioria de mulheres brancas (96,9%), casadas (75,8%) e com índice de massa corporal (IMC) > 30 (74%). Os problemas relacionados ao peso, seguido pelos distúrbios menstruais e infertilidade foram as áreas mais comprometidas na avaliação da QV. (41)

Uma metanálise de 2011 com 423 pacientes portadoras de SOP e 285 controles, procedentes de 5 estudos, demonstrou que em todas as dimensões do Short Form-36 houve redução dos escores de QV nas mulheres afetadas pela síndrome. (42)

A QV em etnias e culturas diferentes foi avaliada em um número pequeno de publicações. No Brasil, o trabalho de Hashimoto *et al.* (38) comparou a QV de brasileiras (n=102) portadoras de SOP, vivendo em São Paulo com a de mulheres residentes na Áustria (n=31). Para as brasileiras, o hirsutismo, a infertilidade e os distúrbios menstruais foram as áreas de maior impacto negativo na QV. Para as austríacas, a obesidade foi a dimensão com maior impacto negativo na QV, mesmo o grupo apresentando menor prevalência de sobrepeso e de obesidade quando comparadas às brasileiras (IMC >30 kg/m²: 9,7% X 29,6%).

Na Áustria em 2004, foi avaliada a QV em dois grupos de mulheres portadoras de SOP de etnias diferentes (35 austríacas x 14 imigrantes muçulmanas) procedentes de uma clínica de infertilidade em Viena. As mulheres de origem muçulmana, quando comparadas às austríacas, apresentam maior comprometimento da QV em todas as dimensões avaliadas – infertilidade, peso, hirsutismo, distúrbios menstruais e problemas emocionais. A infertilidade foi a dimensão que mais comprometeu a QV das mulheres de origem islâmica. As mulheres no Islã, sofrem grande pressão para casar e constituir família. Os autores consideram que o profissional de saúde deve estar atento à formação religiosa e cultural de cada paciente para que se ofereça o suporte adequado a cada situação. (43)

As mulheres com SOP no Irã ficam altamente expostas e vulneráveis devido a visibilidade de seus sintomas (hirsutismo, obesidade, irregularidade menstrual e infertilidade). Muitas evitam compromissos sociais com medo do julgamento e escrutínio público. Algumas

práticas religiosas, como rezar, são proibidas para as mulheres que estão menstruadas, portanto, a irregularidade menstrual e o sangramento uterino anormal podem interferir profundamente com vida social da família e a situação pode ser percebida por membros da comunidade local deixando a mulher em uma situação muito desconfortável. Além disso, a infertilidade para a mulher iraniana é uma realidade muito difícil de ser tolerada. A gravidez é uma questão vital e central para o papel feminino na cultura islâmica. As mulheres com infertilidade se sentem inferiorizadas, exaustas, depressivas, desesperançadas e com baixa autoestima. Não ter filhos é associado com divórcio e perda de prestígio social. (44)

Na Índia, com a abertura econômica que começou na década de 90, o país vem se tornando mais globalizado e ocidentalizado. As mudanças nas aspirações do padrão de vida e consumo, o aumento do estresse na vida diária, o acesso a alimentos mais calóricos, o hábito de comer fora, a redução da atividade física, as comodidades da vida moderna e as alterações do ritmo circadiano são alguns dos fatores responsáveis pela epidemia de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares em franca ascensão entre a classe média urbana indiana. (45)

Neste contexto, a SOP, na Índia, também vem assumindo proporções epidêmicas, principalmente entre as classes de maior poder aquisitivo, sendo, por muitos especialistas, considerada uma doença relacionada ao estilo de vida. A liberalização econômica do país também criou novas oportunidades de trabalho para as mulheres nos grandes centros urbanos que passaram a lidar com a demanda de dois mundos culturais muito diferentes: as responsabilidades e exigências da modernidade e do mundo das tradições, fator gerador de tensão e estresse.

No Sri Lanka, a partir de um rastreamento em uma comunidade indígena (3030 mulheres de 15 a 39 anos) identificou-se 146 mulheres portadoras de SOP (diagnóstico novo) e o grupo controle (n=170) saiu da mesma comunidade. No grupo com SOP o estresse psicológico foi significativamente maior e o hirsutismo, mais do que a obesidade, foi o fator responsável pela redução da QV. Neste grupo somente 30,8% das mulheres com IMC > 30 kg/m² se consideravam obesas. (46)

Um trabalho, na Austrália, avaliou a QV de 203 portadoras de SOP (15 a 65 anos), selecionadas a partir de um banco de dados, o grupo foi comparado com os resultados normativos da população australiana (grupo de 173 mulheres de 18 a 44 anos). As pacientes portadoras de SOP tiveram escores demonstrando pior QV, a morbidade psicológica foi significativamente maior, o IMC foi negativamente correlacionado com a QV e a percepção de informações inadequadas sobre a síndrome também foi associado com baixos escores de QV. Um sistema de informações mais acessível e adequado pode ser associado à melhora na

QV nas portadoras da síndrome, sendo uma hipótese atraente a ser testada por um estudo de intervenção. (47)

A informação apropriada e de boa qualidade no cuidado da saúde em geral, mas, principalmente nas doenças crônicas, é tão importante quanto as outras intervenções médicas habituais (medicamentos, exames e procedimentos cirúrgicos). A informação adequada pode ajudar o paciente no processo de tomada de decisões, na mudança de hábitos para comportamentos e atitudes mais saudáveis. Pode envolver o paciente no processo de autocuidado aumentando sua autonomia e melhorando a qualidade do atendimento e do relacionamento médico-paciente, além de possibilitar a redução dos custos. (48)

1.5 O Ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas da UFMG

O ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas da UFMG se encontra em funcionamento desde 2004. Grande parte do atendimento é formada por pacientes portadoras de SOP com infertilidade. Elas são encaminhadas de diversos locais: do próprio Hospital das Clínicas; dos centros de saúde da região metropolitana e interior, da rede privada e da Unidade de Referência Secundária Sagrada Família. O Serviço conta com o trabalho de endocrinologistas e infertileutas que atuam em conjunto no atendimento das pacientes, além de contribuir com a formação de médicos residentes de diversas especialidades (endocrinologia, ginecologia, clínica médica, dermatologia) que passam pelo estágio do Serviço de Endocrinologia. Além do atendimento médico, as pacientes recebem atendimento e seguimento nutricional. O atendimento psicológico foi, durante vários anos, realizado na forma de grupo de apoio e reunia as pacientes presentes no dia da consulta. Hoje o suporte psicológico continua na forma de atendimento individual.

Muitas mulheres quando chegam ao ambulatório, já percorreram vários serviços de saúde, enfrentando inúmeras dificuldades para conseguir consulta e acompanhamento médico e realizar exames. O primeiro atendimento no serviço é marcado por muita ansiedade e grande expectativa para conseguir engravidar, porém muitas mulheres estão acima do peso e apresentam alterações metabólicas que precisam melhorar antes que o tratamento para infertilidade possa ser iniciado e outras ainda necessitam finalizar a propedêutica, situações que ampliam ainda mais a ansiedade e angústia. Diante desta realidade, os profissionais envolvidos diretamente na assistência perceberam a necessidade de se atuar de forma mais incisiva no processo de educação e orientação sobre síndrome de ovários policísticos com objetivo de melhorar a comunicação e o relacionamento com as pacientes e aumentar a adesão

às medidas de mudança de estilo de vida, fundamentais para o sucesso do tratamento de infertilidade. Foi, então, elaborada uma cartilha, a partir da colaboração de diferentes profissionais que atuam no serviço (médicos, residentes, psicólogos, nutricionistas), refletindo a experiência de atendimento desta população específica. A cartilha foi feita com um projeto gráfico agradável e atrativo, em formato de perguntas e respostas, em uma linguagem acessível, trazendo as dúvidas mais frequentes e relevantes que surgiram ao longo de vários anos de atendimento no ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto do acesso à informação na qualidade de vida das mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos através de um ensaio clínico randomizado.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a qualidade de vida em mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos, através da aplicação de questionários de QV, um instrumento genérico, o Short Form-36 e o questionário específico para síndrome: *Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire* (PCOSQ) .
- b) Comparar a QV entre o grupo de mulheres com SOP que recebeu a cartilha e o grupo controle que não teve acesso à informação, com os dois grupos pareados em relação à idade, índice de massa corporal e nível de escolaridade.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo: Ensaio Clínico Randomizado

3.2 Considerações Éticas

Este estudo foi previamente submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) sob o parecer número 471.194 em 28 de novembro de 2013. O estudo também foi aceito e cadastrado na Plataforma de Registros Brasileiros de Ensaio Clínicos (REBEC) sob o seguinte registro: Trial: RBR-8NDQZK, A importância da informação na qualidade de vida de mulheres com a Síndrome de Ovários Policísticos (SOP) em 07 de abril de 2015.

3.3 Pacientes

A população incluída no estudo foi constituída de mulheres atendidas no ambulatório de Hiperandrogenismo do Hospital das Clínicas da UFMG durante período de 2013 a 2016 e foram selecionadas segundo os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- a) Estar no período da menacme.
- b) Ter o diagnóstico de SOP pelos critérios de Rotterdam (4), ou seja, presença de dois dos três seguintes critérios: oligo ou anovulação; sinais clínicos ou laboratoriais de hiperandrogenismo; ovários policísticos à ultrassonografia, definidos como a presença de mais de 12 folículos entre 2 e 9 mm nos dois ovários ou ovários de volumes aumentados, sem folículos dominantes.
- c) Assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Critérios de Exclusão:

- a) Distúrbio psiquiátrico prévio.

- b) Comorbidades associadas que podem comprometer a QV, como diabetes mellitus descompensado, insuficiência cardíaca, colagenoses, hipertensão arterial de difícil controle, doença renal crônica e obesidade grau II ou mais (Índice de massa corporal $\geq 35 \text{ kg/m}^2$)
- c) Nível de escolaridade inferior ao 4º ano do ensino fundamental.

Durante o atendimento no ambulatório as pacientes foram convidadas a participar do projeto de pesquisa, sem nenhum prejuízo à dinâmica do acompanhamento. Após o esclarecimento e a assinatura do TCLE foram aplicados os questionários de QV específico (PCOSQ) e genérico (*Short Form-36*), nesta ordem. O tempo médio necessário para responder as perguntas ficou em torno de 20 a 30 minutos. Também foram coletadas informações para o instrumental de classificação socioeconômica e dados como índice de massa corporal, nível de escolaridade, profissão, religião, uso de medicamentos, comorbidades, tabagismo, etilismo, atividade física, tempo de infertilidade, paridade.

