


 Adrielle de Souza Santos¹ Amanda Brito Moreira¹ Marcio Leandro Ribeiro de Souza¹

¹ Faculdade de Minas FAMINAS-BH, Departamento Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência

Marcio Leandro Ribeiro de Souza
marcionutricionista@yahoo.com.br

Prevalência e severidade de sintomas em mulheres na menopausa: um estudo descritivo

Prevalence and severity of symptoms in women in the menopause: a cross-sectional study

Resumo

Introdução. Muitas mulheres sofrem com sintomas associados à menopausa, que podem apresentar diferentes graus de intensidade e afetar sua qualidade de vida. **Objetivo.** Identificar a prevalência e severidade dos principais sintomas nas diferentes fases do climatério. **Métodos.** Foram selecionadas mulheres com idades entre 40 e 65 anos, que responderam a um questionário *on-line* com dados sociodemográficos, de saúde, alimentação e características menstruais e de menopausa. Para avaliar os sintomas da menopausa e sua intensidade, foi aplicado o questionário internacional validado *Menopause Rating Scale* (MRS). **Resultados.** Foram incluídas 283 mulheres (36,8% na pré-menopausa, 24% na perimenopausa e 39,2% na pós-menopausa). Excesso de peso foi mais prevalente na perimenopausa do que na pré-menopausa ($P=0,012$). Sintomas como diminuição da libido, secura vaginal, incontinência urinária, dores musculares e articulares, alterações lipídicas e ondas de calor, calorões, foram mais prevalentes em valores absolutos nas mulheres pós-menopausa. As mulheres no período de perimenopausa apresentaram maior prevalência, em valores absolutos, de estresse, irritabilidade, dor de cabeça, problemas na pele, falta de concentração/memória, distúrbios do sono e fadiga. De acordo com o MRS, não houve diferença no domínio psicossocial ($P=0,265$) e os sintomas somato-vegetativos e urogenitais são mais intensos nas mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, quando comparadas com as mulheres na pré-menopausa ($P<0,001$). O escore global do questionário também demonstra essa intensidade menor no grupo pré-menopausa ($P=0,001$). **Conclusões.** Este estudo demonstrou uma prevalência e severidade maior de sintomas em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, o que pode prejudicar a qualidade de vida dessas mulheres nessa fase da vida

Palavras-chave: Menopausa. Sintomas gerais. Climatério. Qualidade de vida. Nutrição.

Abstract

Introduction. Many women experience symptoms associated with menopause that present with different degrees of intensity and affect their quality of life. **Objective.** To identify the prevalence and severity of the main symptoms during different climacteric phases. **Methods.** Women aged 40–65 years answered an online questionnaire on sociodemographic data, health, diet, menstrual, and menopausal characteristics. The internationally validated Menopause Rating Scale (MRS) questionnaire was used to assess menopausal symptoms and their intensities. **Results.** 283 women were included (36.8% pre-menopausal, 24% peri-menopausal, and 39.2% post-menopausal). Excess weight was more prevalent in the peri-menopausal group than in the pre-menopausal group ($P=0.012$). Symptoms such as decreased libido, vaginal dryness, urinary incontinence, muscle and joint pain, lipid alterations, and hot flashes were more prevalent in the absolute values of post-menopausal women. Women in the peri-menopausal period had a higher prevalence, in absolute values, of stress, irritability, headache, skin problems, lack of

concentration/memory, sleep disorders, and fatigue. According to the MRS, there was no difference in the psychosocial domain ($P=0.265$) but somato-vegetative and urogenital symptoms are more intense in peri-menopausal and post-menopausal women when compared to pre-menopausal women ($P<0.001$). The global score on the questionnaire also demonstrated a lower intensity in the pre-menopausal group's symptoms ($P=0.001$).

Conclusions This study demonstrated a higher prevalence and severity of symptoms in peri-menopausal and post-menopausal women, which may impair the quality of life of these women at this stage of life.

Keywords: Menopause. General symptoms. Climacteric. Quality of life. Nutrition

INTRODUÇÃO

O climatério é um processo de transição biológica, não patológico, caracterizado por mudanças no organismo da mulher entre o período reprodutivo e não reprodutivo, compreendendo o período no qual ocorre a diminuição da produção do estrogênio e da progesterona. Pode envolver o âmbito psicossocial, provocando alterações, acompanhadas ou não de sintomas. A menopausa pode aparecer em períodos não esperados pela mulher, como consequência de um envelhecimento precoce, ou ainda de forma artificial após procedimentos cirúrgicos que interrompem a produção hormonal ovariana.¹⁻⁴

A menopausa é identificada como um processo fisiológico normal, marcada pela cessação completa da menstruação, por um período de 12 meses contínuos, decorrente do decréscimo dos hormônios ovarianos, estrogênio e progesterona. Com a deterioração da função ovariana, ocorrem alterações endocrinológicas gradualmente e de forma não linear nas mulheres em menopausa, e o menor volume de estrogênios que circula durante a perimenopausa leva a sintomas e desconfortos que interferem na qualidade de vida da mulher.⁵⁻⁹

O Ministério da Saúde estabeleceu o período entre 40 e 65 anos de idade como limites de faixa etária para o climatério, segmentado em: *pré-menopausa*, que se inicia, normalmente, depois dos 40 anos de idade, com redução dos níveis de progesterona, redução da fertilidade nas mulheres que possuem ciclos menstruais regulares ou com protótipo menstrual semelhante ao sucedido no decorrer da vida reprodutiva; *perimenopausa*, que começa dois anos anteriores à última menstruação e apresenta-se até um ano após, caracterizado por ciclo menstrual irregular e alteração endócrina; e a *pós-menopausa*, que começa um ano após o último ciclo menstrual.¹⁰⁻¹²

A menopausa antes de 40 anos é chamada de precoce e, após 55 anos, é designada tardia. Ademais, a amenorreia pode ser, também, de razão induzida decorrente da extração de partes do sistema reprodutor feminino, por exemplo, na remoção dos ovários. Nessas circunstâncias, as modificações hormonais entre o eixo hipotálamo-hipófise e o eixo endócrino reprodutivo conduzem a alterações, não somente na função reprodutiva, mas também em outras relevantes áreas corporais.^{13,14}

