

Qualidade do sono e sua associação com os sintomas de menopausa e climatério

Sleep quality and its association with menopausal and climacteric symptoms

Calidad del sueño y su asociación con síntomas menopáusicos y climatéricos

Mariana Alvina dos Santos^I

ORCID: 0000-0002-7940-6673

Aline Nascimento Vilerá^I

ORCID: 0000-0001-8216-4479

Anneliese Domingues Wysocki^I

ORCID: 0000-0002-8381-9999

Flávia Helena Pereira^{II}

ORCID: 0000-0001-9331-7020

Deíse Moura de Oliveira^{III}

ORCID: 0000-0003-3804-7413

Vinícius Batista Santos^{IV}

ORCID: 0000-0001-5130-5523

^I Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil.

^{II} Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais. Passos, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos MA, Vilerá AN, Wysocki AD, Pereira FH, Oliveira DM, Santos VB. Sleep quality and its association with menopausal and climacteric symptoms. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2):e20201150. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1150>

Autor Correspondente:

Mariana Alvina dos Santos
E-mail: marifamema@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 23-11-2020

Aprovação: 09-02-2021

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade do sono em mulheres menopausadas e sua associação com os sintomas relacionados a esse período. **Método:** Estudo transversal, analítico e correlacional. O sono foi avaliado por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; e os sintomas do climatério, pelo *Menopause Rating Scale*. Para a comparação do escore total e de cada domínio do *Menopause Rating Scale* com a classificação do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Considerou-se valor $p < 0,05$ como significante. **Resultados:** Foram classificadas 261 mulheres (67,8%) como más dormidoras. Houve correlação positiva e significativa dos escores da escala do sono com o escore total da menopausa e seus domínios. As mulheres categorizadas como más dormidoras apresentaram piores escores na escala de sintomas de menopausa. **Conclusão:** Mulheres com pior qualidade do sono revelaram maior severidade dos sintomas relacionados à menopausa.

Descritores: Menopausa; Pós-Menopausa; Sono; Enfermagem; Climatério.

ABSTRACT

Objective: to assess sleep quality in menopausal women and its association with symptoms related to this period. **Method:** this is a cross-sectional, analytical and correlational study. Sleep was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index; and climacteric symptoms, according to the Menopause Rating Scale. To compare the total score and each Menopause Rating Scale domain with the PSQI classification, the Mann-Whitney U non-parametric test was used. $P < 0.05$ was considered significant. **Results:** 261 women (67.8%) were classified as bad sleepers. There was a positive and significant correlation between the sleep scale scores and the total menopause score and its domains. Women categorized as poor sleepers had worse scores on the menopause symptom scale. **Conclusion:** women with worse sleep quality revealed greater severity of symptoms related to menopause.

Descriptors: Menopause; Postmenopause; Sleep; Nursing; Climacteric.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad del sueño en mujeres menopáusicas y su asociación con síntomas relacionados con este período. **Método:** estudio transversal, analítico y correlacional. El sueño se evaluó mediante el índice de calidad del sueño de Pittsburgh; y síntomas climatéricos, según la escala de calificación de la menopausia. Para comparar la puntuación total y cada dominio Menopause Rating Scale con la clasificación PSQI, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. $P < 0,05$ se consideró significativo. **Resultados:** 261 mujeres (67,8%) fueron clasificadas como mal durmientes. Hubo una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de la escala de sueño y la puntuación total de la menopausia y sus dominios. Las mujeres clasificadas como personas que duermen mal tuvieron peores puntuaciones en la escala de síntomas de la menopausia. **Conclusión:** las mujeres con peor calidad del sueño revelaron una mayor gravedad de los síntomas relacionados con la menopausia.

Descriptor: Menopausia; Posmenopausia; Sueño; Enfermería; Climatério.

INTRODUÇÃO

Desde as últimas décadas do século XX, o Brasil vem passando por importantes transformações na estrutura e na dinâmica da sua população. A redução progressiva da mortalidade, associada à diminuição da taxa de fecundidade, tem configurado uma população cada vez mais envelhecida com diminuição no número de jovens⁽¹⁾. No que tange à saúde da mulher, tal transição demográfica reflete um número progressivo de mulheres no climatério/menopausa e propicia novas demandas para o setor da saúde, bem como fortalece a implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que destaca a importância da assistência à mulher nessa fase do ciclo vital⁽²⁾.

O climatério é um período de transição importante na vida da mulher, sendo constituído pela pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa. A menopausa é caracterizada pela ausência de menstruação, por 12 meses consecutivos, em decorrência da diminuição dos hormônios ovarianos (estrogênio e progesterona) e, comumente, ocorre em mulheres entre 45 a 55 anos. No Brasil, 13,6% das mulheres menopausadas encontram-se nessa faixa etária⁽³⁻⁴⁾.

