

A influência do ganho de peso em mulheres menopausadas

The influence of weight gain in menopausal women

Amanda Lozer Aquino Neves¹, Luciene Rabelo Pereira²

1 Discente do curso de Nutrição do Centro Universitário Católica de Vitória. Vitória -ES

2 Docente do curso de Nutrição do Centro Universitário Católica de Vitória. Vitória -ES

E-mail para contato: Amanda Lozer Aquino Neves – amandaa.lan@hotmail.com

Luciene Rabelo Pereira - lucienrabel@gmail.com

Resumo

O objetivo do trabalho foi analisar a incidência de sobrepeso e obesidade em mulheres menopausadas e os riscos relacionados à saúde. Realizou-se um estudo descritivo de corte transversal, de base populacional e abordagem quantitativa. Foram selecionadas mulheres com ausência total da menstruação nos últimos 12 meses. A variável dependente foi a intensidade dos sintomas menopausais avaliada através do escore total do questionário Menopause Rating Scale (MRS). As variáveis independentes foram características sociodemográficas, avaliação antropométrica, dados clínicos e alimentares através de um questionário adaptado. A análise dos dados foi realizada através do programa Microsoft Excel 2010. A amostra do estudo foi composta por 30 mulheres com idade entre 43 e 70 anos. A média de idade de ocorrência da menopausa foi 47 anos. Observou-se que o resultado médio encontrado para o Índice de Massa Corporal foi considerado elevado, caracterizando excesso de peso ($29,12 \pm 6,51 \text{kg/m}^2$). Quanto à qualidade de vida e sintomatologia na menopausa, identificou-se, por meio do escore total da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS), a presença de sintomatologia moderada na maioria das mulheres. O presente estudo encontrou uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade (76%) em uma amostra de 30 mulheres. Havendo também resultados relevantes, de moderado a muito severo, em relação à sintomatologia associada. Diante do exposto, fica explícito que a maioria delas relatou não fazer acompanhamento nutricional.

Palavras-chave: Menopausa. Sobrepeso. Obesidade.

Abstract

Keywords: Menopause. Overweight. Obesity.

1 INTRODUÇÃO

A menopausa ocorre devido à perda da atividade folicular ovariana, passando a mulher da vida reprodutiva para a não reprodutiva (PEREIRA; LIMA, 2015).

Ela consiste na ausência total da menstruação após 12 meses de amenorréia. Pode ocorrer entre os 40 e 55 anos (SPEROFF, 2002). Ocorrendo antes dos 40 anos é considerada prematura e após os 55 anos é considerada tardia (BOTOGOSKI; LIMA, 2009 apud PEREIRA; LIMA, 2015).

“Aproximadamente 40 milhões de mulheres estavam na menopausa nos Estados Unidos em 2010 e havia uma estimativa de 60 milhões de mulheres na menopausa até 2020” (GOLD et al, 2013 apud Fonseca et al, 2018). No Brasil, aproximadamente 27.632.195 milhões de mulheres, no ano de 2020 estão na faixa etária entre 40 e 59 anos (IBGE, 2018).

Essa mudança pode acontecer de forma natural ou cirúrgica, consistindo na parada da produção hormonal ovariana (SPEROFF, 2002). Entre sintomas mais comuns causados pela redução da atividade hormonal está a atrofia uterina, fogacho, sudorese, ressecamento da mucosa vaginal, atenuação da potencia muscular, disfunção urinária, diminuição da calcificação óssea, distúrbios emocionais, cansaço e mudança na distribuição da gordura corporal (VIANA, 2004; WEHBA, 2000).

De acordo com Wu (2014 apud LUI FILHO, 2015), recentemente têm relacionado à idade de ocorrência da menopausa e altas taxas de mortalidade. Mulheres que chegam à menopausa mais cedo tendem a maior taxa de óbito por diversas causas, inclusive por doenças cardiovasculares (MONDUL, 2005). E naquelas que demoram mais, tendem a ter maior taxa de óbito por neoplasias malignas ginecológicas hormônio-dependentes (WU, 2014).

Segundo Orsatti et al (2008) a ausência da menstruação se dá pelo hipoandrogenismo e hipoestrogenismo.