Os principais sintomas que ocorrem em algumas mulheres são vasomotores, psicológicos e urogenitais, ondas de calor, irregularidade menstrual, aparecimento ou agravamento do quadro de tensão pré-menstrual e cólica menstrual, palpitações, tonturas, cansaço, diminuição da memória, cefaleia, dores articulares, déficit de atenção, concentração e memória, transpiração durante o sono, diminuição da musculatura do assoalho pélvico, desânimo, humor alterado pela elevação dos níveis de cortisol, secura vaginal, dispareunia (dor nas relações sexuais), insônia devido ao alto pico de estresse, osteopenia e osteoporose, perturbações psiquiátricas, disfunções sexuais, lesões cutâneas, alterações metabólicas como dislipidemia, resistência à insulina, hiperinsulinemia, diabetes tipo 2 e obesidade, devido ao hipoestrogenismo, aumento de peso e elevado risco de hipertensão, alterações lipídicas, aumento da resistência à insulina, diabetes e doença cardiovascular, dentre outros.^{8,15,16}

O que mais interfere na qualidade de vida da mulher no climatério são os sintomas de ordem psicossocial e de afeto, como angústia, desânimo, cansaço, falta de energia, mau humor, irritabilidade, falta de atenção, concentração e memória ruins, além da diminuição da libido.¹⁰ A redução de estrogênio, bem como outras alterações hormonais na mulher climatérica, promove aumento de peso e aumento de depósito de gordura abdominal, interferindo no estado nutricional da mulher.¹⁷

A terapia de reposição hormonal (TRH) é uma proposta para prevenção e tratamento de sintomas e doenças que surgem durante a menopausa, pois promove melhor qualidade de vida da mulher, revertendo e melhorando os sintomas causados pelo climatério.¹⁸⁻²⁰ Entretanto, além da TRH, mudanças de hábitos de

vida e de alimentação fazem parte também da terapêutica na menopausa. Diversos estudos relacionados à alimentação durante o climatério confirmam a importância de adotar bons hábitos alimentares nessa fase, pois promovem grandes impactos na qualidade de vida dessas mulheres. Portanto, bons conhecimentos acerca da alimentação durante a fase da menopausa podem implicar ações de prevenção e tratamento pela saúde pública, direcionando corretamente as orientações e intervenções que visam à educação nutricional e contribuem com estratégias que podem amenizar agravos no período do climatério.²¹⁻²⁴

Conhecer os sintomas mais comuns, bem como marcadores ou indicadores relacionados à qualidade de vida nas mulheres durante a menopausa permite que estratégias nutricionais sejam elaboradas para garantir melhor qualidade de vida nessa população. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é verificar a prevalência dos principais sintomas associados ao climatério em mulheres na perimenopausa e pós-menopausa quando comparadas com a pré-menopausa, e avaliar a qualidade de vida dessas mulheres nessa faixa de transição hormonal.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, realizado através de entrevistas *on-line* com mulheres que estão no período de climatério, na faixa etária entre 40 e 65 anos, com o propósito de analisar os sintomas mais comuns nessa população, e verificar a qualidade de vida relacionada à saúde da mulher nesse período. A amostra foi de conveniência e todas que aceitaram participar foram analisadas, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.

População estudada: inclusão, exclusão, recrutamento

Nesta pesquisa, foram convidadas a participar mulheres com idades entre 40 e 65 anos, e que estão na *pré-menopausa*, *perimenopausa* e *pós-menopausa*. As mulheres que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídas na pesquisa.

Como critérios de inclusão, incluíram-se mulheres com a faixa etária de 40 a 65 anos, residentes em território brasileiro, e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, foram retiradas as mulheres que não tenham preenchido o questionário completamente. Os convites para participar do estudo foram enviados por mensagens diretas ou em grupos nas redes sociais (Facebook e Instagram), ou através de mensagens pelo WhatsApp.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética institucional sob o parecer número 5.180.519, CAAE 53662021.7.0000.5105. Todos as participantes assinaram o TCLE, após as devidas explicações sobre os objetivos e métodos da pesquisa, antes de terem acesso ao questionário *on-line*.

Coleta de dados

O estudo foi realizado por meio de um questionário *on-line*, compartilhado através de um *link* de maneira individualizada através de redes sociais, e-mail, WhatsApp, entre outros meios, com todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. O questionário foi desenvolvido baseado em pesquisas científicas sobre menopausa, e aborda questões socioeconômicas, demográficas e de saúde, parâmetros do climatério e menopausa, sinais e sintomas da menopausa, e características da alimentação.

Na pesquisa, as participantes foram perguntadas sobre seu peso atual e sua estatura, e a partir desses dados foi calculado o índice de massa corporal (IMC), segundo o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS).²⁵ Neste estudo, o IMC foi categorizado em baixo peso, peso normal (eutrófico), sobrepeso e obesidade (todas as categorias de obesidade juntas) para a classificação do estado nutricional, também de acordo com a classificação proposta pela OMS.²⁵

As participantes foram questionadas em qual fase da menopausa se encontravam (pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa), além de idade na qual a menstruação começou a falhar ou última menstruação, se for o caso. Também foram questionadas se já realizaram histerectomia ou ooforectomia bilateral. As participantes do estudo ainda responderam sobre idade da menarca, número de gestações, ganho de peso durante a menopausa, uso de terapia de reposição hormonal ou uso de algum método anticoncepcional.

