

Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica

Nutritional status and quality of life of climacteric women

Artigo Original

Palavras-chave

Qualidade de vida
Climatério
Estado nutricional
Saúde da mulher
Avaliação nutricional

Keywords

Quality of life
Climacteric
Nutritional status
Women's health
Nutrition assessment

Resumo

OBJETIVO: Associar a qualidade de vida com o estado nutricional da mulher climatérica. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal, no qual foi incluída uma amostra com 200 mulheres climatéricas, de 40 a 65 anos, que responderam a um Recordatório Alimentar de 24 horas e questões sobre fatores socioeconômicos, história clínica atual, pregressa e familiar. Para a avaliação antropométrica, foram utilizados índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril. Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o *MRS-menopause rating scale*. **RESULTADOS:** A média do IMC e da CC foi de 30,1 kg/m² (obesidade grau 1) e 99 cm (risco muito aumentado para doença cardiovascular), respectivamente. Constatou-se consumo aumentado de proteínas e diminuído de fibras, cálcio e vitamina D. A comorbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial, 48,5% faziam uso de medicação para doenças cardiovasculares e 23%, de medicações antidepressivas. Quanto à qualidade de vida, foram encontrados resultados significativos relacionados ao IMC, como também à pressão arterial. **CONCLUSÕES:** Uma intervenção nutricional visando corrigir ou melhorar o consumo alimentar e o perfil antropométrico poderá resultar em benefícios relativos à saúde da mulher climatérica. A prevalência de obesidade, associada com pior qualidade de vida e morbimortalidade, reforça a necessidade de existir um programa de reeducação alimentar no climatério.

Abstract

PURPOSE: To associate the quality of life with the nutritional status of climacteric women. **METHODS:** This was a cross-sectional study on a sample of 200 climacteric women aged 40 to 65 years who responded to a 24-hour food recall and to questions about socioeconomic factors and current, previous and family medical history. Body mass index (BMI), waist circumference (WC) and waist-hip ratio were used for anthropometric evaluation. To assess the quality of life, we applied the *MRS-menopause rating scale*. **RESULTS:** The average BMI and waist circumference were 30.1 kg/m² (obesity grade 1) and 99 cm (very increased risk for cardiovascular disease), respectively. Increased protein consumption and decreased fiber, calcium and vitamin D intake were detected. The most prevalent disease was hypertension, 48.5% of the women studied were taking medication for cardiovascular disease and 23% were taking antidepressant medications. Regarding quality of life, significant results related to BMI as well as blood pressure were found. **CONCLUSIONS:** A nutritional intervention aiming to correct or improve food consumption and anthropometric profile may result in health benefits for climacteric women. The prevalence of obesity, associated with a poorer quality of life, morbidity and mortality underscores the need for a feeding re-education program during the climacteric.

Correspondência

Carin Weirich Gallon
Rua Francisco Getúlio Vargas 1130
CEP: 95070-560
Caxias do Sul (RS), Brasil

Recebido

13/01/2011

Aceito com modificações

27/12/2012

Trabalho realizado no Ambulatório Multidisciplinar de Atenção ao Climatério da Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul (RS), Brasil.

¹ Curso de Nutrição e Medicina da Universidade de Caxias do Sul – UCS – Caxias do Sul (RS), Brasil.

² Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

Segundo indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil (2009 – IBGE), em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas¹. A tendência de as mulheres sobreviverem aos homens, exibindo uma mortalidade menor que a masculina, ocorre em todo o mundo, mas isso não significa que desfrutem de melhor condição de saúde. A mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. Há evidência de que as mulheres idosas suportam uma carga superior de doença e de declínio funcional à dos homens, o que está associado a diversos fatores. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: nos de idade entre 0 e 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 75,5% (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres)².

O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica brasileira. Como consequência, espera-se, nos próximos anos, um aumento progressivo na procura dos serviços de saúde por mulheres com queixas relacionadas ao climatério. Paralelamente, a assistência ao climatério tem passado por uma modificação de paradigmas, impondo aos profissionais de saúde uma mudança de atitude. Reconhece-se que o climatério é influenciado tanto por fatores biológicos, como por fatores psicossociais e culturais, cujo conhecimento é fundamental para uma assistência mais qualificada e humanizada³.

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. Corresponde ao período que se inicia a partir dos 35 anos de idade e vai até os 65 anos, quando a mulher é considerada idosa. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecido depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 50 anos de idade⁴.

O hipostrogenismo desencadeia, na maioria das mulheres climatéricas, sintomas vasomotores, psicológicos, urogenitais, sexuais e de distúrbios do sono que comprometem sua qualidade de vida (QV). Embora a relação entre esses sintomas e a QV relacionada à saúde ainda seja assunto controverso e complexo, ela tem sido tema frequente em pesquisas, porque seus

resultados podem ajudar a definir condutas terapêuticas, assim como a avaliar a relação custo/benefício do cuidado prestado⁵.

