

Sobrepeso e obesidade e fatores associados ao climatério

Overweight and obesity and factors associated with menopause

Jaqueline Teixeira Teles Gonçalves¹

Marise Fagundes Silveira²

Maria Cecília Costa Campos³

Lúcia Helena Rodrigues Costa⁴

Abstract *This study aims to check the association between overweight and obesity and sociodemographic, behavioral and clinical factors in menopausal women. A cross-sectional study of a sample of 253 menopausal women who answered questions about socioeconomic and demographic factors, health in general, eating habits and behaviors. Body-mass index (BMI) was used to assess participant nutritional status. The Menopause Rating Scale (MRS) was used to assess quality of life. To assess sexual performance we used SQ-F (Sexual Quotient, Female Version). We used bivariate analysis and hierarchical multiple regression to identify the factors associated with being overweight during menopause. Using BMI we found that 30.8% of the sample was overweight and 35.2% obese, totaling 66% overweight women in the sample. In the multiple analysis, not owning a home, the severity of symptoms using MRS, use of continuous use medication and having been on any type of diet were associated with being overweight or obese. Nutritional intervention for weight control and changing behaviors could produce considerable benefits in terms of the health and quality of life of menopausal women.*

Key words *Obesity, Menopause, Women's health*

Resumo *O objetivo deste estudo é verificar a associação entre sobrepeso e obesidade e fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em mulheres climatéricas. Estudo transversal, com amostra de 253 mulheres climatéricas, que responderam questões sobre fatores socioeconômicos e demográficos, saúde geral, hábitos alimentares e comportamentais. Para a avaliação do estado nutricional, foi utilizado índice de massa corpórea (IMC). Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado a Menopause Rating Scale (MRS). Empregou-se o Quociente Sexual (QS-F)-Versão Feminina para a avaliação do desempenho sexual. Utilizou-se análise bivariada e regressão múltipla hierarquizada para identificar fatores associados ao sobrepeso e à obesidade no climatério. Pela análise do IMC, 30,8% apresentaram sobrepeso e 35,2%, obesidade, totalizando 66% de excesso de peso. Na análise múltipla, não possuir casa própria, gravidade de sintomas pela avaliação do MRS, uso de medicamento de forma contínua e ter feito algum tipo de dieta apresentaram associação com sobrepeso e obesidade. Intervenção nutricional, visando ao controle de peso e mudanças de hábitos de vida, poderá resultar em benefícios consideráveis relativos à saúde e qualidade de vida das mulheres climatéricas.*

Palavras-chave *Obesidade, Climatério, Saúde da mulher*

¹ Departamento de Medicina, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Av. Profa. Aida Mainartina Paraíso 80, Ibituruna. 39408-007 Montes Claros MG Brasil. jaquelinettg@gmail.com

² Departamento de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros MG Brasil.

³ Departamento de Medicina, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros. Montes Claros MG Brasil.

⁴ Departamento de Enfermagem, Unimontes. Montes Claros MG Brasil.

Introdução

A obesidade é reconhecida como uma alteração metabólica multifatorial e de caráter epidêmico. Sua prevalência vem aumentando de maneira alarmante em praticamente todos os países, tornando-se um grave problema de saúde pública. No Brasil, 64,9% das mulheres apresentam sobrepeso e obesidade, sendo sua frequência maior na faixa etária de 55 a 64 anos,¹ associados com menor escolaridade².

Nas mulheres, múltiplos fatores são apontados como principais causas para o desenvolvimento da obesidade, como alterações decorrentes do próprio envelhecimento e também mudanças no estilo de vida, como a diminuição da atividade física e o maior consumo de alimentos de alta densidade energética³. Pesquisadores identificaram que a epidemia de obesidade foi causada por mudanças enfrentadas nos ambientes econômicos, sociais e físicos⁴.

No Brasil, o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada e a expectativa de vida da população feminina é maior em relação à masculina. Como consequência, maior número de mulheres vai experimentar mudanças relacionadas ao climatério⁵, razões pelas quais essa fase da vida merece maior atenção no âmbito da saúde pública.

O Climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma etapa natural da vida da mulher que corresponde a passagem entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, com decréscimo da produção de hormônios esteróides⁶. Tal período se inicia por volta dos 40 anos, estendendo-se até 60-65 anos. A menopausa é um marco dessa fase, acontecendo por volta dos 49 anos de idade, sendo diagnosticada quando ocorrem doze meses de ausência de fluxo menstrual⁶.

O hipostrogenismo decorrente da transição menopausal tem sido apontado como a principal causa responsável pela obesidade, por sintomas vasomotores, urogenitais e psicológicos, menor desempenho sexual e também pelo atual perfil de morbimortalidade em mulheres após os 50 anos quando associados a fatores ambientais, psicossociais e culturais⁷. Dados recentes têm associado às taxas de mortalidade à idade de início da menopausa, sendo que mulheres com menor idade à menopausa apresentam maior taxa de mortalidade, principalmente por causas cardiovasculares^{8,9}.

