

ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES MENOPAUSADAS COM SÍNDROME METABÓLICA

Mayara Gomes Inocencio¹; Luciene Rabelo Pereira²

RESUMO

No Brasil, existem poucos estudos sobre síndrome metabólica na população em geral, e estudos sobre síndrome metabólica relacionados à menopausa são ainda mais raros. A incidência de doença cardiovascular na após menopausa aumenta significativamente. Uma das razões para o aumento do risco cardiovascular parece ser determinada pela síndrome metabólica. Após a menopausa, a síndrome metabólica é mais prevalente do que na pré-menopausa, podendo desempenhar um papel importante na ocorrência de infarto do miocárdio e doenças cardiovasculares. A obesidade é um componente importante da síndrome metabólica e também está associada ao aumento da incidência de câncer de mama, dentre outros. O tratamento da síndrome metabólica é baseado em hábitos de mudança de estilo de vida e, se necessário, no uso de medicamentos direcionados a seus componentes. O presente estudo tem o objetivo de avaliar o consumo de alimentos e quais os tipos de alimentos consumidos por mulheres na menopausa.

Palavras-chaves: menopausa, síndrome metabólica.

ABSTRACT

In Brazil, there are few studies on metabolic syndrome in the general population, and studies on metabolic syndrome related to menopause are even rarer. The incidence of cardiovascular disease in postmenopausal women increases significantly. One of the reasons for the increased cardiovascular risk seems to be determined by the metabolic syndrome. After menopause, the metabolic syndrome is more prevalent than in pre-menopause, and may play an important role in the occurrence of myocardial infarction and cardiovascular diseases. Obesity is an important component of the metabolic syndrome and is also associated with an increased incidence of breast cancer, among others. The treatment of metabolic syndrome is based on lifestyle change habits and, if necessary, on the use of drugs directed to its components. The present study aims to assess food consumption and the types of food consumed by menopausal women.

Keywords: menopause, metabolic syndrome.

¹ Graduanda de Nutrição do Centro Universitário Salesiano. E-mail: mayara_inocencio@hotmail.com

² Graduação de Nutrição, Mestranda em Ad. Empresas, atuação área de nutrição clínica e docência. E-mail: lucienerabel@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento não é apenas considerado o fim da vida reprodutiva feminina. No entanto, embora Aristóteles (384-322 a.C) tenha mencionado em seus textos, até recentemente, o status de mulheres na menopausa raramente era expressado em público e era considerado até razão de constrangimento (DE LORENZI, 2006).

Até certo ponto, pouca atenção foi dada à menopausa até o início do século passado, devido à baixa expectativa de vida das mulheres antes disso, o que impedia a maioria das mulheres de chegar à menopausa. No entanto, desde a segunda metade do século XX, com o avanço da tecnologia no campo da saúde, o aumento gradual da expectativa de vida das mulheres mudou essa situação, despertando o interesse crescente em questões relacionadas ao envelhecimento da mulher (DE LORENZI, 2006).

Do ponto de vista clínico, a menopausa é um estágio óbvio do envelhecimento feminino, caracterizado pelo estabelecimento de um estado fisiológico de hipoestrogênio gradualmente em desenvolvimento e, eventualmente, levando à interrupção do ciclo menstrual. Geralmente começa entre 35 e 40 anos e continua até 65 anos, e é frequentemente acompanhado por sintomas característicos e dificuldades nos campos emocional e social (DE LORENZI, 2006).

Na maioria dos casos, alguns problemas de saúde observados durante a menopausa estão direta ou indiretamente relacionados à ingestão inadequada de alimentos, seja um excesso ou deficiência a longo prazo, essa deficiência, por sua vez, constitui um forte fator de risco para muitas doenças, como doença cardiovascular, obesidade, osteoporose, câncer de cólon e câncer de mama (ALDRIGHI; MARUCCI; MONTILLA, 2003).

No caso específico de mulheres na menopausa, o excesso de nutrição está relacionado ao grande consumo de alimentos energéticos, provenientes principalmente de gorduras saturadas (ALDRIGHI; MARUCCI; MONTILLA, 2003). Consoante Hill et al. 2000, a gordura na dieta é considerada o principal determinante da obesidade, e a mesma é mais comum entre as mulheres na menopausa. Outros estudos mostraram deficiências nutricionais, como vitaminas A e C, cálcio e ferro (ALDRIGHI; MARUCCI; MONTILLA, 2003).