Quanto à definição da expressão “qualidade de vida”, duas tendências emergem: a QV como um conceito mais genérico e a QV relacionada à saúde. A primeira envolve uma concepção mais ampla de QV, aparentemente influenciada pela Sociologia, indo ao encontro da definição adotada pela OMS, segundo a qual QV refere-se à percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive, considerando-se seus objetivos, expectativas e preocupações pessoais⁵. Já, hoje, se reconhece QV como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social^{5,6}.

Assim como é difícil conceituar QV, também é difícil medir QV, pois ela pode sofrer influências de valores religiosos, éticos e culturais. No entanto, a sua avaliação é uma importante medida de impacto em doenças crônicas não transmissíveis, uma maneira de conhecer a população avaliada, suas necessidades e de realizar uma possível intervenção na saúde pública, por exemplo.

Faz-se necessário, ainda, verificar a relação que o estado nutricional tem com a QV das mulheres climatéricas, já que diversas mudanças fazem parte deste período, como as relações emocionais variáveis, as limitações da capacidade física e o desempenho nas atividades da vida diária.

Estudos evidenciam a prevalência de síndrome metabólica (SM) no climatério em quase metade da população estudada, sendo os componentes mais frequentes da SM para essa população o HDL – colesterol baixo, hipertensão arterial, obesidade abdominal, hipertriglicéridemia e diabete⁷. Dados que podem ser influenciados diretamente pelo estado nutricional e hábitos alimentares dessa população. Mulheres a partir do início do climatério apresentam progressivo aumento de peso, com sobrepeso em cerca de 75% das amostras em várias séries estudadas, o que aumenta o risco de morbidades, principalmente cardiovasculares. Além disso, mulheres obesas na pós-menopausa têm um risco 50% maior de câncer de mama do que mulheres não obesas⁸.

Os objetivos do presente estudo foram avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de mulheres no climatério e a sua relação com a QV.

Métodos

Estudo transversal analítico e descritivo, no qual foram incluídas pacientes cadastradas no Ambulatório

Multidisciplinar de Atenção ao Climatério da Universidade de Caxias do Sul (UCS) – Ambulatório Central, no ano de 2007. Essas pacientes são atendidas por uma equipe que conta com nutricionistas, médicos e enfermeiros. Foram consideradas elegíveis as pacientes com idade entre 40 e 65 anos e com condições físicas de aferição de dados antropométricos. A coleta de dados foi realizada pela autora do projeto e por acadêmicas do curso de Nutrição da UCS, previamente treinadas.

A amostra foi constituída por mulheres climatéricas cadastradas no Ambulatório de Climatério da Fundação UCS, com idade entre 40 e 65 anos. Levando-se em consideração que a prevalência de queixas graves ou moderadas (em relação à QV) sejam de aproximadamente 28% entre mulheres climatéricas sem terapia hormonal (TH) e de 10% na população em geral, e usando um nível de confiança de 95%, um poder de 90%, chegou-se a um tamanho amostral de 200 mulheres⁹.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da FUCS, sob o protocolo 55/2006, em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde e está sob o cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (2008). As mulheres passaram primeiramente por uma consulta de enfermagem e médica, foram então convidadas a participar do estudo e assinaram o “Termo de Consentimento Livre Esclarecido”.

■ Variáveis pesquisadas

As pacientes responderam a uma entrevista com questões dirigidas à obtenção de informações sobre idade, renda familiar *per capita* em salários mínimos (total dos rendimentos dos indivíduos economicamente ativos da família da entrevistada dividido pelo número de indivíduos que a integram), escolaridade (total de anos completos de estudo), cor (esta definida pela própria paciente como branca ou não branca), ocupação e estado marital (esta definida em com ou sem companheiro fixo).

As variáveis reprodutivas compreenderam o número referido de relações sexuais no último mês, o número de gestações, método contraceptivo, menarca, menopausa e terapia de reposição hormonal. As variáveis relacionadas às condições de saúde das mulheres pesquisadas referiram-se à confirmação de tabagismo no último ano, à história de atividade física regular. Considerou-se atividade física regular uma frequência mínima de três vezes por semana e uma duração aproximada de 60 min. Responderam ainda sobre a histórica clínica atual, progressa e familiar e, ainda, medicações em uso.

■ Consumo alimentar

Verificou-se o consumo alimentar por meio do “Recordatório Alimentar de 24 horas”: a análise foi feita através do *software* de nutrição “Dietwin Análise Nutricional, versão 2.0[®]”. As pacientes relataram o consumo alimentar das últimas 24 h. Um cuidado especial foi tomado para que fossem corretamente especificados o tipo de alimento e a quantidade ingerida. Esse é um bom método para avaliar a adequação da ingestão dietética em relação às necessidades energéticas¹⁰. Os macro e micronutrientes analisados foram: calorias totais, carboidratos (HC), proteínas (PTN), lipídios (LIP), cálcio (Ca), ferro (Fe), zinco (Zn), selênio (Se), vitaminas A, D, E, K, C, B1, B2, B3, B6, B12, ácido fólico, colesterol total e sódio (Na). Os valores de referência utilizados foram segundo *Dietary References Intakes (DRI)*¹¹.

