



Sintomas e compreensões de mulheres na menopausa em área metropolitana do Nordeste brasileiro: estudo quantiqualitativo

Symptoms and understandings of women in menopause in a metropolitan area of brazilian northeast: a quanti-qualitative study

Maria Hozana Santos Silva^{1,2}, Maria Lorena Santana Matos³, Herifrania Tourinho Aragão¹, Rubens Riscala Madi¹, Marlizete Maldonado Vargas¹, Cláudia Moura de Melo¹

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju (SE), Brasil; ² Departamento de Medicina, Faculdade AGES, Jacobina (BA), Brasil; ³ Curso de Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracaju (SE), Brasil.

Autor correspondente: Rubens Riscala Madi. *E-mail:* rrmadi@gmail.com

RESUMO

Avaliar como as mulheres em área metropolitana do Nordeste brasileiro sentem e compreendem a menopausa. Estudo misto, com 417 mulheres de 40 a 60 anos no qual se utilizou um roteiro de questões socioeconômicas, ginecológicas/obstétricas, morbidades, medicações e sexualidade, além do *Female Sexual Function Index* e *Menopause Rating Scale*. A menopausa, constatada em 56,6% das mulheres com média de idade de 50,4±5,7 anos, teve sintomatologia associada severa (falta de ar, suor, calor e ansiedade); 52,5% apresentaram dúvidas ou falta de conhecimento sobre a menopausa, e 44,6%, redução na função sexual, que se correlacionou negativamente com a idade ($r = -0,208$; $p < 0,001$). A disfunção sexual é quase duas vezes maior nas mulheres em menopausa do que naquelas em pré-menopausa (OR=1,81; $p = 0,036$). A sexualidade das mulheres com dificuldades ou disfunções sexuais por causa da menopausa pode estar permeada por inibições emocionais e psicológicas.

Palavras-chave: Fogachos. Menopausa. Saúde da mulher. Sexualidade.

ABSTRACT

To evaluate what women feel and how they understand the menopause period in a metropolitan area of the Brazilian Northeast. A mixed study with 417 women aged 40 to 60 years that used a script of socioeconomic, gynecological/obstetrical, morbidity, medication, and sexuality questions, as well as the Female Sexual Function Index and Menopause Rating Scales. Menopause, observed in 56.6% of women with a mean age of 50.4±5.7 years, had severe associated symptoms (shortness of breath, sweat, heat and anxiety); 52.5% had doubts or lack of knowledge about menopause, and 44.6%, reduction in sexual function, which correlated negatively with age ($r = -0.208$; $p < 0.001$). Sexual dysfunction is almost twice as high in menopausal women as in premenopausal women (OR=1.81; $p = 0.036$). The sexuality of women with sexual issues or dysfunctions due to menopause may be permeated by emotional and psychological inhibitions.

Keywords: Hot flashes. Menopause. Sexuality. Women's health.

Recebido em Setembro 23, 2020

Aceito em Janeiro 28, 2021

INTRODUÇÃO

A envelhecimento feminina é um período marcado pelo desencontro e conflitos entre o inconsciente atemporal e o corpo no âmbito da temporalidade.¹ Nesse processo, a menopausa se caracteriza pela interrupção definitiva dos ciclos menstruais em decorrência do hipoestrogenismo. É frequentemente acompanhada por sinais e sintomas físicos e psicossociais que precisam de controle e avaliação para garantir qualidade de vida durante o envelhecimento feminino.²

A função sexual feminina é produto da sobreposição das fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução, sendo associada a múltiplos fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos e interpessoais. Nesse sentido, as alterações hormonais da menopausa podem influenciar os relacionamentos interpessoais e bem-estar feminino.³

A menopausa se inicia mais cedo nas mulheres latino-americanas (43,8 a 53 anos), sendo suas manifestações clínicas percebidas e compreendidas diferentemente, conforme a subjetividade de cada uma.^{4,5} Tendo presente este e outros resultados é que a avaliação clínica da intensidade dos sintomas da menopausa tem sido objeto de estudo em vários países.^{5,6}

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial, as mulheres vivenciam a menopausa e a pós-menopausa

por mais tempo, tornando-se relevante avaliar e monitorar os sintomas, sinais e compreensões das mulheres climatéricas nos espaços de serviços de saúde e cuidado feminino. Por tal importância, as Unidades de Saúde da Família (USF) do Sistema Único de Saúde brasileiro incluíram programas e centros de referência para a saúde da mulher por meio da incorporação de políticas públicas⁷, entendendo que o processo de evolução/transição ocorre desde a concepção de atenção materno-infantil até um entendimento de assistência integral⁸, incluindo cuidados à mulher climatérica.