A composição corporal vem mudando de acordo com a idade, principalmente no envelhecimento, onde há a diminuição da massa muscular, aumento do peso e do tecido adiposo. Nas mulheres a composição corporal além de ser influenciado pela dieta, estilo de vida e problemas metabólicos, também tem grande relevância à questão hormonal, que na maioria das vezes esta associada à menopausa, e nesse período é comum o ganho de peso e a alteração na distribuição de gordura (TOTH et al, 2000).

Nessa fase a distribuição de gordura tende a se concentrar na região abdominal e isso se deve a redução dos hormônios andrógenos e estrógenos (POEHLMAN; TOTH; GARDNER, 1995).

Devido a essa alteração hormonal, ocorre uma mudança na distribuição do tecido adiposo corporal, principalmente o estoque na região abdominal, contribuindo com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A taxa de pessoas com sobrepeso e obesidade vem crescendo absurdamente em muitos países, sendo realidade também no Brasil (WHO, 2010). Diversos fatores podem estar envolvidos nessa chamada epidemia, desde aspectos genéticos, emocionais, ambientais e até socioculturais (CONTE; FRANZ, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) “estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas estejam acima do peso, com cerca de 300 milhões atendendo aos critérios de obesidade. Em 2025,

prevê-se que 2,3 bilhões e 700 milhões de adultos estejam com sobrepeso e obesos, respectivamente” (SILVA et al, 2019).

Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Prevenção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2018, a prevalência de obesidade chega a 19,8%, e mais da metade da população brasileira, 55,7% apresentam excesso de peso. O número de obesos aumentou 67,8% desde 2006, nota-se que o predomínio foi em adultos de 25 a 44 anos. Os dados também apontam que em relação aos homens, 18,7%.

A obesidade é definida pelo maior consumo calórico e menor gasto energético, resultando em acúmulo excessivo de tecido adiposo, podendo levar a sérias complicações na saúde do indivíduo (BARBIERI; MELLO, 2012) (MENDONÇA; ANJOS, 2004). A saúde do indivíduo obeso pode ser acometida por diversas complicações sendo elas muitas vezes crônicas, como a diabetes mellitus, doenças renais, câncer, distúrbios do sono e hipertensão arterial, isso gera uma redução na expectativa de vida e aumento da taxa de mortalidade (SILVA; CANTISANI, 2018).

Dentre as possíveis causas para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a obesidade, sobretudo o excesso de gordura abdominal, está entre os fatores mais predisponentes.

A obesidade associada à idade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, tabagismo, histórico familiar, estresse e estilo de vida sedentário são os principais fatores de risco para problemas cardiovasculares (SBC, 2018 apud MELO et al, 2018).

O ganho de peso somado à idade e ao sedentarismo pode em muitos casos ser favorável ao sobrepeso ou obesidade, resultando em um aumento do Índice de Massa Corporal (IMC). (BARANKIEWICZ; BOTOGOSKI, 2009 apud PEREIRA; LIMA, 2015).

Lima e Pereira (2015) deixam claro que: “diferentes métodos são empregados atualmente para quantificar e classificar o grau de obesidade. Dentre eles, destaca-se a determinação IMC que se expressa pelo quociente entre o peso em quilograma e a altura em metro quadrado”. O IMC é o método mais utilizado para medir gordura corporal, pela praticidade e baixo custo.

Em média, o IMC aumentou a cada dez anos, 0,4 kg/m² em homens e 0,5 kg/m² em mulheres (FINUCANE, 2011). É considerado excesso de peso IMC >25kg/m² e obesidade IMC >30kg/m² (WHO, 2015).

Vários estudos estão sendo feitos associando a menopausa com a obesidade, pois nesse período há uma redução na produção hormonal, que modifica o perfil metabólico da mulher, favorecendo uma nova distribuição de gordura corporal, sendo o local de maior acúmulo a região abdominal, que é comumente chamada obesidade andróide (SANTOS, 2003; KAPLAN, 1989; BOUCHARD; DESPRÉS; MAURIÉGE, 1993 apud LIMA et al, 2019).