Sendo assim, embora os dados de morbidade sejam escassos, os dados de mortalidade em mulheres no climatério justificam a realização de

pesquisas nesta área com a finalidade de prover subsídios para a promoção à saúde e prevenção de doenças¹⁰. Diante da relevância do tema e de seu impacto na saúde da mulher, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre sobrepeso e obesidade e fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos em mulheres climatéricas.

Métodos

Trata-se de estudo transversal descritivo com mulheres climatéricas com idade de 40 a 60 anos, participantes de um evento anual de educação em saúde sobre o câncer de mama, entre os meses de agosto e outubro de 2013, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Montes Claros-MG, Brasil.

A escolha da referida amostra se deu por acessibilidade, por não existir no município um local específico para atendimento de mulheres no climatério. Foram consideradas elegíveis as mulheres com idade entre 40 e 60 anos com condições físicas de aferição de dados antropométricos. Foram excluídas mulheres grávidas, com incapacidade de responder ao questionário, com doenças psiquiátricas e qualquer fator que impossibilitasse a entrevista (ex: falta de tempo, doença ou analfabetismo, recusa explícita). Os autores conduziram treinamento prévio de todos os entrevistadores e mantiveram supervisão sobre os dados coletados. O estado nutricional avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) foi considerado variável desfecho do estudo, sendo categorizado em baixo peso: < 18,5; eutrófico: 18,5-24,9; sobrepeso: 25-29,9 e obesidade: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ¹¹. Para cálculo do IMC foi feita aferição da estatura e o peso. Para avaliação do peso corporal, as mulheres foram pesadas vestindo roupas leves e sem calçados, na posição ortostática, com os pés juntos e braços relaxados ao longo do corpo, em uma balança eletrônica portátil Geratherm® Body Fat Scale, com capacidade para 150 Kg, mínima e precisão de 50 g.

A estatura foi medida por meio de fita métrica inelástica marca Carci®, com escala de 0 a 150 cm, fixada em uma parede plana, sem rodapé. Nessa medição, as mulheres foram orientadas a manter os pés juntos, em postura ereta, com olhar fixo no horizonte, sem fletir ou estender a cabeça. As medidas de peso e altura foram realizadas em duplicata e a média feita para posterior cálculo do IMC.

As mulheres responderam a uma entrevista com questões dirigidas referentes às variáveis in-

dependentes, que foram alocadas em seis blocos: (1) socioeconômicas e demográficas, (2) reprodutivas e qualidade de vida-MRS, (3) desempenho sexual, (4) saúde geral, (5) hábitos alimentares, (6) comportamento relacionado à saúde.

O bloco das variáveis socioeconômicas e demográficas incluiu a faixa etária (40-45, 46-50, 51-55, 56-60 anos), cor de pele autorreferida (branca e não branca), estado marital (com companheiro fixo e sem companheiro fixo), escolaridade (categorizada em sem instrução/fundamental incompleto, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), renda familiar mensal (até R\$ 340,00, de R\$ 341 a R\$ 678,00, acima de R\$ 678,00), ocupação (remunerada e não remunerada) e se possuía casa própria (sim ou não).

As variáveis reprodutivas compreenderam idade da menarca (menor ou igual a 12 anos e acima de 12 anos), idade que entrou na menopausa (menor ou igual a 50 anos, acima de 50 anos e não entrou) e o perfil climatérico (categorizado em pré menopausa e pós menopausa). Pré-menopausa, se os ciclos menstruais estavam naturalmente mantidos; pós-menopausa e se havia amenorreia espontânea, por um período igual ou superior há 12 meses consecutivos. O estado menopausal foi definido com base na história menstrual no último ano. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o *Menopause Rating Scale* (MRS), um instrumento validado para o português, composto por 11 questões que abordam sintomas divididos em domínios somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais. Através desse instrumento cada mulher dava o seu parecer relativo a cada sintoma, podendo ser classificado como ausente, leve, moderado, severo e muito severo¹².

O desempenho sexual foi avaliado a partir do questionário Quociente Sexual (QS-F) -Versão Feminina, composto por 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. É um instrumento que avalia os vários domínios da atividade sexual da mulher (desejo, excitação, orgasmo e seus respectivos correlatos psicofísicos). Quanto maiores os escores para as questões do QS-F (excetuando-se a pergunta relativa à presença de dor), melhor indicativo de desempenho/satisfação sexual da mulher¹³.

O bloco da saúde geral foi constituído pelas seguintes variáveis: uso de terapia hormonal, que foi dicotomizada em 'usa ou já usou' e 'uso de outros medicamentos', que foi categorizada em 'faz uso contínuo de medicamentos' ou 'não faz uso'. Para avaliar os hábitos alimentares, utilizaram-se as variáveis: 'uso de suplemento de soja', 'consumo de frutas, verduras e legumes' e 'faz dieta'.