Nessa perspectiva, a integralidade do cuidado possibilita compreender a mulher na menopausa numa abordagem clínica e preventiva, mediante a atuação da equipe multiprofissional, a fim de identificar os cuidados e delinear ações de prevenção, autocuidado e, assim, promover a saúde para aliviar/minimizar possíveis desconfortos e agravos. De tal modo, a assistência de promoção à saúde a mulher deve ser voltada para um cuidado em todos os ciclos da vida visando atender às suas necessidades básicas de saúde e promover qualidade de vida.^{9,10}

Os estudos atuais de base populacional sobre a menopausa têm focado os sintomas e repercussões da sintomatologia de forma quantitativa^{11,12} ou a associação entre esse evento, comorbidades e/ou qualidade de vida^{13,14}.

No entanto, ampliar o horizonte analítico sobre os aspectos multidimensionais das mulheres em envelhecimento e suas associações, assim como as ressignificações estabelecidas na menopausa, pode auxiliar na reflexão e análise da vivência das mulheres nessa transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher, considerando uma atenção integral.⁸

Em vista do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar, de forma quantiquantitativa, o que as mulheres sentem e como compreendem a menopausa em área metropolitana do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem mista (quantiquantitativa), transversal, de base populacional, com mulheres de 40 a 60 anos, atendidas em Unidades de Referência em Saúde da Mulher do município de Aracaju, estado de Sergipe (SE), Brasil.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Aracaju é de 0,770, e a população é de 571.149 habitantes, dentre os quais 97.463 são mulheres com idades entre 40 e 60 anos.¹⁵ A Rede de Atenção Básica é composta por 43 Unidades de Saúde da Família, das quais as unidades Dona Sinhazinha, Francisco Fonseca e Carlos Fernandes são referências em saúde da mulher, portanto escolhidas para a realização deste estudo.¹⁶

A população do estudo foi composta pelas 8.497 mulheres entre 40 e 60 anos cadastradas nas referidas unidades de referência e elegíveis pelos critérios de inclusão, descritos adiante.

Por meio do método de Barbetta¹⁷, adotando-se 5% de erro amostral, o tamanho da amostra ficou definido em 382 mulheres cadastradas, sendo acrescidos 10% como margem de segurança, totalizando 420 mulheres. Em seguida, a amostra foi distribuída proporcionalmente pelas três unidades de referência em função do número de mulheres cadastradas em cada uma, tendo a USF Dona Sinhazinha 16% do total de cadastros; a USF Carlos Fernandes, 29%; e a USF Francisco Fonseca, 55%. No entanto, após o início das coletas de dados, foram registradas cinco desistências e dois acréscimos por interesse em participar da pesquisa, finalizando a amostra em 417 mulheres, assim distribuídas: USF Dona Sinhazinha, 67 mulheres; USF Carlos Fernandes, 121; e USF Francisco Fonseca, 229.

Foram incluídas mulheres que residiam na área de abrangência e/ou foram encaminhadas para as Unidades de Saúde da Família. Com base nos registros de prontuários, excluíram-se aquelas portadoras de distúrbios psiquiátricos e/ou condições fisiológicas que limitassem a capacidade de comunicação.

A coleta de dados foi realizada de acordo com a agenda programada das consultas ginecológicas/obstétricas nas

Unidades de Saúde da Família, entre março e novembro de 2017. As mulheres elegíveis, em espera de atendimento médico, foram convidadas a participar da pesquisa, que ocorreu individualmente, com duração aproximada de 60 minutos, no Consultório Ginecológico Obstétrico, a portas fechadas, para se sentirem à vontade em responder as questões do questionário.

O roteiro de entrevista, composto por 50 questões mistas, versou sobre: aspectos sociodemográficos e comportamentais (tabagismo, etilismo etc.), dados ginecológicos/obstétricos, histórico de morbidades, uso de medicações, sexualidade (vida sexual, percepções e atitudes/comportamentos em relação à menopausa). Esse roteiro foi validado previamente por 12 avaliadores independentes, segundo os critérios de pertinência, clareza, objetividade, precisão, vocabulário e abrangência (método de expertise).¹⁸

Inicialmente, foram realizadas as entrevistas gravadas; e, somente depois, as mulheres responderam a instrumentos de avaliação da função sexual e avaliação dos sintomas da menopausa. O *Female Sexual Function Index* (FSFI) é um instrumento que avalia as dimensões-chave da função sexual feminina nas últimas quatro semanas. O FSFI informa sobre domínios da resposta sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor.¹⁹ As pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada

domínio (escore simples), que são multiplicados pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (entre 2 e 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de todos os domínios.