A qualidade de vida no climatério e a severidade dos sintomas foram avaliadas através do questionário Escala de Avaliação da Menopausa (do inglês *Menopause Rating Scale*). Trata-se de um instrumento validado internacionalmente, traduzido para muitos idiomas e reconhecido para uso no Brasil, e que possui 11 questões, distribuídas em três domínios: sintomas somato-vegetativos, sintomas urogenitais e sintomas psicológicos. Cada questão é classificada em uma escala de severidade, variando de 0 (sintomatologia ausente) até 4 (sintomatologia muito severa). O escore global do questionário ou o escore separado para os três domínios é obtido somando os valores de cada questão que compõe o domínio. Para o escore global, 0 a 4 pontos significa sintomatologia ausente ou ocasional; 5 a 8 pontos, sintomatologia leve; 9 a 16 pontos, sintomas moderados; e acima de 17 pontos, sintomatologia severa.^{26,27}

Análise estatística

O banco de dados foi criado utilizando o programa Microsoft Excel (Office 2013®) e foi analisado com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 19.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade. Variáveis qualitativas (categóricas) foram descritas através de frequência absoluta e relativa (porcentagem). Variáveis quantitativas com distribuição normal foram apresentadas como média e desvio-padrão, e aquelas com distribuição não normal foram apresentadas como mediana (mínimo-máximo). A comparação de variáveis quantitativas com distribuição normal foi realizada através do Teste ANOVA *one way*. Variáveis com distribuição não normal ou categóricas foram comparadas usando o Teste de Kruskal Wallis. Foi ainda realizado um teste de análises de comparações múltiplas (*post-hoc*), teste de Tukey, para verificar as diferenças entre os 3 grupos. Foram considerados como associações estatisticamente significativas os resultados que apresentaram nível de significância de 95% (valor de $P \leq 0,05$).

RESULTADOS

Inicialmente, a pesquisa recebeu 293 respostas ao questionário. Após exclusão de duplicidades e análise dos critérios de exclusão, foram incluídas 283 mulheres nas análises, sendo 104 (36,8%) na pré-menopausa, 68 (24,0%) na perimenopausa e 111 (39,2%) na pós-menopausa. A Tabela 1 apresenta as características gerais das mulheres participantes da pesquisa. Não houve diferença entre os grupos para situação conjugal, renda *per capita*, altura, peso, IMC, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e prática de exercício físico. A diferença estatística observada quanto à idade é esperada, uma vez que a menopausa está usualmente associada com o aumento da idade nas mulheres. A diferença na escolaridade aconteceu entre os grupos pré- e pós-menopausa, enquanto a diferença nas categorias de IMC foi observada entre os grupos pré- e perimenopausa. A prevalência de mulheres com excesso de peso é maior na perimenopausa e pós-menopausa, enquanto a maioria das mulheres na pré-menopausa estão classificadas como eutróficas.

Tabela 1. Características gerais das participantes da pesquisa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021.

Características	Pré-menopausa (n=104)	Perimenopausa (n=68)	Pós-menopausa (n=111)	Valor de p [#]
Idade (anos)				
Média ± DP	43,4 ± 2,8	47,2 ± 4,2	54,1 ± 5,7	<0,001^a
Situação conjugal – n (%)				0,631
Com companheiro	75 (72,1%)	51 (75,0%)	76 (68,5%)	
Sem companheiro	29 (27,9%)	17 (25,0%)	35 (31,5%)	
Escolaridade – n (%)				0,001^b
Sem instrução	0	0	0	
Ensino Fundamental	2 (1,9%)	5 (7,3%)	9 (8,1%)	
Ensino Médio	11 (10,6%)	11 (16,2%)	24 (21,6%)	
Ensino Superior	70 (67,3%)	44 (64,7%)	70 (63,1%)	
Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado	21 (20,2%)	8 (11,8%)	8 (7,2%)	
Renda <i>per capita</i> – R\$				0,443
Até 1 salário-mínimo	18 (17,3%)	19 (27,9%)	25 (22,5%)	
Entre 1 e 3 salários-mínimos	52 (50,0%)	28 (41,2%)	56 (50,5%)	
Mais de 3 salários-mínimos	34 (32,7%)	21 (30,9%)	30 (27,0%)	
Estatura informada (m)				
Média ± DP	1,64 ± 0,06	1,61 ± 0,06	1,62 ± 0,06	0,069
Peso atual informado (kg)				
Média ± DP	70,8 ± 13,2	71,6 ± 14,9	71,0 ± 12,7	0,940
IMC calculado (kg/m ²)				
Média ± DP	26,5 ± 4,8	27,4 ± 5,3	26,9 ± 4,5	0,454
IMC categorização – n (%)				0,012^c
Baixo Peso (IMC < 18,5 kg/m ²)	0	0	2 (1,8%)	
Eutrófico (18,5 ≤ IMC < 25,0 kg/m ²)	51 (49,0%)	19 (27,9%)	38 (34,2%)	
Sobrepeso (25,0 ≤ IMC < 30,0 kg/m ²)	35 (33,7%)	29 (42,7%)	45 (40,6%)	
Obesidade (IMC ≥ 30,0 kg/m ²)	18 (17,3%)	20 (29,4%)	26 (23,4%)	
Houve perda de peso superior a 10% nos últimos 6 meses? – n (%)				0,634
Sim	20 (19,2%)	12 (17,6%)	16 (14,4%)	
Não	84 (80,8%)	56 (82,4%)	95 (85,6%)	
Consumo de bebida alcoólica – n (%)				0,674
Sim	50 (48,1%)	32 (47,1%)	47 (42,3%)	
Não	54 (51,9%)	36 (52,9%)	64 (57,7%)	
Fumante – n (%)				0,675
Sim	5 (4,8%)	3 (4,4%)	5 (4,5%)	
Não	90 (86,5%)	61 (89,7%)	94 (84,7%)	
Já fumou, mas não atualmente	9 (8,7%)	4 (5,9%)	12 (10,8%)	
Prática de atividade física (mínimo de 30 minutos) – n (%)				0,187
Sedentária	28 (26,9%)	26 (38,2%)	36 (32,5%)	
Uma ou duas vezes por semana	25 (24,0%)	15 (22,1%)	39 (35,1%)	
Três a cinco vezes por semana	47 (45,2%)	23 (33,8%)	29 (26,1%)	
Mais de cinco vezes por semana	4 (3,8%)	4 (5,9%)	7 (6,3%)	

Legenda: IMC: índice de massa corporal; DP: desvio-padrão; kg: quilograma; m: metro; #: Teste ANOVA *one way* para variáveis com distribuição normal e Teste Kruskal Wallis H para variáveis categóricas ou com distribuição não-normal. Análise de comparações múltiplas: ^a: diferença entre todos os grupos; ^b: diferença entre pré e pós-menopausa; ^c: diferença entre pré e perimenopausa.