Em relação ao 'uso de suplemento de soja' foi dicotomizado em 'sim' e 'não'. Para saber o consumo de frutas, legumes e verduras foram feitas duas perguntas ('quantas vezes consome por semana' e 'por dia'). As variáveis foram dicotomizadas em 'consumo de frutas 3 a 5 vezes/semana', 'consumo de verduras e legumes 3 a 5 vezes/semana', devido ao baixo número de pessoas que relataram consumir a quantidade recomendada pelo guia Alimentar para a População Brasileira¹⁴. Quanto a variável 'fazer dieta' foi perguntado se faz ou já fez dieta para perder peso e nunca fez.

O bloco 'comportamento relacionado à saúde' foi constituído pela variável 'atividade física', que foi avaliada de acordo com os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁵. Considerou-se sedentária toda mulher sem atividade física regular, ou seja, com frequência mínima de três vezes por semana e duração não inferior a 30 minutos, independente da modalidade de exercício realizado¹⁵.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis investigadas por meio de suas distribuições de frequências. Em seguida, foram realizadas análises bivariadas entre a variável desfecho e cada variável independente, adotando-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Foram estimadas Razões de Prevalência (RP) brutas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) inferior a 0,25 foram selecionadas para análise múltipla. Na análise múltipla utilizou-se o modelo de regressão de Poisson hierarquizado. Para este modelo foi seguido o esquema apresentado na Figura 1, composto por blocos de variáveis em níveis distal (variáveis socioeconômicas e demográficas), intermediário (reprodutivas e qualidade de vida -MRS e desempenho sexual) e proximal (saúde geral, hábitos alimentares e comportamento relacionado a saúde)¹⁶.

Em cada nível hierárquico adotou-se o procedimento passo à frente (*stewise forward procedure*), ou seja, iniciou-se o modelo com a variável com maior significância estatística, selecionada na análise bivariada e, a seguir, foram acrescentadas as demais variáveis, uma a uma por ordem decrescente do nível descritivo.

O bloco das características demográficas e socioeconômicas foi o primeiro a ser incluído no modelo, permanecendo como fator de ajuste para os determinantes intermediários e proximais somente aquelas variáveis que apresentaram nível descritivo $p < 0,05$. Em seguida, foram incluídas as variáveis do nível intermediário (reprodutivas

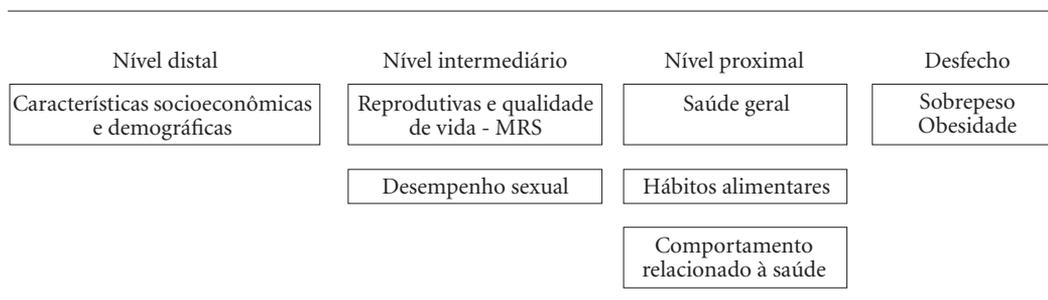


Figura 1. Modelo hierárquico conceitual.

Fonte: Lins et al.¹³.

e qualidade de vida-MRS e desempenho sexual), permanecendo no modelo somente aquelas que apresentaram nível descritivo $p < 0,05$, após o ajuste para as variáveis do nível distal. Por último, foram incluídas as variáveis do nível proximal (saúde geral, hábitos alimentares e comportamento relacionado à saúde), permanecendo no modelo somente aquelas variáveis que apresentaram nível descritivo $p < 0,05$, após ajuste para as variáveis dos níveis distal e intermediário.

Foram estimadas Razões de Prevalências (RP) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Para avaliar a qualidade de ajuste do modelo múltiplo utilizou-se o teste de *Deviance*. Empregou-se o programa estatístico PASW® 17.0 para realização das análises.

O presente estudo foi conduzido conforme a Resolução 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros.

As mulheres que se encontravam esperando o agendamento de mamografia foram convidadas individualmente a participar do estudo. Após o esclarecimento sobre objetivos, responsabilidades e procedimentos da pesquisa, aquelas que desejaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A amostra foi composta por 253 mulheres com média de idade igual a 50,2 anos ($DP \pm 5,8$ anos), das quais 86 (34%) foram classificadas como eutróficas, 78 (30,8%) com sobrepeso e 89 (35,2%) com obesidade. Quando somado o número de mulheres com sobrepeso e obesidade, a presença

foi de 66% (167 mulheres). A média do IMC foi de 28,1 kg/m^2 ($DP \pm 5,6$). As demais características do grupo estão apresentadas na Tabela 1.