Perguntas sobre o papel da menopausa como fator de risco para a síndrome metabólica (SM) devem primeiro estabelecer o conceito atualmente conhecido de síndrome. Desde a década de 1970, estudos demonstram uma relação causal entre a menopausa e fatores de risco para a SM, enquanto outros estudos atribuem o aumento do risco apenas ao processo de envelhecimento. (BARBOSA, et al, 2010).

Pesquisas latino-americanas sobre menopausa mostraram que idade, falta de exercício, tempo após a menopausa, obesidade e pressão alta, aumentam o risco de desenvolver SM (BARBOSA, et al, 2010).

Entre as mulheres, o risco de doença arterial coronariana causada pela SM parece ser particularmente alto, estimando-se que metade dos eventos cardiovasculares em mulheres esteja relacionada à SM (BARBOSA, et al, 2010).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A SM é caracterizada pelo grupo de fatores de risco cardiovascular, como obesidade, pressão alta, resistência a insulina, dislipidemia, dentre outros. Estudos epidemiológicos demonstram forte associação entre os riscos de desenvolvimento de câncer no sistema digestivo, de diabetes, de doenças cardiovasculares e morte precoce em portadores de SM (TIBANA et al, 2011). Ainda não se chegou a uma conclusão de qual método clínico é mais eficaz para determinar a SM. Foi sugerido em 1999 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), essa definição se baseia em dados clínicos e laboratoriais que são medidos com certa facilidade (glicemia de jejum, resistência à ação da insulina, pressão arterial, circunferência de cintura e o quadril, índice de massa corporal, triglicerídeos, HDL, microalbuminúria). Em 2001 National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP), propôs uma série de critérios equivalentes, porém simples de serem avaliados, tais como: glicemia de jejum, pressão arterial, cintura, triglicerídeos e HDL (PINCON et AL, 2006).

Com base nos critérios diagnósticos utilizados e nas características observadas (por exemplo, sexo, idade, etnia e morbidade relacionada), estudos realizados em diferentes populações em todo o mundo mostraram que a prevalência de SM é alta, com incidência de homens variando de 8% a 24% e mulheres de 7% a 46%. Alguns estudos mostram que a prevalência de SM aumenta com idade em ambos os sexos. Contudo, entre 20 e 50 anos, os homens têm maior prevalência de SM, a partir dos 50 anos, as mulheres têm maior prevalência. Sugere-se que o período de transição da menopausa possa ser decisivo para o aumento da prevalência (MENDES et al, 2012).

O envelhecimento feminino é caracterizado por muitas alterações fisiológicas. A pós-menopausa é um fenômeno natural no qual as mulheres mudam seu comportamento, corpo e hormônios. É caracterizada pelos efeitos do hipoestrogenismo, hiperandrogenismo e alterações que interrompem o ciclo menstrual. Além de reduzir o tecido muscular e ósseo, essas alterações tendem a aumentar o peso, a circunferência abdominal do indivíduo (CONTE et al, 2015).

Além da SM, é mais provável que a pós-menopausa leve ao aparecimento de obesidade geral. A SM inclui pelo menos três condições nutricionais, patológicas ou ruins, como a associação de obesidade, pressão alta, diabetes, dislipidemia e/ou circunferência abdominal elevada (CONTE et al, 2015).

Infelizmente, a literatura alerta que durante o processo de envelhecimento, principalmente na população feminina, a tendência do exercício físico habitual está em declínio. Especialmente nos anos após a menopausa, devido ao sedentarismo que agrava a perda do efeito cardioprotetor do estrogênio endógeno, o risco doença cardiovascular aumenta, o que é um problema preocupante. Devido a uma possível osteoporose, as mesmas condições levam a uma maior incidência de fraturas (TAIROVA & LORENZI, 2011).

Nas mulheres, além do processo de envelhecimento, a menopausa também é um importante fator de influência de várias alterações morfológicas e metabólicas que ocorrem com a idade. Atividade física insuficiente associada à menopausa, pode exacerbar as consequências internas da menopausa. Níveis reduzidos de atividade física também resultam em diminuição da capacidade funcional e alterações na composição corporal, resultando em um aumento no peso corporal e na gordura corporal e uma redução na massa corporal magra (BUONAN et al, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal quantitativa, com amostra de mulheres aleatoriamente no período de abril e maio do ano de 2020, intitulada “Análise do consumo alimentar de mulheres menopausadas com síndrome metabólica”. A amostra foi constituída por 30 mulheres a partir de 55 anos, não histerectomizadas, que não submeteram à ooforectomia bilateral e não fazem terapia de reposição hormonal, da Grande Vitória/ES. As participantes da pesquisa responderam ao o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFA) Ribeiro et al., 2006 (ANEXO 1), e o Questionário da Saúde da Mulher (Women’s Health Questionnaire - WHQ) validado no Brasil por Silva Filho et al., 2005 (ANEXO 2), de forma online pelo Google Forms.

