

EATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES IDOSAS PÓS-MENOPAUSA

Jéssica Deon Rapkevicz

Graduanda de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo(RS), Brasil.

Leonardo Saraiva

Cirurgião-Dentista. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo (RS), Brasil.

Lia Mara Wibelinger

Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Fisioterapia e de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo (RS), Brasil.

Juliana Secchi Batista

Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo (RS), Brasil.

RESUMO: O climatério é uma fase da vida da mulher que se caracteriza pelo final da vida reprodutiva e o início da senescência. O objetivo deste estudo foi avaliar como as alterações físicas e fisiológicas da menopausa influenciam a qualidade de vida das mulheres, para tanto, foi utilizado o questionário *Menopause Rating Scale*. A amostra foi composta por 100 mulheres, com média de idade de 67,2 ($\pm 8,3$) anos. O início da menopausa foi aos 48,06 anos ($\pm 8,06$). No *Menopause Rating Scale*, houve presença de sintomatologia em 91% das participantes, a intensidade frequente foi a moderada, em cada um dos domínios, os sintomas dominantes foram as queixas locomotoras, o esgotamento físico e mental e a secura vaginal. Na correlação entre as queixas e comorbidades, o resultado foi significativo ($p=0.05$). Conclui-se que os sintomas apresentados na pós-menopausa não influenciam diretamente a qualidade de vida dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Climatério; Envelhecimento; Menopausa; Qualidade de vida.

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN ELDERLY POST-MENOPAUSE WOMEN

ABSTRACT: The climacteric is a phase in a woman's life marked by the end of reproductive life and the beginning of senescence. Current study evaluated how physical and physiological changes in menopause influence the quality of life of postmenopausal females. Menopause Rating Scale questionnaire was used to assess quality of life. The sample consisted of 100 females, mean age 67.2 ± 8.3 years old. The onset of menopause was at 48.06 ± 8.06 years old. In the Menopause Rating Scale, symptomatology was present in 91% of participants; the intensity was moderate in each domain; the dominant symptoms were physical and mental exhaustion and vaginal dryness. In the correlation between complaints and comorbidities, the result was significant ($p = 0.05$). Results show symptoms present in the post-menopause do not directly influence the quality of life of these women.

KEY WORDS: Aging; Climacteric; Menopause; Quality of life.

INTRODUÇÃO

Nos países desenvolvidos, bem como naqueles em desenvolvimento, é notório um aumento da expectativa de vida, fator fundamental que justifica o crescimento da faixa de pessoa idosa em todo o mundo. O Brasil tem mais de 28 milhões de pessoas com mais de 60 anos, número que representa 13% da população do país.¹ Segundo pesquisa realizada pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas

Autor correspondente:

Juliana Secchi Batista
E-mail: julianasecchi@upf.br

Recebido em: 04/05/2020
Aceito em: 19/06/2020

(FGV Social), atualmente 10,53% da população brasileira têm 65 anos ou mais.² E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).³ Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2050 a população mundial com mais de 60 anos vai passar de 841 milhões para 2 bilhões.⁴ Diante disso, é de extrema importância a reflexão a respeito da qualidade de vida (QV) desse contingente.

Conforme ressaltam as Nações Unidas (2014)⁴, são necessárias estratégias para melhorar a prevenção e o gerenciamento de condições crônicas, disponibilizando cuidados de excelência acessíveis a todos os idosos, levando em consideração o ambiente físico e social. Como consta na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tanto os profissionais de saúde como a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não são privilégios apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos, e as ações de prevenção, sejam primárias, sejam secundárias, sejam terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde em todas as idades.⁵