Quando questionadas sobre como consideram sua saúde de forma geral, apenas 38,7% das mulheres pós-menopausa disseram ter uma saúde excelente, enquanto 56,8% disseram ter uma saúde regular, com

pontos a melhorar, e 4,5% disseram ter uma saúde ruim. No grupo perimenopausa, 32,4% disseram ter uma saúde excelente, 60,2% regular e 7,4% ruim. Entre as mulheres na pré-menopausa, 48,1% disseram ter saúde excelente, 48,1% regular e 3,8% ruim. Não houve diferenças entre os grupos ($P=0,091$).

A Tabela 2 apresenta os parâmetros da menopausa, história clínica e tratamento das 283 voluntárias da pesquisa, divididas em grupos. Não houve diferenças entre os grupos para a idade da menarca ($P=0,584$). Também não houve diferenças na idade que a menstruação começou a falhar, comparando os grupos perimenopausa e pós-menopausa ($P=0,201$). Um alto percentual de mulheres (acima de 60%) relatou dificuldade em perder peso, porém não houve diferenças entre os grupos ($P=0,121$). As diferenças observadas para retirada do útero e dos dois ovários são esperadas, já que essas cirurgias podem provocar a menopausa e, por isso, apenas mulheres na pós-menopausa responderam sim para as perguntas.

Tabela 2. Características da menopausa, história clínica e tratamento das participantes da pesquisa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021.

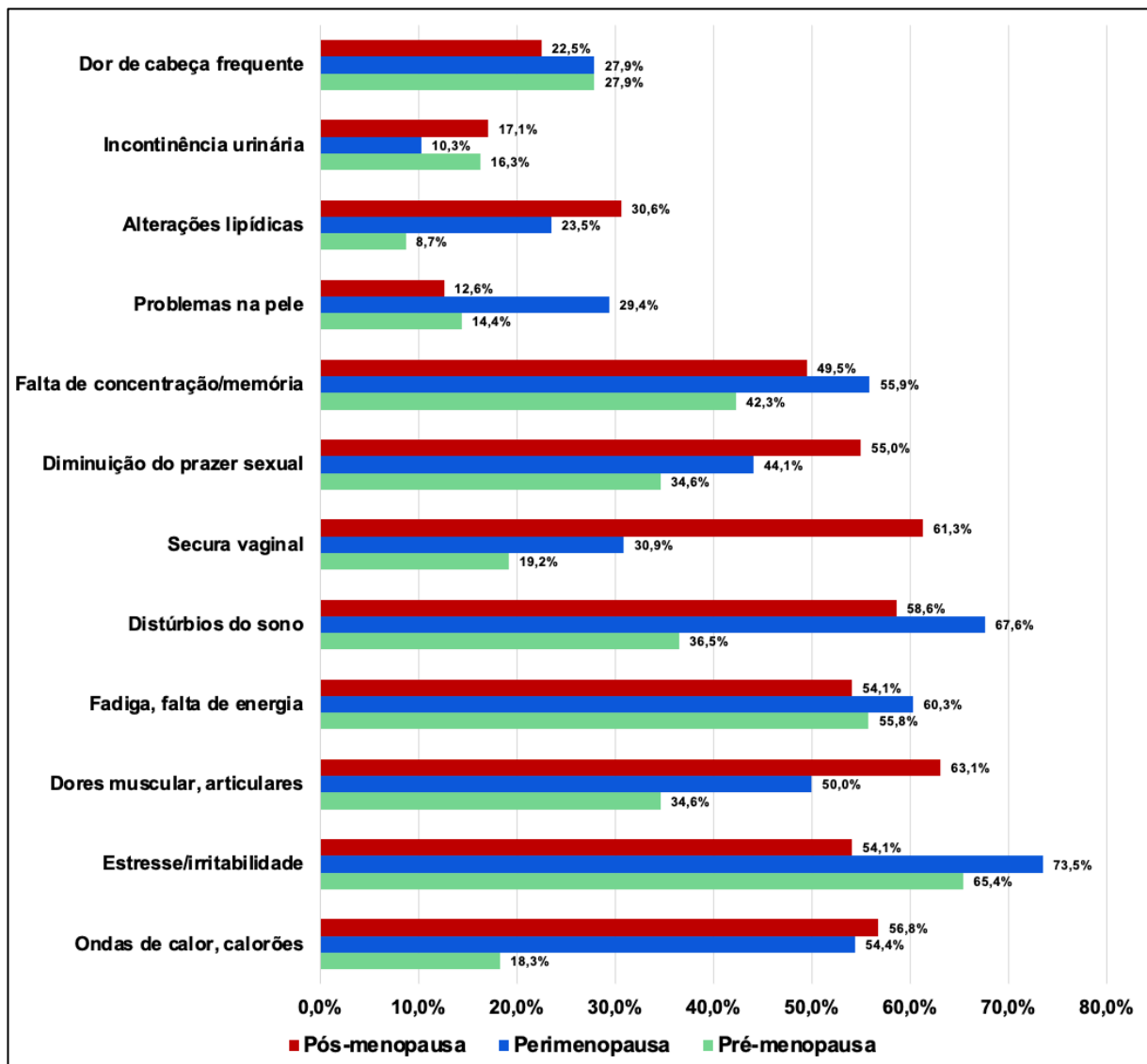
Características	Pré-menopausa (n=104)	Perimenopausa (n=68)	Pós-menopausa (n=111)	Valor de $P^{\#}$
Idade da menarca (anos)				
Média \pm DP	12,5 \pm 1,6	12,5 \pm 1,6	12,7 \pm 1,6	0,584
Idade que a menstruação começou a falhar (anos)				
Média \pm DP	-	45,0 \pm 4,9	46,0 \pm 5,0	0,201
Idade que a menstruação veio pela última vez (anos)				
Média \pm DP	-	-	47,5 \pm 5,2	-
Número de gestações - n (%)				<0,001^b
Nenhuma	19 (18,3%)	9 (13,2%)	10 (9,1%)	
Uma	37 (35,6%)	20 (29,4%)	21 (18,9%)	
Duas	34 (32,7%)	26 (38,3%)	45 (40,5%)	
Três ou mais	14 (13,4%)	13 (19,1%)	35 (31,5%)	
Histerectomia (retirada do útero) - n (%)				<0,001^{b,d}
Sim	0	0	23 (20,7%)	
Não	104 (100%)	68 (100%)	88 (79,3%)	
Ooforectomia bilateral (retirada dos dois ovários) - n (%)				0,003^{b,d}
Sim	0	0	9 (8,1%)	
Não	104 (100%)	68 (100%)	102 (91,9%)	
Ganho de peso na perimenopausa ou pós-menopausa				<0,001^a
Sim	0	42 (61,8%)	79 (71,2%)	
Não	104 (100%)	26 (38,2%)	32 (28,8%)	
Dificuldade para perder peso				0,121
Sim	64 (61,5%)	52 (76,5%)	76 (68,5%)	
Não	40 (38,5%)	16 (23,5%)	35 (31,5%)	
Terapia de reposição hormonal - n (%)				0,634
Sim	6 (5,8%)	5 (7,4%)	19 (17,1%)	
Não	97 (93,3%)	63 (92,6%)	83 (74,8%)	
Já fiz, mas não faço atualmente	1 (1,0%)	0	9 (8,1%)	
Fez ou faz uso de algum método anticoncepcional hormonal após os 40 anos de idade				0,051
Sim	36 (34,6%)	19 (27,9%)	22 (19,8%)	
Não	68 (65,4%)	49 (72,1%)	89 (80,2%)	