Para obter as informações do consumo alimentar foi utilizado QFA para contemplar os hábitos alimentares das mulheres no climatério da região de realização do estudo. O QFA é baseado no questionário validado por Sichieri & Everhart, 1998. O questionário foi ajustado para a população do estudo e certos alimentos foram modificados para se adequar à situação real do estudo. Esses alimentos podem ser encontrados em nove grupos alimentares: Leite desnatado ou semi-desnatado e derivados; Leite integral e derivados (queijo e iogurte); Carnes e ovos (ovo cozido ou frito, carne de boi, porco ou frango, peixe fresco); Embutidos (salsicha, linguiça), carne conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol) e vísceras (fígado, coração); Óleos (azeite, óleo de soja, óleo de girassol, manteiga, banha de porco); Pesticos (snacks, batata-frita, sanduíches, pizza, esfiada, salgadinhos, cheetos, bolo, biscoito doce e salgado) e Enlatados (milho, ervilha, palmito, azeitona); Cereais (arroz integral, polido, pão integral, macarrão) e Leguminosas (feijão, lentilha, soja, grão de bico); Bebidas açúcaradas (refrigerantes, sucos industrializados, achocolatados, bebidas energéticas); Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, vodka, gim). A frequência das categorias de consumo inclui: 1 vez por dia; 2 ou mais vezes por dia; 1 vez por semana; 1 a 3 vezes no mês; não consome.

O WHQ foi criado em 1986, na Inglaterra para avaliar com maior clareza os sintomas menopausais e foi o primeiro índice de qualidade de vida a ser incluído no International Health-Related Quality of Life Outcomes Database (IQOD) (SANTOS et al., 2006).

É um questionário bem aceito internacionalmente e traduzido e validado de acordo com recomendações metodológicas internacionais em vários países incluindo o Brasil (SILVA FILHO, 1998 apud SANTOS et al., 2006).

A escolha do WHQ fundamentou-se na amplitude de avaliação coberta por suas dimensões, no uso de termos e expressões que, em sua grande maioria, parecem de fácil compreensão a nossa população e a sua simplicidade de aplicação (SANTOS et al., 2006).

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A avaliação do estado nutricional pode ser realizada usando vários critérios, tanto a antropometria ou avaliando a frequência de ingestão de certos alimentos, é possível avaliar a qualidade dos alimentos, o que pode trazer benefícios ao organismo, também pode causar danos ao mesmo (CONTE et al, 2015).

A avaliação do consumo de leite desnatado e derivados, apresentado na figura 1, indicam que a maior parte das pesquisadas não consome, cerca de 60% das mesmas, e leite integral e derivados, indicam que o consumo deu-se entre 2 ou mais vezes por dia, cerca de 20%, 1 vez por semana, cerca de 20% e 1 a 3 vezes por mês, cerca de 20%. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, o leite é uma importante fonte de riboflavina (vitamina B2) e a principal fonte de cálcio na dieta. Mesmo o leite desnatado com pouca gordura é rico em cálcio.

Ao analisar o consumo de carnes, frango, peixes e ovos, a maioria das mulheres consome 2 ou mais vezes por dia, cerca de 53,3%, pelo Guia Alimentar da População Brasileira, carne e peixe são fontes de aminoácidos essenciais, e proteínas, necessárias para crescimento e manutenção do corpo e boas fontes de ferro e vitamina B12. As carnes em geral são boas fontes de vitaminas B6 e B12 e absorvem facilmente zinco e selênio. Os ovos contêm proteínas e gorduras com alto valor biológico e contêm muito colesterol.

O consumo de embutidos, carne conservada no sal e vísceras apresentou a maior frequência 1 a 3 vezes no mês, cerca de 43,3%, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileiro, os órgãos internos são ricos em ferro e devem fazer parte da dieta de crianças, adolescentes, gestantes e idosos pelo menos uma vez por semana. Não é recomendável exceder essa proporção, pois eles também têm um alto teor de gordura saturada e colesterol. Geralmente, produtos de carne, embutidos, hambúrgueres, e outros produtos contêm muita gordura e sal e devem ser evitados.

O consumo de óleos, azeite e manteiga, apresentou a maior frequência, em 2 ou mais vezes no dia, cerca de 50%, a gordura para Guia Alimentar para a População Brasileira é uma fonte de ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) e deve ser transportada através dos alimentos, pois o organismo não é capaz de produzi-los.