Essa alteração freqüentemente pode estar associada à chamada síndrome metabólica (SM), que é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), resistência a insulina, intolerância a glicose, hipertrigliceridemia, níveis séricos elevados de lipoproteína de alta densidade (HDL) colesterol e apolipoproteína A1 e alterações na fibrinólise (AKAHOSHI et al, 1996; BRAY, 1999; MANOLOPOULOS; KARPE; FRAYN, 2010; MEIRELLES, 2014 apud LIMA et al, 2019).

O hipoestrogenismo seria o causador desse novo tipo de distribuição de gordura. Todavia, ele estaria implicando num maior risco de doenças cardiovasculares, devido ao estoque de tecido adiposo no abdômen (PEREIRA; LIMA, 2015).

Os mecanismos que promovem a redução dos níveis plasmáticos de estrógeno endógeno circulante ainda não estão claramente elucidados. Todavia, pesquisas apontam que o estrógeno tem papel importante na captação do colesterol do tipo Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) pelo fígado, reduzindo os valores circulantes destes. O estrógeno também promove aumento da atividade da lipoproteína lipase, uma enzima que aumenta a lipólise do tecido adiposo e contribui para redução do acúmulo de gordura e dos níveis de triglicerídeos. Essa cadeia de eventos promove aumento dos riscos para doenças cardiovasculares e metabólicas, afetando diretamente a qualidade de vida das mulheres. (DALLANEZI et al, 2016; GOSH et al, 2015 apud RODRIGUES; CARVALHO; GONÇALVES, 2019).

Dentre muitas pesquisas relacionadas à menopausa e associando ela com a obesidade e os riscos cardiovasculares, ainda há muitos fatores que não estão claramente definidos e geram muita controvérsia sobre o risco que cada um deles representa (FRANÇA et al, 2008; LORENZI et al, 2005).

Tem sido objeto de estudo de muitos autores a associação da obesidade com a menopausa, porém há muitas divergências em relação ao mesmo, por isso o presente estudo tem como objetivo avaliar se o sobrepeso e a obesidade é um fator de risco em mulheres menopausadas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de caráter transversal, do tipo descritiva que foi desenvolvida mediante uma abordagem quantitativa, que teve objetivo de verificar a influência de sobrepeso e de obesidade em mulheres menopausadas. A população de estudo foi composta por mulheres com ausência total da menstruação nos últimos 12 meses. Para a presente pesquisa foi utilizada uma amostra não probabilística por intencionalidade, onde as mulheres foram selecionadas com base em características relevantes e necessárias ao estudo. Participaram do estudo somente mulheres com ausência total da menstruação após 12 meses.

A coleta de dados foi realizada da seguinte forma: primeiro as participantes responderam um questionário online no Google Forms para avaliação sociodemográfica, antropométrica, dados clínicos e alimentar das mesmas. Para avaliar as variáveis sociodemográficas foi aplicado um formulário em que as primeiras perguntas abordaram questões referentes á identificação, sendo informado o nome, idade, profissão, escolaridade, estado civil, se faz atividade física, fuma, bebe e

perguntas sobre a alimentação atual. A avaliação antropométrica foi através do peso corporal e altura auto referidos. Nos dados clínicos foram inclusas perguntas informando se a participante possui ou não: hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, reposição hormonal e também qual a idade da menarca e idade da menopausa/climatério.

E no segundo momento responderam a outro questionário validado sobre menopausa – Menopause Rating Scale (MRS), composto por 11 perguntas, sendo todas de respostas objetivas classificadas em: nenhum, severo, moderado, pouco severo e muito severo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Salesiano (UNISALES) com o número do CAAE 39623120.8.0000.5068. As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e todos aquelas que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a análise de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010 e os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. Foi feita somente análise descritiva dos dados.

3 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 30 mulheres com idade entre 43 e 70 anos, sendo que cerca de 56% (n=17) delas apresentavam idade entre 40 e 55 anos. A idade da primeira menstruação da maioria 70% (n=21) ocorreu entre 9 e 13 anos e a idade do início da menopausa foi mais relevante 73% (n=22) entre as mulheres de 40 e 50 anos.

Em relação à escolaridade a maioria 43% (n=13) estudou até o ensino superior. Quanto ao estado civil, mais de 70% (n=23) das mulheres eram casadas, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas da população estudada.