Após responderem aos questionários, as pacientes foram randomizadas em 2 grupos: Grupo 1 ou intervenção e Grupo 2 ou controle. A randomização foi feita através de um programa de computador², que gerou uma tabela de números aleatórios (randomização simples). As pacientes do grupo 1 receberam a cartilha contendo informações sobre os aspectos mais relevantes da SOP, foi realizada uma primeira leitura da mesma junto com a paciente. As pacientes foram orientadas a realizar uma nova leitura mais reflexiva em casa e também incentivadas a compartilhar dúvidas e sugestões sobre a cartilha na visita subsequente.

Uma nova avaliação foi agendada para 30 dias, depois da avaliação inicial. A segunda aplicação dos questionários foi realizada em ambos os grupos para que fosse possível comparar a QV antes e após a intervenção. As pacientes do grupo 2 (controle) receberam a cartilha após a finalização da segunda etapa dos questionários e o mesmo processo de leitura e orientação com a cartilha foi realizado.

3.4 Instrumental de Avaliação Socioeconômica

O instrumental de avaliação socioeconômica utilizado no estudo foi desenvolvido pelo serviço social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (USP) na cidade de Bauru-SP, ultrapassando a experiência com avaliação de mais de 24.000 casos. Foi desenvolvido com o objetivo de instrumentalizar os assistentes sociais para

² <http://www.graphpad.com/quickcalcs/randomize1/>.

conhecimento da vida dos usuários, implementar programas e serviços e traçar os perfis dos sujeitos de amostras de pesquisa, relacionando os estratos socioeconômicos com diferentes indicadores para maior conhecimento da realidade social da população em atendimento ou envolvida em um projeto de pesquisa. (49)

São utilizados os seguintes indicadores: situação socioeconômica, números de membros da família, escolaridade, ocupação e habitação. A partir de um sistema de pontuação, são definidos seis estratos sociais: baixa inferior (0 a 20 pontos), baixa superior (21 a 30 pontos), média inferior (31 a 40 pontos), média (41 a 47 pontos), média superior (48 a 54 pontos) e alta (55 a 57 pontos)

3.5 Cálculo Amostral

O cálculo amostral foi feito a partir dos dados de Coffey, Bano e Mason (7). Considerando os valores dos escores dos dois questionários usados, apresentados no estudo, foi possível deduzir o desvio-padrão de todos os domínios dos questionários, por cálculo reverso a partir do valor de p, número de casos e controle e diferenças entre as médias. Foram utilizadas as diferenças relatadas entre controle e SOP para estimar a diferença que se deseja detectar entre “cartilha e controle”. Consideramos como desfechos mais importantes, o consolidado de escores mentais do SF-36 e os domínios do PCOSQ. Em suma, com $n=49$ pacientes por grupo (total de 98 pacientes) teríamos 80% de poder estatístico para detectar diferenças de 7 pontos ($SD=12$) entre os grupos escores mentais do SF-36, e 99% de poder estatístico para detectar diferenças de 2 pontos ($SD=0,5$) entre os grupos em qualquer dos domínios do PCOSQ.

3.6 Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada no software SPSS versão 22 com nível de significância $p < 0,05$. A distribuição dos dados se mostrou assimétrica ou não-normal, e os testes não paramétricos foram usados nas análises subsequentes. A mediana foi usada como medida de tendência central.

Na análise descritiva dos grupos, para estudo das variáveis categóricas (qualitativas) foram usados o Teste Qui Quadrado e o Teste de Fisher e para as variáveis contínuas (quantitativas) foi usado o Teste de Mann Whitney. A etapa final consistiu na análise dos diversos domínios dos 2 questionários de qualidade de vida utilizados no estudo (PCOSQ e

SF-36), comparando os dados da primeira com a segunda etapa, numa avaliação pareada, sendo utilizado o Teste de Wilcoxon.

4 RESULTADOS

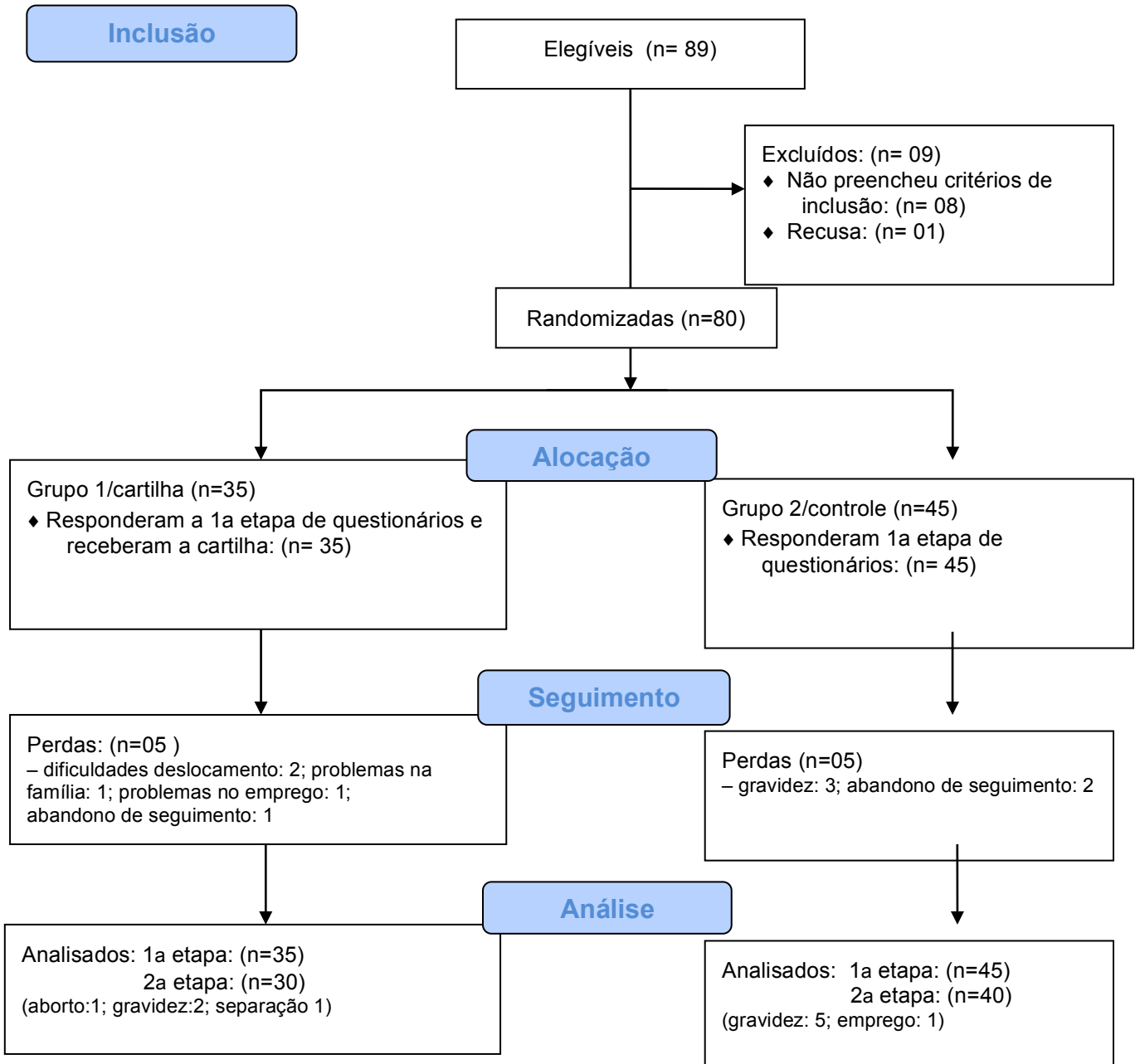
4.1 Fluxograma de Pacientes

No ambulatório de Hiperandrogenismo, no período de novembro de 2013 a março de 2016, 89 pacientes foram convidadas a participar do estudo. Ocorreram 9 exclusões, 8 pacientes não preencheram os critérios de inclusão e 1 paciente declinou o convite. Oitenta (n=80) pacientes foram randomizadas, ficando o grupo cartilha com 35 participantes e o grupo controle com 45 mulheres. Na primeira etapa, todas as participantes responderam aos questionários de qualidade vida. No grupo 1 (cartilha), as 35 pacientes receberam as cartilhas, após responderem aos questionários da primeira fase.

Na segunda etapa, retornaram ao ambulatório, 30 mulheres no grupo cartilha e 40 participantes no grupo controle. No primeiro grupo, as perdas foram devido a dificuldades de deslocamento (2 pacientes), problemas de saúde na família (1 paciente), problemas com o emprego (1 paciente), abandono de seguimento (1 paciente). No grupo controle, as perdas foram justificadas da seguinte forma: não retornaram ao ambulatório porque engravidaram (3 pacientes) e abandono de seguimento (2 pacientes).

No grupo 1 (cartilha), das 30 pacientes que responderam à segunda etapa dos questionários, foram registrados os seguintes eventos: aborto (1 paciente), gravidez (2 pacientes), separação do marido (1 paciente). No grupo 2 (controle), das 40 participantes da segunda etapa, 5 mulheres voltaram grávidas e 1 paciente que na primeira etapa estava desempregada, voltou com emprego novo.

FIGURA 1 - Fluxograma de Pacientes



4.2 Análise Descritiva dos Grupos

Os grupos cartilha e controle apresentaram características como idade, anos de escolaridade, IMC e a classificação socioeconômica muito semelhantes. No grupo 1 (cartilha), a mediana da idade foi de 33,5 anos com 11 anos de escolaridade (mediana) e IMC 26,7 (mediana), quanto a situação socioeconômica, o grupo atingiu 28 pontos, o que define a classe social como baixa superior. No grupo 2 (controle), a mediana da idade foi 30,5 anos, com 11 anos de escolaridade e IMC 28,7 e na classificação socioeconômica, o extrato social também foi semelhante. A maior parte das pacientes em ambos os grupos é sedentária e se declara não fumante, porém no grupo 2 (controle) houve um maior número de pacientes que relataram uso de bebida alcoólica de forma social.

TABELA 3 - Características sociodemográficas do Grupo Cartilha vs Grupo Controle

Características	Grupo Cartilha (mediana)	Grupo Controle (mediana)
Idade (anos)	33,5	30,5
IMC (kg/m²)	26,7	28,7
Escolaridade (anos)	11	11
CSE (pontos)	28 (BS)	28 (BS)
Etilismo	Sim: 5,7% Não: 94,3%	Sim: 24,4% Não: 75,6%
Tabagismo	Sim: 5,7% Não: 94,3%	Sim: 8,9% Não: 91,1%
Atividade Física	Sim: 48,6% Não: 51,4%	Sim: 44,4% Não: 55,6%

Notas: CSE: Classificação socioeconômica. BS: Baixa Superior (Classe Social)

As mulheres casadas representam a maioria em ambos os grupos, com uma maior percentagem de pacientes com união estável no grupo controle. Quanto a religião, observa-se um predomínio da religião evangélica (>50%) tanto no grupo Cartilha quanto no grupo Controle.