O consumo de pestisco e enlatados, em sua maioria consome 1 vez por semana cerca de 43,3%, no Guia Alimentar para a População Brasileira, bolos, tortas, biscoitos, chocolates, lanches, pastéis e outros alimentos, consomem muita gordura durante o preparo. A maioria dos alimentos fritos e processados são gorduras de saturados e trans, e prevalece a hidrogenada.

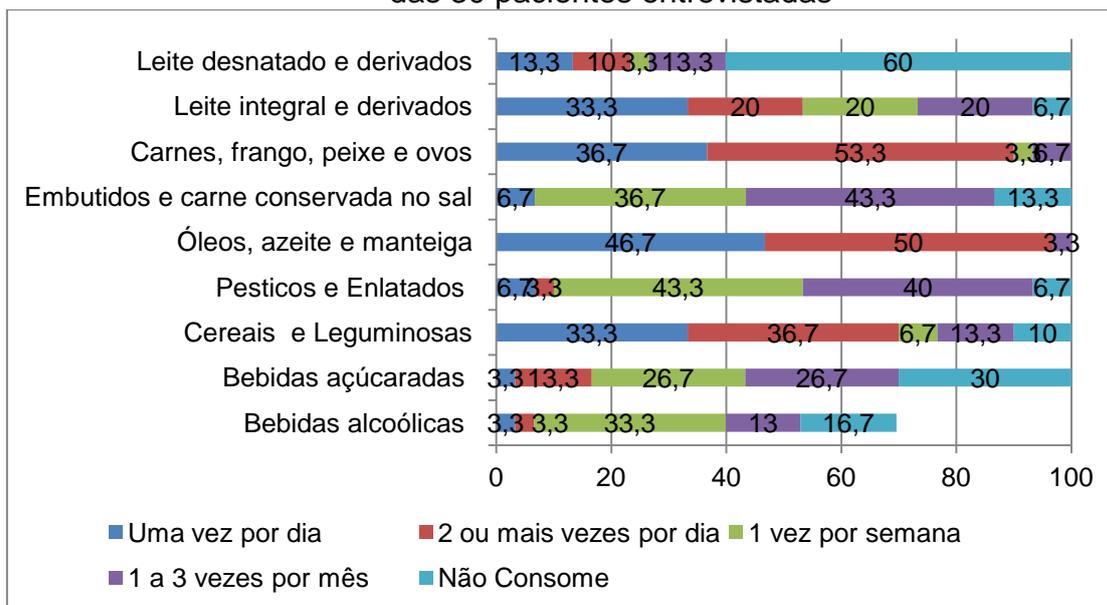
O consumo de cereais e leguminosas a maioria das pesquisadas consome 2 ou mais vezes no dia, cerca de 36,7% e 1 vez por dia, cerca de 33,3%, segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, a principal fonte de carboidratos na dieta brasileira são cereais como arroz, trigo e milho. Tubérculos, como batatas, raízes, principalmente mandioca. A composição dos cereais contém cerca de 70% de carboidratos.

O alimento vegetal com o maior teor de proteína é a leguminosa. Quando cozidos, contêm 6% a 11% de proteína. O feijão também contém carboidratos complexos e é rico em fibras alimentares, vitaminas B, ferro, cálcio e outros minerais e compostos biologicamente ativos. Eles contêm uma pequena quantidade de gordura, quase toda a gordura não saturada.

O consumo de bebidas açucaradas indicam que a maior parte das pesquisadas não consome, cerca de 30%, para Guia Alimentar para População Brasileira o açúcar é usado para adoçar e preservar alimentos e bebidas industriais e caseiras. Ao contrário de alguns tipos de gordura, o açúcar não é necessário para o corpo. Pertence à categoria de carboidratos, logo, a energia requerida pelo organismo pode ser obtida através de uma variedade de alimentos, que são fontes de carboidratos complexos e não açúcares simples.

O consumo de bebidas alcoólicas indica que a maior parte consome 1 vez por semana, cerca de 33,3%, as bebidas alcoólicas possuem pouco ou nenhum nutriente. Isso inclui cerveja e vinho considerado fermentado, com níveis de álcool de 4% a 7% e 10% a 13% respectivamente, e bebidas alcoólicas destiladas, como aguardentes, vodka e uísque, que possuem 30% a 50% de volume de álcool. Cada grama de álcool contém 7 calorias (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997 apud GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BARSILEIRA, 2006).