Nesse contexto, observa-se aumento da expectativa de vida da mulher através dos séculos. Tal fato, associado ao crescimento da população feminina por grupo etário, faz com que esse período constitua prioridade em saúde pública.³ Quanto mais longo for o ser humano, maior será a probabilidade de adquirir doenças que comprometem sua independência e autonomia, levando-o a sofrimento físico, mental, social e emocional.¹ Em 2012, a proporção humana era de aproximadamente 1,01 homem para 1 mulher. Na Ásia, principalmente na China e na Índia, havia maior proporção de homens; já em países no Ocidente, como Estados Unidos, Reino Unido e Brasil, o número de mulheres se torna levemente superior ao de homens. No mesmo ano, foi possível verificar que 7,9% da população mundial tem idade superior a 65 anos.⁶ Desse modo, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), divulgados pelo IBGE em 2018, o número de mulheres no Brasil corresponde a 51,7%, e 8,6% possuem mais de 60 anos.³

O envelhecimento é um processo natural da vida de todo ser humano, chamado de senescência, que ocorre de forma individual. Com o avanço da idade, surgem alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos

e são próprias do envelhecimento humano; nele ocorre a diminuição progressiva da funcionalidade de nosso corpo.⁷ Porém, esse mecanismo pode ser desacelerado quando associado com um estilo de vida ativo e saudável. Nas mulheres, por exemplo, as mudanças incluem perdas físicas, cognitivas e sociais, essencialmente no período conhecido como climatério⁴, momento de transição em que a mulher passa da fase reprodutiva para a de pós-menopausa; há uma diminuição das funções ovarianas, fazendo com que os ciclos menstruais se tornem irregulares, até cessarem por completo.⁸

A avaliação clínica da mulher deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. Estar atento a isso, principalmente no período pós-menopáusicos, é auxiliar no conhecer de como ela percebe as próprias condições de saúde; além disso, trata-se de uma medida fundamental para adotar estratégias preventivas e de promoção de saúde a fim de se evitarem morbidades, possibilitando melhor qualidade nessa fase da vida.^{9,10} Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar como alterações físicas e fisiológicas da menopausa influenciam a QV das mulheres pós-menopausa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada com participantes da Divisão de Atenção ao Idoso (DATI) da cidade de Passo Fundo, no Estado do Rio Grande do Sul, após a aprovação da coordenação da instituição, no período entre agosto e setembro de 2019. Foram incluídas mulheres que aceitaram tomar parte livremente da pesquisa, com idade a partir de 50 anos, residentes em Passo Fundo (RS) e que já tinham cessado a menstruação de forma natural. Excluíram-se indivíduos do sexo masculino, aqueles com idade inferior a 50 anos, mulheres em uso de medicação, como tratamento hormonal, que estavam fazendo uso de algum medicamento que pudesse influenciar o tratamento, ou que já haviam realizado alguma intervenção fisioterapêutica, menopausa provocada, como por exemplo, por quimioterapia e radioterapia, e com qualquer incapacidade de responder à entrevista e aos questionários submetidos.

Antes de realizar a coleta de dados, foram esclarecidos aos indivíduos os riscos e os benefícios, os direitos e as garantias, bem como deixado claro o seu consentimento

de participar livremente da pesquisa. Na sequência, houve a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados nas dependências do DATI de cada um dos bairros selecionados. O preenchimento foi feito pelos pesquisadores por meio de anotação das informações que as participantes concediam e durou, em média, 30 minutos. Foram convidadas a participar do estudo 165 mulheres, destas 50 recusaram e 15 não se encaixaram nos critérios definidos. Desse modo, incluíram-se 100 pessoas.

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados: uma ficha de avaliação, contendo dados de identificação, queixa principal, história clínica e obstétrica, antecedentes ginecológicos, funcionalidade e medicações em uso; e o questionário *Menopause Rating Scale* (MRS).¹¹

O MRS é um questionário que avalia a QV e os sintomas do período climatérico. Já formalmente traduzido e validado para a Língua Portuguesa em 2003, ele é constituído de 11 questões distribuídas em três subescalas: sintomas somatovegetativos (falta de ar, suores, calores, mal-estar do coração, problemas de sono e problemas musculares e nas articulações); psicológicos (estado de ânimo depressivo, irritabilidade, ansiedade, esgotamento físico e mental); e urogenitais (problemas sexuais, problemas de bexiga e ressecamento vaginal).