TABELA 4 - Estado Civil e Religião

Características	Grupo Cartilha	Grupo Controle
Estado Civil	Casada: 85,7%	Casada: 66,7%
	Divorciada: 2,9%	Divorciada: 0%
	Solteira: 8,5%	Solteira: 11,1%
	União Estável: 2,9%	União Estável: 22,2%
Religião	Católica: 37,1%	Católica: 31,1%
	Espírita: 0%	Espírita: 4,4%
	Evangélica: 51,4%	Evangélica: 51,1%
	Sem religião: 8,6%	Sem religião: 0%
	Sem informação: 2,9%	Sem informação: 13,3%

A tabela 5 mostra a distribuição dos diferentes fenótipos da SOP entre os grupos, sendo que os mesmos foram organizados da seguinte forma:

1. Fenótipo A com a combinação dos 3 critérios: hiperandrogenismo, anovulação crônica e ovários policísticos ao ultrassom;
2. Fenótipo B: combinação hiperandrogenismo + anovulação crônica com ultrassom normal;
3. Fenótipo C: combinação de anovulação crônica + ovários policísticos ao ultrassom;
4. Fenótipo D: combinação de hiperandrogenismo + ovários policísticos ao ultrassom.

TABELA 5 - Distribuição Fenotípica da SOP

Fenótipos	Grupo 1 Cartilha	Grupo 2 Controle	Total
A (3 critérios)	23 (65,7%)	26 (57,8%)	49 (61,3%)
B (hiperand + anov.)	0 (0%)	4 (8,9%)	4 (5,0%)
C (anov. + US)	12 (34,3%)	14 (31,1%)	26 (32,5%)
D (hiperand. + US)	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (1,3%)
Total	35 (100%)	45 (100%)	80 (100%)

O fenótipo A com a presença dos 3 critérios foi o mais prevalente em ambos grupos, sendo seguido pelo fenótipo C (anovulação crônica + ovários policísticos ao ultrassom).

4.3 Escores dos Questionários de Qualidade de Vida Pré e Pós intervenção

No grupo Cartilha, o intervalo entre aplicação dos questionários foi de 52,5 dias (mediana), enquanto que no grupo Controle, o intervalo foi de 63 dias (mediana), valor de $p = 0,614$. Na análise dos questionários de QV, foi realizado a avaliação dos escores dos diversos domínios, pré e pós intervenção.

A tabela 6 mostra os escores dos 5 domínios do questionário específico para SOP (PCOSQ), pré e pós intervenção, em ambos os grupos. No grupo Cartilha, houve melhora nos escores dos domínios peso e menstruação, porém o grupo partiu de escores inicialmente mais baixos que o Controle. No domínio de infertilidade ocorreu melhora dos escores em ambos os grupos, com $p < 0,05$.

TABELA 6 - Escores (mediana) dos Domínios do PCOSQ pré e pós intervenção

Domínios do PCOSQ	Grupo Cartilha			Grupo Controle		
	Pré	Pós	Valor de p	Pré	Pós	Valor de p
Emoções	4,0	4,25	0,108	3,5	4,0	0,064
Pelos	3,0	5,0	0,175	5,0	5,0	0,554
Peso	3,0	4,0	0,005	3,0	4,0	0,056
Infertilidade	2,5	3,5	0,007	3,0	4,0	0,003
Menstruação	3,0	4,0	0,006	3,5	4,0	0,167

Os gráficos a seguir mostram os diversos domínios do questionário específico para SOP, comparando os grupos Cartilha e Controle, pré e pós intervenção. Os domínios infertilidade e peso obtiveram os escores mais baixos em ambos grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos Cartilha e Controle em nenhum dos domínios do PCOSQ, antes ou após a intervenção.

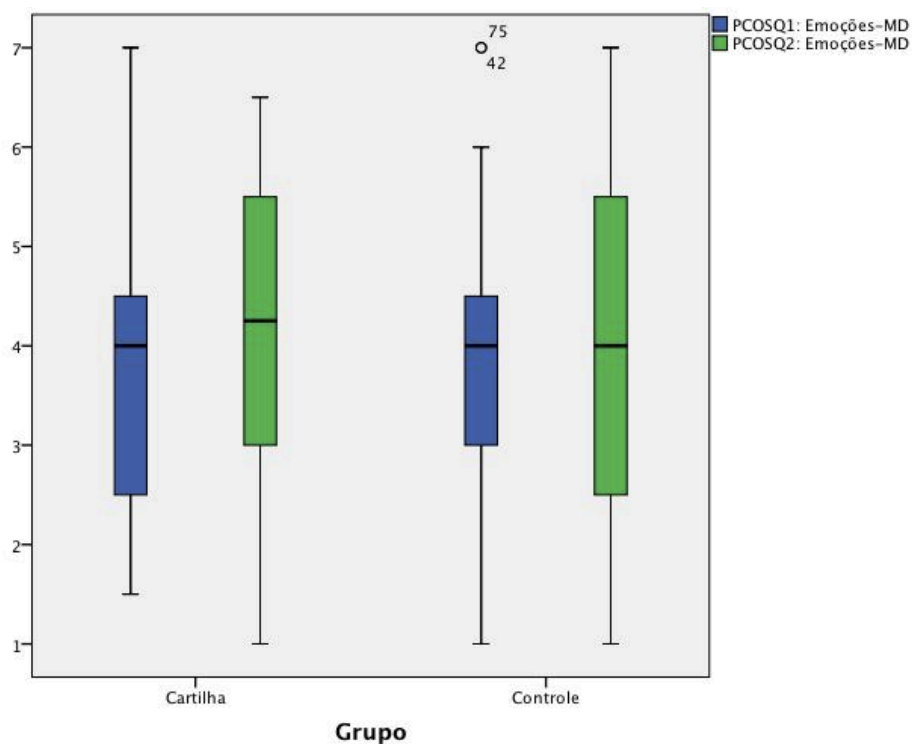


GRÁFICO 3 - Boxplot: PCOSQ Emoções: Escores antes (cor azul) e pós intervenção (cor verde) nos Grupos Cartilha e Controle

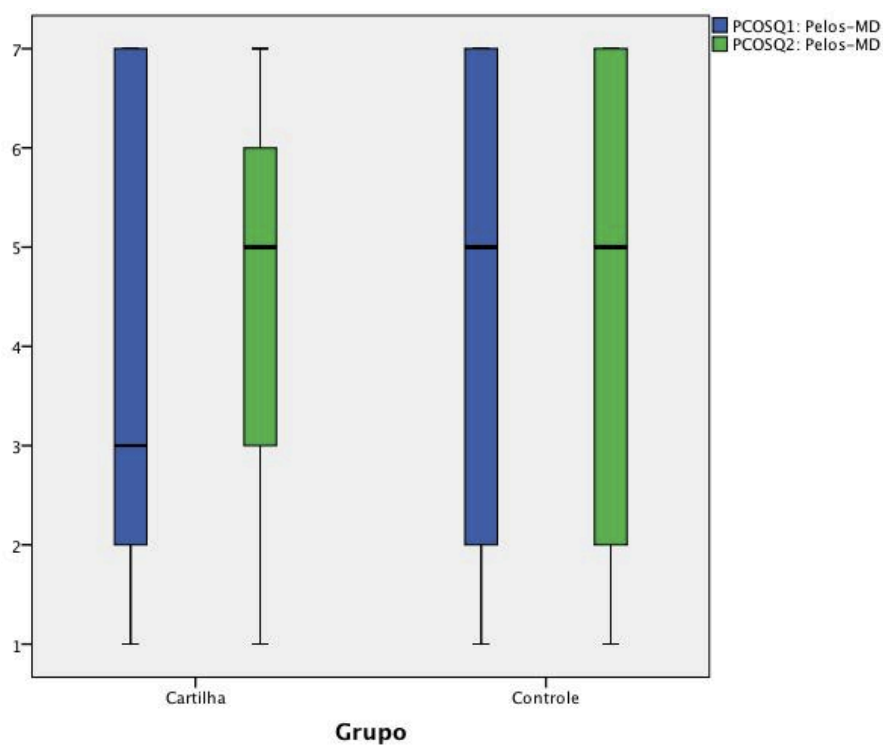


GRÁFICO 4 - Boxplot: PCOSQ Pelos: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle

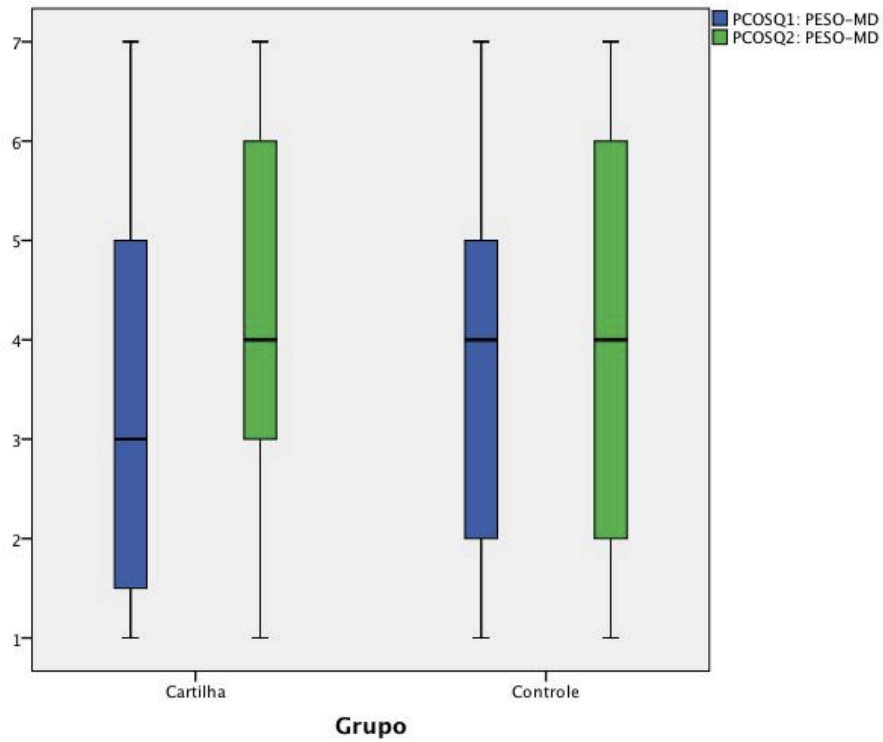


GRÁFICO 5 - Boxplot PCOSQ - Peso: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle

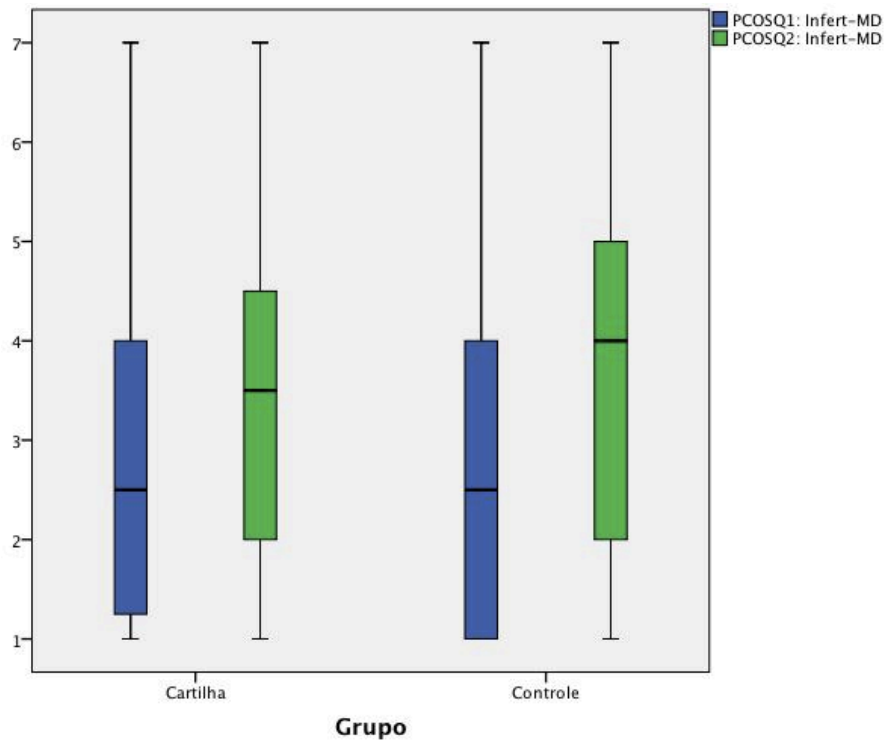


GRÁFICO 6 - Boxplot PCOSQ Infertilidade: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle

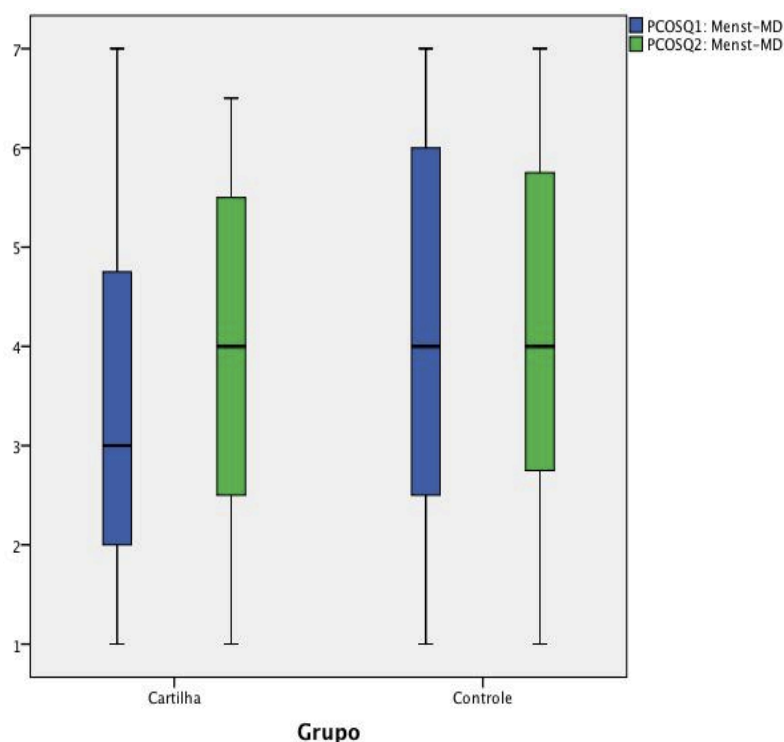


GRÁFICO 7 - Boxplot: PCOSQ- Menstruação: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle

Em relação ao Short Form-36, a tabela 7 mostra os escores normalizados de cada um dos 8 domínios e das 2 medidas sumárias, pré e pós intervenção para os grupos Cartilha e o grupo Controle. Quanto aos escores, o domínio da saúde mental e o sumário do componente mental, em todas medidas realizadas, nos dois grupos, ficaram abaixo de 50 (abaixo da média). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos Cartilha e Controle em nenhum dos domínios do SF-36, antes ou após a intervenção. Escolhemos para representação gráfica as medidas sumárias do componente físico e mental

TABELA 7 - Escores normalizados (mediana) dos domínios do SF-36 pré e pós intervenção

Domínios do SF-36	Grupo Cartilha			Grupo Controle		
	Pré	Pós	Valor p	Pré	Pós	Valor p
Capacidade Funcional	52,9	52,9	0,768	52,9	50,9	0,260
Aspectos Físicos	49,2	56,2	0,446	56,2	56,2	0,848
Dor	50,8	51,6	0,204	50,8	50,8	0,822
Estado Saúde Geral	50,9	50,9	0,538	53,2	48,5	0,048
Vitalidade	53,8	51,4	0,948	51,4	49,1	0,280
Aspectos Sociais	46,3	51,7	0,987	46,3	46,3	0,242
Aspectos Emocionais	55,3	55,3	0,825	55,3	55,3	0,888
Saúde Mental	45,9	48,2	0,167	43,6	43,6	0,729
Componente Físico	50,8	49,8	0,309	52,6	52,6	0,209
Componente Mental	46,9	49,2	0,509	45,0	43,7	0,455

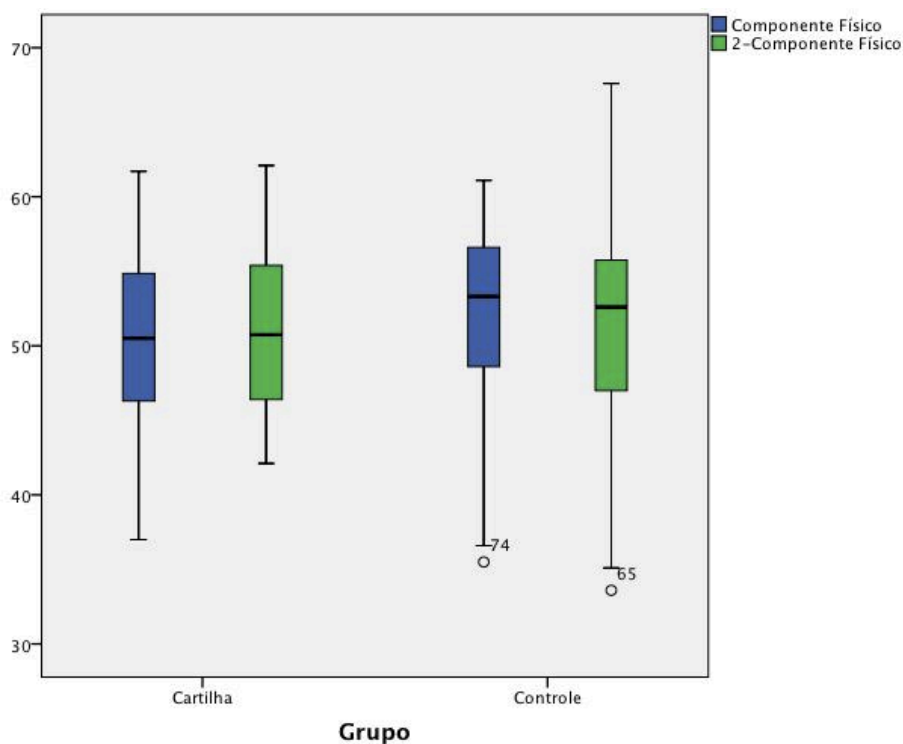


GRÁFICO 8 - Boxplot: SF-36-Sumário Componente Físico: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle

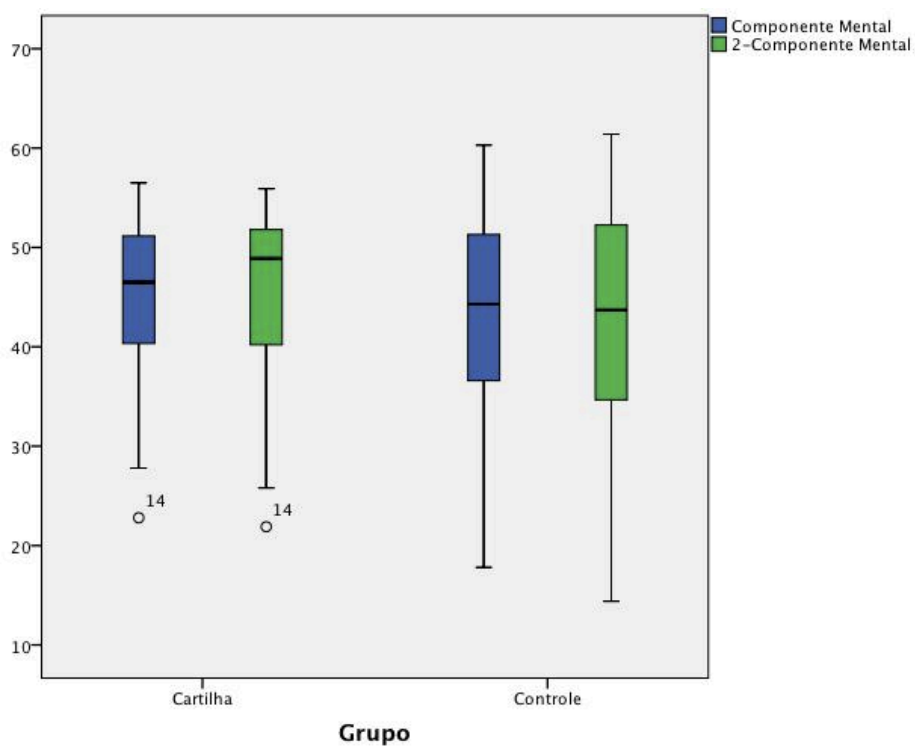


GRÁFICO 9 - Boxplot SF-36-Sumário Componente Mental: Escores antes (cor azul) e pós (cor verde) intervenção nos Grupos Cartilha e Controle.

5 DISCUSSÃO

As mulheres avaliadas, em sua maior parte, são casadas, com cerca de 30 anos de idade, que procuram o ambulatório porque desejam engravidar. Em ambos os grupos, predomina o fenótipo clássico da SOP (presença dos 3 critérios diagnósticos). Esse dado foi semelhante ao relatado em estudos prévios, onde o fenótipo mais prevalente é também o clássico, cerca de 70% (50). Nossas pacientes não têm como hábito a prática de exercícios físicos e o IMC para os dois grupos se encontra na faixa do sobrepeso; portanto, elas apresentam alto risco de complicações metabólicas relacionadas à SOP. O contexto representa uma boa oportunidade para orientação adequada, informando as pacientes sobre importância e a necessidade de mudanças de estilo de vida, com melhora na alimentação, perda de peso e a realização de atividade física. A adesão às mudanças de estilo de vida traz benefícios concretos e claros, porque melhora a resposta ao tratamento de indução de ovulação, aumentando a chance de gravidez e reduzindo o risco de complicações (abortamento, diabetes gestacional, hipertensão na gravidez, etc.).