Em resposta à deterioração da função ovariana, alterações endocrinológicas ocorrem gradualmente e de forma não linear nas mulheres em menopausa. Em associação com a flutuação e o declínio gradual do estrogênio, os sintomas da menopausa surgem, incluindo os vasomotores (ondas de calor e sudorese), distúrbios do sono e sintomas de alteração do humor⁽³⁾.

Dos sintomas da menopausa, os distúrbios do sono são um dos mais incômodos e são relatados por 39% a 47% das mulheres na menopausa⁽⁵⁾. As disfunções do sono podem ser classificadas em dificuldade para dormir, despertares noturnos e o despertar mais cedo que o normal⁽⁶⁾. Elevação nos níveis de cortisol afetam o humor e a qualidade do sono das mulheres no climatério devido ao alto pico de estresse. A diminuição do nível de estrogênio também interfere nos sintomas vasomotores, que acarretam ondas de calor no rosto e na região torácica anterior, acompanhadas de sudorese. Isso ocorre, geralmente, durante a noite, o que concorre para a má qualidade do sono⁽⁷⁾.

A presença e o agravamento dos sinais e sintomas relacionados à menopausa, associados a uma baixa qualidade do sono, possivelmente acarretam o início ou intensificam outras doenças como ansiedade/depressão, além de sintomas vasomotores e sexuais, que podem impactar negativamente a autonomia e independência nos afazeres do cotidiano e a qualidade de vida das mulheres^(3,8).

O conhecimento do padrão do sono em mulheres menopausadas corrobora a construção do conhecimento de enfermagem para que estratégias de enfrentamento e identificação de intervenções possam ser estabelecidas e investigadas. Além disso, pode beneficiar as mulheres sintomáticas por meio da proposição de medidas para o melhor manejo dos agravos causados por esse período e direcionar a construção de políticas públicas nessa temática.

Diante do exposto, a pergunta norteadora que orientou o presente estudo foi: "Os sintomas relacionados à menopausa se associam à piora na qualidade do sono?" Desse modo, a hipótese levantada foi que mulheres com maior severidade dos sintomas relacionados à menopausa apresentam pior qualidade do sono.

OBJETIVO

Avaliar a qualidade do sono em mulheres menopausadas e sua associação com os sintomas relacionados a esse período.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo atendeu à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O risco da participação neste estudo foi relacionado ao risco de ordem psicológica, contudo foram adotadas as seguintes medidas de prevenção/minimização: os entrevistadores foram treinados para conduzir a entrevista e, se necessário, a entrevista seria suspensa.

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal, analítico e correlacional, que se baseou nas diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽⁹⁾. A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2019 a janeiro de 2020, com mulheres atendidas em todas as quatro Unidades de Saúde de nível primário e em uma de nível secundário (clínica da mulher) do município de Três Lagoas/MS, que realizavam atendimento ginecológico e específico à saúde da mulher.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostra de conveniência foi composta por mulheres acima de 45 anos, com amenorreia mínima há 12 meses e sem tratamento medicamentoso para menopausa; sendo excluídas aquelas com incapacidade para compreender as instruções, que realizaram histerectomia e trabalhadoras noturnas, por apresentarem o padrão de sono já alterado em decorrência da atividade laboral.

Para a realização do cálculo amostral, utilizou-se como base o número estimado de mulheres com idade igual ou superior a 45 anos que residiam no município de Três Lagoas/MS; para tanto, foi desenvolvido levantamento mediante dados do IBGE e individualizou-se o quantitativo de 13.840 mulheres nessa faixa etária. A partir disso e considerando os parâmetros de erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, calculou-se a amostra mínima, que foi corrigida por se tratar de uma população finita. Assim, obteve-se como amostra mínima o quantitativo de 373 mulheres na faixa etária acima de 45 anos a serem entrevistadas.

Protocolo do estudo

Para o convite e a coleta de dados, os pesquisadores compareceram aos serviços de saúde selecionados a fim de obter mulheres elegíveis para participar da pesquisa. A seleção foi aleatória e as mulheres que preencheram os critérios de elegibilidade receberam explicação quanto aos objetivos do estudo. Aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo posteriormente realizado o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados em sala individual.