Indicadores	N	%
Idade		
40 - 55	17	56,67
56 - 70	13	43,33
Idade da Primeira Menstruação		
9 - 13	21	70
14 - 17	9	30
Idade da Menopausa		
40 – 50 anos	22	73,33
51 – 60 anos	6	20

Não sabe	2	6,67
Escolaridade		
Ensino Fundamental	12	40
Ensino Médio	5	16,67
Ensino Superior	13	43,33
Estado Civil		
Solteira	5	16,67
Casada	23	76,67
Viúva/ Divorciada	2	6,66

Em relação ao estado nutricional, constatou-se que as mulheres eram 23% (n=7) eutróficas, 43% (n=13) com sobrepeso e 33% (n=10) com obesidade (Tabela 2).

A tabela 3 demonstra a distribuição da média, desvio padrão e mediana do peso atual, altura e IMC das participantes, sendo que a média de peso entre elas foi de 75,83kg \pm 20,07kg, de altura 1,61m \pm 7,14m e de índice de massa corpórea foi de 29,12 \pm 6,51kg/m², possuindo a maioria um estado de sobrepeso.

Tabela 2 – Classificação do peso segundo o Índice de Massa Corporal (IMC).

Classificação	IMC kg/m²	N (%)
Eutrofia	18,5 - 24,9	7 (23,30)
Sobrepeso	25 - 29,9	13 (43,4)
Obesidade	> 30	10 (33,3)

Tabela 3 – Estatística Descritiva das 30 pacientes Menopausadas.

	Mínimo	Média	Máximo	Desvio Padrão
Peso Atual (kg)	47,00	75,83	150,0	20,07
Altura (m)	147,00	161,07	176,0	7,14
IMC (kg/m ²)	18,12	29,12	48,54	6,51

Além disso, identificou-se que a maioria das mulheres não praticavam atividade física 66% (n=20) não era fumantes 96% (n=29) e apresentavam hipertensão arterial 50% (n=15). A presença de outras doenças não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares, não foi observada em mais de 80% das mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da população estudada segundo fatores clínicos.

Indicadores	N	%
Atividade Física		
Sim	10	33,33
Não	20	66,67
Tabagismo		
Sim	1	3,33
Não	29	96,67
Terapia Hormonal		
Sim	7	23,33
Não	23	76,67
Hipertensão Arterial		
Sim	15	50
Não	15	50
Diabetes Mellitus		
Sim	1	3,33
Não	29	96,67
Doenças Cardiovasculares		
Sim	4	13,33
Não	26	86,67

De acordo com o que foi informado sobre a alimentação das participantes, a maioria 60% (n=18) delas relataram ter ganhado peso após a menopausa, a maioria 56% (n=17) não teve aumento do apetite, mas tiveram aumento no consumo de doces 63% (n=19). A maioria 56% (n=17) delas responderam que raramente fazem o uso de bebidas alcoólicas e que ingerem diariamente de 1 a 2 litros de água 40% (n=12). A maior parte delas informou não consumirem preparações gordurosas 73% (n=22) e alimentos enlatados e embutidos 70% (n=21).

Tabela 5 - Descrição da amostra em relação aos hábitos alimentares.

Ganho de Peso	N	%
Sim	18	60
Não	12	40
Bebidas Alcoólicas		
Nunca	10	33,33
Raramente	17	56,67
Diariamente	3	10
Aumento do Apetite		
Sim	13	43,33
Não	17	56,67
Aumento do Consumo de Doces		
Sim	19	63,33
Não	11	36,67
Quantidade de Água Ingerida Diariamente		
Menos de 1 litro	9	30
De 1 a 2 litros	12	40
Mais de 2 litros	9	30
Consumo de Preparações Gordurosas		
Sim	8	26,67
Não	22	73,33
Consumo de Alimentos Enlatados e Embutidos		
Sim	9	30
Não	21	70

Quanto à qualidade de vida e sintomatologia na menopausa, identificou-se, por meio do escore total da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS), a presença de sintomatologia moderada na maioria das mulheres em relação à falta de ar, suores e calores 46% (n=14), mal estar do coração 50% (n=15) problemas de sono 53% (n=16), estado depressivo 43% (n=13), irritabilidade 43% (n=13), ansiedade 50% (n=15), esgotamento físico e mental 40% (n=12), problemas sexuais 40% (n=12) e ressecamento vaginal 40% (n=12). Em relação a problemas musculares e nas articulações a presença de sintomatologia na maioria delas foi muito severa 40% (n=12) e em relação a problemas de bexiga a maioria respondeu não ter nenhuma 53% (n=16) dificuldade. A maioria 86% (n=26) delas também relataram não fazer acompanhamento com nutricionista.