Diante das questões, as mulheres podem escolher entre cinco possibilidades de resposta, graduadas de forma crescente quanto à intensidade dos sintomas: 0 = ausência; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = severo; e 4 = muito severo. Para cada indivíduo, o escore de cada subescala resulta da soma da pontuação dos itens dela e varia de zero (nenhum sintoma) a 44 (maior pontuação obtida associada a uma severa sintomatologia e a uma pior QV). O mesmo é resultante da soma do total de escores das três subescalas, e os sintomas podem classificar-se em: a) assintomáticos ou escassos (0-4 pontos); b) leves (5-8 pontos); c) moderados (9-15 pontos); ou d) severos (mais de 16 pontos).

Os dados foram verificados por meio de análise estatística descritiva em que calcularam-se média e desvio-padrão das variáveis “idade” e “idade da menopausa”; das demais, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais. Para a correlação entre as queixas principais e comorbidades, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* ($p \leq 0,005$).

Para verificação da confiabilidade das respostas, utilizou-se o *Alfa de Cronbach*. Considerado uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa, ele mede a correlação entre respostas mediante a análise das respostas dadas pelos participantes, apresentando uma correlação média entre as perguntas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade de Passo Fundo (CEP-UPF), sob parecer n. 2.766.633 e seguiu as diretrizes da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 165 indivíduos; destes, 15 não atenderam aos critérios de inclusão e 50 recusaram a participação, totalizando 100 indivíduos (Figura 1).

A idade mínima das participantes é de 52 anos, e a máxima, 86 anos – a média é de 67,2 ($\pm 8,3$ anos). Na variável de estado civil, evidencia-se que 36% das mulheres são casadas ($n = 36$), seguidas de 32% ($n = 32$) viúvas. Sobre o nível de escolaridade, grupo tem maior proporção de mulheres com ensino fundamental completo ($n = 47$, 47%). Já em relação à profissão, a maioria é aposentada ($n = 59$, 59%), e em seguida vem a de doméstica ($n = 23$, 23%).

A respeito das comorbidades, evidenciou-se prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ($n = 20$, 20%) e a presença desta, associada com diabetes, doenças da glândula tireoide, hipercolesterolemia e depressão ($n = 19$, 19%). Quando solicitadas para apontar as queixas dolorosas, a maioria das mulheres relatou dores em membros inferiores (MMII) e na coluna ($n = 13$) (13%, respectivamente, para cada sintoma), seguida de 12% ($n = 12$) com dores musculares em geral; 35 participantes (35%) relataram nenhuma queixa. Quanto aos hábitos de vida, todas relataram praticar atividades físicas, mas enfatiza-se que a maioria as realiza nas dependências do DATI. Em relação ao tabagismo e ao etilismo, a maior parte negou o uso com frequência (Tabela 1).

Quando correlacionadas as queixas principais (dores em MMSS, MMII, coluna e dores musculares em geral) com as comorbidades, os resultados, obtidos por meio do Teste de *Sperman*, apresentaram-se significativos ($p = 0,05$).