Na coleta de dados, utilizou-se questionário de caracterização sociodemográfica — contendo informações sobre idade em anos, renda, escolaridade, estado marital, religião, ocupação, raça— e clínica das mulheres (vida sexual e sintomas de menopausa). Para avaliação da qualidade do sono, considerada neste estudo como variável dependente, foi utilizado o instrumento Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que consiste em 19 questões autoaplicáveis, agrupadas em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono; latência do sono; duração do sono; eficiência habitual do sono; distúrbios do sono; uso de medicação para dormir; sonolência diurna e distúrbios durante o dia. Os escores dos sete componentes foram somados para conferir uma pontuação global do PSQI, que varia de 0 a 21 (quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono). Como bons dormidores são categorizados os que obtêm escores iguais ou inferiores a 5; e como maus dormidores, os com escores superiores a 5⁽¹⁰⁾.

Para avaliação dos sintomas de menopausa, utilizou-se o instrumento *Menopause Rating Scale* (MRS), constituído por 11 itens que avaliam os sintomas do climatério, distribuídos por 3 subescalas: Somática, Psicológica e Urogenital⁽¹¹⁾. Para a realização do escore da escala total do MRS, efetuou-se a soma dos escores das três subescalas, e os sintomas foram classificados em assintomáticos (0-4 pontos), leves (5 a 8 pontos), moderados (9-15 pontos) e severos (mais de 16 pontos). No que diz respeito à classificação de cada subescala, o domínio somatovegetativo foi classificado em assintomático ou escasso, quando se obtiveram 2 ou menos pontos; leve, de 3 a 4 pontos; moderado, de 5 a 8 pontos; e severo, mais de 9 pontos. No domínio psicológico: assintomático até 1 ponto; leve, de 2 a 3 pontos; moderado, de 4 a 6 pontos; severo, mais de 7 pontos. No domínio urogenital: assintomático, quando não foi obtido nenhum ponto; leve, 1 ponto; moderado, de 2 a 3 pontos; e severo, mais de 4 pontos⁽¹²⁾. O escore total desse instrumento pode variar de 0 (ausência de sintomas) a 44 (sintomatologia máxima). Os instrumentos foram preenchidos apenas com as iniciais dos respondentes a fim de evitar sua identificação e numerados sequencialmente. Não existia vínculo entre os pesquisadores e os serviços de saúde nos quais o estudo foi realizado.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram digitados no software Microsoft Excel e, posteriormente, transportados para o programa SPSS, versão 22.0, no qual as análises estatísticas foram realizadas. Desenvolveu-se o cálculo de frequência relativa e absoluta para as variáveis categóricas e o cálculo de média, desvio padrão, mediana e percentis 25 e 75 para as variáveis quantitativas.

Considerou-se como variável dependente a qualidade do sono; e como variável independente, a severidade dos sintomas da menopausa. Foi comparado o escore do PSQI com o escore do instrumento MRS e de seus domínios por meio da correlação de Spearman, sendo assumido como correlação bem fraca quando abaixo de 0,20; fraca, entre 0,20 a 0,39; moderada, entre 0,40 a 0,69; forte, entre 0,70 a 0,89; e muito forte, acima de 0,90⁽¹³⁾.

Para a comparação do escore total e de cada domínio do MRS com a classificação do PSQI (boas dormidoras, com escore menor ou igual a 5 pontos; e más dormidoras, com o escore acima de 5 pontos), foi realizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Considerou-se um valor $p < 0,05$ como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Foram consideradas potencialmente elegíveis para participar do presente estudo 700 mulheres, sendo que 36 mulheres recusaram assinar o TCLE e 279 apresentaram algum critério de exclusão (75 hysterectomizadas, 143 menores de 45 anos, 60 com idade acima de 45 anos ainda menstruando e 1 trabalhadora noturna). A amostra final foi constituída por 385 mulheres, a maioria delas na faixa de idade entre 45 a 55 anos (41%), com renda familiar de até dois salários mínimos (70,9%), com companheiro (56,9%), ensino fundamental incompleto (30%) e completo (16%), predominantemente católicas (52,5%), sem ocupação formal (61,3%) e auto declarantes de raça preta (9,6%) ou parda (45%) (Tabela 1).

As mulheres entrevistadas tiveram o início da menopausa, em média, aos 46 anos e relataram como sintomas predominantes, na fase pós-menopausa, calores (67,8%), alteração de humor (61%), alopecia (54,5%), alteração do sono (53,8%) e dispareunia (51,9%), conforme se elenca na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres em menopausa, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