Tabela 6 – Sintomatologia da Menopausa, segundo a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS).

Falta de Ar, Suores e Calores	N	%
Nenhum	7	23,33
Moderado	14	46,67
Severo	1	3,33
Pouco Severo	2	6,67
Muito Severo	6	20
Mal Estar do Coração		
Nenhum	12	40
Moderado	15	50
Severo	1	3,33
Pouco Severo	2	6,67
Muito Severo	0	
Problemas de Sono		
Nenhum	7	23,33
Moderado	16	53,34
Severo	1	3,33
Pouco Severo	3	10
Muito Severo	3	10
Estado de Animo Depressivo		
Nenhum	9	30
Moderado	13	43,33
Severo	2	6,67
Pouco Severo	2	6,67
Muito Severo	4	13,33
Irritabilidade		
Nenhum	10	33,34
Moderado	13	43,33
Severo	2	6,67
Pouco Severo	1	3,33
Muito Severo	4	13,33
Ansiedade		

Nenhum	8	26,66
Moderado	15	50
Severo	3	10
Pouco Severo	2	6,67
Muito Severo	2	6,67
Esgotamento Físico e Mental		
Nenhum	7	23,34
Moderado	12	40
Severo	4	13,33
Pouco Severo	4	13,33
Muito Severo	3	10
Problemas Sexuais		
Nenhum	11	36,67
Moderado	12	40
Severo	4	13,33
Pouco Severo	1	3,33
Muito Severo	2	6,67
Problemas de Bexiga		
Nenhum	16	53,34
Moderado	4	13,33
Severo	3	10
Pouco Severo	6	20
Muito Severo	1	3,33
Ressecamento Vaginal		
Nenhum	8	26,67
Moderado	12	40
Severo	6	20
Pouco Severo	2	6,67
Muito Severo	2	6,66
Problemas Musculares e nas Articulações		
Nenhum	3	10
Moderado	10	33,33

Severo	5	16,67
Pouco Severo	0	
Muito Severo	12	40
Faz acompanhamento com Nutricionista		
Sim	4	13,33
Não	26	86,67

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sobrepeso e obesidade em 30 mulheres menopausadas, através de um questionário online.

A idade média de ocorrência da menopausa foi de 47 anos. Outros estudos, como o realizado por Filho et al, 2015, cita que a idade média da menopausa foi de 46,5 anos e França, Aldrigui e Marucci, 2008, citam que a idade média foi de 47,6 anos. Ambas as idades semelhantes à encontrada nesse estudo.

A prevalência de sobrepeso e obesidade encontrada foi de 76%, sendo a prevalência de sobrepeso igual a 43,4%, a de obesidade igual a 33,3% e o IMC médio encontrado na amostra total de pacientes de $29,12 \pm 6,51 \text{kg/m}^2$, valores próximos aos encontrados por outros autores.

Um estudo realizado por Conte e Franz, 2015, em Rio Grande do Sul, com uma amostra de 210 mulheres entre 50 e 68 anos, revelou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 83,83%, sendo a prevalência de sobrepeso igual a 44,12% e a de obesidade igual 39,71%.

Já o estudo realizado por Lorenzi et al, 2005, em Caxias do Sul, com uma amostra de 611 mulheres entre 45 e 60 anos, mostrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 63,7%, sendo a prevalência de sobrepeso igual a 33,6% e a de obesidade igual 30,1%. O IMC médio calculado foi de $27,4 \pm 5,1 \text{kg/m}^2$.

No estudo transversal realizado por França, Aldrigui e Marucci, 2008, em São Paulo, com 157 mulheres na pós-menopausa, identificou prevalência de sobrepeso e obesidade em 69,4% das mulheres entrevistadas, sendo a prevalência de sobrepeso igual a 35%, a de obesidade igual a 34,4% e o IMC médio encontrado na amostra total de pacientes de $28,0 \text{kg/m}^2$.