A informação é fundamental para motivar as mudanças necessárias e oferece às pacientes a oportunidade de se prepararem da melhor maneira possível para a gravidez. A cartilha é um instrumento útil que complementa o atendimento, onde a informação pode ser trabalhada e revisada a cada nova consulta, além de possibilitar uma reflexão sobre a condição da síndrome quando a paciente retorna para casa.

Os resultados obtidos demonstram que não foram encontradas diferenças nas medidas de qualidade de vida entre os grupos avaliados. Apesar dos domínios de peso e menstruação do questionário específico de SOP mostrarem uma melhora dos escores entre a primeira e a segunda etapa no grupo cartilha, o resultado foi interpretado como um fenômeno de regressão à média, pois este grupo teve escores iniciais mais baixos que o controle, fato atribuído ao acaso, já que as pacientes foram randomizadas. No domínio infertilidade, os escores dos dois grupos melhoraram, consideramos que a melhora ocorreu devido ao atendimento médico que possibilitou a acolhida destas pacientes. Quanto ao SF-36, não houve modificação nos escores dos diversos domínios, entre as duas etapas do estudo.

Acreditando que a informação é relevante no cuidado e na promoção da saúde, sendo parte fundamental para a adesão ao tratamento, vamos tentar levantar aspectos e particularidades encontradas no nosso estudo que podem explicar os resultados encontrados. Observamos algumas dificuldades no transcorrer do processo. Inicialmente, o número

proposto no cálculo amostral (49 pacientes em cada grupo) não foi atingido. Os motivos para esta falha são: um grande número de pacientes com fatores de exclusão ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$) e o tempo insuficiente para a inclusão de novas participantes. Outro motivo relevante foi que muitas pacientes não conseguiram retornar no intervalo de 30 dias para segunda etapa dos questionários. Neste sentido, foi necessário vincular a volta para responder aos questionários ao atendimento médico. A aplicação da segunda etapa dos questionários foi realizada de forma presencial, semelhante à primeira fase.

Perdas frequentes das consultas por motivos diversos como exames que não ficaram prontos, problemas no trabalho, problemas de deslocamento, problemas de saúde na família e doenças agudas também adiaram a volta programada e com isso o intervalo entre as etapas foi sendo prolongado com repercussão negativa principalmente no grupo que recebeu a cartilha. Se a leitura inicial da cartilha esclareceu dúvidas e levantou outros questionamentos, a demora para retomar o assunto pode ter reduzido este impacto inicial.

Ao mesmo tempo, não sabemos responder se o intervalo inicial selecionado de 30 dias foi o mais adequado para avaliar a qualidade de vida após a intervenção ou se seriam necessários novos encontros para revisar e reforçar as informações da cartilha. A nossa intervenção foi pontual, transversal, depois da entrega da cartilha para o grupo 1, o contato seguinte foi somente na consulta subsequente. O processo de educação e sedimentação de qualquer conhecimento é uma jornada longa e trabalhosa que passa pela motivação e envolvimento pessoal. E as pacientes podem estar em etapas distintas desta caminhada com necessidades e demandas específicas.

A entrega ou disponibilização da cartilha também não é garantia de que aquela informação vai ser lida, compreendida e assimilada. Foi percebido que algumas pacientes não haviam lido o material como solicitado e outras nem mesmo se lembravam da cartilha. Não é uma situação incomum, com a população atendida no ambulatório e também em outros serviços, se defrontar com pacientes que se mostram confusos com os pedidos de exames, as receitas e as orientações entregues durante o atendimento médico. Um aspecto que pode refletir a combinação de vários fatores: falhas na orientação e comunicação, desorganização do fluxo de atendimento e um baixo nível de habilidades específicas definidas como alfabetização funcional em saúde (*health literacy*).

A alfabetização funcional em saúde envolve habilidades cognitivas e sociais que determinam a capacidade de um indivíduo em obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde e aplicar este conhecimento no gerenciamento do autocuidado, na promoção da saúde e na interação/interface com o sistema de saúde (51). São necessárias

habilidades básicas, como leitura e compreensão de receitas, orientações médicas e materiais educativos, uso correto da medicação prescrita (pacientes com doenças crônicas podem ter uma longa lista de medicamentos, o que exige uma rotina organizada, disciplina com horários e bom suporte familiar), preparo adequado para a realização de exames, a leitura do cartão de agendamento de consultas e exames e o gerenciamento desta agenda (pacientes com doenças crônicas atendidos por várias especialidades podem ter uma agenda médica com múltiplos compromissos, muitas vezes, confusa, complexa e com consultas sobrepostas).

O baixo índice de alfabetização funcional em saúde é um problema enfrentado pelos sistemas de saúde do mundo inteiro e os pacientes que se encontram nesta categoria demandam um maior número de consultas, apresentam maiores taxas de hospitalizações e representam uma sobrecarga financeira adicional aos sistemas de saúde públicos e privados. A situação é alarmante e os números são preocupantes, mesmo em países desenvolvidos há uma substancial parcela da população com baixos índices de letramento funcional em saúde: 40% da população adulta nos Estados Unidos, 7% na Suécia, e 20% no Reino Unido e Irlanda (52).

No Brasil, o problema ainda é pouco discutido e não conhecemos a realidade dos nossos números. O trabalho de Carthery-Goulart *et al.* (53) de 2009 avaliou o nível de letramento funcional em saúde entre voluntários saudáveis de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo e encontrou índice de letramento funcional em saúde insuficiente ou marginal na população adulta de 32,4% chegando a 51,6% entre aqueles com mais de 65 anos.

Temos, no país, o indicador de analfabetismo funcional (INAF Brasil), criado em 2001, que avalia o nível de alfabetização da população adulta, a percentagem de analfabetos funcionais chega a 27% (dados de 2011). Entre a população com ensino médio, apenas 35% atinge o nível de alfabetização plena. Somente 1 em cada 4 brasileiros domina plenamente as habilidades de leitura, escrita e matemática. (54)

Apesar das participantes terem 11 anos de estudo (mediana), o nível de escolaridade, usado de forma isolada não é um bom indicador para avaliar o grau de letramento/alfabetização em saúde. Embora possam caminhar juntos, nem sempre um bom nível de escolaridade garante um nível adequado de alfabetização funcional em saúde. Há questionários específicos para este fim, porém o nível de letramento funcional em saúde não foi avaliado neste estudo.

O estudo também permitiu a avaliação de aspectos socioeconômicos muito negligenciados e que são cruciais na adesão e terapêutica. Um dado que nos chamou a atenção

foi o predomínio da religião evangélica entre as participantes. Buscamos, então, comparar o nosso grupo com as informações do censo do IBGE de 2010 e verificar como é a distribuição das religiões e crenças no Brasil (ver gráfico 10) (55). Os dados mostram o crescimento da religião evangélica (pentecostais) como um fenômeno em todo Brasil, atingindo 22% da população. Segundo os estudiosos da área, o crescimento dos evangélicos se concentra, principalmente, nas periferias dos grandes centros urbanos, na zona rural, e nas fronteiras agrícolas, áreas com um fenômeno histórico comum: atração de migrantes que perdem suas raízes e referências culturais e sofrem com o abandono do poder público. Chama a atenção, o fato do crescimento em números absolutos dos pentecostais se concentrarem nas áreas mais urbanizadas da região sudeste: Rio de Janeiro (capital): 1,8 milhões de fiéis; São Paulo (capital): 1,8 milhões de fiéis e Belo Horizonte: 700 mil fiéis (56). Então, Belo Horizonte é a terceira cidade brasileira com maior contingente de evangélicos no país.

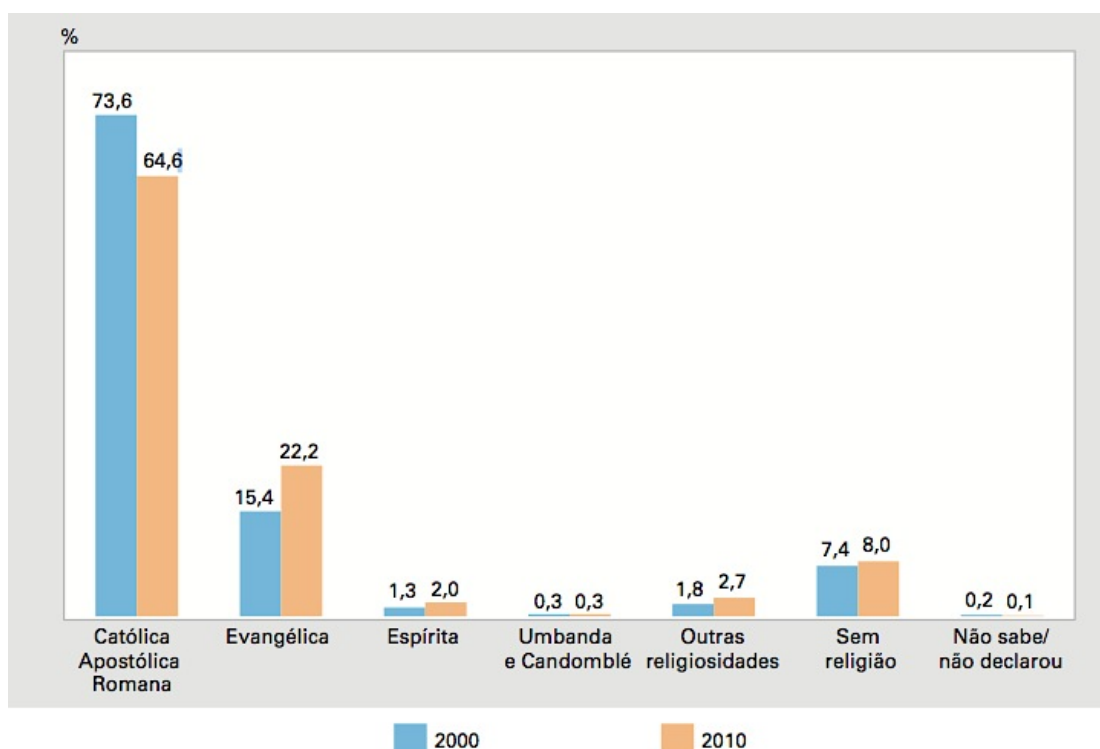


GRÁFICO 10 - Percentual da população residente, segundo os grupos de religião Brasil - 2000/2010

Fonte: IBGE, Censo demográfico 2010. (55)