Figura 1 - Distribuições de Frequências da QFA das 30 pacientes entrevistadas



Fonte: Elaboração Própria

Nos últimos 30 anos, as pessoas notaram uma grande mudança na estrutura da dieta, a principal mudança é a redução no consumo de tubérculos, raízes, feijões e carboidratos complexos. Aumento do consumo de açúcar simples, refrigerantes e alimentos prontos para consumo (NEUMANN, 2006).

Essa mudança é exacerbada sobretudo nas classes econômicas e educacionais mais baixas. Porque eles mostram qualidades nutricionais instáveis. (CONTE, 2015).

Alimentos ricos em gordura saturada, trans, açúcar, conservantes, corantes e alimentos processados, são característicos do novo modelo global de alimentos, não estão apenas associados ao aumento da obesidade, mas também a doenças cerebrovasculares, hipertensão e resistência à insulina, relacionadas ao aumento, problemas metabólicos, tumores e alergias (POLÔNIO, 2009).

Como podemos observar na tabela 1, 2 e 3, os resultados do WHQ obtiveram resultados diferentes dos demais estudos citados na discussão do trabalho, estudos apontam que a transição menopausal, especialmente a perimenopausa precoce, durante esse período, é possível que as mulheres se tornem irritáveis, com frequentes mudanças de tensão e humor (BROMBERGER, 2003). Além de fatores como envelhecimento, alterações na composição corporal e síndrome do ninho vazio, a presença de sintomas vasomotores também pode ter um impacto negativo (HESS, 2012) Na menopausa e pós-menopausa precoce, as mulheres são 2 a 4 vezes mais propensas a ter episódios depressivos (BROMBERGER, 2011).

Tabela 1 - Frequências e proporções das respostas do questionário que foram aplicados a 30 pacientes com relação à Saúde da Mulher

Continua

Pergunta	Não, de jeito nenhum		Raramente		Sim, às vezes		Sim, sem dúvida	
	F	%	F	%	F	%	F	%
1	4	13,3	7	23,3	17	56,7	2	6,7
2	15	50,0	8	26,7	6	20,0	1	3,3
3	14	46,7	9	30,0	7	23,3	0	0
4	24	80,0	5	16,7	1	3,3	0	0
5	20	66,7	5	16,7	5	16,7	0	0
6	7	23,3	16	53,3	6	20,0	1	3,3
7	0	0	6	20,0	7	23,3	17	56,7
8	25	83,3	2	6,7	0	0	3	10,0
9	4	13,3	10	33,3	14	46,7	2	6,7
10	0	0	0	0	5	16,7	25	83,3
11	1	3,3	11	36,7	9	30,0	9	30,0
12	4	13,3	13	43,3	9	30,0	4	13,3
13	15	50,0	9	30,0	2	6,7	4	13,3
14	7	23,3	7	23,3	15	50,0	1	3,3
15	9	30,0	9	30,0	10	33,3	2	6,7
16	15	50,0	8	26,7	7	23,3	0	0
17	23	76,7	4	13,3	2	6,7	1	3,3
18	2	6,7	5	16,7	17	56,7	6	20,0
19	8	26,7	7	23,3	12	40	3	10,0
20	11	36,7	9	30	5	16,7	5	16,7
21	1	3,3	8	26,7	10	33,3	11	36,7
22	13	43,3	8	26,7	8	26,7	1	3,3
23	17	56,7	6	20	7	23,3	0	0
24	16	53,3	2	6,7	7	23,3	5	16,7

Tabela 1 - Frequências e proporções das respostas do questionário que foram aplicados a 30 pacientes com relação à Saúde da Mulher

Pergunta	Conclusão							
	Não, de jeito nenhum		Raramente		Sim, às vezes		Sim, sem dúvida	
	F	%	F	%	F	%	F	%
25	0	0	2	6,7	8	26,7	20	66,7
26	21	70,0	1	3,3	8	26,7	0	0
27	12	40,0	8	26,7	8	26,7	2	6,7
28	4	13,3	12	40,0	11	36,7	3	10,0
29	14	46,7	6	20,0	4	13,3	6	20,0
30	9	30,0	3	10,0	14	46,7	4	13,3
32	3	10,0	1	3,3	11	36,7	15	50,0
33	7	23,3	5	16,7	17	56,7	1	3,3
35	5	16,7	10	33,3	13	43,3	2	6,7
36	12	40,0	4	13,3	11	36,7	3	10,0

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 2 – Distribuição de Frequências segundo Satisfeita com minha vida sexual

31. Satisfeita com a minha vida sexual	Nº de pacientes	%
Não tenho vida sexual	6	20,0
Não, de jeito nenhum	1	3,3
Raramente	6	20,0
Sim, às vezes	6	20,0
Sim, sem dúvida	11	36,7
Total	30	100,0