Mais da metade (66%) das mulheres não praticavam atividade física, sendo este um número bastante elevado.

A falta de atividade física pode levar à piores prognósticos de saúde, uma vida ativa ajuda na manutenção do peso corporal, sensação de bem-estar físico e mental, maior resistência

cardiorespiratória, além de prevenir doenças crônicas, principalmente as cardiovasculares, obesidade, diabetes, controle da pressão arterial, entre outras (MASSON et al, 2005).

Em decorrência disso, 50% delas também apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial.

A maior parte das entrevistadas também respondeu ter ganhado peso após o início da menopausa (60%) e aumentado a ingestão de doces (63%).

De acordo com França (2018), apesar de ser uma questão muito relatada entre as mulheres que entram na menopausa, o ganho de peso nessa fase ainda permanece incompreendido. Questões hormonais e diminuição do gasto energético podem ter muita influência, porém nenhum estudo longitudinal com essa investigação foi conclusivo, outros estudos consideraram o efeito da menopausa pouco relevante comparado a outros fatores.

Pesquisadores, segundo Conte e Franz (2015), relatam que “ao estudarem o envelhecimento feminino a partir dos 50 anos, afirmam haver uma tendência ao aumento do peso corporal, em cerca de 2% para cada década, além da diminuição do metabolismo, do tecido muscular e ósseo e aumento dos tecidos gordurosos, além de riscos aumentados para doenças crônicas.”

Sobre a frequência de consumo de alimentos considerados de risco ou não saudáveis, é perceptível que uma grande parcela relatou não fazer o consumo dos mesmos, em relação ao consumo de embutidos e preparações gordurosos, respectivamente, 70% e 73% relataram não consumirem esses tipos de preparações.

Em relação às bebidas alcoólicas, é visível que a maioria (33%) não fazem o uso, e ainda que 56% consomem eventualmente ou raramente, sendo este considerado um bom prognóstico de saúde e já esperado, por tratar-se de uma pesquisa envolvendo apenas mulheres.

Nesse estudo, foi identificado que a maioria (76%) das mulheres não fazem a reposição hormonal, sendo muitas vezes ignorado pelos profissionais da saúde o uso desses hormônios e outras opções de tratamento disponíveis para o alívio dos sintomas, incluindo atividade física, alimentação saudável, o uso da fitoterapia, homeopatia e acupuntura.

O Manual de Orientação em Climatério, disponibilizado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010) deixa claro que a diminuição da produção estrogênica ocasionada após a menopausa determina o surgimento de vários distúrbios, como a ansiedade, enxaqueca, mudanças de humor, diminuição da atividade sexual, perda de memória, depressão, hipertensão arterial, fogachos e obesidade. O uso da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) diminui os sintomas de depressão e ansiedade, pois os estrogênios aumentam a produção de serotonina e GABA.

A sintomatologia avaliada pela Escala de Sintomas da Menopausa demonstrou relevantes resultados com 76% (n=23) delas relatando sentirem faltar de ar, suores e calores de moderado a muito severo. O mesmo foi visto quanto a problemas de sono e esgotamento físico e mental.

Resultado muito semelhante ocorreu em relação ao estado de animo depressivo, ansiedade e ressecamento vaginal, 70% e 73% delas relataram sentirem sintomas de moderado a muito severo, respectivamente.

Pode ser visto também que sintomas como, mal estar do coração, problemas sexuais e irritabilidade também apresentarem significância na maioria delas, sendo considerados de 60%, 63% e 66% de sintomas moderado a muito severo, respectivamente.

O sintoma mais relevante entre as entrevistadas foi em relação aos problemas musculares e nas articulações, cerca de 90% responderam ter sintomas, sendo a maioria muito severo.

De Lorenzi et al (2009) afirma que dores musculares e articulares podem estar ligados pela maior tendência ao sedentarismo após os 50 anos.