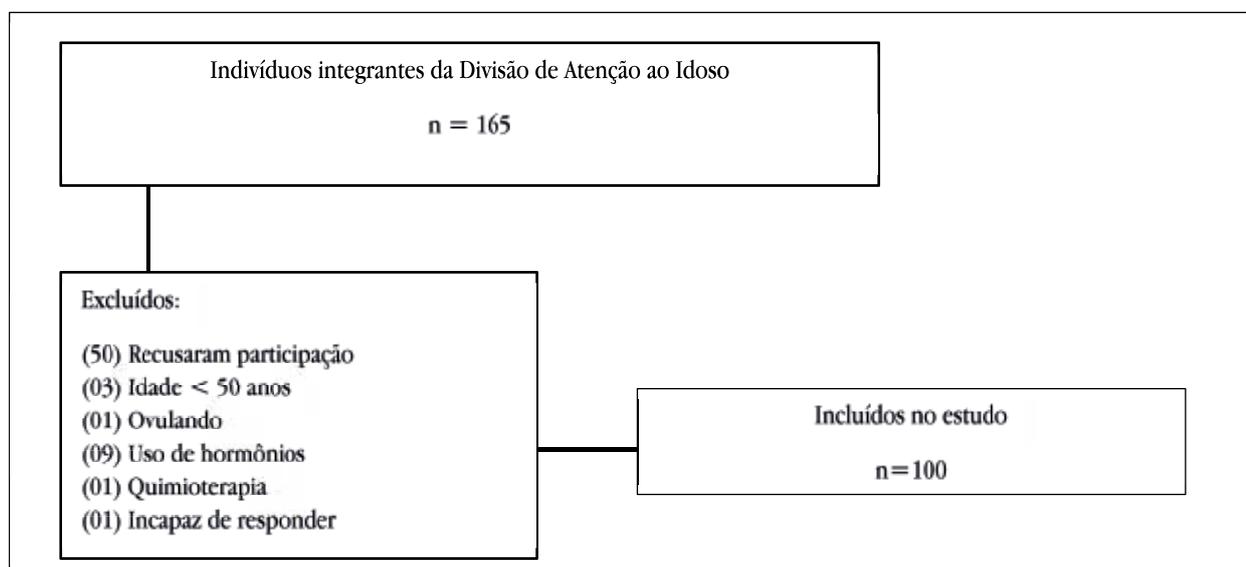


Figura 1. Fluxograma sobre processo de inclusão e exclusão de indivíduos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Tabela 1. Caracterização da amostra total

(Continua)			(Conclusão)		
Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Estado civil			Doenças da tireoide	2	2,0%
Casada	36	36,0%	Hipercolesterolemia	2	2,0%
Solteira sem união estável	10	10,0%	Depressão	1	1,0%
Solteira com união estável	9	9,0%	Comorbidades anteriores associadas	19	19,0%
Divorciada	13	13,0%	Outras	12	12,0%
Viúva	32	32,0%	Queixa principal		
Escolaridade			Sem queixas	35	35,0%
Ensino Fundamental incompleto	27	27,0%	Dores em MMSS	9	9,0%
Ensino Fundamental completo	47	47,0%	Dores em MMII	13	13,0%
Ensino Médio completo	20	20,0%	Dores na coluna	13	13,0%
Ensino Superior completo	6	6,0%	Dores musculares	12	12,0%
Profissão			Outras queixas	18	18,0%
Aposentada	59	59,0%	Atividade física		
Doméstica	23	23,0%	Pratica atividade física	100	100%
Técnica em Enfermagem	2	2,0%	Não pratica atividade física	0	0%
Agricultora	4	4,0%	Tabagismo		
Comerciante	4	4,0%	Fumante	13	13,0%
Auxiliar de Serviços Gerais	2	2,0%	Não fumante	87	87,0%
Outras	6	6,0%	Etilismo		
Comorbidades			Etilista	4	4,0%
Sem comorbidades	41	41,0%	Não etilista	96	96,0%
Hipertensão Arterial	20	20,0%			
Diabetes	3	3,0%			

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A idade média de início de menopausa foi de 48,0 anos ($\pm 8,06$) (valor mínimo de 21, e máximo, de 62 anos). A Tabela 2 descreve a história obstétrica e ginecológica das participantes, expondo que a maioria apresentou dois ou três partos – 29% ($n = 29$) e 35% ($n = 35$), respectivamente –, a maior parte foi do tipo normal ($n = 61$, 61%). Quando abordadas a respeito do tipo de menopausa, 81% ($n = 81$) relataram ter sido espontânea, e 19% ($n = 19$), induzida – nesse caso, a maioria devido a cirurgias ginecológicas como histerectomia, *sling* e laqueadura.