Características	n(%)
Idade	
45 a 55 anos	158 (41)
56 a 65 anos	135 (35,1)
≥66 anos	92 (23,9)
Renda (SM*)	
0 a 2	273 (70,9)
3 a 4	80 (20,8)
>5	32 (8,3)
Estado marital	
Com companheiro	219 (56,9)
Sem companheiro	166 (43,1)
Escolaridade	
Não alfabetizada	20 (5,2)
Ensino fundamental incompleto/completo	177 (46)
Ensino médio e técnico incompleto/completo	124 (32,3)
Superior incompleto/completo	64 (6,7)
Religião	
Católica	202 (52,5)
Evangélica	148 (38,4)
Espírita, outra e nenhuma	35 (9,1)
Ocupação	
Com ocupação	149 (38,7)
Sem ocupação	236 (61,3)
Raça	
Branca e amarela	175 (45,4)
Preta e parda	210 (54,6)
Vida sexual ativa	
Sim	220 (57,1)
Não	165 (42,9)
Início da vida sexual, anos - Média (DP [†])	18,6 (4,68)
Início da menopausa - Média (DP [†])	46,9 (5,65)
Sinais clínicos após a menopausa	
Calor	261 (67,8)
Alteração do humor	235 (61,0)
Alteração de apetite	99 (25,7)
Ressecamento vaginal	152 (39,5)
Alteração na libido	147 (38,2)
Dispareunia	200 (51,9)
Alopecia	210 (54,5)
Alteração no sono	207 (53,8)
Não lembra	09 (2,3)

Nota: *SM:salário mínimo vigente, Brasil, 2019= R\$998,00; †DP = desvio-padrão.

No que diz respeito ao padrão do sono avaliado pelo instrumento PSQI, 124 mulheres (32,2%) foram classificadas como boas dormidoras e 261 (67,8%), como más dormidoras.

A média do escore global do MRS foi de 15,49 com mediana de 15, sendo classificado como sintomas moderados. Os domínios somatovegetativo, psicológico e urogenital foram classificados como moderados, conforme a Tabela 2. Observou-se que os sintomas com maiores escores foram: falta de ar, suores e calores, problemas musculares e articulares e, ainda, irritabilidade (Tabela 2).

Tabela 2 – Escore global e de cada domínio da *Menopause Rating Scale* (MRS) das mulheres em menopausa, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

Domínios e indicadores	Média	DP*	Mediana	25;75
Domínio somatovegetativo	6,79	3,85	7,0	4;10
Falta de ar, suores e calores	2,12	1,69	3,0	0;4,0
Mal-estar do coração	1,01	1,24	0	0;2,0
Problemas de sono	1,55	1,60	1,0	0;3,0
Problemas musculares e na articulação	2,12	1,69	3,0	0;4,0
Domínio psicológico	5,95	4,29	5,0	2,5;9,0
Estado de ânimo depressivo	0,98	1,28	0	0;2,0
Irritabilidade	2,08	1,63	2,0	0;4,0
Ansiedade	1,83	1,65	1,0	0;4,0
Esgotamento físico e mental	1,06	1,28	0	0;2,0
Domínio urogenital	2,73	2,82	2,0	0;4,5
Problemas sexuais	0,94	1,35	0	0;2
Problemas de bexiga	0,77	1,28	0	0;1
Ressecamento vaginal	1,02	1,32	0	0;2
Escore global	15,49	8,57	15,0	9,5;22

Nota: *DP:desvio-padrão, 25;75 percentil 25 e 75.

Tabela 3 – Comparação dos escores da escala *Menopause Rating Scale* nos grupos de boas dormidoras e más dormidoras das mulheres em menopausa, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2019

Domínios e indicadores	Boas dormidoras		Más dormidoras		Valor de p [†]
	Média (DP)	Mediana (25;75)	Média (DP)	Mediana (25;75)	
Domínio somatovegetativo	4,71 (3,37)	4,0 (2;7)	7,78 (3,67)	8,0 (5;10)	<0,01
Falta de ar, suores e calores	1,60 (1,66)	1,0 (0;3)	2,38 (1,65)	3,0 (0;4)	<0,01
Mal-estar do coração	0,73 (1,12)	0 (0;2)	1,13 (1,27)	1,0 (0;2)	<0,01
Problemas de sono	0,57 (1,10)	0 (0;1)	2,01 (1,60)	2,0 (0;4)	<0,01
Problemas musculares e articulares	1,81 (1,80)	1,0 (0;4)	2,26 (1,62)	3,0 (0;4)	0,39
Domínio psicológico	3,49 (3,21)	3,0(0,25;5,0)	7,12 (4,25)	7,0 (4;11)	<0,01
Estado de ânimo depressivo	0,35 (0,78)	0 (0;0)	1,28 (1,36)	1,0 (0;2)	<0,01
Irritabilidade	1,52 (1,61)	1 (0;3)	2,34 (1,58)	3,0 (1;4)	<0,01
Ansiedade	1,10 (1,42)	0 (0;2)	2,18 (1,64)	2,0 (0;4)	<0,01
Esgotamento físico e mental	0,52 (0,94)	0 (0;1)	1,33 (1,34)	1,0 (0;2)	<0,01
Domínio urogenital	2,04 (2,57)	1,0 (0;3)	3,06 (2,88)	3,0(0;5)	<0,01
Problemas sexuais	0,66 (1,20)	0 (0;0)	1,07 (1,39)	0 (0;2)	<0,01
Problemas de bexiga	0,52 (1,14)	0 (0;0)	0,89 (1,32)	0 (0;2)	<0,01
Ressecamento vaginal	0,85 (1,29)	0 (0;2)	1,10 (1,33)	0 (0;2)	0,40
Escore global	10,25 (6,57)	10 (5;15)	17,97 (8,29)	17 (12;25)	<0,01