■ Antropometria

Para a avaliação antropométrica foram utilizados: (IMC) índice de massa corpórea, em que foram utilizados os limites recomendados pela OMS¹², sendo eutrofia entre 18,5 e 24,99 kg/m². Foi calculado pela fórmula peso/altura² (kg/m²) com os indivíduos vestindo roupas leves e sem calçados, na posição ortostática com os pés juntos. A circunferência da cintura (CC) foi determinada pelo ponto médio entre o último rebordo costal e a crista ilíaca, sendo considerado risco muito aumentado para doença cardiovascular quando ≥ 88 cm, classificação da *National Cholesterol Education Program (NCEP, 2005)*¹³ e relação cintura /quadril (RCQ), em que o perímetro da cintura foi tomado posicionando-se a fita ao redor da menor curvatura localizada entre as costelas e acima da cicatriz umbilical no final do movimento expiratório e a mensuração do quadril foi realizada posicionando-se a fita ao redor da região do quadril, na área de maior protuberância, sendo considerado risco, relação superior a 0,85¹⁴.

■ Avaliação da QV

Para avaliação da QV, foi utilizado o *Menopause Rating Scale (MRS)*, que é um instrumento validado para o português brasileiro composto por 11 questões que relatam sintomas divididos em domínios somatovegetativos, psicológicos e urogenitais. A paciente dá seu parecer relativo a cada sintoma, podendo ser classificado como ausente, leve, moderado, severo e muito severo⁹.

■ Análise estatística

Na tabulação e análise estatística dos dados, foi utilizado o programa SPSS, versão 18.0. Para as variáveis quantitativas de distribuição normal, foram calculados: média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, ou

Tabela 1. Caracterização da amostra

Características das pacientes	n=200
Idade – média±DP	52,8±7,23
Cor – n (%)	
Branca	191 (95,5)
Não branca	9 (4,5)
Ocupação – n (%)	
Remunerada	76 (38,0)
Dona de casa	75 (37,5)
Desempregada	9 (4,5)
Aposentada	40 (20,0)
Escolaridade (anos de estudo) – Mediana (P25 – P75)	5 (3–8)
Renda – Mediana (P25 – P75)	950 (600–1400)
Casa própria – n (%)	
Sim	169 (84,5)
Não	31 (15,5)
Estado Marital – n (%)	
Com companheiro fixo	127 (63,5)
Sem companheiro fixo	73 (36,5)
Idade da menarca – média±DP	13,1±1,73
Menopausa – n (%)	
Sim	117 (58,5)
Não	83 (41,5)
Idade da menopausa – média±DP	47,8±6,30
Tipo de menopausa – n (%)	
Espontânea	104 (88,9)
Histerectomia	10 (8,5)
Radioterápica	2 (1,7)
Quimioterápica	1 (0,9)
Ciclos menstruais* – n (%)	
Regulares	33 (41,8)
Irregulares	46 (58,2)
Método contraceptivo atual* – n (%)	
Não usa	36 (44,4)
ACO	9 (11,1)
DIU	3 (3,7)
Preservativo	11 (13,6)
LT	22 (27,2)
Tabagismo – n (%)	
Fuma atualmente	30 (15,0)
Parou há mais de um ano	40 (20,0)
Parou há menos de um ano	2 (1,0)
Nunca fumou	128 (64,0)
Nº de cigarros/dia – Mediana (P25–P75)	12 (10–18)
Atividade física regular – n (%)	
Sim	67 (33,5)
Não	133 (66,5)
Uso de terapia hormonal – n (%)	
Sim	26 (13,0)
Nunca usou	98 (49,0)
Usou no passado, mas parou	76 (38,0)
Tempo de uso da TH (meses) – Mediana (P25–P75)	12 (4–48)

DP: desvio padrão; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; ACO: anticoncepcional oral; DIU: dispositivo intra uterino; LT: ligadura tubária; TH: terapia hormonal.

*Em relação ao total de 83 mulheres que não estão na menopausa, sendo que 4 (4,8%) não souberam responder quanto ao ciclo menstrual e 2 (2,4%) quanto ao método contraceptivo atual.

mediana, e percentis 25 e 75 para as de distribuição assimétrica. Os testes estatísticos utilizados foram teste *t* de Student para amostras independentes para as variáveis quantitativas de distribuição simétrica (IMC, RCQ, total de Calorias alcançadas, PTN%, HC%, LIP%) ou teste de Mann-Whitney para as com distribuição assimétrica (Ca, Fe, Se, Zn, vitaminas E, D, C, A, fibras, colesterol total, Na). Para associação das variáveis em estudo com a QV, foram utilizados os coeficientes de Pearson (distribuição simétrica) ou Spearman (distribuição assimétrica). Para avaliar fatores associados à QV, a Análise de Regressão linear Multivariada foi aplicada. As variáveis com distribuição assimétrica sofreram transformação logarítmica para a entrada no modelo. O critério para a entrada da variável no modelo foi de que apresentasse *p* menor ou igual a 0,20 na análise bivariada. Porém, mesmo apresentando esse critério, algumas variáveis foram excluídas do modelo final para evitar o efeito de multicolinearidade (forte associação entre as variáveis independentes). Considerou-se *p* menor que 0,05 como estatisticamente significativo.