Tabela 2. História obstétrica e ginecológica das mulheres entrevistadas

História	n	%
Partos		
Nulípara	7	7,0%
Um parto	5	5,0%
Dois partos	29	29,0%
Três partos	35	35,0%
Quatro ou mais	24	24,0%
Tipo de parto		
Nulípara	7	7,0%
Normal	61	61,0%
Cesárea	15	15,0%
Ambos	17	17,0%
Tipo de menopausa		
Espontânea	81	81,0%
Induzida	19	19,0%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Na avaliação dos sintomas no climatério, identificou-se, por meio de seu escore total, a presença de sintomatologia em 91% ($n = 91$) das participantes, e 9% ($n = 9$) mostrou-se assintomática. A sintomatologia moderada ($n = 36$, 36%) foi a de maior intensidade, seguida da severa ($n = 33$, 33%) e leve ($n = 22$, 22%). Já na avaliação específica da QV, o valor mínimo foi de 0 ponto, e o máximo, 38 pontos, apresentando como média 13,45 pontos ($\pm 7,92$).

Quanto aos três domínios apresentados no questionário MRS, obtiveram-se os seguintes resultados: em

relação à sintomatologia somatovegetativa, houve predominância das queixas locomotoras, com 80% ($n = 80$) – dores musculares e nas articulações; nos sintomas psicológicos, prevaleceu o quesito esgotamento físico e mental ($n = 56$, 56%), que envolve a caída geral no desenvolvimento, falta de concentração e memória; por fim, nos sintomas urogenitais, observou-se, com 44% ($n = 44$) de predominância, a secura vaginal, apresentada pela sensação de ressecamento e ardência na região genital e problemas durante a relação sexual (Tabela 3).

Tabela 3. Qualidade de vida para os sintomas climatéricos, segundo o MRS

Domínios	Sintomas	n		%	
		Não possui	Possui	Não possui	Possui
Sintomas somato-vegetativos	Fenômenos vasomotores	52	48	52,0%	48,0%
	Queixas cardíacas	60	40	60,0%	40,0%
	Insônia	38	62	38,0%	62,0%
Sintomas psicológicos	Queixas locomotoras	20	80	20,0%	80,0%
	Depressão	50	50	50,0%	50,0%
	Irritabilidade	49	51	49,0%	51,0%
Sintomas urogenitais	Ansiedade	48	52	48,0%	52,0%
	Esgotamento físico e mental	44	56	44,0%	56,0%
	Sexualidade	65	35	65,0%	35,0%
	Queixas urinárias	61	39	61,0%	39,0%
	Secura vaginal	56	44	56,0%	44,0%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

Os três componentes do questionário MRS apresentam boa consistência interna, avaliada por meio do *Alfa de Cronbach*, com valor de 0.70, indicando que cada um dos componentes mede um aspecto particular do construto geral.

DISCUSSÃO

As mulheres participantes deste estudo eram, em sua maioria, idosas, casadas, possuíam Ensino Fundamental completo, eram donas de casa e aposentadas. Esses dados vão ao encontro de um estudo caso-controle

realizado em Caxias do Sul (RS), no qual se compararam os aspectos relacionados à QV de 197 mulheres pós-menopáusicas e cujos achados apontaram que a média etária foi de $60,5 \pm 6,9$, casadas (64,4%) e com Ensino Médio completo (72%).¹²

Quanto à alta prevalência de HAS, os resultados coincidem com um estudo feito em mulheres pós-menopáusicas atendidas em assistência primária no Brasil, segundo o qual 46% das participantes apresentavam altos índices dessa patologia. No presente estudo, isso corresponde a 20% da amostra. Ainda nesse estudo realizado na atenção primária brasileira¹², no quesito atividade física, 31% das mulheres alegaram ser sedentárias, 12,8% declararam ser muito ativas e 55,5% disseram fazer atividades por períodos irregulares. Já no presente estudo, 100% das integrantes relataram praticar atividades físicas regularmente.