As Tabelas 2 e 3 apresentam os resultados das análises bivariadas. Verificou-se que as seguintes variáveis se mostraram associadas, ao nível de 0,25%, com o desfecho sobrepeso e obesidade: escolaridade ($p = 0,120$), ocupação ($p = 0,129$), casa própria ($p = 0,011$), idade da menarca ($p = 0,012$), QV no Climatério ($p = 0,002$), uso de medicamentos ($p = 0,002$), uso de suplemento de soja ($p = 0,207$), consumo de frutas (0,247) e fazer dieta (0,000). Essas variáveis foram selecionadas para análise múltipla final.

Os resultados dos fatores associados ao sobrepeso e obesidade obtidos na análise de regressão logística múltipla hierarquizada estão indicados na Tabela 4. No bloco mais distal de determinação, a variável casa própria foi fator associado ao excesso de peso. Sobrepeso/obesidade foram maiores entre as mulheres que declararam não residir em casa própria (RP = 1,26).

No bloco intermediário, a Qualidade de Vida no climatério (MRS) foi fator associado ao sobrepeso e obesidade, independente das características demográficas e condições socioeconômicas dessas mulheres. As prevalências de sobrepeso e obesidade foram maiores entre as mulheres que perceberam sintomas leves (RP = 2,02), moderado (RP = 2,03) e severo (RP = 2,53), quando comparadas com aquelas assintomáticas. Dentre as variáveis do nível proximal, verificou-se que mulheres que faziam uso de medicamentos (RP = 1,26) e que fazem ou já fizeram dieta (RP = 1,49) apresentaram maiores prevalências de sobrepeso/obesidade, após ajuste pelas variáveis dos blocos hierarquicamente superiores.

Tabela 1. Distribuição das mulheres com idade entre 40 a 60 anos segundo características socioeconômicas e demográficas, reprodutivas, qualidade de vida pelo MRS, desempenho sexual, saúde geral, hábitos alimentares e comportamento relacionado a saúde. Montes Claros, 2013.

Variável	n	%	Variável	n	%
Socioeconômicas e demográficas			Desempenho sexual		
Faixa etária			Atividade sexual nos últimos 6 meses		
40 a 45 anos	65	25,7	Sim	196	77,5
46 a 50 anos	64	25,3	Não	57	22,5
51 a 55 anos	65	25,7	Desempenho sexual (QSF) ^{***}		
56 a 60 anos	59	23,3	Bom a excelente	58	29,7
Cor de pele autorreferida [*]			Regular a bom	62	31,8
Branca	52	20,6	Desfavorável a regular	48	24,6
Parda	129	51,2	Ruim a desfavorável	19	9,7
Morena	34	13,5	Nulo ruim	08	4,1
Preta	33	13,1	Saúde geral		
Amarela	04	1,6	Uso de terapia hormonal ^{**}		
Estado marital			Usa ou já usou	18	7,2
Com companheiro fixo	165	65,2	Nunca usou	232	92,8
Sem companheiro fixo	88	34,8	Uso de medicamentos		
Escolaridade			Sim	158	62,5
Sem instrução/fundamental incompleto	102	40,3	Não	95	37,5
Ensino fundamental	42	16,6	Hábitos alimentares		
Ensino médio	67	26,5	Uso de suplemento de soja [*]		
Ensino superior	42	16,6	Sim	44	17,5
Renda Familiar Mensal			Não	208	82,5
Até R\$ 340,0	20	7,9	Consome frutas 3 a 5 vezes/semana		
De R\$ 341,0 a R\$ 678,0	80	31,6	Sim	177	70,0
Superior a R\$ 678,0	153	60,5	Não	76	30,0
Ocupação [*]			Consome verduras 3 a 5 vezes/semana		
Remunerada	139	55,2	Sim	211	83,4
Não remunerada	113	44,8	Não	42	16,6
Casa própria			Faz dieta		
Sim	201	79,4	Nunca fez	151	59,7
Não	52	20,6	Faz ou já fez	102	40,3
Reprodutivas e Qualidade de Vida no climatério-MRS			Comportamento relacionado a saúde		
Idade da menarca [*]			Atividade física		
Menor ou igual a 12 anos	44	17,5	Não sedentária	86	34,0
Acima de 12 anos	208	82,5	Sedentária	167	66,0
Perfil climatérico			Hábito tabagista		
Pré-menopausa	123	48,6	Não	177	70,0
Pós-menopausa	130	51,4	Sim/ex-fumante	76	30,0
Idade da menopausa [*]			Hábito etilista		
Menor ou igual a 50 anos	99	39,3	Não	173	68,4
Acima de 50 anos	35	13,9	Sim	80	31,6
Não entrou	118	46,8	Total	253	100,0
QV no climatério (MRS-Total)					
Assintomático	23	9,1			
Leve	44	17,5			
Moderado	71	28,2			
Severo	115	45,2			

^{*}Ausência de resposta de 01 pessoa; ^{**}Ausência de resposta de 03 pessoas; ^{***} 58 mulheres não responderam ao QSF.