Legenda: DP: desvio-padrão; #: Teste ANOVA *one way* para variáveis com distribuição normal e Teste Kruskal Wallis H para variáveis categóricas ou com distribuição não-normal. Análise de comparações múltiplas: ^a: diferença entre todos os grupos; ^b: diferença entre pré e pós-menopausa; ^c: diferença entre pré e perimenopausa; ^d: diferença entre perimenopausa e pós-menopausa.

Com relação aos principais sintomas comuns em mulheres na menopausa, as voluntárias foram questionadas sobre aqueles que elas apresentam atualmente. A Figura 1 apresenta a prevalência desses

sintomas nas mulheres de cada grupo. Observa-se que sintomas como diminuição da libido, secura vaginal, incontinência urinária, dores musculares e articulares, alterações lipídicas e ondas de calor, calorões, foram mais prevalentes em valores absolutos nas mulheres pós-menopausa. As mulheres no período de perimenopausa apresentaram maior prevalência, em valores absolutos, de estresse, irritabilidade, dor de cabeça, problemas na pele, falta de concentração/memória, distúrbios do sono e fadiga, falta de energia (Figura 1).

Figura 1. Prevalência de sintomas comuns na menopausa. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021.



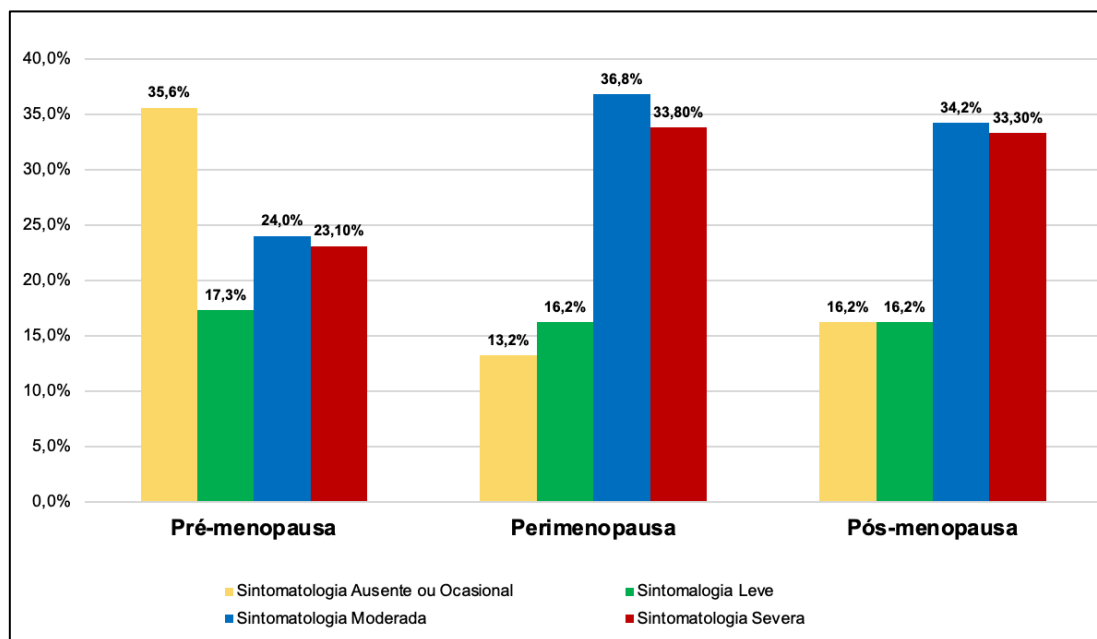
A Tabela 3 apresenta a análise dos sintomas e qualidade de vida através da versão brasileira do questionário *Menopause Rating Scale*. Não houve diferença entre os grupos para os sintomas do domínio psicossocial ($P=0,265$). Nos demais domínios (somato-vegetativo e disfunções urogenitais), assim como no escore global, ocorrem diferenças entre os grupos, principalmente na comparação entre pré-menopausa com pós-menopausa e pré-menopausa com perimenopausa. As diferenças não acontecem na comparação entre perimenopausa e pós-menopausa.

Tabela 3. Qualidade de vida segundo a *Menopause Rating Scale* por domínios e grupos. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021.