Nota: *DP:desvio-padrão, 25;75 percentil 25 e 75; [†]Teste U de Mann-Whitney.

Foram observadas correlações significativas ($p < 0,01$) e fracas entre os escores total do PSQI com o total do MRS ($r = 0,467$) e com os domínios somatovegetativo ($r = 0,43$) e psicológico ($r = 0,417$); e correlação muito fraca entre o escore total do PSQI e o domínio urogenital do MRS ($r = 0,199$), ou seja, quanto pior era a qualidade do sono, maior era a severidade dos sintomas da menopausa.

A Tabela 3 indica que as mulheres categorizadas como más dormidoras, pelo PSQI, apresentaram escores mais elevados do

MRS e de seus domínios do que as boas dormidoras, exceto no indicador de problemas musculares e articulares ($p = 0,39$) do domínio somatovegetativo e no indicador de ressecamento vaginal ($p = 0,40$) do domínio urogenital.

DISCUSSÃO

Ao avaliar a qualidade do sono em mulheres menopausadas e sua associação com os sintomas relacionados à menopausa, os achados da presente investigação apontaram aspectos que merecem ser considerados no tocante à assistência direta a essas mulheres, bem como no âmbito das políticas públicas voltadas para essa população.

Em seu estudo, os autores Silva, Rocha e Caldeira (2018) demonstram que mulheres com baixas escolaridade e renda tendem a apresentar uma autopercepção negativa da saúde. Tal resultado entra em acordo com o encontrado no presente estudo. Isso pode desdobrar-se na falta de conhecimento sobre as alterações que ocorrem no organismo feminino durante o climatério e influenciar a participação da mulher em atividades que beneficiam o seu estado de saúde, tais como o acesso às informações, o conhecimento sobre os cuidados com a saúde e a compreensão no que tange aos direitos sociais⁽¹⁴⁾.

Uma pesquisa que objetivou traçar o perfil de mulheres no climatério inscritas em áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família de São Luiz, Maranhão, bem como as alterações biopsicossociais mais referidas por elas, corroborou a importância dos determinantes sociais na experiência dessa fase do ciclo vital. Os achados relatam que a maioria das mulheres apresentou baixo nível econômico e educacional, fatores que as tornam mais vulneráveis para compreender informações e orientações recebidas, tanto de parentes próximos, amigos, como dos profissionais de saúde. Esse achado somou-se a uma dificuldade de autopercepção da mulher com relação ao climatério, o que pode repercutir na dimensão do autocuidado/busca de cuidado à saúde nessa fase da vida⁽¹⁵⁾. Portanto, o pouco nível educacional desdobra-se em outras dimensões dos determinantes sociais de saúde, sendo estes relacionados às condições de vida da mulher no climatério, o que impacta, sobremaneira, sua experiência nesse ciclo vital.

Em contraponto, níveis escolares mais altos e maior renda proporcionam oportunidades para melhores práticas alimentares, conscientização e prática de atividades físicas e melhores condições de habitação. Dessa forma, a oportunidade de maior realização de atividades saudáveis, proporcionada em razão de mais tempo de ambiência escolar, tem como consequência o combate a doenças e às condições de morbimortalidade, que teriam como resultado uma piora na qualidade de vida⁽⁷⁾. Na mesma lógica, conquanto não tenha sido objeto deste estudo, há de se destacar a influência da ausência de hábitos de vida saudáveis na intensidade dos sintomas da menopausa, denotando que os determinantes sociais de saúde

relacionados ao estilo de vida podem também ter efeito sobre a sintomatologia da mulher climatérica.

A idade de início da menopausa no presente estudo foi similar à de outro estudo⁽¹⁶⁾. A média de idade de início da menopausa é variável entre os países. Na Índia, por exemplo, essa média foi de 46,2 anos⁽¹⁷⁾; nos Estados Unidos, de 45,2 anos⁽¹⁸⁾; na Suécia, de 51 anos⁽¹⁹⁾; e, no Brasil, de 49,4⁽²⁰⁾. A precocidade da menopausa pode ocasionar o aparecimento prematuro dos sintomas desconfortáveis dessa fase, impactando a qualidade de vida das mulheres.