Quanto aos hábitos de vida, a maioria das participantes da presente pesquisa sinalizou que não era tabagista (87%) nem etilista (96%). Esses dados são considerados bons, já que um estudo de revisão integrativa que avaliou os hábitos sociais de saúde na menopausa realizada em 2019¹³ relatou que o tabagismo pode influenciar a idade da menopausa, ou seja, as fumantes experimentam essa patologia em idade precoce. Esse estudo ainda ilustra que o tabagismo e outras drogas são a causa mais importante da menopausa precoce.¹³

Quanto ao início da menopausa, a média de idade assemelha-se à de trabalho de Shadyab *et al.*,¹⁴ realizado em 2019, que avaliou se as idades na menarca e menopausa e tempo de vida reprodutiva tinham relação com a longevidade das mulheres; nesse estudo, a idade média de início foi de 49 anos. A idade do início da menopausa normalmente varia dos 40 aos 65 anos; é precoce antes dos 40 anos, e considerada tardia depois dos 55 anos.³ Porém, vale destacar que uma das participantes teve a idade mínima de menopausa de 21 anos, devido à cirurgia de retirada no útero. A forma mais prevalente do tipo de menopausa foi a natural.

Tendo em vista que a maioria das mulheres apresentou uma média de dois a três partos, um estudo realizado em 2002 no Ambulatório de Climatério da Universidade de Caxias do Sul (UCS) se relaciona com o atual, demonstrando que 53,3% das participantes tiveram de um a três partos.¹⁵ O parto normal foi o mais prevalente, não

corroborando com uma pesquisa realizada em 2016 na Maternidade São Sebastião, da Casa de Caridade São Vicente de Paula, localizada no município de Miraflores (MG), em que a maioria dos partos (79%) foi cesariana.¹⁶ Tal discordância pode se dever ao fato de que atualmente o Brasil possui uma taxa de 55,6% de partos cesarianos – vale lembrar que o índice recomendado pela OMS é de apenas 15%.

Já em relação às queixas principais, como as dores nos MMII e coluna, o mesmo aconteceu em um estudo realizado na Unidade de Saúde da Família Luiz Fogliatto, no município de Ijuí (RS), em que destacaram-se com maior frequência as dores na coluna lombar, no joelho e no tornozelo/pé.¹⁷ Porém, é necessário ressaltar que tal pesquisa foi feita com mulheres que apresentavam sobrepeso, e, devido a isso, ocorre maior sobrecarga nas estruturas articulares e musculares, o que pode explicar a dor nesses locais. Segundo Pai, o peso sobrecarrega as estruturas ósseas e as articulações, incluindo a coluna e os membros inferiores, principalmente os pés, que sustentam todo o peso do corpo, levando a sérias complicações como lesões, dificuldade de locomoção e dores.¹⁸

Nesta pesquisa, tal fato pode ser justificado com a correlação entre as queixas principais e as comorbidades, pois é visível que ambas estão ligadas; ou seja, uma comorbidade irá influenciar as queixas apresentadas pelos indivíduos, e vice-versa.

Em um estudo cujo objetivo foi avaliar a influência de atividade física na QV e sintomas referidos por um grupo de mulheres pós-menopáusicas, as participantes que não eram sedentárias apresentaram 64,6% de sintomatologia leve, ao passo que as sedentárias revelaram 42,4% de sintomas moderados.¹² Baseado nisso, é possível dizer que as mulheres que praticam atividades físicas regularmente possuem menor ocorrência dos sintomas, melhoram suas condições e hábitos de vida, interferindo diretamente na QV.

Contudo, as participantes do presente estudo só realizam práticas básicas de exercícios ofertadas pelo DATI, e, para melhorar o desempenho em geral, necessitam adquirir o costume de se exercitar com maior frequência e com atividades diferentes das oferecidas na unidade. Dessa forma, poderia ser diminuída a sintomatologia em geral.

Sobre a sintomatologia relacionada à QV, os resultados indicaram presença dos sintomas climatéricos em

quase a totalidade das mulheres pesquisadas. O mesmo ocorreu em um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe em 2018, em que se observou presença de sintomatologia em 73,1% da população. Porém, na classificação baseada no escore total, os sintomas ficaram classificados em severos (38,5%) e moderados (26,9%).¹⁹

Neste estudo, a QV das mulheres mostrou-se pouco comprometida, tendo em vista que quanto maior a pontuação obtida no escore total, pior a qualidade de vida. Contudo, mesmo que as participantes tenham tido uma sintomatologia moderada, pode-se concluir que os resultados não influenciaram a sua QV em geral, já que a média do escore total foi baixa. Considerando-se o domínio de questões somatovegetativas, este estudo apresentou como resultados comuns entre os mais severos os problemas musculares e nas articulações.