O *Menopause Rating Scale* (MRS) é um instrumento validado,²⁰ composto por 11 questões distribuídas em três dimensões relativas à severidade dos sintomas (somatovegetativos, psicológicos e urogenitais). Cada sintoma pode ser classificado nos seguintes graus: 0 – nenhum/escassos; 1 – leves; 2 – moderados; 3 – severos; e 4 – muito severos. A pontuação por dimensão é obtida pelo somatório dos referidos sintomas, e a classificação geral corresponde ao somatório total dos pontos das dimensões: nenhum/escassos (0-4), leves (5-8), moderados (9-15), severos (> 16).

Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização dos dados quantitativos; teste de Mann-Whitney para verificar as diferenças entre medianas (duas amostras); e análise de variância (*post-hoc* Tukey ou Duncan) (múltiplas comparações). Para avaliar associação entre variáveis, empregou-se a correlação linear de Pearson²¹, e foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio*) para a presença da menopausa e disfunção sexual. Em todas as análises, adotou-se alfa igual a 5% e os softwares R Core Team 2017 e Statistica 7.1 (Stat Soft Inc.).

Para análise qualitativa das respostas discursivas, foi usado o software

webQDA (<https://www.webqda.net>). Os procedimentos para a análise de conteúdo, processados por apenas uma entrevistadora, foram: 1) transcrição literal das entrevistas; 2) análise vertical: seleção dos trechos de cada narrativa que continham as ideias principais dos temas explorados e sua categorização; 3) análise horizontal: reagrupamento das ideias repetidas nos temas, formando as categorias, que possibilitaram a análise de frequência. Assim, foi possível interligar as informações dos discursos relativos aos sintomas e compreensão da menopausa²². Para garantir o anonimato, os discursos foram identificados como E1, E2 e assim sucessivamente.

Cada participante, prévia e voluntariamente, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o anonimato e liberdade de retirar o consentimento a qualquer tempo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, com parecer de aprovação nº 1.813.269, CAAE 58431716.7.0000.5371.

RESULTADOS

Participaram do estudo 417 mulheres com média de 50,4±5,7 anos de idade, das quais 236 (56,6%) se encontravam na menopausa. As médias de idade das mulheres na pré-menopausa e das

mulheres na menopausa apresentaram diferenças significantes (MW; Z = 12,71; p < 0,001).

Em ambos os grupos (menopausa e pré-menopausa), 281 (67,4%) mulheres afirmaram ser responsáveis pelo sustento financeiro dos lares. Entre aquelas dependentes financeiramente de outros indivíduos, destacaram-se as relações maritais e consanguíneas. Um total de 216 mulheres usuárias dessas Unidades de Saúde da Família, referências em saúde feminina, possuía apenas o ensino fundamental incompleto/completo (51,8%); 153 (36,7%), o ensino médio incompleto/completo, enquanto somente 23 (5,5%) tinham estudos em nível de ensino superior. Em relação à renda financeira, a maioria das mulheres (269; 64%) afirmou possuir uma renda média mensal igual ou menor a um salário mínimo*.

De acordo com a classificação do MRS, 90,4% das mulheres apresentaram sintomatologias, distribuídas em 233 (55,9%) severas, 107 (25,6%) moderadas e 37 (8,9%) leves. Contudo, 40 (9,6%) mulheres eram assintomáticas ou com sintomatologia escassa. Entre os sintomas climatéricos, verificou-se alta severidade relacionada à falta de ar, suores e calores (somatovegetativos) e ansiedade (psicológicos) — todos estes sobressaindo-se em relação aos demais sintomas severos/muito severos (Tabela 1).

* Salário mínimo de referência (2017): R\$ 937,00 ou aproximadamente US\$ 282,83

Tabela 1 - Ocorrência e grau de intensidade de sintomas relacionados à menopausa, segundo sua intensidade, em mulheres das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (*Menopause Rating Scale – MRS*)

Sintomas	Grau de Intensidade*					
	Nenhum/ Escasso n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	Muito Severo n (%)	
Dimensão Sintomas Somatovegetativos	Falta de ar, suores, calores	119 (28,5)	34 (8,2)	86 (20,6)	45 (10,8)	133 (31,9)
	Mal-estar cardíaco	189 (45,3)	45 (10,8)	103 (24,7)	37 (8,9)	43 (10,3)
	Problemas de sono	155 (37,2)	36 (8,6)	64 (15,3)	50 (12,0)	112 (26,9)
	Problemas musculares e nas articulações	140 (33,6)	40 (9,6)	65 (15,6)	67 (16,1)	105 (25,2)
Dimensão Sintomas Psicológicos	Estado de ânimo depressivo	156 (37,4)	52 (12,5)	80 (19,2)	53 (12,7)	76 (18,2)
	Irritabilidade	103 (24,7)	47 (11,3)	93 (22,3)	71 (17,0)	103 (24,7)
	Ansiedade	77 (18,5)	64 (15,3)	68 (16,3)	83 (19,9)	125 (30,0)
	Esgotamento físico e mental	129 (30,9)	61 (14,6)	80 (19,2)	62 (14,9)	85 (20,4)
Dimensão Sintomas Urogenitais	Problemas sexuais	191 (45,8)	43 (10,3)	62 (14,9)	44 (10,6)	77 (18,5)
	Problemas de bexiga	322 (77,2)	33 (7,9)	24 (5,8)	19 (4,6)	19 (4,6)
	Ressecamento vaginal	229 (54,9)	51 (12,2)	57 (13,7)	20 (4,8)	60 (14,4)

* De acordo com as subescalas de classificação das dimensões do MRS

Fonte: Dados da pesquisa.