Tabela 2. Distribuição (%) de sobrepeso/obesidade, razão de prevalência (RP) bruta e respectivo intervalo de 95% de confiança segundo características, socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, sintomas do climatério e função sexual. Montes Claros-MG, 2013.

Variável	Sobrepeso/Obesidade			
	n	%	RP _{bruta} (IC _{95%})	Valor-p
Socioeconômicas e demográficas				
Faixa etária				0,999
40 a 45 anos	43	66,2	1,00	
46 a 50 anos	42	65,6	0,99(0,77;1,27)	
51 a 55 anos	43	66,2	1,00(0,78;1,28)	
56 a 60 anos	39	66,1	0,99(0,78;1,29)	
Cor de pele autorreferida				0,688
Branca	33	63,5	1,00	
Não branca	133	66,5	1,05(0,83;1,32)	
Estado marital				0,402
Com companheiro fixo	112	67,9	1,00	
Sem companheiro fixo	55	62,5	0,92(0,76;1,12)	
Escolaridade				0,120
Ensino médio/superior	66	60,6	1,00	
Sem instrução/fundamental	101	70,1	1,16(0,96;1,39)	
Renda Familiar Mensal				0,590
Até R\$ 678,0	103	67,3	1,00	
Superior a R\$ 678,0	64	64,0	0,95(0,79;1,14)	
Ocupação*				0,129
Remunerada	87	62,6	1,00	
Não remunerada	79	69,9	1,12(0,94;0,33)	
Reside em casa própria				0,011
Sim	126	62,7	1,00	
Não	41	78,8	1,26(1,05;1,50)	
Reprodutivas e Qualidade de Vida no climatério-MRS				
Idade da menarca*				0,012
Acima de 12 anos	131	63,0	1,00	
Menor ou igual a 12 anos	35	79,5	1,26(1,05;1,52)	
Menopausa				0,527
Não	75	64,1	1,00	
Sim	91	67,9	1,06(0,89;1,27)	
QV no climatério (MRS-Total)				0,002
Assintomático	07	30,4	1,00	
Leve	27	61,4	2,02 (1,04;3,90)	
Moderado	44	62,0	2,04 (1,07;3,88)	
Severo	89	78,1	2,57 (1,37;4,80)	
Desempenho sexual				
Atividade sexual nos últimos 6 meses				0,427
Sim	35	61,4	1,00	
Não	132	67,3	1,01 (0,87;1,38)	
Função sexual (QSF)				0,619
Bom a excelente	41	70,7	1,00	
Regular a bom	43	69,4	0,98 (0,78;1,24)	
Desfavorável a regular	33	68,8	0,97 (0,76;1,25)	
Ruim a desfavorável	11	57,9	0,82 (0,54;1,24)	
Nulo a ruim	03	37,5	0,53 (0,21;1,32)	

RP_i: razão de prevalência; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 3. Prevalência (%) de sobrepeso/obesidade, razão de prevalência bruta e respectivo intervalo de 95% de confiança segundo variáveis de saúde geral, hábitos alimentares, comportamento relacionado com a saúde. Montes Claros-MG, 2013.

Variável	Sobrepeso/Obesidade			
	n	%	RP _{bruta} (IC _{95%})	Valor-p
Saúde geral				
Uso de terapia hormonal				0,980
Usa ou já usou	12	66,7	1,00	
Nunca usou	154	66,4	0,99 (0,71;1,40)	
Uso de medicamentos				0,002
Não	50	52,6	1,00	
Sim	171	74,1	1,41 (1,14;1,74)	
Hábitos alimentares				
Uso de suplemento de soja				0,207
Sim	25	56,8	1,00	
Não	141	67,8	1,19 (0,91;1,57)	
Consome frutas 3 a 5 vezes/semana				0,247
Sim	113	63,8	1,00	
Não	54	71,1	1,11 (0,93;1,33)	
Consome verduras 3 a 5 vezes/semana				0,921
Sim	139	65,9	1,00	
Não	28	66,7	1,01 (0,80;1,28)	
Faz dieta				0,000
Nunca fez	83	55,0	1,00	
Faz ou já fez	84	82,4	1,49 (1,27;1,78)	
Comportamento relacionado a saúde				
Atividade física				0,831
Não sedentária	56	65,1	1,00	
Sedentária	111	66,5	1,02 (0,85;1,23)	
Hábito tabagista				0,398
Não	114	64,4	1,00	
Sim/ex-fumante	53	69,7	1,08 (0,90;1,30)	
Hábito etilista				0,70
Não	113	65,3	1,00	
Sim	54	67,5	1,03(0,85;1,25)	

RP_p: razão de prevalência; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Discussão

A frequência de sobrepeso e obesidade na população estudada foi de 66%, com média de IMC de 28,1 kg/m² (DP = 5,6), valor próximo ao relatado por outros autores^{10,17,18}. Na cidade de Passo Fundo-RS, estudo com 298 mulheres climatéricas revelou que o excesso de peso chega ao redor de 68,3%, com IMC médio de 28,3 kg/m² (DP = 7,0)¹⁹, valor este próximo aos 64% observados em um grupo de 611 mulheres na cidade de Caxias do Sul, com IMC médio de 27,4 kg/m²²⁰. Pesquisa realizada com mulheres brasileiras revelou que 64,9% apresentam algum grau de excesso de peso, o que confirma a grandeza deste problema na população feminina¹.