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 3 – Distribuição de Frequências segundo Minhas relações sexuais incomodam, porque minha vagina está seca

34. Minhas relações sexuais incomodam, porque minha vagina está seca	Nº de pacientes	%
Não tenho vida sexual	6	20,0
Não, de jeito nenhum	7	23,3
Raramente	1	3,3
Sim, às vezes	13	43,3
Sim, sem dúvida	3	10,0
Total	30	100,0

Fonte: Elaboração Própria

No presente estudo, a pergunta 1 – Acordo de madrugada e aí durmo mal o resto da noite, a maioria das mulheres cerca de 56,7%, relatam que sim, às vezes, e na pergunta 29 – Tenho dificuldades de pegar no sono, a maioria das mulheres cerca de 46,7% responderam que não, de jeito nenhum. No estudo descritivo de SILVA FILHO, 2008, no campo dos distúrbios do sono, os maiores danos à saúde das mulheres na menopausa estão relacionados a uma diminuição nos níveis de serotonina, uma diminuição na continuidade do sono (PARRY, 2006), um aumento na duração do movimento rápido dos olhos e a diminuição das ondas cerebrais durante o sono (DEECHER, D. C.; DORRIES, K., 2007).

As perguntas 2, 3, 4, 5, 8 que representam humor deprimido e ansiedade, a maioria das mulheres relatou que não sentem o sentimento. Na pergunta 2- Fico com muito medo ou apavorada sem nenhum motivo aparente, cerca de 50%, relatam que não, de jeito nenhum, na pergunta 3 – Sinto-me triste e infeliz, cerca de 46,7% relatam que não, de jeito nenhum, na 4 – Fico angustiada quando saio de casa, cerca de 80% relatam que não, de jeito nenhum, na 5 – Perdi o interesse pelas coisas, cerca de 66,7%, relatam que não, de jeito nenhum e na 8 – Acho que a vida não vale a pena, cerca de 83,3%, relatam que não, de jeito nenhum, porém, na pergunta 12 – Estou mais irritada que o normal cerca de 43,3% relatam que raramente, porém o autor Souza, 2005, a desordem hormonal e as mudanças físicas geralmente são inesperadas, é o ritmo é rápido, o que leva à insegurança e vulnerabilidade, o que geralmente é uma característica do momento de transição. Esses sentimentos geralmente são acompanhados de ansiedade, irritabilidade e até depressão, e são exacerbados por dúvidas sobre novos papéis sociais, que serão característicos da nova fase da vida, após a fase de transição.

Na pergunta 19 onde é perguntado se as mulheres têm ondas de calor, cerca de 40% responderam que sim, às vezes. Atualmente, é reconhecido que a deficiência de estrogênio promove um desequilíbrio no sistema de regulação da temperatura hipotalâmica. A temperatura corporal normal varia entre a resposta térmica causada pela perda de calor (calafrios) e a resposta de resfriamento desencadeada pela temperatura corporal fisiológica ou patológica. Durante a menopausa, o hipostrogênio reduz o limite de tolerância à temperatura para promover a redução da zona neutra regulada pela temperatura, de modo que o hipotálamo desencadeia reações de vasodilatação e sudorese, que se manifestam como inquietações e suores noturnos (SILVA FILHO, 2008).

Em relação à vida sexual das mulheres neste estudo, a pergunta 24 – Perdi o interesse pela vida sexual, cerca de 53,3% responderam que não, de jeito nenhum,

na pergunta 31 – Estou satisfeita com minha vida sexual (por favor não responda se não tiver uma vida sexual), cerca de 36,7% responderam sim, sem duvidas, na pergunta 32 – Sinto-me fisicamente atraente, cerca de 50% responderam que sim, sem duvida, porém na pergunta 34 – Minhas relações sexuais incomodam, porque minha vagina está seca (por favor não responda se não tiver uma vida sexual), certa de 43,3% responderam que sim, às vezes. Em um estudo realizado por Oliveira, 2008, em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora/MG, como mulheres que frequentaram o grupo de climatério participaram de um estudo que objetivou compreender o significado atribuído pela mulher às experiências vivenciadas quanto à sexualidade no climatério. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e organizados a partir da convergência das falas sobre as mudanças na sexualidade. Os resultados mostraram que as relações sexuais são consideradas incômodas, visto que repercutem na sua relação com o parceiro e consigo mesma, as mudanças sexuais apontadas foram o ressecamento vaginal e a diminuição ou ausência do desejo sexual. A primeira causa desconforto no momento da relação, já a segunda coloca a mulher em uma situação também desconfortável com relação ao companheiro. Isso se deve ao fato de não se sentir à vontade durante a relação sexual, criando uma situação delicada, muitas vezes gerando repulsa do parceiro. O hipoestrogênio causa atrofia nos órgãos urogenitais, levando a dificuldades nas relações sexuais e diminuição da atividade sexual. As emoções depressivas, o envelhecimento do corpo e a tendência de ganho de peso após a menopausa, por sua vez, afetam a autoimagem, propícia à inferioridade e a um menor desejo sexual (DE LORENZI, 2006).