Resultados

Do total de 200 pacientes avaliadas, a média de idade foi de 52,8 anos ($\pm 7,2$ anos). Quanto à escolaridade, a mediana encontrada foi de cinco anos de estudo, ou seja, o Ensino Fundamental incompleto. Dessas pacientes, 58,5% eram pós-menopáusicas, sendo a idade média de entrada no período pós-menopáusicos de 47,8 anos ($\pm 6,3$ anos). Em relação ao hábito de fumar, 15% fumavam e apenas 33,5% faziam atividade física regularmente (Tabela 1).

A análise dos parâmetros antropométricos apresentou média de IMC=30,1 kg/m² (obesidade grau um); RCQ=0,91 cm (obesidade do tipo androide) e CC=99 cm (risco muito aumentado para doença cardiovascular).

Na avaliação das variáveis nutricionais, foi constatado que a média de consumo calórico foi de 1.588 kcal/dia, distribuídas em média de 16,5% (63 g) de proteínas, 26,5% de lipídios e 56,9% de carboidratos. Já a média de consumo de proteínas indicou inadequação, já que o recomendado é 46 g por dia, assim como de alguns outros nutrientes, como fibras igual a 14,6 g, quando o indicado é entre 21 e 25 g por dia, cálcio igual a 608,1 mg, quando o consumo recomendado é de 1.200 mg por dia e vitamina D, cuja média de consumo foi de 3,19 µg, quando o recomendado é de 5–10 µg por dia.

A morbidade mais frequentemente referida pelas mulheres da amostra foi a hipertensão arterial (60,5%), seguida de gastrite (35,5%). Quase a metade das pacientes estudadas (48,5%) referiu fazer uso de medicação

Tabela 2. Avaliação do questionário de Qualidade de Vida no Climatério – Sintomas de Menopause Rating Scale

MRS	Ausente		Leve		Moderado		Severo		Muito severo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sintomas										
Falta de ar, suores ou calorões	57	28,5	47	23,5	50	25,0	30	15,0	16	8,0
Mal-estar no coração	98	49,0	30	15,0	25	12,5	31	15,5	16	8,0
Problemas com o sono	81	40,5	16	8,0	27	13,5	40	20,0	36	18,0
Estado depressivo	37	18,5	22	11,0	53	26,5	35	17,5	53	26,5
Irritabilidade	54	27,0	10	5,0	45	22,5	51	25,5	40	20,0
Ansiedade	55	27,5	9	4,5	44	22,0	49	24,5	43	21,5
Esgotamento físico	16	8,0	22	11,0	49	24,5	61	30,5	52	26,0
Problemas sexuais	73	36,5	9	4,5	16	8,0	57	28,5	45	22,5
Problemas urinários	99	49,5	14	7,0	38	19,0	34	17,0	15	7,5
Ressecamento vaginal	77	38,5	10	5,0	58	29,0	27	13,5	28	14,0
Problemas articulares e musculares	36	18,0	9	4,5	32	16,0	60	30,0	63	31,5
Domínios*										
Psicológico	8	4,0	14	7,0	37	18,5	141	70,5	–	–
Somatovegetativo	26	13,0	32	16,0	73	36,5	69	34,5	–	–
Urogenital	27	13,5	12	6,0	33	16,5	128	64,0	–	–
Escore total*	3	1,5	11	5,5	49	24,5	137	68,5	–	–

MRS: Menopause Rating Scale

*São classificados até severo, não existe a classificação muito severo.

para doenças cardiovasculares e 23% de medicações antidepressivas.

Os dados relativos à avaliação do questionário de QV no Climatério – MRS – encontram-se na Tabela 2. Considerando-se o domínio das questões psicológicas, 70,5% das pacientes classificaram os seus sintomas como severos, sendo os sintomas mais citados como muito severos o estado depressivo (tristeza, choro fácil, desânimo, falta de disposição) em 26,5% delas, e o esgotamento físico (queda no desempenho nas atividades diárias, dificuldade de concentração, falta de memória) em 26% delas.

Quanto aos sintomas do domínio somatovegetativos, a maioria ficou entre moderado e severo, 36,5 e 34,5%, respectivamente, sendo os sintomas mais comuns entre os muito severos os problemas articulares e musculares (31,5%).

No domínio de sintomas urogenitais, 64% das pacientes apresentaram sintomas severos, dentre os quais 22,5% classificaram os problemas sexuais (falta de desejo, insatisfação nas relações) como muito severos.