Dados do Brasil (2011) demonstraram que o excesso de peso tem aumentado na população feminina e que a maior prevalência se encontra na faixa de 45 a 54 e 55 e 64 anos, com 55,9% e 60,9%, respectivamente²¹. Resultados semelhantes comprovaram que a obesidade tem aumentado na população feminina^{1,20,22}. Segundo a literatura, em mulheres na meia idade, o sobrepeso e a obesidade são fatores de riscos relevantes no desenvolvimento de doenças crônicas como a síndrome metabólica²³.

Diante desse cenário, pode-se constatar que o amadurecimento pode exercer forte influência para o desenvolvimento da obesidade em decorrência da queda hormonal que leva a diminuição do gasto energético. Ao associar essa alteração a

Tabela 4. Resultados da análise de regressão de Poisson múltipla hierarquizada. Montes Claros – MG, 2013.

Variável	Sobrepeso/Obesidade		
	RP _{bruta}	RP _{ajustada} (IC _{95%})	Valor-p
Socioeconômicas e demográficas			
Casa própria			
Sim	1,00	1,00	
Não	1,26	1,26 (1,06;1,50)	0,011
Sintoma do climatério*			
Sintoma do climatério (MRS- Total)			
Assintomático	1,00	1,00	
Leve	2,02	2,02 (1,05;3,89)	0,035
Moderado	2,04	2,03 (1,07;3,85)	0,030
Severo	2,57	2,53 (1,36;4,70)	0,003
Saúde geral**			
Uso de medicamentos			
Não	1,00	1,00	
Sim	1,41	1,26 (1,01;1,26)	0,041
Hábitos alimentares***			
Faz dieta			
Nunca fez	1,00	1,00	
Faz ou já fez	1,49	1,49 (1,26;1,79)	0,000

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de 95% de confiança. *Ajustada pela variável reside em casa própria. **Ajustada pelas variáveis reside em casa própria e sintoma do climatério. ***Ajustada pelas variáveis reside em casa própria, sintoma do climatério e uso de medicamentos.

fatores externos como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, mulheres na meia idade podem ter um ganho ponderal de peso em média de 2 kg/ano ao longo de três anos²⁴.

Ressalta-se a importância desses achados, pois tornam essa população alvo para programas de saúde pública em busca da prevenção de obesidade e comorbidades associadas. O município de Montes Claros está localizado no limite da região Sudeste com o Nordeste do Brasil. Do ponto de vista econômico e social aproxima-se mais do Nordeste que do Sudeste. Está assentado no semiárido de Minas Gerais, região pobre e carente de chuvas e, naturalmente, de recursos hídricos. Entretanto, as melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda influenciaram no desequilíbrio entre ingestão e utilização de calorias, desencadeando o excesso de peso. A explicação para tal fato pode estar relacionada à tendência crescente de substituição de alimentos tradicionais na dieta brasileira (como arroz, feijão e hortaliças) por bebidas e alimentos industrializados, implicando aumento na densidade energética e padrões de alimentação capazes de comprometer o equilíbrio energético e aumentar o risco de obesidade nessa população.

De acordo com os resultados da análise múltipla, não possuir casa própria, apresentar gravidade de sintomas pela avaliação do MRS, fazer uso de medicamento de forma contínua e ter feito algum tipo de dieta apresentaram associação com sobrepeso e obesidade. Em contrapartida, estudo realizado com 456 mulheres climatéricas no Paraná obteve resultados diferentes, revelando que os principais fatores relacionados à obesidade são ter três ou mais filhos e não fazer uso de terapia hormonal²⁵.

Constatou-se nesse estudo que a chance de sobrepeso e obesidade entre mulheres que não possuem casa própria é de duas vezes àquela observada entre as mulheres que possuem. Essa variável pode ser entendida como um indicador econômico e refere maior prevalência de sobrepeso e obesidade, como o estudo realizado com 440 mulheres que verificou que rendas mais baixas estavam associadas com excesso de peso²⁶. Pode-se inferir que renda familiar baixa dificulta a aquisição de casa própria e também menor nível de conhecimento para escolha e obtenção de alimentos mais saudáveis que estão associados ao equilíbrio do peso corporal. Uma pesquisa realizada com 758 mulheres demonstrou que 73,6%

apresentavam uma alimentação saudável, hábito que aumentou positivamente em relação à renda¹⁶. Todavia, essa é uma questão que ainda deve ser melhor explorada a partir de novos estudos, pois outros autores não fizeram essa observação¹⁷.