No Brasil, faltam dados epidemiológicos sobre menopausa e seus sintomas. Acredita-se que a iniciativa de realizar pesquisas de base populacional sobre esse tema seja essencial para melhor entender como as mulheres enfrentam esse estágio da vida e os fatores associados à pior percepção dos sintomas (FREDERICO LUI FILHO, 2015).

A menopausa inclui não apenas os sintomas causados pela deficiência de estrogênio, mas, o mais importante, o contexto geral coloca a mulher em um ambiente social onde ela mantém uma natureza diferente do relacionamento, para que ela possa desfrutar plenamente de seu potencial criativo e construtor. Portanto, sua percepção dos sintomas e sentimentos causados pela menopausa determinará sua qualidade de vida. Nesse caso, o médico participa como confidente e está disposto a ouvir, explicar e criar condições para atender pelo menos parcialmente às necessidades básicas da mulher na menopausa e ensinar a ela o que é, e o que ela deve fazer ao seu organismo durante esse período fisiológico (SILVA FILHO, 2008).

5 CONCLUSÃO

Este estudo tenta entender a percepção das mulheres sobre a menopausa, bem como os sinais e sintomas apresentados, afetando diretamente sua qualidade de vida. Em mulheres com síndrome metabólica pós-menopausa, o primeiro tratamento deve ser promover um estilo de vida saudável através da perda de peso e exercícios físicos regulares. Cada componente da síndrome metabólica deve ser levado ao conhecimento dos indivíduos e, se necessário, devem ser utilizados medicamentos para tratar a hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes. As mulheres podem atribuir a menopausa a quaisquer sintomas causados por comorbidades clínicas ou transtornos prévios do humor que distorcem sua percepção desse estágio da vida.

6 REFERÊNCIA

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 2006.
- BROMBERGER, Joyce T. et al. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). **Psychological medicine**, v. 41, n. 9, p. 1879-1888, 2011.
- BROMBERGER, Joyce T. et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre-and perimenopausal women. **American Journal of Epidemiology**, v. 158, n. 4, p. 347-356, 2003.
- BUONANI, Camila et al. Prática de atividade física e composição corporal em mulheres na menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 4, p. 153-158, 2013.
- CONTE, Franciéli Aline; FRANZ, Lígia Beatriz Bento. Estado nutricional e de saúde em mulheres pós-menopausa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 85-92, 2015.
- COUTINHO-MYRRHA, Mariana A. et al. Duke Activity Status Index em doenças cardiovasculares: validação de tradução em português. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 4, p. 383-90, 2014.
- DE LORENZI, Dino Roberto Soares et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Revista da associação médica brasileira**, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006.
- DEECHER, D. C.; DORRIES, K. Understanding the pathophysiology of vasomotor symptoms (hot flushes and night sweats) that occur in perimenopause, menopause, and postmenopause life stages. **Archives of women's mental health**, v. 10, n. 6, p. 247-257, 2007
- FIGUEIREDO NETO, José Albuquerque de et al. Síndrome metabólica e menopausa: estudo transversal em ambulatório de ginecologia. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 95, n. 3, p. 339-345, 2010.
- FREDERICO LUI FILHO, Jeffrey. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. **CEP**, v. 13083, p. 881, 2015.
- HESS, Rachel et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the STRIDE longitudinal study. **Quality of Life Research**, v. 21, n. 3, p. 535-544, 2012.
- HILL, James O.; MELANSON, Edward L .; WYATT, Holly T. Ingestão dietética de gordura e regulação do balanço energético: implicações para a obesidade. **The Journal of Nutrition** , v. 130, n. 2, p. 284S-288S, 2000.
- MEIRELLES, Ricardo MR et al. Menopausa e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 2, p. 91-6, 2014.
- MENDES, Karina Giane et al. Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, p. 1423-1437, 2012.
- MONTILLA, Regina das Neves Girão; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes; ALDRIGHI, José Mendes. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 1, p. 91-95, 2003.
- NEUMAMM, Africa Isabel da La Cruz et al. Consumo de alimentos de risco e proteção para doença cardiovasculares entre funcionários públicos. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 1, p. 19-28, 2006.