A religião e a religiosidade podem estar associadas tanto a efeitos positivos quanto negativos sobre a qualidade de vida. Grande parte das pesquisas clínicas indica que práticas e crenças religiosas se associam a melhor saúde mental e física, trazendo maior satisfação com a vida, maior senso de propósito e significado para a vida, índices menores de ansiedade e depressão, de abuso de substâncias e de comportamentos de risco e maior estabilidade nos relacionamentos. Por outro lado, também existe a possibilidade de conexões negativas, quando a prática religiosa é usada para justificar a raiva, o ódio, a agressão ou o preconceito. A religião também pode funcionar como agente de controle social, com restrições excessivas, promovendo o isolamento social daqueles que vivem fora dos padrões. (57)

Um outro ponto importante a ser destacado envolve o fato de que já na admissão (primeira consulta) ao ambulatório, as pacientes se apresentavam muito desgastadas e sobrecarregadas emocionalmente, com múltiplas demandas e a questão financeira está sempre presente, sendo um fator de estresse adicional. Muitas perdem seus empregos devido à necessidade de consultas e exames frequentes, outras decidem parar de trabalhar para se dedicarem exclusivamente ao tratamento. Um cenário que se mostra pouco receptivo ao processo de educação, orientação e informação, pois há sempre questões mais prementes a ocupar o tempo e atenção destas mulheres. Outras chegam muito ansiosas, consideram que engravidar é uma questão de grande urgência devido a idade (próximo aos 40 anos) e se mostram resistentes a qualquer intervenção que não seja para induzir ovulação. Há, ainda, um grupo de pacientes que trazem informações distorcidas, com conceitos equivocados e acreditam que mulheres com SOP não podem engravidar. São situações que exigem que se estabeleça uma boa relação médico-paciente com empatia e acolhida para construção de laços de confiança e respeito. Só neste contexto de um bom relacionamento médico-paciente, é que a informação consegue exercer seu papel terapêutico de esclarecer, orientar, reduzir a ansiedade diante do novo, ajudar na tomada de decisões e no enfrentamento de situações difíceis e ser capaz de motivar as mudanças necessárias.

Cada atendimento deve criar a oportunidade de esclarecer as dúvidas do momento, mas, também, educar para o cuidado e manejo de condições crônicas. A informação precisa ser clara e objetiva, de boa qualidade, de fonte confiável e atualizada. Toda a equipe precisa falar uma mesma linguagem, transmitir a informação de forma individualizada e acessível e não deve haver orientações conflitantes ou contraditórias.

Para algumas pacientes, a cartilha foi um instrumento que melhorou a comunicação em casa com o marido/companheiro e familiares, foi um fator de aproximação. Em geral, as pacientes vão sozinhas às consultas e têm dificuldade em explicar em casa o que acontece

durante o atendimento médico e muitas se sentem cobradas e pressionadas a prestar esclarecimentos.

Levando-se em conta que os questionários de qualidade de vida não foram capazes de detectar diferenças entre os grupos avaliados e que estamos diante de uma realidade complexa, abrangente e muito rica em variáveis que não são passíveis de controle pelo pesquisador, propomos o caminho da pesquisa qualitativa. A metodologia qualitativa pode nos ajudar a conhecer melhor o universo das nossas pacientes. Trabalhar com aspectos subjetivos em profundidade na busca dos significados e das representações sociais que o acesso ao conhecimento/informação tem na vida destas mulheres e como isto interfere com o cotidiano e buscar o melhor caminho para que a informação, uma vez disponível, possa fazer diferença.

6 CONCLUSÃO

A população do estudo é composta por mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos que procuram o ambulatório porque desejam engravidar. Os escores dos domínios de infertilidade (no PCOSQ) e saúde mental e sumário componente mental (no SF-36) foram os mais afetados e tiveram o pior desempenho nos dois grupos. São dados que traduzem em números as experiências e percepções vivenciadas no consultório e nos ajudam na busca de estratégias para melhorar a qualidade do atendimento e torná-lo mais resolutivo, oferecendo o suporte que temos disponível: orientação, acompanhamento médico, nutricional e psicológico.

A informação em saúde, embora, relevante, fundamental e necessária, neste estudo não foi capaz de modificar a qualidade de vida das pacientes avaliadas, porque este é realmente um grande desafio. Precisamos desenvolver um trabalho que seja capaz de sensibilizar e captar a atenção das nossas pacientes e mostrar que ainda há escolhas possíveis e saudáveis mesmo diante da adversidade. A avaliação socioeconômica é um dado para ser incorporado à rotina do atendimento clínico, não para limitar escolhas, mas como instrumento para conhecer melhor a realidade da população que atendemos.

O processo de avaliação de qualidade de vida no ambulatório levantou novas questões para o atendimento, possibilitou uma compreensão mais satisfatória das situações vivenciadas pelas mulheres diante dos sintomas da síndrome, melhorando a comunicação e o relacionamento com as pacientes.

REFERÊNCIAS

1. CONWAY, G.; *et al.* The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. **Eur J Endocrinol.** v.171, n.4,p.1-29.2014.
2. TEEDE, H.; DEEKS, A.; MORAN, L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. **BMC Med.** v.8, p.41.2010.
3. SPRITZER, P.M. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** v.58, n.2, p.182-7.2014.
4. ROTTERDAM ESHRE/ASRM-SPONSORED PCOS CONSENSUS WORKSHOP GROUP. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). **Hum Reprod.** v.19, n.1, p.41-7.2004.
5. BALEN, A. The pathophysiology of polycystic ovary syndrome: trying to understand PCOS and its endocrinology. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** v.18, n.5, p.685-706.2004.
6. EGGERS, S.; KIRCHENGAST, S. The polycystic ovary syndrome--a medical condition but also an important psychosocial problem. **Coll Antropol.** v.25, n.2, p.673-85.2001.
7. COFFEY, S.; BANO, G.; MASON, H.D. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). **Gynecol Endocrinol.** v.22, n.2, p.80-6.2006.
8. DOKRAS, A.; *et al.* Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Obstet Gynecol.** v.117, n.1, p.145-52.2011.
9. DOKRAS, A. Mood and anxiety disorders in women with PCOS. **Steroids.** v.77, n.4, p.338-41.2012.
10. MOREIRA, S.; *et al.*[Polycystic ovary syndrome: a psychosocial approach]. **Acta Med Port.** v.23, n.2, p.237-42.2010.[Article in Portuguese].

11. WIRTBERG, I.; *et al.* Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. **Hum Reprod.** v.22, n.2, p.598-604.2007.
12. LEGRO, R.S.; *et al.* Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **J Clin Endocrinol Metab.**v.98, n.12, p.4565-92.2013.
13. JONES, G.L.; *et al.* Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. **Hum Reprod Update.** v.14, n.1, p.15-25.2008.
14. HOHL, A.; RONSONI, M.F.; OLIVEIRA, M. Hirsutism: diagnosis and treatment. **Arq Bras Endocrinol Metabol.** v.58, n.2, p.97-107.2014.
15. LIPTON, M.G.; *et al.* Women living with facial hair: the psychological and behavioral burden. **J Psychosom Res.** v.61, n.2, p.161-8.2006.
16. ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades-EACH/USP, 2012. 142 p. Disponível em : <http://www.each.usp.br/edicoeseach/qualidade_vida.pdf>. Acesso em jun. 2016.
17. FLECK, M.P.A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida Guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.
18. FLECK, M.P.A.; *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo. v. 21,n. 1,p. 19-28, Mar. 1999.
19. FITZPATRICK, R.; *et al.* Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. **BMJ.** v.305, n.6861, p.1074-7.1992.
20. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 5,n. 1,p. 7-18,2000.
21. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.** v.41, n.10, p.1403-9.1995.

22. PATRICK, D.L. A qualidade de vida pode ser medida? Como? In: FLECK, M.P.A, (Ed.). **A avaliação de qualidade de vida Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 29-39.
23. BLAY, S.L.; MARCHESONI, M.S.M. Desenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ, D.P.; (Ed.). **Qualidade de Vida Saúde e Trabalho: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP**. 2ed. Barueri: Manole, 2013. p. 21-34.
24. WARE, J.E. SF-36 health survey update. **Spine** (Phila Pa 1976). v.25,n.24, p.3130-9.2000.
25. CICONELLI, R.M.; *et al.* Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**. v.39, n.3, p.143-50.1999.
26. CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. [SF-36 and the development of new assessment tools for quality of life]. **Acta Reumatol Port**. v.33, n.2, p.127-33.2008.
27. STEWART, A.L.; *et al.* Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. **J Clin Epidemiol**. v.47, n.7, p.719-30.1994.
28. LAGUARDIA, J.; *et al.* Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. **Rev Bras Epidemiol**. v.16, n.4, p.889-97.2013.
29. CRONIN, L.; *et al.* Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). **J Clin Endocrinol Metab**. v.83, n.6, p.1976-87.1998.
30. JONES, G.L.; *et al.* The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. **Hum Reprod**. v.19, n.2, p.371-7.2004.
31. BARNARD, L.; *et al.* Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. **Hum Reprod**. v.22, n.8, p.2279-86.2007.
32. GUYATT, G.; *et al.* Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. **J Clin Epidemiol**. v.57, n.12, p.1279-87.2004.

33. TAGHAVI, S.A.; *et al.* Health-related quality of life in polycystic ovary syndrome patients: A systematic review. **Iran J Reprod Med.** v.13, n.8, p.473-82.2015.
34. BAZARGANIPOUR, F.; *et al.* Psychometric properties of the Iranian version of modified polycystic ovary syndrome health-related quality-of-life questionnaire. **Hum Reprod.** v.27, n.9, p.2729-36.2012.
35. JEDEL, E.; KOWALSKI, J.; STENER-VICTORIN, E. Assessment of health-related quality of life: Swedish version of polycystic ovary syndrome questionnaire. **Acta Obstet Gynecol Scand.** v.87, n.12, p.1329-35. 2008.
36. OU, H.T.;*et al.* Development of Chinese Version of Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (Chi-PCOSQ). **PLoS One.** v.10, n.10, p.e0137772.2015.
37. LIN, C.Y.; *et al.* Validation of Chinese Version of Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (Chi-PCOSQ). **PLoS One.** v.11, n.4, p.e0154343.2016.
38. HASHIMOTO, D.M.; *et al.* The impact of the weight status on subjective symptomatology of the Polycystic Ovary Syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. **Anthropol Anz.** v.61, n.3, p.297-310.2003.
39. JONES, G.L.; KENNEDY, S.H.; JENKINSON, C. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol.** v.187, n.2, p.501-11.2002.
40. HAHN, S.; *et al.* Clinical and psychological correlates of quality-of-life in polycystic ovary syndrome. **Eur J Endocrinol.** v.153, n.6, p.853-60.2005.
41. MCCOOK, J.G.; REAME, N.E.; THATCHER, S.S. Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.** v.34, n.1, p.12-20.2005.
42. LI, Y.; *et al.* Polycystic ovary syndrome is associated with negatively variable impacts on domains of health-related quality of life: evidence from a meta-analysis. **Fertil Steril.** v.96, n.2, p.452-8.2011.
43. SCHMID, J.; *et al.* Infertility caused by PCOS--health-related quality of life among Austrian and Moslem immigrant women in Austria. **Hum Reprod.** v.19, n.10, p.2251-7.2004.