Outro indicador econômico que tem sido descrito por outros autores como associado ao excesso de peso foi a baixa escolaridade^{10,26}. Embora tenha sido referido pela literatura, o resultado do presente estudo não encontrou essa associação.

Em relação aquelas mulheres que apresentaram gravidade de sintomas pela avaliação do MRS, a chance de excesso de peso foi oito vezes maior em relação àquelas que eram assintomáticas. Pesquisa com mulheres no climatério revelou que valores de IMC mais altos tiveram associação com piores escores no MRS, escala que avalia a qualidade de vida¹⁷. Na Arábia Saudita, um estudo realizado com 490 mulheres também constatou forte relação entre obesidade e sintomas climatéricos severos²⁷. Na Escócia, concluiu que sintomas vasomotores, como o fogacho, apresentavam correlação com obesidade²⁸. Em contrapartida, estudo com 305 mulheres não apresentou relação de IMC com os sintomas avaliados pelo MRS²⁹.

Em relação à saúde geral, outro fator relacionado ao excesso de peso foi o uso de medicamentos, que mostrou que mulheres que faziam o uso contínuo de fármacos apresentaram a chance de sobrepeso e obesidade duas e meia vezes maior quando comparadas com aquelas que não faziam uso. Pesquisa realizada em um ambulatório de climatério em Ribeirão Preto revelou valores altos de IMC e que 62% das mulheres usavam três ou mais medicamentos por dia³⁰. Em outro estudo com 200 mulheres climatéricas, a média de IMC encontrado revelou obesidade, sendo que quase metade das pacientes estudadas (48,5%) disseram fazer uso de medicação para doenças cardiovasculares e 23% de medicações antidepressivas¹⁷. Uma explicação para essa associação positiva é a maior prevalência de morbidades nas idades mais avançadas, dentre elas aquelas que se associam com a obesidade tais como hipertensão arterial, síndrome metabólica, doenças osteomusculares e depressão. Além disso, os medicamentos simbolizam o desejo de modificar o curso “natural” da maioria das doenças, por isso vão além da atividade terapêutica específica, convertendo-se em um traço cultural.

Quanto aos hábitos alimentares, aquelas que já haviam feito alguma dieta para perder peso ou a faziam no período estudado apresentaram alta prevalência de sobrepeso e obesidade em relação àquelas mulheres que nunca haviam feito dieta

para redução de peso. Nesse estudo, 40,3% das mulheres disseram fazer ou ter feito dieta para redução de peso. Pesquisa de análise de prontuário com mulheres climatéricas revelou que 66,7% das participantes afirmaram já ter realizado algum tipo de dieta e a média de IMC dessas mulheres era de 30,7 kg/m², o que caracteriza obesidade¹⁸.

Ao correlacionar a presença de sobrepeso e obesidade com o desempenho sexual, percebeu-se ausência de significância estatística, de maneira semelhante a outro estudo³¹. Por outro lado, outras pesquisas demonstraram associação entre esses fatores, relacionando essa associação principalmente à autopercepção de atratividade física^{32,33}.

A chegada do climatério vem acompanhada do envelhecimento e, muitas vezes, do ganho de peso. Pesquisas mostram que a obesidade muda a autoestima das mulheres criando uma imagem negativa do corpo, comprometendo a satisfação sexual^{33,34}. Além disso, esta visão pode fazer com que a mulher tenha a impressão de que seu poder de sedução se perdeu. Assim, as mulheres no climatério e especialmente após a menopausa podem se sentir incompetentes e incapazes de ter um bom desempenho sexual.

Conclusão

Embora o presente estudo tenha sido desenvolvido como uma amostra não probabilística, o que representa uma limitação à validade externa dos resultados, algumas variáveis foram identificadas e associadas ao excesso de peso, como: ‘não possuir casa própria’, que reflete um nível econômico desfavorável, ‘apresentar sintomas do climatério’, ‘fazer uso contínuo de medicamentos’ e ‘ter feito dieta para controle do peso corporal’.

A frequência de excesso de peso encontrada condiz com os resultados de outros estudos realizados no país evidenciando que medidas devem ser tomadas, uma vez que esta condição mórbida em mulheres climatéricas não seria somente influenciada por fatores biológicos relacionados ao hipoestrogenismo, mas também por fatores psicossociais e pelo estilo de vida.

Desta forma, o sobrepeso e a obesidade associados ao climatério requerem maior atenção à saúde da mulher e abordagem multidisciplinar, tendo em vista prevenir a morbimortalidade nesse grupo populacional. Os resultados indicam também elementos comportamentais, sociodemográficos e clínicos importantes a serem investigados em novos trabalhos.

Colaboradores

JTT Gonçalves, MFS Campos, MCC Campos e LHR Costa participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo e declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Mestrado Interinstitucional entre Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMoc).