Verificou-se uma associação significativa entre o IMC e o Escore Total de QV, ou seja, quanto maior o IMC, pior a QV das pacientes, principalmente em relação às questões psicológicas e somatovegetativas, cuja associação com o IMC também foi significativa. A pressão arterial também apresentou significância estatística com associação ao Escore Total de QV, domínio psicológico e somatovegetativo, sendo que quanto maior a pressão arterial, piores os escores de QV. O tempo de

TH mostrou associação inversa em relação aos fatores psicológicos e urogenitais, ou seja, quanto mais tempo de TH, melhor a QV nestes domínios, visto que os escores apresentam-se mais baixos. O mesmo aconteceu com alguns nutrientes em relação ao domínio psicológico (Ca, vitaminas A, E e C, Na, Zn e Se), sendo que quanto maior a ingestão desses nutrientes, melhor a QV, ou seja, escores mais baixos.

Na avaliação da QV, no que se refere a doenças, hábitos e menopausa foram encontrados valores significativos. No domínio somatovegetativo, houve significância estatística apenas para o fato de ser ou ter sido fumante. Já no domínio urogenital, a Hipertensão arterial, a osteoporose e o fato de ter um companheiro fixo apresentaram resultados significativamente piores (Tabela 3).

Quando controlados os fatores de confusão, as variáveis que permaneceram associadas significativamente com os piores escores no MRS foram: IMC mais altos, renda mais baixa, companheiro fixo, osteoporose e o tabagismo. Para o domínio psicológico, as variáveis que permaneceram associadas com os piores escores foram: IMC e pressão arterial sistólica mais elevados e menor tempo de reposição hormonal. Quanto ao domínio somatovegetativo, as variáveis estatisticamente associadas com os piores escores são as que apresentam o IMC mais elevado, consomem menos fibras, têm osteoporose e são ou foram fumantes. No domínio urogenital, as variáveis que influenciaram significativamente nos piores escores foram: ter hipertensão arterial e ter osteoporose.

Tabela 3. Avaliação da qualidade de vida conforme doenças, nível socioeconômico, atividade física e menopausa

Variáveis	Escore total	Domínio Psicológico	Domínio Somatovegetativo	Domínio Urogenital
	Média±DP	Média±DP	Média±DP	Média±DP
HAS				
Sim (n=121)	21,7±8,9	8,9±3,9	7,1±4,1	5,5±3,1
Não (n=79)	19,0±7,5	8,9±4,3	6,4±3,4	3,6±3,0
Valor p	0,03*	0,9	0,2	<0,001*
DM				
Sim (n=29)	22,2±10,5	9,4±4,5	7,5±4,4	5,3±3,5
Não (n=171)	20,4±8,1	8,8±4,0	6,7±3,8	4,7±3,1
Valor p	0,3	0,5	0,3	0,4
Osteoporose				
Sim (n=35)	24,7±8,4	10,2±3,5	7,8±3,9	6,6±3,4
Não (n=165)	19,8±8,3	8,6±4,2	6,7±3,9	4,4±3,1
Valor p	0,002*	0,042*	0,1	<0,001*
Depressão				
Sim (n=20)	22,2±7,1	9,5±3,2	7,5±2,7	5,1±2,9
Não (n=180)	20,5±8,6	8,8±4,1	6,8±4,0	4,7±3,2
Valor p	0,4	0,5	0,5	0,6
Companheiro fixo				
Com (n=127)	21,6±7,6	8,9±3,9	7,0±3,6	5,5±3,0
Sem (n=73)	18,9±9,7	8,8±4,4	6,5±4,2	3,5±3,2
Valor p	0,039*	0,8	0,3	<0,001*
Menopausa				
Sim (n=117)	20,8±7,8	8,9±3,7	6,8±3,9	5,0±3,2
Não (n=83)	20,3±9,4	8,9±4,6	6,9±3,8	4,5±3,1
Valor p	0,7	0,9	0,9	0,3
Atividade física				
Sim (n=67)	20,6±8,4	8,7±3,8	6,7±3,9	5,1±3,0
Não (n=133)	20,7±8,5	9,0±4,2	7,0±3,8	4,6±3,3
Valor p	0,9	0,6	0,6	0,3
Fumante (atual ou no passado)				
Sim (n=72)	23,6±8,2	10,1±3,9	8,4±3,6	5,0±3,1
Não (n=128)	19,0±8,2	8,2±4,0	6,0±3,7	4,7±3,2
Valor p	<0,001*	0,002*	<0,001*	0,5

DP: desvio padrão; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *Diabetes mellitus*; p: <0,05 – estatisticamente significativo.

*p≤0,05.

Discussão

Resultados das classificações de IMC são preocupantes, uma vez que caracterizam obesidade grau um como média, aumentando o risco de morbimortalidade. Conforme análises realizadas pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008/09, a maior prevalência de sobrepeso e obesidade ocorre no Sul do Brasil, onde foi realizado o presente estudo¹⁵. Também observamos uma prevalência de obesidade abdominal com risco muito aumentado para doenças cardiovasculares com uma mediana de 97 cm de CC, similar ao estudo de Tardivo et al.¹⁶, no qual a mediana foi de 94,5. Segundo Figueiredo Neto et al.⁷, este é um dos componentes mais frequentes da SM no climatério. Esses achados podem nos servir de alerta, pois tornam

essa população-alvo para programas de saúde pública em busca da prevenção dessas comorbidades.