Quando avaliado o domínio urogenital, que teve como prevalência a secura vaginal, um estudo epidemiológico, prospectivo e longitudinal realizado em mulheres com idade entre 40 e 65 anos de idade e menopausa há no máximo cinco anos, atendidas nos serviços de atenção primária à saúde de um município do interior paulista, apresentou como resultado prevalente o mesmo sintoma, além de falta de desejo na atividade e na satisfação sexual.²⁰ Esses achados foram ao encontro de uma pesquisa de prevalência de sintomas sexuais em 27.743 mulheres asiáticas no pós-menopausa.²¹

Considerando-se esses resultados, pode-se entender que um sintoma está associado ao outro, pois se a mulher apresentar ressecamento e ardência vaginal, conseqüentemente terá problemas sexuais, visto que a falta de lubrificação vaginal pode causar dor durante a relação sexual e desencadear a dispareunia. Esse termo é usado para descrever a sensação de desconforto ou dor durante essa atividade – que pode ser constante ou persistente e inicia-se no momento da penetração, durante o ato sexual ou logo após o seu fim.²²

Ainda em relação ao conhecimento das mulheres, é perceptível que há uma diminuição dele quando o assunto é climatério e menopausa. Outra influência é a forma familiar de lidar com tal assunto. Nas influências positivas, destacam-se o carinho, a afetividade e a relação de identidade como primordiais para o enfrentamento do

estresse.^{23,24} Entre as negativas, a falta de escuta por parte dos cônjuges pode causar conflitos. Lançar mão de estratégias que envolvam os homens no processo de cuidado das mulheres climatéricas é imprescindível para amenizar mal-entendidos.^{24,25} Essas condições afetam diretamente o convívio social, provocando constrangimento, limitação das atividades diárias e, principalmente, um grande impacto na QV das pessoas.²⁴

Dessa forma, mesmo não havendo uma relação entre os sintomas do climatério e a QV apresentada pelas mulheres, é de grande importância a elaboração de programas e estratégias que visem à prevenção e à promoção de saúde, o alívio dos sintomas e o controle sobre as doenças secundárias mais frequentes nesse período. Assim, será possível melhorar a QV dessa população, contribuindo para que as atitudes em relação ao envelhecimento pessoal se tornem mais positivas, bem como as percepções das condições de saúde e de vida.

CONCLUSÃO

Neste estudo, as alterações físicas, como dores musculares e falta de lubrificação vaginal, e as fisiológicas, como falta de concentração e de memória, não influenciaram a QV das mulheres pós-menopáusicas. Tal resultado pode ter sido favorecido pelo fato de o questionário oferecer respostas subjetivas, mesmo o *Alfa de Cronbach* tendo apresentado uma boa consistência interna.

Como limitações desta pesquisa, destaca-se o tamanho da amostra, que foi pequena devido haja vista que o estudo foi realizado em único local (DATI), o que não representa o total da população do município. Além disso, outros trabalhos observacionais devem ser realizados para se saber mais sobre pós-menopausa e o impacto na qualidade de vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Silva RM, Brasil CCP, Papaléo NM, Kitadai FT, Salles RFN, Vilas Boas CM. et al. A quarta idade: o desafio da longevidade. *Cien Saude Colet.* 2016; 21(11):3631-3632.
2. Agência Brasil. [Internet]. Brasileiros com 65 anos ou mais são 10,53% da população, diz FGV [acesso em 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://agenciabrasil.gov.br/noticia/2020/06/15/brasil-65-anos-1053-da-populacao-diz-fgv>