44. TAGHAVI, S.A.; *et al.* Health-related quality of life in Iranian women with polycystic ovary syndrome: a qualitative study. **BMC Womens Health**. v.15, p.111.2015.
45. PATHAK, G.; NICTER, M. Polycystic ovary syndrome in globalizing India: An ecosocial perspective on an emerging lifestyle disease. **Soc Sci Med**. v.146, p.21-8.2015.
46. KUMARAPALI, V.; SENEVIRATNE, R.A.; WIJEYARATNE, C. Health-related quality of life and psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in South Asian women. **BJOG**. v.118, n.3, p.319-28.2011.
47. CHING, H.L.; BURKE, V.; STUCKEY, B.G. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. **Clin Endocrinol (Oxf)**. v.66, n.3, p.373-9.2007.
48. METTLER, M.; KEMPER, D.W. Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. **Stud Health Technol Inform**. v.121, p.373-83.2006.
49. GRACIANO, M.I.G.; LEHFELD, N.A.S. Estudo Socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. **Revista Serviço Social e Saúde**. v.IX, n.9, p.157-85.2010.
50. FAUSER, B.C.; *et al.* Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. **Fertil Steril**. v.97, n.1, p.28-38.e25. 2012.
51. SORENSEN, K.; *et al.* Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. v.12, p.80,2012.
52. COLLEDGE, A.; *et al.* Health information for patients: time to look beyond patient information leaflets. **J R Soc Med**. v.101, n.9, p.447-53.2008.
53. CARTHERY-GOULART ,M.T.; *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev Saude Publica**. v.43, n.4, p.631-8.2009.
54. INDICADOR DE ANALFABETISMO FUNCIONAL.INAF. **INAF BRASIL 2011: Principais resultados**. Instituto Paulo Montenegro e Ação Educativa mostram evolução do alfabetismo funcional na última década. 2012.25p. Disponível em : www.ipm.org.br/pt-br/programas/inaf/relatoriosinafbrasil/Paginas/inaf2011_2012.aspx . Acesso em jun 2016.

55. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. **Censo demogr.**, Rio de Janeiro, p.1-215, 2010. Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm . Acesso em jun 2016.

56. JACOB, C.R.; HEES, D.R. ; WANIEZ, P. **Religião e território no Brasil: 1991/2010**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2013. 85p. Disponível em : http://www.editora.vrc.puc-rio.br/media/E-book%20Religi%C3%A3o%20e%20Territ%C3%B3rio%20no%20Brasil_1991-2010.pdf. Acesso em jun. 2016.

57. PANZINI, R.G.; *et al.* Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A.; (Ed.). **A avaliação de qualidade vida Guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 177-96.

ANEXOS

ANEXO A - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **“Avaliação do impacto do acesso à informação na qualidade de vida de mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos através de um ensaio clínico randomizado”**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo **“Avaliação do impacto do acesso à informação na qualidade de vida de mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos através de um ensaio clínico randomizado”**. Com isso você poderá contribuir com os avanços na área da saúde, já que tais avanços só podem dar-se por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante.

Este estudo tem como propósito estudar a qualidade de vida em mulheres portadoras da síndrome dos ovários policísticos e avaliar como o acesso à informação pode repercutir sobre a qualidade de vida das mulheres avaliadas. Caso você aceite participar da pesquisa é provável que tenha que comparecer por duas vezes ao Ambulatório Borges da Costa no Hospital da Clínicas para a realização de uma entrevista médica durante o período em que você estiver participando da pesquisa (cerca de 30 dias). Você responderá a dois questionários sobre qualidade de vida em cada uma das visitas.

O estudo será realizado com dois grupos de pacientes divididos de forma aleatória (incerta) em que um grupo ao final da primeira entrevista, receberá uma Cartilha com informações sobre a síndrome dos ovários policísticos e o outro grupo neste momento responderá apenas aos questionários. Ao final de 30 dias as pacientes dos dois grupos retornarão ao ambulatório para responder novamente aos questionários de qualidade vida. Ao final da fase coleta de dados, a Cartilha estará disponível à todas as pacientes do Serviço.

O estudo em questão NÃO se caracteriza por ensaio clínico de fase II porque *não testaremos nenhum produto*. Os dados obtidos pela pesquisa são confidenciais e apenas os pesquisadores terão acesso. Asseguramos ainda que sua identificação bem como de sua família será mantida em sigilo.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Durante

todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Este estudo será financiado pelo Laboratório de Reprodução Humana – UFMG por meio de recursos de pesquisa captados junto ao CNPq.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o propósito e a relevância deste estudo e o(s) procedimento(s) a(os) que(ais) serei submetida. As explicações que recebi esclarecem os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que tenho liberdade para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me trará nenhum prejuízo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Belo Horizonte ____, de _____ de 201 ____.

Assinatura da voluntária: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha: _____

Pesquisadores:

Dra. Ana Lúcia Cândido

Dr. Fernando Marcos dos Reis

Dra. Rosana Correia da Silva Azevedo

Telefone: 3409-9552

Laboratório de Reprodução Humana Prof. Aroldo F. Camargos – HC-UFMG Av. Alfredo Balena, n° 110 – Funcionários – Belo Horizonte - MG

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2o andar - Sala 2005 - Campus Pampulha / Belo Horizonte, MG - Brasil
CEP: 31270-901, coep@prpq.ufmg.br Telefax 31 3409-4592

ANEXO B- Parecer do COEP-UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE - 23479213.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Ana Lúcia Cândido
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de novembro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação do Impacto do Acesso à Informação na Qualidade de Vida de Mulheres Portadoras da Síndrome de Ovários Policísticos Através de um Ensaio Clínico Randomizado"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Nas duas últimas semanas, com que frequência:

	O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algumas vezes	Poucas vezes	Quase nenhuma vez	Nenhuma vez
22-Você não se sentiu atraente por causa do excesso de peso?	()	()	()	()	()	()	()
23-Você se sentiu com perda do controle sobre a situação da síndrome dos ovários policísticos?	()	()	()	()	()	()	()
24-Você teve dificuldade em se manter no seu peso ideal?	()	()	()	()	()	()	()
25- Você se sentiu triste por causa dos problemas de infertilidade?	()	()	()	()	()	()	()

Nas duas últimas semanas, responda:

	Um problema muito grave	Um problema importante	Um problema moderado	Algum problema	Um pequeno problema	Quase não um problema	Não há problema
26-O crescimento de pêlos em seu corpo tem sido um problema para você?	()	()	()	()	()	()	()

OBRIGADO POR COMPLETAR O SEU QUESTIONÁRIO

ANEXO D - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida – Short Form-36

1-Em geral você diria que sua saúde é:

	Resposta
Excelente (1); Muito Boa (2); Boa (3); Ruim (4); Muito Ruim (5)	() Pontos

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

	Resposta
Muito Melhor (1); Um Pouco Melhor(2); Quase a Mesma (3); Um Pouco Pior (4); Muito Pior (5)	() Pontos

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

Atividades	Sim, muita dificuldade	Sim, um pouco de dificuldade	Sem dificuldade	Respostas
a) Atividades vigorosas que exigem muito esforço tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes intensos	1	2	3	a) () pontos
b) Atividade moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3	b) () pontos
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3	c) () pontos
d) Subir vários lances de escada	1	2	3	d) () pontos
e) Subir um lance de escada	1	2	3	e) () pontos
f) Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3	f) () pontos
g) Andar mais de 1 Km	1	2	3	g) () pontos
h) Andar vários quarteirões	1	2	3	h) () pontos
i) Andar um quarteirão	1	2	3	i) () pontos
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3	j) () pontos

4-Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas no seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não	Respostas
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	a) () pontos
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	b) () pontos

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	c) () pontos
d) Teve dificuldade de executar seu trabalho ou outras atividades (p. Ex. Necessitou de um esforço extra?)	1	2	d) () pontos

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

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

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

	Resposta
De forma nenhuma (1); Ligeiramente (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Extremamente (5)	() pontos

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

	Resposta
Nenhuma (1); Muito Leve (2); Leve (3); Moderada (4); Grave (5) Muito Grave (6)	() pontos

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

	Resposta
De maneira alguma (1); Um pouco (2); Moderadamente (3); Bastante (4); Extremamente (5)	() pontos

9-Para cada questão abaixo, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação `as últimas 4 semanas.

	Sempre	A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	As vezes	Poucas vezes	Nunca	Respostas
a) Por quanto tempo você se sente cheio de vigor, força e animada?	1	2	3	4	5	6	a) () pontos
b) Por quanto tempo se sente nervosa?	1	2	3	4	5	6	b) () pontos
c) Por quanto tempo se sente tão deprimido que nada pode animá-la?	1	2	3	4	5	6	c) () pontos

d) Por quanto tempo se sente calma ou tranquila?	1	2	3	4	5	6	d) () pontos
e) Por quanto tempo se sente com muita energia?	1	2	3	4	5	6	e) () pontos
f) Por quanto tempo se sente desanimada ou abatida?	1	2	3	4	5	6	f) () pontos
g) Por quanto tempo se sente esgotada	1	2	3	4	5	6	g) () pontos
h) Por quanto tempo se sente uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6	h) () pontos
i) Por quanto tempo se sente cansada?	1	2	3	4	5	6	i) () pontos

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

	Resposta
Sempre (1); A maior parte do tempo (2); parte do tempo (3); Poucas vezes (4); Nunca (5)	Boa () pontos