Apesar de a média de IMC estar na faixa da obesidade, o consumo calórico ficou abaixo das recomendações, ou seja, as pacientes estudadas estão ingerindo em média 21,6 kcal/kg/dia, o que caracteriza uma ingestão para emagrecimento. A hipótese para esses achados pode ser o fato de que o método de inquérito nutricional utilizado apresenta limitações e em geral as pacientes, quando avaliadas por um profissional nutricionista, podem subestimar as quantidades ingeridas.

Quanto à distribuição de macronutrientes, o consumo de carboidratos e lipídios situou-se dentro das recomendações. No entanto, o consumo de proteínas excedeu as recomendações, sugerindo a preferência por alimentos proteicos. No estudo de Ferreira et al.¹⁷, realizado com

104 adultos de ambos os sexos em Cuiabá, a contribuição das proteínas para o VET também foi ligeiramente maior que o recomendado. O poder de saciedade dos macronutrientes do maior para o menor tem a seguinte ordem: proteínas > carboidratos > gorduras. Este resultado, no entanto, não era esperado no presente estudo, já que a coleta de dados foi feita em uma região de colonização italiana que, por costumes históricos, teria um consumo elevado de carboidratos e não de proteínas.

O consumo elevado de proteínas pode ser agravado se o consumo de cálcio for baixo na dieta, o que ocorreu no presente estudo em que a ingestão média de cálcio foi 50% do recomendado. Isso porque o nível de cálcio é um estado dinâmico influenciado por fluxos de ingestão de cálcio, a absorção intestinal de cálcio e conservação renal de cálcio. A base da exigência de cálcio e do impacto da vitamina D, proteína, fósforo, sódio e cafeína sobre o nível de cálcio são fundamentais¹⁸.

Além disso, em estudo com uma dieta com alta ingestão de cálcio a partir de leite fortificado em comparação com um placebo, identificou-se que houve um aumento significativo nos parâmetros antropométricos dos indivíduos que receberam a bebida placebo, concluindo que a mudança na ingestão de cálcio pode ser uma medida útil como parte de uma abordagem global para prevenir a ocorrência de sobrepeso e obesidade entre as mulheres pós-menopáusicas¹⁹.

O consumo de vitamina D também se apresentou abaixo do recomendado segundo *Adequate Intake* (AI) para mulheres entre 31 e 70 anos¹⁸. Insuficiência de vitamina D é comum em adultos idosos, e leva ao hiperparatireoidismo secundário, a perda óssea, fraqueza muscular e fraturas osteoporóticas²⁰.

Outro nutriente que apresentou um consumo abaixo do recomendado foram as fibras. Com base em estudos epidemiológicos, a melhor evidência para o papel das fibras na prevenção da obesidade e SM aponta para as fibras insolúveis. Um estudo randomizado com 144 participantes concluiu que uma dieta rica em fibras como parte de um programa de dieta para perda de peso teve mais efeitos favoráveis sobre os lipídios em jejum e a CC, do que apenas uma dieta com restrição de energia²¹.

A hipertensão arterial sistêmica foi a patologia mais prevalente, justificando o uso de medicação para doenças cardiovasculares em 48,5%. Em estudo que avaliou a prevalência de SM no climatério, encontrou-se SM em 34,7%, sendo que a hipertensão arterial foi um dos componentes mais frequentes com uma prevalência de 65% das pacientes⁷.

Na avaliação da QV, o mais presente foi a intensidade dos sintomas psicológicos, em que 70,5% relataram sintomas severos. Esse domínio é relativo ao estado depressivo irritabilidade, ansiedade e esgotamento físico. Sabe-se que

na esfera cognitivo-comportamental, no climatério, não são raras mudanças comportamentais, maior labilidade emocional e até dificuldades com a memória; no entanto, há dúvidas acerca do quanto tais queixas estariam relacionadas à queda estrogênica ou a fatores psicossociais e orgânicos relacionados ao processo de envelhecimento³.

No domínio somatovegetativo, relacionado à falta de ar, suores ou calorões, mal-estar no coração, problemas com o sono, problemas articulares e musculares, 71% das pacientes classificaram seus sintomas de moderados a severos. Em estudo realizado em Recife que também avaliou a QV de mulheres climatéricas, apesar de ter sido utilizado outro instrumento de avaliação, foram encontradas perdas de QV em 62,2 % relacionadas à presença de dor física⁵.

Quanto ao domínio dos sintomas urogenitais, a maioria relatou sintomas severos, principalmente em relação à falta de desejo sexual e insatisfação nas relações. Outros sintomas avaliados foram problemas urinários e ressecamento vaginal. Um estudo qualitativo percebeu que a vivência da sexualidade pode ou não ser afetada pelos sintomas dessa fase. Quanto à realização do prazer sexual, no caso da mulher climatérica, é importante lembrar que não é só no seu corpo que as limitações se fazem sentir. No que se refere ao seu parceiro sexual, não se pode desconsiderar as suas condições físicas, pois, em geral, o homem encontra-se numa faixa etária em que os distúrbios da virilidade também são incidentes. Outro fato é que a sexualidade feminina sempre esteve envolvida em mitos e tabus que ficam registrados no inconsciente coletivo, e por isso, há dificuldades no viver²².