- sil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/brasileiros-com-65-anos-ou-mais-sao-10-53-da-populacao-diz-FGV.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional Por Amostra De Domicílios Contínua [Internet]. Conheça o Brasil População. Rio de Janeiro, 2018. [acesso em 2020 Jun 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>.
 4. Nações Unidas Brasil [Internet]. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [acesso em 2020 Jun 14]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>.
 5. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [acesso em 2020 Jun 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
 6. Index Mundi [homepage na internet]. World Demographics Profile 2019 [acesso 2020 Jun 14]. Disponível em: https://www.indexmundi.com/world/demographics_profile.html.
 7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Manual de Orientação-Climatério 2010 [acesso em 2020 Jun 14]. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf.
 8. Jenabi E, Gholamaliee B, Khazaei S. Correlation between Health Literacy and Quality of Life in Iranian Menopausal Women. *J Menopausal Med.* 2020 Apr; 26(1):34-38.
 9. Chemerinski A, Cameron K, Sammel M, Ginsberg J, Carlson C, Gracia C. Relationship of menopausal symptoms and ovarian reserve in reproductive-aged cancer survivors. [acesso em 2020 Abr 30]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32323140/>.
 10. Szymona PK, Adamczuk J, Sapalska M, Gorbaniuk O, Robak JM, Krackowski JJ. Body image in perimenopausal women. *Prz Menopausalny.* 2019 Dec; 18(4):210-216.
 11. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HPG. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1:28.
 12. Tairova OS, Lorenzi DRS. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Rev bras geriatr gerontol.* 2011; 14(1):135-145.
 13. Namazi M, Sadegui R, Moghadam ZB. Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *Int J Women's Health.* 2019; 11:637-647.
 14. Shadyab AH, Macera CA, Shaffer RA, Jain S, Gallo LC, Gass MLS. et al. Ages at Menarche and Menopause and Reproductive Lifespan As Predictors of Exceptional Longevity in Women: The Women's Health Initiative. *J Menopause.* 2017 Jan; 24(1):35-44.
 15. Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha JI. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *RAMB.* 2006; 52(5):312-317.
 16. Oliveira FS, Souza JPP, Carmo LSL, Silva RS. Análise do enfermeiro sobre a prevalência de partos em mulheres internadas em um hospital do interior de Minas Gerais. *Rev Cient Da Faminas.* 2017; 12(3):18-30.
 17. Rasia J, Berlezi EM, Bigolin SE, Schneider RH. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *RBCEH.* 2007; 4(1):28-38.
 18. Pai MIB [Internet]. Dores no pé e o excesso de peso. 2020 [acesso em 2020 Jun 18]. Disponível em: <https://www.hong.com.br/dores-no-pe-e-o-excesso-de-peso/#:~:text=Peso%20acarreta%20problemas%20nos%20p%C3%A9s&text=O%20peso%20sobrecarrega%20coluna%20e,problemas%20nos%20p%C3%A9s%2C%20entre%20outras>.
 19. Jesus AKS, Prado DS, Santos BR, Carvalho Barreto ID. Fatores Associados A Disfunções Sexuais No Climatério. *Rev bras sex hum.* 2019; 29(2):36-46.
 20. Miranda JS, Silva Marques MDL, Corrente JE. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):803-809.
 21. Islam RM, Sino RJ, Davis SR. Prevalence of Sexual

- Symptoms in Relation to Menopause in Women in Asia: A Systematic Review. *J Menopause*. 2018 Feb; 25(2):231-238.
22. Valadares AL, Pinto NAM, Gomes D, D'Avanzo WC, Moura AS, Costa Paiva L et al. Dyspareunia in HIV-positive and HIV-negative middle-aged women: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2014; 4(11):e004974.
23. Yang CF, Kenney NJ, Chang TC, Chang SR. Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2016; 72(4):770-81.
24. Jong MA, Westerop LLV, Hoogerbrugge N, Massuger LF, Maas AH, Beek MHV et al. Self-compassion, Physical Fitness and Climacteric Symptoms in Oophorectomized BRCA1/2 Mutation Carriers. *Maturitas*. 2018 Feb; 108:13-17.
25. Rodolpho JRC, Quirino BC, Hoga LAK, Rosa PLFS. Men's perceptions and attitudes toward their wives experiencing menopause. *J. Women Aging*. 2016; 28(4):322-33.