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. *Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2011 jun 4]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf
2. Linhares RS, Horta BL, Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):438-447.
3. Almeida JPM, Carnide C, Branquinho M, Geraldes F, Águas F. Impacto da terapia hormonal sobre o peso corpóreo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33(10):310-314.
4. Sturm R, An R. Obesity and economic environments. *CA Cancer J C* 2014; 64(5):337-350.
5. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(5):817-822.
6. Mundial de la Salud (OMS). *Investigaciones sobre la menopausa en los anos noventa: informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra: OMS; 1996. (OMS, Serie de informes técnicos, nº 866).
7. Sutton-Tyrrell K, Zhao X, Santoro N, Lasley B, Sowers M, Johnston J, Mackey R, Matthews K: Reproductive hormones and obesity: 9 years of observation from the study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol* 2010; 171(11):1203-1213.
8. Wu X, Cai H, Kallianpur A, Gao YT, Yang G, Chow WH, Li HL, Zheng W, Shu XO. Age at menarche and natural menopause and number of reproductive years in association with mortality: results from a median followup of 11.2 years among 31,955 naturally menopausal Chinese women. *PLoS One* 2014; 9(8):e103673.
9. Mondul AM, Rodriguez C, Jacobs EJ, Calle EE. Age at natural menopause and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol* 2005; 162(11):1089-1097.
10. Theodoro H, Rodrigues AD, Mendes KG, Liane RH, Paniz VM, Olinto MT. Reproductive characteristics and obesity in middle-aged women seen at an outpatient clinic in southern Brazil. *Menopause* 2012; 19(9):1022-1028.
11. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). *Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009/2010)*. Itapevi; 2009. [citado 2013 jul 25]. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf.
12. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Thai DM. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2:45.

13. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento* 2009; 14(2):89-91.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: MS; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(Supl. 1):2-19.
16. Lins APM, Sichieri R, Coutinho WF, Ramos EG, Peixoto MVM, Fonseca VM. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):357-366.
17. Gallon CW, Wender MCO. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2012; 34(4):175-183.
18. Martinazzo J, Zemolin GP, Spinelli RB, Zanardo VPS, Ceni GC. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(11):3349-3356.
19. Colpani V, Spritzer PM, Lodi AP, Dorigo GG, Miranda IAS, Hahn LB, Palludo LP, Pietroski RL, Oppermann K. Atividade física de mulheres no climatério: comparação entre auto-relato e pedômetro. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):258-265.
20. De Lorenzi DRS, Basso E, Fagundes PO, Saciloto B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(8):479-484.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2012.
22. Giolo De Carvalho F, de Souza Santos R, Iannetta R, Marques Miguel Suen V, Marliere Navarro A, Nonino Borges CB, Marchini JS, Iannetta O. Analysis of bone microarchitecture related to anthropometry in climacteric women. *Nutr Hosp* 2012; 27(2):612-616.
23. Maharlouei N, Bellissimo N, Ahmadi SM, Lankarani KB. Prevalence of metabolic syndrome in pre- and postmenopausal iranian women. *Diabetes* 2013; 16(5):561-567.
24. Polotsky HN, Polotsky AJ. Metabolic implications of menopause. *Sem rep med* 2010; 28(5):426-434.
25. Gravena AAF, Brischiliari SCR, Lopes TCR, Agnolo CMD, Carvalho MDB, Pelloso SM. Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a population based study. *BMC womens health* 2013; 13(46):3-7.
26. Rosa MI, Silva FML, Giroldi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2559-2566.
27. AlQuaiz AM, Tayel SA, Habiba FA. Assessment of symptoms of menopause and their severity among Saudi women in Riyadh. *Ann Saudi Med* 2013; 33(1):63-67.
28. Duffy OK, Iversen L, Hannaford PC. Factors associated with reporting classic menopausal symptoms differ. *Climacteric* 2013; 16(2):240-251.
29. Tan MN, Kartal M, Guldal D. The effect of physical activity and body mass index on menopausal symptoms in Turkish women: a cross-sectional study in primary care. *BMC Womens Health* 2014; 14(38):1-9.
30. Santos RDS, Furtado EC, Carvalho FGD, Iannetta R, Nonino CB, Marchini JS, Ribas Filho OID, Suen VMM. Climacterium, food intake and medicines. *International Journal of Nutrology* 2012; 5(3):134-138.
31. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJUI* 2010; 106(9):1357-1361.
32. Castro MJA, Márquez-Veja J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano. *Iatreia* 2014; 27(1):31-41.
33. Shahhosseini Z, Gardeshi ZH, Pourasgha M, Salehi F. A review of affecting factors on sexual satisfaction in women. *Mater Socio Med* 2014; 26(6):378-381.
34. Câmara CNS, Corrêa HVV, Silva SCB, Da Silva CSA, Silva Junior M, Brito RS. Life Cycle Comparative Analysis of Sexual Function in Women with Normal and Overweight Body Mass Index. *Creative Education* 2014; 5(15):1363-1376.

Artigo apresentado em 24/03/2015

Aprovado em 23/10/2015

Versão final apresentada em 25/10/2015