Ao avaliar as associações encontradas no presente estudo, observamos que quanto maior o IMC, pior o escore total de QV, mesmo quando controlado como fator de confusão. Em estudo que estimou a prevalência de ansiedade em mulheres climatéricas, destacou-se como fator protetor à ansiedade o IMC normal²³.

A pressão arterial também apresentou associação ao escore total de QV, domínio psicológico e somatovegetativo, sendo que quanto maior a pressão arterial, piores os escores de QV. Em estudo de caso-controle realizado em Cuba, concluiu-se que as manifestações da Síndrome do Climatério estiveram presentes em ambos os grupos, porém com maior predomínio nas mulheres hipertensas e com diferenças significativas em alguns dos sintomas como a ansiedade, a cefaleia, as palpitações a irritabilidade e os fogachos²⁴. Em estudo cujo objetivo foi descrever o desempenho de uma amostra de mulheres no período do climatério, usuárias do serviço de ginecologia geral da rede pública básica de saúde do Rio de Janeiro, em dois testes neurocognitivos, teve como um dos achados com significância estatística, que entre as características ginecológicas e clínicas analisadas, apenas a hipertensão

arterial apresentou correlação com a pontuação nos testes, com pior desempenho das hipertensas²⁵.

O tempo de TH mostrou associação inversa em relação aos fatores psicológicos e urogenitais, ou seja, quanto mais tempo de TH, melhor a QV nesses domínios, ou seja, menores escores. Esse tópico ainda apresenta grande controvérsia, que pode ser explicada pela falta de uniformidade nos instrumentos para mensuração da QV, diferenças nos regimes de TH empregados e influência de vieses socioculturais. Em estudo desenhado para medir os efeitos benéficos da terapia com testosterona contínua, no alívio dos sintomas somatovegetativos, psicológicos e urogenitais em ambas as pacientes pré e pós-menopáusicas, utilizando a MRS, encontrou-se, em ambos os grupos, melhora semelhante na pontuação total, bem como nos sintomas psicológicos, somatovegetativos e urogenitais. Melhor efeito foi observado em mulheres com mais queixas graves²⁶.

O mesmo aconteceu com alguns nutrientes em relação ao domínio psicológico (Ca, vitaminas A, E, C, Na, Zn e Se), sendo que quanto maior a ingestão desses nutrientes (em sua maioria antioxidantes), melhor a QV, ou seja, escores mais baixos. Estudo que investigou o teor de antioxidantes dos alimentos concluiu que eles podem eliminar os radicais livres, que contribuem para proteção da maioria das doenças crônicas. Por isso, os alimentos com alto teor de antioxidantes podem ser utilizados para prevenção de várias doenças crônicas relacionadas ao estresse oxidativo²⁷.

Quando controlados os fatores de confusão, as variáveis que também permaneceram associadas significativamente com os piores escores no MRS foram: renda mais baixa, companheiro fixo, osteoporose e o tabagismo²⁸. Em relação à renda, em estudo que estimou a prevalência de ansiedade e caracterizou os possíveis fatores associados em 749 mulheres no climatério, essa variável atingiu quase metade da população estudada e os principais fatores associados foram os hábitos de vida e as condições socioeconômicas²³.

Quanto aos piores escores de QV em mulheres com companheiro fixo, o resultado do presente estudo corrobora com o estudo já citado no qual, entre os fatores sociodemográficos estudados, constatou-se maior tendência a ansiedade nas mulheres casadas (73%)²³. Uma hipótese para estes achados pode estar associada para questões sociais e culturais relacionada a preocupações cotidianas, autocobranças voltadas à vida conjugal e a autoestima, por exemplo.

Em relação à osteoporose e ao tabagismo, que também permaneceram associados significativamente com os piores escores no MRS no presente estudo, também corrobora com um estudo que avaliou fatores de risco para fratura por osteoporose e baixa densidade óssea em mulheres na pré- e pós-menopausa, que encontrou o tabagismo atual como fator de risco associado com baixa densidade óssea, a qual se associa com as fraturas por fragilidade óssea²⁹.

A partir da avaliação nutricional e do consumo alimentar, este estudo demonstrou que as mulheres climatéricas alimentam-se de forma inadequada do ponto de vista quantitativo e qualitativo, principalmente em relação à proteína e ao cálcio, nutrientes fundamentais. Além disso, a avaliação antropométrica revelou uma prevalência de sobrepeso e obesidade, fator importante em relação à morbimortalidade. A relação cintura/quadril das pacientes, caracterizando obesidade do tipo androide, confirma também a prevalência de doenças cardiovasculares, reforçando a necessidade de existir um programa de reeducação alimentar para mulher climatérica, já que, como mostra o estudo, pode limitar a capacidade física e o desempenho das atividades da vida diária, além de intensificar as dificuldades emocionais.