A obesidade vem sendo causa de diversos estudos por estar ligado a vários problemas de saúde, o excesso de peso pode reduzir a qualidade de vida, reduzir a expectativa de vida e aumentar a mortalidade. Um estudo realizado com 16 mil participantes, feito pela National Health and Nutrition Examination Study III (NHANES III), associou a obesidade como fator predisponente para diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, dislipidemia, problemas articulares, entre outros (MANCINI, 2015).

Segundo o Manual de Atenção a Mulher no Climatério, a menopausa não pode ser considerada uma doença e sim uma ciclo comum na vida da mulher, muitas vezes sendo uma passagem silenciosa e outras muito expressivas, acompanhadas de muitas sintomatologias.

Um fato muito importante nessa fase da vida da mulher é a atenção a alimentação e nutrição, sendo a manutenção do peso uma das medidas fundamentais para promover saúde e bem-estar. Ter uma boa alimentação é imprescindível para manter o organismo saudável e realizar suas funções, o consumo inadequado dos alimentos pode colaborar para o agravo da osteoporose, surgimento da obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outros.

Nesse estudo, a maioria (86%) das mulheres relataram não fazer acompanhamento com nutricionista, sendo este profissional de suma importância e valor para uma abordagem nutricional focada na prevenção dos fatores de risco e redução dos sintomas associados, incluindo nutrientes que podem auxiliar no tratamento da menopausa, como a vitamina D e o cálcio que são nutrientes associados à prevenção da perda óssea. A vitamina D é um hormônio que regula o metabolismo do

cálcio e a manutenção da saúde óssea (MARTINAZZO et al, 2012), as principais fontes da vitamina D através da alimentação estão no leite e seus derivados e nos ovos.

O cálcio é um mineral importante para mineralização e manutenção óssea (MARTINAZZO et al, 2012), as principais fontes através da alimentação estão nos leites e derivados, brócolis, couve, tofu, castanhas, peixes e frutos do mar.

Uma alimentação saudável é fundamental para a prevenção e controle da osteoporose, por exemplo, o consumo excessivo de sódio e carne vermelha está associado ao maior risco de osteoporose, sendo uma doença que afeta homens e mulheres de maior idade, principalmente mulheres após a menopausa.

Diante dos pontos negativos que a obesidade pode trazer na saúde da mulher, vê-se a importância do desenvolvimento de medidas de prevenção primária, secundária e terciária para tentar controlar esse problema de saúde tão grave, baseando-se na orientação alimentar, incentivo as práticas de exercício físico e redução do peso corporal (KLEIN, 2012).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade (76%) em uma amostra de 30 mulheres. Havendo também resultados relevantes, de moderado a muito severo, em relação à sintomatologia associada. Diante do exposto, fica explícito que a maioria delas relataram não fazerem acompanhamento nutricional, sendo esse tipo de tratamento muito importante na vida da mulher, pois o acompanhamento do estado nutricional, o incentivo a adoção de mudanças nos hábitos de vida (como alimentação equilibrada, atividade física regular, redução do excesso de peso, abandono do tabaco e álcool, etc.), pode amenizar/combater os sintomas mais comuns da menopausa, contribuindo assim para o bem-estar geral da mulher e um envelhecimento mais saudável.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBIERI, A. F.; MELLO, R. A. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. *Conexões*, v. 10, n. 1, p. 121-141, 18 maio 2012.
2. BUZZACHERA, C. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 21, n. 5, p. 1808-1812, 28 maio 2008.
3. CONTE, F. A; FRANZ, L. B. B. Estado nutricional e de saúde em mulheres pós-menopausa. *Saúde Santa Maria, São Paulo*, v. 41, n. 1, p. 85-92, 30 mar. 2015.
4. FEBRASGO. Manual de Orientação em Climatério. 2010.