Os sintomas relacionados à menopausa na presente investigação foram diversos. Embora a multiplicidade deles se evidencie, observou-se que os domínios somatovegetativo e psicológico revelaram-se os mais comprometidos na presente pesquisa, individuando-se, em maior proporção, aumento nos sintomas de falta de ar, suores e calores, problemas musculares e nas articulações (referentes ao domínio somatovegetativo) e irritabilidade e ansiedade (referentes ao domínio psicológico). Ainda nessa perspectiva, detectou-se que os sintomas do MRS relatados com maior frequência relacionavam-se a problemas de sono, musculares e articulares (referentes ao domínio somatovegetativo), esgotamentos físico e mental, estado de ânimo depressivo e irritabilidade (referentes ao domínio psicológico) e problemas sexuais (referentes ao domínio urogenital)⁽¹⁹⁾. Ressalta-se, entretanto, que podem ser encontradas diferenças nos escores globais do MRS, o que afetaria os níveis sintomatológicos apresentados. No presente estudo, o escore global do MRS encontrado foi superior ao de outros estudos^(16,21), sendo que essa diferença pode ser explicada pelas diferenças culturais, econômicas e sociais, influenciando os sinais e sintomas das mulheres e modificando o escore dos domínios⁽²²⁾.

Os achados da presente investigação corroboram a literatura ao evidenciar que os sintomas mais prevalentes, nessa fase vital, expressam-se pelos fogachos, insônia, irritabilidade, depressão, problemas musculares/articulares, sudorese, cefaleia, palpitação e os relacionados à sexualidade⁽²³⁾. Assim, o aparecimento desses sintomas deve ser foco de investigação e valorização pelos profissionais.

Este estudo mostrou que mulheres com maior severidade dos sinais e sintomas relacionados à menopausa relataram maior comprometimento na qualidade do sono, sendo classificadas como más dormidoras por meio do PSQI. Esses dados também foram identificados em outro estudo, no qual se evidenciou que os problemas de sono foram relatados com maior prevalência entre as mulheres com sintomas moderadamente graves avaliados pelo MRS⁽¹⁹⁾.

Tal achado é extremamente importante, visto que o prejuízo na qualidade do sono não é apenas consequência dos sintomas exacerbados da menopausa, mas também consiste num elemento disparador para exacerbar a gravidade dos seus sintomas —identificou-se que a má qualidade do sono aumenta o risco de 6 a 8 vezes em piorar a qualidade de vida dessas mulheres⁽²⁴⁾.

A causa dos distúrbios do sono em mulheres menopausadas e os sinais clínicos relacionados à menopausa podem ser explicados pelas alterações orgânicas advindas das desregulações hormonais e orgânicas associadas a fatores étnicos, pessoais e ambientais, e não somente pela privação do nível de estrogênio⁽²²⁾, ou seja, a causa de alteração na qualidade do sono deve ser vista como multifatorial; e esse dado é extremamente importante na avaliação do enfermeiro⁽²⁴⁾.

Os sintomas urogenitais foram relacionados de modo moderado com o estado menopausal, apresentando-se como decorrência da diminuição dos níveis hormonais, o que pode levar a uma perda da rugosidade da mucosa vulvovaginal, com redução acentuada da lubrificação, gerando a secura genital. Tais alterações urogenitais modificam a atividade sexual das pacientes acometidas, o que promove distúrbios psíquicos atribuídos à transição menopáusica, não estando, todavia, diretamente relacionados aos distúrbios do sono⁽¹²⁾.

Embora os problemas musculares e articulares possam causar dores, e estas possam originar alterações na qualidade do sono⁽²⁵⁾, nos achados do presente estudo esses problemas não tiveram significância estatística. Diferenças entre pesquisas podem ser atribuídas a vários aspectos, como diferenças culturais, econômicas, sociais, psicológicas, ambientais, condição de saúde, tipo de estudo, população avaliada, seleção da amostra, presença de variáveis confundidoras e utilização de diferentes instrumentos para a avaliação da dor⁽²⁶⁾.

Em relação ao exposto, é necessário refletir não apenas sobre os determinantes de saúde e fatores psicossociais que influenciam a vida e os sintomas menopáusicos das mulheres, como também sobre os desdobramentos advindos da má qualidade de sono na vida dessas mulheres pós-menopáusicas.