Sintomas Climatéricos	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor de P [#]
Domínio Somato-Vegetativo				<0,001 ^{b,c}
Pré-menopausa	2,00	0	9	
Perimenopausa	4,00	0	15	
Pós-menopausa	4,00	0	16	
Domínio Disfunções Urogenitais				<0,001 ^{b,c}
Pré-menopausa	1,50	0	10	
Perimenopausa	2,00	0	10	
Pós-menopausa	4,00	0	12	
Domínio Psicossocial				0,265
Pré-menopausa	4,00	0	16	
Perimenopausa	5,50	0	16	
Pós-menopausa	4,00	0	16	
Escore Global				0,001 ^{b,c}
Pré-menopausa	7,00	0	29	
Perimenopausa	11,50	0	39	
Pós-menopausa	11,00	0	41	

Legenda: #: Teste Kruskal Wallis H para variáveis categóricas ou com distribuição não-normal. Análise de comparações múltiplas: ^a: diferença entre todos os grupos; ^b: diferença entre pré e pós-menopausa; ^c: diferença entre pré e perimenopausa; ^d: diferença entre perimenopausa e pós-menopausa.

Com base na severidade dos sintomas no Escore Global do questionário *Menopause Rating Scale*, a Figura 2 apresenta a divisão dos grupos quanto a esse parâmetro. As diferenças estatísticas observadas acontecem também na comparação entre pré-menopausa com pós-menopausa e pré-menopausa com perimenopausa. As diferenças também não acontecem na comparação entre perimenopausa e pós-menopausa.

Figura 2. Severidade dos sintomas segundo a *Menopause Rating Scale*. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2021.

Legenda: Diferença estatística entre os grupos ($P=0,001$), que acontece entre pré e perimenopausa ($P=0,011$), entre pré e pós-menopausa ($P=0,009$). Não acontece entre perimenopausa e pós-menopausa ($P=0,950$).

Ainda com relação aos sintomas relacionados à menopausa, as mulheres foram questionadas se haveria algum alimento que elas sentem que melhora os sintomas quando comem. Entre as mulheres na pós-menopausa, apenas 23 (20,7%) disseram que sim. Na perimenopausa, foram 15 mulheres (22,1%) e na pré-menopausa, 17 (16,3%) que também disseram acreditar na melhora dos sintomas com o consumo de um alimento. Dentre os alimentos mais citados, encontram-se: frutas e legumes, chocolate, maca peruana, alcachofra, fibras e chás como melissa e maracujá, entre outros.

Quando perguntadas se algum alimento poderia piorar os sintomas relatados, 40 (36%) das mulheres na pós-menopausa disseram que sim. Já na perimenopausa e pré-menopausa, 17 (25%) e 33 (31,7%) disseram que sim, respectivamente. Dentre os alimentos mais citados encontram-se: açúcar, doces em geral, álcool, farináceos, café, laticínios, embutidos, pimentas, refrigerantes, entre outros.

Quando questionadas sobre como classificariam sua alimentação, não houve diferenças entre os grupos ($P=0,387$). No grupo pré-menopausa, apenas 31 mulheres (29,8%) disseram ter uma alimentação saudável. Já 69 mulheres (66,4%) disseram ter uma alimentação boa, mas que precisa melhorar e 4 (3,8%) disseram ter uma alimentação ruim, que se alimenta mal. No grupo perimenopausa, 17 (25%) disseram ter uma alimentação saudável, 46 (67,6%) uma alimentação boa, mas com pontos a melhorar e 5 (7,4%) uma alimentação ruim. Na pós-menopausa, 26 (23,4%) disseram ter uma alimentação saudável, 77 (69,4%) uma alimentação boa, mas que precisa melhorar, e 8 (7,2%) uma alimentação ruim. A grande maioria das mulheres disse acreditar que a alimentação e a nutrição podem melhorar os sintomas da menopausa (98,1% das mulheres na pré-menopausa, 92,6% entre as mulheres na perimenopausa e 93,7% entre o grupo pós-menopausa). Mas ainda assim, apenas 41 mulheres (39,4%) na pré-menopausa realizam acompanhamento nutricional atualmente. Esse percentual é ainda menor nas mulheres na perimenopausa (33,8%) e na pós-menopausa (23,4%).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a prevalência dos principais sintomas associados à menopausa e observou uma prevalência de sintomas mais severos nas mulheres na perimenopausa e pós-menopausa, quando comparadas com mulheres na pré-menopausa. Sintomas como diminuição da libido, secura vaginal, incontinência urinária, dores musculares e articulares, alterações lipídicas e ondas de calor, calorões, foram mais prevalentes em valores absolutos nas mulheres pós-menopausa. As mulheres no período de perimenopausa apresentaram maior prevalência, em valores absolutos, de estresse, irritabilidade, dor de cabeça, problemas na pele, falta de concentração/memória, distúrbios do sono e fadiga, falta de energia.

Quanto ao peso e IMC, em nossa pesquisa foi possível identificar que os grupos perimenopausa e pós-menopausa apresentaram maior prevalência de mulheres nas categorias obesidade e sobrepeso, enquanto no grupo pré-menopausa a maior parte das mulheres foram classificadas como eutróficas. Quando comparado todos os grupos, não houve diferença em relação à dificuldade para perder peso, porém o estudo mostrou que mais de 60% das mulheres se queixam dessa dificuldade. Esse dado confirma o observado no estudo de Silva & Oliveira,²⁸ que demonstrou que as mulheres na pós-menopausa apresentam mais sobrepeso e obesidade decorrente do aumento de consumo calórico e o desequilíbrio com o gasto energético, associados às transições físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida que acontecem nesse período. Em um estudo com 200 mulheres climatéricas de 40 a 65 anos de idade, Gallon & Wender²⁹ encontraram um IMC médio de 30,1 kg/m² (obesidade grau I), enquanto os IMC médios em nosso estudo foram classificados na categoria sobrepeso.