5. FIGUEIREDO, J. A. N. de et al. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Luiz Ma, v. 95, n. 3, p. 339-345, 26 abr. 2010.
6. FRANÇA, AP et al. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Saúde Materno e Infantil*, São Paulo, v. 1, n. 8, p. 65-73, mar. 2008.
7. IBGE. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 jun. 2020.
8. KLEIN, S. Outcome Success In Obesity. *Obes Res.* 2012; 9: 354-358.
9. LIMA, S. M. R. R. et al. Avaliação da influência da obesidade na função sexual de mulheres na pós-menopausa: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 11, p. 660-667, 20 nov. 2019.
10. LORENZI, D. R. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 479-484, 06 set. 2005.
11. LUI FILHO, J. F. et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Campinas SP, v. 37, n. 4, p. 152-158, 25 mar. 2015.
12. LIU, Y et al. Relative androgen excess and increased cardiovascular risk after menopause: a hypothesized relation. *Am J Epidemiol.*, Usa, v. 154, n. 6, p. 489-494, set. 2001.
13. MARTINAZZO, J. et al. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18, n. 11, p. 3349-3356. 2013.
14. MANCINI, M. C. et al. Obesidade e Doenças Associadas. *Tratado de Obesidade*. Rio de Janeiro, 2015. p. 253-264.
15. MASSON, C. R. et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.21, n. 6, p. 1685-1694, nov- dez. 2005.
16. MENDONÇA, C. P; ANJOS L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.
17. MELO, J. B. et al. Cardiovascular Risk Factors in Climacteric Women with Coronary Artery Disease. *InternationalJournalOf Cardiovascular Sciences*, São LuisMa, v. 31, n. 1, p. 4-11, 17 abril 2017. Sociedade Brasileira de Cardiologia.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. Brasília, DF. 2008.

19. MONDUL, A. M. et al. Age at Natural Menopause and Cause-specific Mortality. *American Journal Of Epidemiology*, U. S. A, v. 162, n. 11, p. 1089-1097, 12 out. 2005.
20. MOSCA, L. et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. Usa, v. 115, n. 11, p. 1481-1501, abr. 2007.
21. ORSATT, F. L. et al. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Botucatu SP, v. 4, n. 30, p. 182-189, 30 abr. 2008.
22. OMS. Organização Mundial da Saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/component/content/article/804-imc/40509-imc-em-adultos>>. Acesso em: 23 de Junho de 2020.
23. PEREIRA, D. C. L; LIMA, S. M. R. R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres após a menopausa. *Arquivos Médicos dos Hospitais e Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, São Paulo, v. 60, p. 1-6, 02 fev. 2015.
24. POEHLMAN, ET; TOTH, MJ; GARDNER, AW. Changes in energy balance and body composition at menopause: a controlled longitudinal study. *Ann Intern Med*. Usa, v. 123, n. 9, p. 673-675, nov. 1995.
25. RODRIGUES, R. D; CARVALHO, B. L; GONÇALVES G. K. N. Efeito do exercício físico nos parâmetros cardiometabólicos na pós-menopausa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1981-2256, 02 dez. 2019.
26. SILVA, B. L; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*, Florianópolis Sc, v. 13, n. 2, p. 363-380, maio 2018.
27. SILVA, G. M. D. et al. Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: a cross-sectional study: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RbgoGynecologyAndObstetrics*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 11, p. 660-667, nov. 2019.
28. SOUZA, N. L. S. A., ARAÚJO C. L. O. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 149-165, jun. 2015.
29. SPEROFF, L. The perimenopause: Definitions, demography, and physiology. *ObstetGynecolClin N Am*, Usa, v. 29, n. 3, p. 397-410, 2002.
30. TOTH, MJ. et al. Effect of menopausal status on body composition and abdominal fat distribution. *Int J ObesRelatMetabDisord.*, Usa, v. 24, n. 2, p. 226-231, fev. 2000.
31. VIANA, E. C. Composição corporal, parâmetros bioquímicos e imunológicos de mulheres no climatério e na menopausa, Viçosa – MG. 2004. Disponível em: <<https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/8883>>. Acesso em: 10 maio 2020.

32. VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). 2018. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/04/Apresentacao-Wanderson-Vigitel.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.
33. WEHBA, S. Aspectos Clínicos e Metabólicos de Mulheres na Pós-Menopausa Tratadas com Tibolona. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 37-41, fev. 2000.
34. World Health Organization (WHO). World health statistics 2015. Geneva: WHO; 2015.
35. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
36. WU, X. et al. Age at menarche and natural menopause and number of reproductive years in association with mortality: results from a median follow-up of 11.2 years among 31,955 naturally menopausal Chinese women. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25090234>>. Acesso em: 09 maio 2020.