- OLIVEIRA, Deíse Moura de; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 519-526, 2008.
- PARRY, Barbara L. et al. Sleep, rhythms and women's mood. Part II. Menopause. **Sleep medicine reviews**, v. 10, n. 3, p. 197-208, 2006.
- PICON, Paula Xavier et al. Análise dos critérios de definição da síndrome metabólica em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 2, p. 264-270, 2006.
- POLÔNIO, Maria Lúcia Teixeira; PERES, Frederico. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1653-1666, 2009.
- RIBEIRO, Aída Calvão et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 553-562, 2006.
- SANTOS, Livia Matavelli et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 20-26, 2007.
- SICHIERI, Rosely et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 44, n. 3, p. 227-232, 2000.
- SILVA FILHO, Eivaldo Angeline da; COSTA, Aurélio Molina da. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 3, p. 113-120, 2008.
- SOUZA, Carmen Lúcia. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 2, p. 87-94, 2005.
- TAIROVA, Olga Sergueevna; DE LORENZI, Dino Roberto Soares. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 135-145, 2011.
- TIBANA, Ramires Alsamir et al. Comparação da força muscular entre mulheres brasileiras com e sem síndrome metabólica. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 4, p. 708-714, 2011.

ANEXO 2

Questionário da Saúde da Mulher

Indique como está se sentindo agora ou como tem se sentido nesses últimos dias, marcando, com uma cruz, o espaço com sua resposta a cada um dos itens a seguir:

	Sim, sem dúvida (4)	Sim, às vezes (3)	Raramente (2)	Não, de jeito nenhum (1)
1. Acordo de madrugada e aí durmo mal o resto da noite	()	()	()	()
2. Fico com muito medo ou apavorada sem nenhum motivo aparente	()	()	()	()
3. Sinto-me triste e infeliz	()	()	()	()
4. Fico angustiada quando saio de casa sozinha	()	()	()	()
5. Perdi o interesse pelas coisas	()	()	()	()
6. Sinto batadeiras (palpitações) ou a sensação de frio na barriga ou no peito	()	()	()	()
7. Ainda gosto das coisas das quais gostava antes	()	()	()	()
8. Acho que a vida não vale a pena	()	()	()	()
9. Sinto-me nervosa ou agitada	()	()	()	()

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 10. Tenho bom apetite | () | () | () | () |
| 11. Sinto-me inquieta e não consigo ficar parada | () | () | () | () |
| 12. Estou mais irritada que o normal | () | () | () | () |
| 13. Ficar velha me preocupa | () | () | () | () |
| 14. Sinto dores de cabeça | () | () | () | () |
| 15. Sinto-me mais cansada que o normal | () | () | () | () |
| 16. Tenho tonturas | () | () | () | () |
| 17. Meus seios estão doloridos ou me incomodam | () | () | () | () |
| 18. Sinto dor nas costas ou nos braços e pernas | () | () | () | () |
| 19. Tenho ondas de calor | () | () | () | () |
| 20. Estou mais atrapalhada (desastrada) que o normal | () | () | () | () |
| 21. Sinto-me bastante animada e excitada | () | () | () | () |
| 22. Tenho desconforto ou cólicas na barriga | () | () | () | () |
| 23. Sinto-me enjoada ou com vontade de vomitar | () | () | () | () |

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 24. Perdi o interesse pela vida sexual | () | () | () | () |
| 25. Tenho sensação de bem estar | () | () | () | () |
| 26. Sangro muito nas minhas menstruações | () | () | () | () |
| 27. Tenho suores à noite | () | () | () | () |
| 28. Sinto o estomago inchado (empachado) | () | () | () | () |
| 29. Tenho dificuldades de pegar no sono | () | () | () | () |
| 30. Sinto formigamento e agulhadas nos meus pés e nas minhas mãos | () | () | () | () |
| 31. Estou satisfeita com a minha vida sexual (por favor não responda se não tiver uma vida sexual) | () | () | () | () |
| 32. Sinto-me fisicamente atraente | () | () | () | () |
| 33. Tenho dificuldade de concentração | () | () | () | () |
| 34. Minhas relações sexuais incomodam, porque minha vagina está seca (não responda se não tiver vida sexual) | () | () | () | () |
| 35. Tenho que urinar mais vezes que o normal | () | () | () | () |
| 36. Minha memória está ruim | () | () | () | () |

Total: _____