O comprometimento do sono é um dos fatores que leva ao sedentarismo, visto que a disposição para a realização de exercícios físicos fica alterada, constituindo-se, por conseguinte, em fator de risco para o sobrepeso e obesidade, que se associam ao surgimento de condições crônicas não transmissíveis. Ademais, para além do enfrentamento dessas condições, mudanças na autoimagem associadas ao incômodo dos sintomas menopáusicos e a questões socioeconômicas e demográficas podem evoluir para um quadro depressivo, evidenciando-se, assim, a associação de transtornos emocionais e baixa qualidade do sono em mulheres climatéricas⁽²⁷⁾.

Os resultados desta investigação mostraram a importância do manejo e do tratamento dos distúrbios do sono e da severidade dos sintomas associados à menopausa nos serviços de saúde. Isso é imperativo, visto que a maioria das mulheres com insônia, nessa fase do ciclo vital, não é diagnosticada, tampouco tratada nos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Assim, há de se considerar a necessidade de investir em intervenções não farmacológicas, especialmente as terapias cognitivo-comportamentais, e incentivar as práticas de atividade física, que apresentaram efeito positivo na redução da severidade da insônia e na melhora da qualidade do sono⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Por se tratar de um problema comum e, de certa forma, negligenciado, assinala-se a relevância da atuação dos enfermeiros na abordagem dessas mulheres, os quais, em sua prática clínica, devem avaliar o perfil do sono e o grau de severidade dos sintomas bem como o impacto dessas disfuncionalidades na qualidade de vida; devem analisar todos esses fatores juntamente com as questões sociodemográficas, de modo a implementar intervenções adequadas visando à correção dessas alterações⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Limitações do estudo

Este estudo não avaliou a presença de comorbidades associadas, entre as mulheres estudadas, como doenças cardiovasculares e osteomusculares. O delineamento transversal não permitiu estabelecer

a direcionalidade das associações encontradas; e a amostragem de conveniência pode ter comprometido a heterogeneidade da amostra, limitando, por sua vez, a generalização dos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem

Ao identificar a presença de alterações no padrão do sono e o grau de severidade desses sintomas, o enfermeiro pode implementar uma série de intervenções de enfermagem objetivando a melhora dos indicadores do resultado Sono (0004) e Gravidade dos Sintomas Perimenopausa (2104) presentes na classificação dos resultados de enfermagem NOC⁽³⁰⁾. Para o alcance desses resultados, foi possível identificar uma série de intervenções de enfermagem proposta na classificação das intervenções de enfermagem NIC⁽³¹⁾, tais como Terapia de relaxamento (6040), Musicoterapia (4400), Promoção do exercício (0200), Redução da Ansiedade (5820) e Controle de energia (0180). A utilização dos sistemas de linguagem padronizada, baseados nas classificações dos resultados e intervenções de enfermagem, pode, além de qualificar o serviço, orientar melhor a assistência prestada, oferecer registro contínuo, oportunizar uma prática alicerçada em fundamentos científicos e fornecer dados futuros que permitam avaliar a efetividade das ações de enfermagem nas mulheres com alterações no padrão do sono.

A realização de práticas de educação em saúde e o planejamento e implantação de grupos e programas voltados ao diagnóstico precoce, promoção da saúde e prevenção de agravos direcionados

às mulheres na faixa etária de prevalência do climatério mostraram-se como potenciais intervenções para minimizar não somente as causas, como também as consequências dos prejuízos causados pelos sintomas menopáusicos entre esse público.

CONCLUSÃO

Identificou-se, neste estudo, que a maioria das mulheres com menopausa apresentava má qualidade do sono e que a severidade dos sintomas dessa fase em tais mulheres se associou com a pior qualidade do sono, mostrando, conseqüentemente, que, quanto pior era a qualidade do sono, maior era a severidade dos sintomas da menopausa.

Devido à sua alta prevalência, os problemas do sono devem ser ativamente explorados entre as mulheres junto com outros sintomas da menopausa, a fim de garantir melhor saúde, qualidade de vida e produtividade às mulheres na meia-idade.

As intervenções de educação em saúde, de promoção do exercício e de práticas de relaxamento, bem como desenvolvimento de estratégias preventivas e de tratamento para aliviar os distúrbios do sono para essas mulheres, podem trazer grande melhora no que tange a esses sintomas.