Quanto aos parâmetros menstruais e reprodutivos, não houve diferença em relação à menarca para todos os três grupos, e em relação à idade na qual a menstruação começou a falhar na comparação dos grupos perimenopausa e pós-menopausa. Em nosso estudo, os sintomas mais comuns na *pós-menopausa* foram: calorões (56,8%), secreta vaginal (61,3%), diminuição do prazer sexual (55%), dores musculares e articulares (63,1%) e dislipidemia (30,6%). Já na *perimenopausa* foram mais predominantes os sintomas como: distúrbios do sono (67,6%), falta de concentração/memória (55,9%), fadiga/falta de energia (60,3%) e estresse/irritabilidade (73,5%). No estudo de Silva e colaboradores,³⁰ observou-se que 80,2% das mulheres apresentavam fogachos/calorões. Já outros sintomas foram: problemas musculares articulares e no sono (25,2%), alterações psicológicas (22,5%) e problemas sexuais (9,7%). Os autores demonstraram pouco resultado dos sintomas urogenitais comparado ao nosso estudo. Porém, devido às mudanças fisiológicas, hormonais e físicas decorrentes do envelhecimento da mulher, normalmente ocorre o comprometimento de um conjunto de fatores, causando disfunções sexuais.³¹

Na análise do grau de sintomatologia de acordo com o *Menopause Rating Scale* (MRS), os grupos perimenopausa e pós-menopausa apresentaram, respectivamente, um escore global mediano de 11,5 e 11,0 e, na interpretação do questionário, a partir de 8, os sintomas são considerados moderados ou severos. No grupo pré-menopausa, o escore global foi 7,0. No estudo de Filho e colaboradores,² a mediana do escore global foi 8,0, porém eles não fizeram a separação entre os três grupos, como em nosso estudo. O estudo de Lorenzi e colaboradores³² também usou a escala MRS e não encontrou diferenças entre os grupos pré- e pós-menopausa no escore global, diferentemente do observado em nosso estudo. Nesse estudo, os autores encontraram um escore global de 11,0 para pré-menopausa e 12,0 para pós-menopausa. Porém, na prevalência de sintomas severos no grupo pós-menopausa, os valores percentuais foram semelhantes entre o estudo deles e o observado em nosso estudo (34,9% e 33,3%, respectivamente).³²

No estudo de Silva e colaboradores,³⁰ foi observado que 90,4% das mulheres apresentaram sintomas associados à menopausa, sendo 55,9% de forma severa, 25,6% moderada, 8,9% leve e 9,6% assintomáticas, conforme a classificação do MRS. Foram mais prevalentes os sintomas somato-vegetativos em (31,9%) classificado em muito severo. E a intensidade severa e muito severa mais frequentes dos sintomas psicológicos foram ansiedade (49,9%) e irritabilidade (41,7%).

Quando questionadas sobre a alimentação das participantes deste estudo, 59,1% das mulheres disseram que sentem melhora da sintomatologia com alguns alimentos e 92,7% afirmaram sentir que alguns alimentos pioram os sintomas decorrentes ao período de menopausa. Para Kozakowski e colaboradores,³³ o consumo de vegetais e frutas, cereais, azeite de oliva, oleaginosas, baixo consumo de gorduras saturadas, carnes e processados, e consumo moderado de laticínios e vinho pode trazer vários benefícios a saúde da mulher na menopausa, bem como reduzir risco de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade.

Além disso, no presente estudo, foi observado que 17,1% das mulheres fazem reposição hormonal após a menopausa e 8,1% disseram que já fizeram, mas não fazem mais. A TRH é uma medida efetiva para diminuir os sintomas decorrentes a menopausa, sendo um dos tratamentos mais usados, mas podem provocar riscos de trombose e acidente vascular cerebral (AVC). Sendo assim, é fundamental buscar medidas de TRH mais benéficas para uma melhora na qualidade de vida das mulheres nessa fase.³⁴

No nosso estudo, a grande maioria das mulheres acredita que a nutrição pode melhorar os sintomas que apresentam. Porém, ainda assim, apenas 39,4% das mulheres na *pré-menopausa* realizam acompanhamento nutricional. Conforme o estudo de Rezende e colaboradores,³⁵ o acompanhamento com nutricionista juntamente com uma equipe multidisciplinar é fundamental para auxiliar nos aspectos

relacionados ao envelhecimento da mulher de forma mais saudável, buscando melhorar os sintomas e a qualidade de vida da mulher nessa fase e a prevenção da obesidade e patologias associadas.

Este estudo não é isento de limitações, como a amostra de conveniência e a inclusão de variáveis como peso e altura não aferidas, e sim autorrelatadas pelas voluntárias. Ainda assim, o estudo tem seu valor no fato de conseguir um número amostral importante, com divisão em três grupos, buscando verificar as diferenças entre as mulheres que ainda menstruam de forma regular, com aquelas que estão na transição para a menopausa e com aquelas que realmente já estão na pós-menopausa. Ao conhecer a prevalência desses sintomas, nutricionistas e profissionais de saúde podem elaborar estratégias capazes de amenizar esses sintomas e contribuir para uma melhor qualidade de vida nas mulheres que estão passando por esse momento de transição e que precisam receber uma atenção para que seja uma transição tranquila e com mais saúde.

CONCLUSÃO

A menopausa é um acontecimento fisiológico e normal na vida da mulher, que inclui fases como a *pré-menopausa*, *perimenopausa* e *pós-menopausa*, com vários sintomas decorrentes que podem afetar sua saúde e qualidade de vida nesse período. A presente pesquisa permitiu observar a presença de sintomas mais severos nas mulheres dos grupos perimenopausa e pós-menopausa, quando comparadas com as mulheres na pré-menopausa, o que destaca a importância de que profissionais de saúde atentem para esses sintomas. Conhecer a sintomatologia prevalente nessa fase do envelhecimento feminino permite definir estratégias precisas, como a educação nutricional, para suavizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida desse público

REFERÊNCIAS

1. Alves ERP, Costa AM, Bezerra SMMS, Nakano AMS, Cavalcanti AMTS, Dias MD. Climatério: A intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(1):64-71. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000590014>
2. Filho JFL, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Neto AMP. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37(4):152-158. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005282>
3. Moraes TOS, Schneid JL. Qualidade de vida no climatério: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Amaz Sci Health*, 2015;3(3):34-40. [sin doi]
4. Oliveira J, Peruch MH, Goncalves S, Haas P. Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição. *Rev Bras Analises Clin*, 2016;48(3):198-210. [sin doi]
5. Vallance JK, Murray TC, Johnson ST, Elavsky S. Quality of life and psychosocial health in postmenopausal women achieving public health guidelines for physical activity. *Menopause* 2010;17(1):64-71. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181b6690c>
6. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011;18(7):778-785. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e318207851d>