O estado nutricional das pacientes está associado à QV. Portanto, uma intervenção nutricional visando corrigir ou melhorar o padrão de consumo alimentar e perfil antropométrico poderá resultar em benefícios consideráveis relativos à saúde física e mental das mulheres no climatério.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Tábuas completas de mortalidade. Rio de Janeiro; 2008 [cited 2011 Jun 4]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2009 [cited 2011 Jul 9]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
3. De Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):287-93.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
5. Silva Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):113-20.

6. De Lorenzi DRS. Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(3):103-6.
7. Figueiredo Neto JA, Figuerêdo ED, Barbosa JB, Barbosa FF, Costa GRC, Nina VJS, et al. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3):339-45.
8. Gu JW, Young E, Patterson SG, Makey KL, Wells J, Huang M, et al. Postmenopausal obesity promotes tumor angiogenesis and breast cancer progression in mice. *Cancer Biol Ther.* 2011;11(10):910-7.
9. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:45.
10. Bueno AL, Czepielewski MA. O recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. *Rev Nutr.* 2010;23(1):65-73.
11. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. DRI – Dietary Reference Intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington (DC): National Academy Press; 2002 [cited 2011 Dec 10]. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10026&page=R1
12. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995 [cited 2011 Dec 10]. Disponível em: <<https://apps.who.int/nut/publications.htm>>
13. National Cholesterol Education Program (NCEP). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III): Executive summary. Bethesda: National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute/National Institutes of Health; 2005. (NIH Publication No. 01-3670).
14. Ferreira MG, Valente JG, Gonçalves-Silva RMV, Sichieri R. Acurácia da circunferência da cintura e da relação cintura/quadril como preditores de dislipidemias em estudo transversal de doadores de sangue de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):307-14.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2011 Nov 7]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf
16. Tardivo AP, Nahas-Neto J, Nahas EA, Maesta N, Rodrigues MA, Orsatti FL. Associations between healthy eating patterns and indicators of metabolic risk in postmenopausal women. *Nutr J* 2010;9:64.
17. Ferreira MG, Silva NF, Schmidt FD, Silva RMVG, Sichieri R, Guimarães LV, et al. Desenvolvimento de Questionário de Frequência Alimentar para adultos em amostra de base populacional de Cuiabá, Região Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(3):413-24.
18. Rafferty K, Heaney RP. Nutrient effects on the calcium economy: emphasizing the potassium controversy. *J Nutr.* 2008;138(1):166S-171S.
19. Angeles-Agdeppa I, Capanzana MV, Li-Yu J, Schollum LM, Kruger MC. High-calcium milk prevents overweight and obesity among postmenopausal women. *Food Nutr Bull.* 2010;31(3):381-90.
20. Mastaglia SR, Seijo M, Muzio D, Somoza J, Nuñez M, Oliveri B. Effect of vitamin D nutritional status on muscle function and strength in healthy women aged over sixty-five years. *J Nutr Health Aging.* 2011;15(5):349-54.
21. Maki KC, Beiseigel JM, Jonnalagadda SS, Gugger CK, Reeves MS, Farmer MV, et al. Whole-grain ready-to-eat oat cereal, as part of a dietary program for weight loss, reduces low-density lipoprotein cholesterol in adults with overweight and obesity more than a dietary program including low-fiber control foods. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(2):205-14.
22. Gonçalves R, Merighi MB. Reflections on sexuality during the climacteric. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17(2):160-6.
23. Pereira WMP, Schmitt ACB, Buchalla CM, Reis AOA, Adrighi JM. Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2009;19(1):89-97.
24. Lugones Botell M, Macides Gómez Y, Miyar Pieiga E. Síndrome climatérico asociado a la hipertensión arterial en mujeres de edad mediana. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2008;24(1):1-6.
25. Fernandes RCL, Silva KS, Bonan C, Zahar SEV, Marinheiro LPF. Avaliação da cognição de mulheres no climatério com o Mini-Exame do Estado Mental e o Teste de Memória da Lista de Palavras. *Cad Saude Pública.* 2009;25(9):1883-93.
26. Glaser R, York AE, Dimitrakakis C. Beneficial effects of testosterone therapy in women measured by the validated Menopause Rating Scale (MRS). *Maturitas.* 2011;68(4):355-61.
27. Carlsen MH, Halvorsen BL, Holte K, Bohn SK, Dragland S, Sampson L, et al. The total antioxidant content of more than 3100 foods, beverages, spices, herbs and supplements used worldwide. *Nutr J.* 2010;9:3.
28. Engel P, Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Risk of osteoporotic fractures after discontinuation of menopausal hormone therapy: results from the E3N cohort. *Am J Epidemiol.* 2011;174(1):12-21.
29. Pinheiro MM, Reis Neto ET, Machado FS, Omura F, Yang JH, Szejnfeld J, et al. Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women. *Rev Saude Pública.* 2010;44(3):479-85.