FOMENTO

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais – IFSULDEMINAS.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):309-20. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes [Internet]. 2004 [cited 2020 Jul 02]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
3. Smail L, Jassin G, Shakail A. Menopause-Specific Quality of Life among Emirati Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(40):1-9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010040>
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>
5. He Q, Ren Y, Wang Y, Zhang F, Zhang S. The efficacy and safety of acupuncture for perimenopause symptom compared with different sham acupuncture control groups: a protocol of systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2020;99(10):1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019366>
6. Gava G, Orsili I, Alvisi S, Mancini I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Cognition, mood and sleep in menopausal transition: the role of menopause hormone therapy. *Medicina*. 2019;55(10):668. <https://doi.org/10.3390/medicina55100668>
7. Lima AM, Rocha JSB, Reis VMCP, Silveira MF, Caldeira AP, Freitas RF, et al. Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(7):2667-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19522017>
8. Robaina JR, Lopes CS, Rotenberg L, Faerstein E. Fatores psicossociais e socioeconômicos relacionados à insônia e menopausa: Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(3):597-606. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00045014>
9. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
10. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;12(1):70-5. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.02>
11. Heineman LA, Potthoff P, Scheneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003;28(1):1-4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-28>

12. Freitas RF, Freitas TF, Vieira DR, Rocha NGS, Santos GS, Reis VMCP, et al. Qualidade de vida de mulheres climatéricas de acordo com o estado menopausal. *Rev Unincor*. 2015;13(1):37-47. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.1840>
13. Field A. *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2020. 1072p.
14. Silva VH, Rocha JSB, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health in menopausal women. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(5):1611-1620. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17112016>
15. Caldas AJM, Silva CMM, Aquino DMC, Anjos FV, Vieira IO, Diniz JAR, et al. Vivenciando o climatério: aspectos socioeconômicos, físicos e emocionais. *Enferm Bras*. 2015;14(1):5-12. <https://doi.org/10.33233/eb.v14i1.3702>
16. Lui Filho JF, Baccaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. 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):152-8. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005282>
17. Ahuja M. Age of menopause and determinants of menopause age: A PAN India survey by IMS. *J Midlife Health*. 2016;7(3):126-31. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.191012>
18. Malek AM, Vladutiu CJ, Meyer ML, Cushman M, Newman R, Lisabeth LD, et al. The association of age at menopause and all-cause and cause-specific mortality by race, postmenopausal hormone use, and smoking status. *Prev Med Reports*. 2019;15:e100955. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100955>
19. Rindner L, Strömme 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(128):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0480-1>
20. Silva LDC, Mamede MV. Prevalence and severity of menopausal symptoms in women with coronary artery disease. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2020;12:305-12. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.6755>
21. Monterrosa-Castro Á, Paternina-Caicedo ÁJ, Herazo-Acevedo E, Oviedo-Acevedo HC, Campo-Arias A. Validity and reliability of menopause ratingscale in Colombian indigenous population. *Duazary*. 2017;14(1):8-15. <https://doi.org/10.21676/2389783X.1737>
22. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause: global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2018;14(4):199-215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
23. Pitombeira R, Lima FET, Magalhães FJ, Custódio IL, Oliveira SKP. Sintomatologia e modificações no cotidiano das mulheres no período do climatério. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):517-23. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i3.20913>
24. Frange C, Hachul H, Hirotsu C, Tufik S, Andersen ML. Insomnia with musculoskeletal pain in postmenopause: associations with symptoms, mood, and quality of life. *J Menopausal Med*. 2018;24(1):17-28. <https://doi.org/10.6118/jmm.2018.24.1.17>
25. Lytsy P, Larsson K, Anderzen I. Health in women on long-term sick leave because of pain or mental illness. *Int J Rehabil Res*. 2015;38(1):27-33. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000080>
26. Dedicção AC, Sato TO, Avila MA, Moccellini AS, Saldanha MES, Driusso P. Prevalence of musculoskeletal pain in climacteric women of a Basic Health Unit in São Paulo/SP. *Rev Dor*. 2017;18(3):212-216. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170104>
27. Gonçalves JTT, Silveira MG, Campos MCC, Costa LHR. Overweight and obesity and factors associated with menopause. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(4):1146-55. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.16552015>
28. Guthrie KA, Larson JC, Ensrud KE, Anderson GL, Carpenter JS, Freeman EW, et al. Effects of pharmacologic and nonpharmacologic interventions on insomnia symptoms and self-reported sleep quality in women with hot flashes: a pooled analysis of individual participant data from four MsFLASH Trials. *Sleep*. 2018;41(1):1-10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx190>
29. Caretto M, Giannini A, Simoncini T. An integrated approach to diagnosing and managing sleep disorders in menopausal women. *Maturitas*. 2019;128:1-3. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.06.008>
30. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. [Internet]. São Paulo: Elsevier; 2010[cited 2020 Jul 02]. 712 p. Available from: <http://www.faesb.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/2020/03/NOC-Digital.pdf>
31. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. [Internet]. São Paulo: Elsevier; 2010[cited 2020 Jul 02]. 640 p. Available from: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/14/0ac4055be9a07e3df54c72e9651c589e.pdf