7. Binkowska M. Menopausal hormone therapy and venous thromboembolism. *Prz Menopauzalny* 2014;13(5):267-272. <https://doi.org/10.5114/pm.2014.46468>
8. Rocha BMA, Pereira MSV, Carneiro JQ. Terapias complementares: fitoterapia como opção terapêutica no climatério e menopausa. *Rev Cien Saúde Nova Esperança*, 2018;16(1):25-55. <https://doi.org/10.17695/issn.2317-7160.v16n1a2018p16-25>
9. Tomas CC, Pimenta F, Costa PA, Maroco J, Leal I. Representações e consequências percebidas da menopausa e andropausa: resultados preliminares do Evisa. *Psicol Saude Doen* 2018;19(1):87-93. <https://doi.org/10.15309/18psd190113>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2022 dez 21]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf
11. Campos PF, Marçal MEA, Rocha LS, Carvalho VPS, Silva JMO. Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde. *Rev Enferm UFSM* 2022;12(e-41):1-21. <https://doi.org/10.5902/2179769268637>
12. Schneider HPG, Birkhauser M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric* 2017;20(3):187-194. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1279599>
13. Prakapenka AV, Bimonte-Nelson HA. Memory and menopause: an unsolved puzzle. *Aging (Albany NY)* 2018;10(10):2541-2543. <https://doi.org/10.18632/aging.101596>
14. Dunneram Y, Greenwood DC, Cade JE. Diet, menopause and the risk of ovarian, endometrial and breast cancer. *Proceedings of the Nutrition Society* 2019;78(3):438-448. <https://doi.org/10.1017/S0029665118002884>
15. Wellons M, Ouyang P, Schreiner PJ, Herrington DM, Vaidya D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-ethnic Study of Atherosclerosis. *Menopause* 2012;19(10):1081-1087. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3182517bd0>
16. Peixoto LN, Araujo MFS, Egydio CA, Ribeiro FE, Fregonesi CEP, Carmo EM. Perfil e intensidade de sintomas de mulheres no climatério avaliadas em unidades básicas de saúde de Presidente Prudente. *Colloquium Vitae* 2015;7(1):85-83. [sin doi]
17. Gravena AAF, Rocha SC, Romeiro TC, Agnolo CMD, Gil LM, Carvalho MDB, et al. Sintomas Climatéricos e estado nutricional de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(4):178-184. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000400008>
18. Pereira P, Souza WA, Siqueira VMS, Ferreira BC, Batista EF. Influência da isoflavona na qualidade de vida de mulheres no climatério. *Rev Univers Vale do Rio Verde*, 2014;12(2):648-658. [sin doi]
19. Lima JVO, Cavalcante LCS, Lima DCS, Barbosa MCNA, Silva IP, Luz ALR, et al. Risco-benefício da terapia de reposição hormonal em mulheres na menopausa. *Research, Society and Development* 2020;9(5):e07952283. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.2283>

20. Carvalho LBC, Mizuno BF, Prates GC, Almeida GF, Borges MLS, Silva WG. Riscos e benefícios da terapia de reposição hormonal na menopausa. *Braz J Develop* 2022;8(3):20415-20427. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-310>
21. Hoffmann M, Mendes KG, Canuto R, Garcez AS, Theodoro H, Rodrigues AD, et al. Padrões alimentares de mulheres no climatério em atendimento ambulatorial no Sul do Brasil. *Ciêns Saúde Coletiva* 2015;20(5):1565-1574. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.07942014>
22. Silva EMF, Theodoro H, Mendes KG, Olinto MTA. Prevalência de obesidade em mulheres na pós-menopausa atendidas em um ambulatório no sul do Brasil. *Rev Assoc Bras Nutr RASBRAN* 2019;10(1):46-52. [sin doi]
23. Araujo AR, Chagas RKF, Lima ICS. Alternative therapies for menopausal symptom care: outlining possibilities and challenges. *Rev Pesq Cuid Fundamental UFRJ* 2020;12:1267-1273. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7967>
24. Silva TR, Oppermann K, Reis FM, Spritzer PM. Nutrition in menopausal women: a narrative review. *Nutrients* 2021;13(7):2149. <https://doi.org/10.3390/nu13072149>
25. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Genebra, 1995. 452p. (WHO Technical Report Series No. 854). [sin doi]
26. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International Versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-28>
27. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-45>
28. Silva MBA, Oliveira DC. Menopausa e alimentação: Práticas nutricionais para uma sintomatologia satisfatória. *Rev Acad FACOTTUR* 2021;2(1):26-37. [sin doi]
29. Gallon CW, Wender MCO. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev Bras Ginecol Obst* 2012;34(4):175-183. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000400007>
30. Silva MHS, Matos MLS, Aragao HT, Madi RR, Vargas MM, Melo CM. Sintomas e compreensões de mulheres na menopausa em área metropolitana do Nordeste brasileiro: estudo quantitativo. *Saúde e Pesquisa* 2022;15(2):e10364. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n2.e10364>
31. Rindner L, Stromme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*, 2017;17(1):128. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0480-1>
32. Lorenzi DRS, Catan LB, Cusin T, Felini R, Bassani F, Arpini AC. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da região sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2009;9(4):459-466. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000400011>

33. Kozakowski J, Gietka-Czernel M, Leszczynska D, Majos A. Obesity in menopause – our negligence or an unfortunate inevitability? *Prz Menopauzalny* 2017;16(2):61-65. <https://doi.org/10.5114/pm.2017.68594>
34. Chen LR, KO NY, Chen KH. Isoflavone supplements for menopausal women: a systematic review. *Nutrients* 2019;11(11):2649. <https://doi.org/10.3390/nu11112649>
35. Rezende AML, Azevedo ARI, Vieira JV, Sousa RC, Goncalves ALCP, Resende BL, et al. A importância da musculação para a mulher na menopausa. *Braz J Health Rev* 2020; 3(3):5250-5262. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-101>

Colaboradores

Santos AS, Moreira AB e Souza MLR participaram na idealização do desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação dos dados, e participaram na redação do estudo. Todos os autores revisaram e aprovação a versão final do manuscrito para submissão.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 25 de dezembro de 2022

Aceito: 15 de março de 2023