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

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

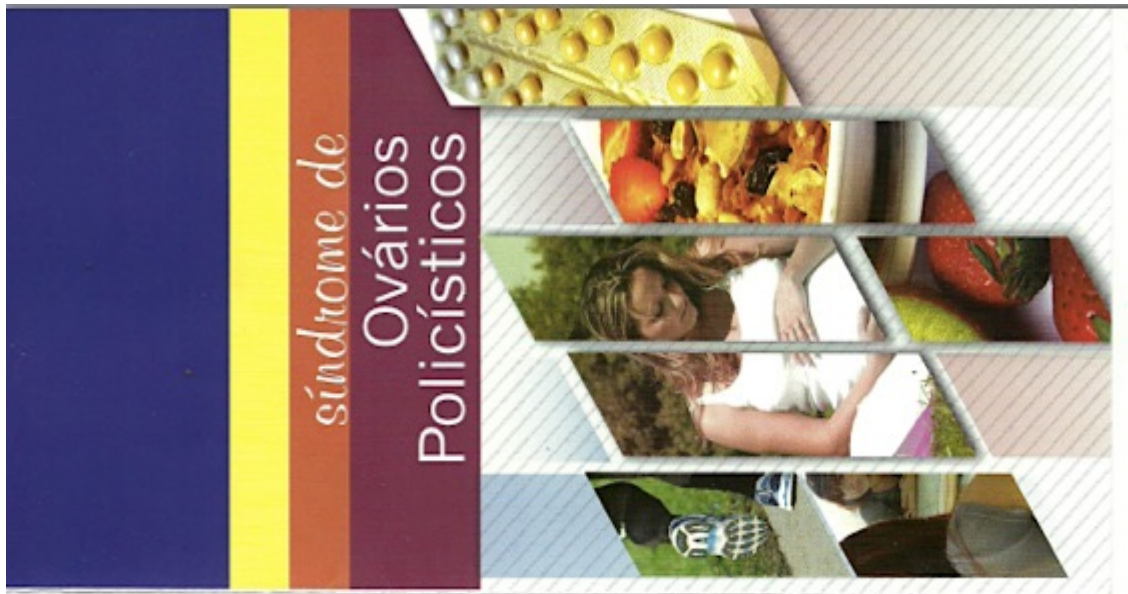
Fonte: CICONELLI, R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “ Medical Outcomes Studies 36-items short-form Health Survey (SF-36)” . 1997. (Tese) - Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, São Paulo, 1997.

mulher engravidar espontaneamente. Portanto, as mulheres que possuem esta síndrome e não querem engravidar devem fazer uso de métodos anticoncepcionais.

A paciente que tem Síndrome de Ovários Policísticos tem maiores riscos quando engravida?

Os riscos durante a gravidez em pacientes portadoras da Síndrome de Ovários Policísticos estão relacionados principalmente ao excesso de peso, pré-diabetes, diabetes e pressão alta. Esse grupo de pacientes apresenta maior risco de desenvolver diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, além de perdas fetais em qualquer época da gravidez. Mulheres que engravidam acima do peso têm mais risco de ter filhos com malformações, pois a obesidade prejudica o efeito protetor do ácido fólico.

É importante que toda paciente que tenha o diagnóstico de Síndrome de Ovários Policísticos seja avaliada e faça um controle médico periódico.



O que é Síndrome de Ovários Policísticos?

A Síndrome de Ovários Policísticos é uma condição na qual os ovários, e em alguns casos as glândulas adrenais, produzem mais androgênios (hormônios masculinos) do que o normal.

No ciclo menstrual normal, apenas 1 folículo cresce o suficiente para que a ovulação ocorra.

Nesta síndrome, vários folículos crescem e não se rompem a fim de liberar os óvulos maduros para serem fertilizados.

Como é feito o diagnóstico da Síndrome de Ovários Policísticos?

O diagnóstico da Síndrome de Ovários Policísticos é feito a partir de uma avaliação médica com base na análise de alguns dos seguintes sintomas:

- ciclo menstrual irregular ou mesmo ausência de menstruação;
- irregularidade ou ausência de ovulação;
- presença de altos níveis de androgênios no sangue, que pode resultar em pele oleosa, acne, presença de pelos grossos no corpo, ou mesmo queda dos cabelos;
- ultrassom que mostra ovários grandes ou presença de vários folículos. O exame de ultrassom deverá ser analisado juntamente com os demais critérios já descritos. Algumas vezes pacientes com a síndrome não apresentam alterações nos exames de ultrassom.

Quais são os problemas e riscos frequentemente associados à Síndrome de Ovários Policísticos?

As portadoras dessa síndrome podem apresentar mais

frequentemente:

- obesidade;
- aumento de acne e/ou pelos no rosto e no corpo;
- aumento da glicose no sangue (pré-diabetes) e diabetes;
- pressão alta;

- anemia causada por sangramento vaginal;

- colesterol e triglicérides (gorduras) elevadas no sangue;
- doenças cardiovasculares;
- dificuldade para engravidar

Que pessoas podem apresentar a Síndrome de Ovários Policísticos?

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, no intervalo entre a primeira (menarca) e a última menstruação (menopausa).

O fato de haver casos da Síndrome de Ovários Policísticos na família (mãe, irmãs ou tias) pode predispor ao aparecimento da síndrome, principalmente quando associada ao sobrepeso, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo.

A Síndrome de Ovários Policísticos tem tratamento?

Sim e o tratamento é importante para evitar alguns riscos e tem como objetivo:

- diminuir a quantidade de androgênios no sangue;
- induzir a ovulação e gravidez, se desejada;
- proteger o endométrio e
- diminuir a resistência à insulina (hormônio que regula o açúcar no sangue) e suas consequências.

Como é o tratamento da Síndrome de Ovários Policísticos?

O tratamento da síndrome depende dos sintomas que a mulher apresenta, ou seja, o tratamento não é o mesmo para todas as pacientes. Além disso, deve-se considerar se a paciente deseja ou não engravidar.

Não há cura para a síndrome de ovários policísticos, porém os sintomas podem geralmente ser bem controlados por meio da manutenção de hábitos de vida saudáveis como:

- alimentação balanceada, sem excessos e rica em frutas, legumes e verduras, diminuindo o consumo de açúcar e frituras;

- manutenção de um intervalo regular entre refeições;
- praticar atividade física regularmente;
- não fazer uso de cigarros e de bebidas alcoólicas;

Estes hábitos, aliados à manutenção de um peso corporal adequado, diminuem o risco de pré-diabetes, diabetes e de doenças cardiovasculares, além de ajudar a prevenir, e até tratar, alterações nos níveis de colesterol, pressão alta e excesso de androgênios.

Algumas pacientes podem necessitar de medicamentos para tratamentos específicos, visando:

- melhorar o risco de ter diabetes ou mesmo tratar a glicose alta no sangue (diabetes);
- evitar uma gravidez não desejada, reduzir oleosidade da pele, acne ou pelos, regularizar o ciclo menstrual ou evitar que uma gravidez aconteça em momentos de maior risco;
- induzir ovulação e outras opções de tratamento como inseminação artificial para pacientes com infertilidade;
- diminuir a quantidade de androgênios no sangue ou outros tratamentos dermatológicos – para pacientes com excesso de acne e/ou pelos.

Por que algumas vezes é necessário que a paciente com Síndrome de Ovários Policísticos tome pílula anticoncepcional mesmo se deseja engravidar?

A pílula anticoncepcional, na maioria das vezes, regula os ciclos menstruais, previne um sangramento menstrual volumoso e diminui o risco de câncer de endométrio (útero). O uso de pílula anticoncepcional também pode ser necessário para adiar a gravidez até que a paciente atinja o peso corporal ideal ou controle endócrino adequado para uma gravidez saudável.

A paciente que tem a Síndrome de Ovários Policísticos pode engravidar espontaneamente?

Sim. Nem sempre é necessário tratamento, podendo a

ANEXO F- Instrumental de Avaliação Socioeconômica

Instrumental de Classificação Socioeconômica

Nome _____

Data: _____

Quadro 1 - Situação econômica da família				
Renda Bruta	Pontos			
+ de 100 SM	21			
+ de 60 a 100 SM	18			
+ de 30 a 60 SM	14			
+ de 15 a 30 SM	12			
+ de 9 a 15 SM	09			
+ de 4 a 9 SM	05			
+ de 2 a 4 SM	03			
+ de ½ a 2 SM	02			
Até ½ SM	01			
Tipo de Rendimento: <input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> retirada pró-labore <input type="checkbox"/> rendimento financeiro <input type="checkbox"/> aluguéis <input type="checkbox"/> benefícios do governo <input type="checkbox"/> honorários <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> pensionista <input type="checkbox"/> seguro desemprego <input type="checkbox"/> outros: Especificar _____				
Quadro 2 - Número de membros residentes da família				
				Pontos
1 a 2				06
3 a 4				04
5 a 6				03
7 a 8				02
Acima de 8				01
Quadro 3 - Escolaridade dos membros da família				
				Pontos
Superior				07
Superior incompleto ou Médio completo				05
Médio incompleto ou Fundamental – Ciclo II completo (até 9º ano)				04
Fundamental – Ciclo II incompleto (do 6º ao 8º ano) ou Fundamental – Ciclo I completo (até 5º ano)				03
Fundamental – Ciclo I incompleto (até o 4º ano)				02
Alfabetizado				01
Analfabeto				00
Obs: Especificar o nível educacional dos membros da família. Pontuar somente o maior nível educacional entre os “responsáveis” (com rendimentos)				
Quadro 4 Habitação				
Condição	Pontos			
	Insatisfatória	Regular	Boa	Ótima
Própria	7	8	9	10
Financiada	6	7	8	9
Alugada	5	6	7	8
Cedida	3	4	5	6
Outras	0	0	1	2
Para pontuar condição: considerar tipo, modalidade, acomodações, zona e infraestrutura (água, luz esgoto, telefonia, coleta de lixo).				

Quadro 5 - Ocupação dos membros da família		Pontos
Empresários: proprietários na agricultura, agroindústria Indústria, comércio, sistema financeiro, serviços		13
Trabalhadores da alta administração: juízes, promotores, diretores Administradores, gerentes, supervisores, assessores, consultores		11
Profissionais liberais autônomos: médicos, advogados, contador, Arquiteto, engenheiro, dentista, representante comercial, auditor		10
Trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos: chefias em geral, assistentes, ocupações de nível médio e superior, analistas, atletas profissionais, técnicos em geral, servidores públicos de nível superior		09
Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços e da administração: indústria, comércio, serviços setor público, sistema financeiro, ajudantes e auxiliares		07
Trabalhadores por conta própria autônomos - pedreiros Caminhoneiros, marceneiros, feirante, cabelereiros, taxistas, vendedores		
Com empregado		07
Sem empregado		06
Pequenos produtores rurais: meeiro, parceiro, chacareiro		
Com empregado		05
Sem empregado		03
Empregados domésticos: jardineiros, diaristas, mensalistas, faxineiro, cozinheiro, mordomo, babá, motorista, atendentes.		
Urbano		03
Rural		02
Trabalhadores rurais assalariados: volantes e assemelhados Ambulantes, chapa, boia fria, ajudantes gerais		01
Obs: aposentado - relacionar a ocupação em vigor na ativa. Especificar a ocupação dos membros da família. Pontuar somente o maior nível ocupacional dentre os "responsáveis" (com rendimentos)		
Quadro 6 - Sistema de pontos para Classificação Econômica		
Pontos	Classificação	Siglas
0 a 20	Baixa Inferior	BI
21 a 30	Baixa Superior	BS
31 a 40	Média Inferior	MI
41 a 47	Média	ME
48 a 54	Média Superior	MS
55 a 57	Alta	AL