Os depoimentos das mulheres culminaram nos seguintes termos relacionados a concepções e compreensões acerca da menopausa: associações da menopausa (fogachos, manifestações clínicas, psicológicas e sexuais, velhice); dúvidas; envelhecimento ovariano; valorações negativa/positiva; histerectomia. As unidades de significado mais frequentes, relatadas por 384 mulheres (80,2%),

relacionavam-se aos fogachos: calor, suor, frio e fogo. Observou-se um panorama de dúvidas e/ou falta de conhecimento sobre a menopausa em um grupo de 212 mulheres (52,5%), enquanto apenas 20 (5%) refletiam uma valoração positiva, como: *É bom porque não tem mais menstruação* (E25); *Aumenta o desejo sexual* (E69); *Não mudou o desejo sexual* (E215) (Quadro 1).

Quadro 1. Ideias e concepções sobre a menopausa verbalizadas pelas participantes da pesquisa nas USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017

Temas	Conteúdos	Frequência n (%)*
A menopausa é associada a fogachos	Calor; frio; suor; fogo	324 (80,2)
Expressões de dúvidas sobre a menopausa; Se está na menopausa; Falta de conhecimento	Eu acho; O que é menopausa? Não entende nada; não sabe o que é Não sabe se está ou não na menopausa	212 (52,5)
Envelhecimento ovariano	Fim da menstruação; diminuição da menstruação; menstruação irregular; fim da vida reprodutiva; fim da ovulação; perda da fertilidade; menopausa precoce	147 (36,4)
A menopausa é associada a manifestações clínicas; Problemas musculares, nas articulações e no sono	Dores de cabeça; inflamação; enjoo; intoxicação; coceira; mal-estar; vários sintomas; pele seca; dores nos seios; dores de cólicas, ressecamento vaginal; dores nas pernas; dores nos ossos; dores no corpo; câimbra; dores nas articulações; diminuição do cálcio; dores nos músculos; perda da habilidade; tonturas, falta de ar, taquicardia Insônia ou sonolência	102 (25,2)
A menopausa é associada a alterações psicológicas	Esgotamento físico e mental; nervosismo; impaciência; irritabilidade; ansiedade; estresse; depressão; mal humor; sentimento de tristeza; angústia; problemas mentais; agressividade; fobia; preocupação	91 (22,5)
Valoração negativa	Doença; horrível; assustadora; ruim, causa transtornos; chato; enjoado; estranho; uma perda; desconforto; causa problemas de saúde, a mulher fica frágil; pior coisa; difícil; traumático; triste; bicho de sete cabeças; desgaste total; incômodo; não quer ter menopausa; medo de envelhecer	90 (22,3)
Alterações hormonais e no metabolismo Reposições hormonais	Diminuição dos hormônios; falta de conhecimento; alteração hormonal; transforma o organismo; é tomar remédio; tem que usar hormônios; tem que realizar tratamentos	77 (19,0)
A menopausa é associada a problemas sexuais	Diminuição do desejo sexual; perde o desejo sexual; muda os desejos sexuais; A mulher fica fria; fim da vida sexual; prazer sexual diminui; Diminuição do orgasmo, perda do prazer	39 (9,7)
A menopausa é atribuída a velhice/idade	Quando chega a velhice; Quando chega a idade	33 (8,2)
Valoração positiva	Não é doença; é bom porque não tem menstruação; período importante; faz bem a mulher; é bom; aumenta o desejo sexual; não mudou o desejo sexual; importante ter conhecimento sobre o assunto; é bom saber	20 (5,0)
Histerectomia antecipando a menopausa	A histerectomia antecipa a menopausa; a retirada do útero deixa a mulher fria; útero serve pra gerar filho e doença; a histerectomia muda a vida sexual	14 (3,5)

*Algumas verbalizações continham mais de uma ideia/conteúdo

Fonte: Dados da pesquisa

Outro tema importante que surgiu nas entrevistas foi a “falta de orientação médica” em um espaço de cuidado que é referência em saúde da mulher. Sobre isso, 15 (3,6%) participantes referiram que os médicos não perguntam nem explicam ou orientam sobre a menopausa, como se demonstra nas seguintes falas. Em contraponto, duas mulheres receberam orientações quanto ao uso de medicamentos naturais (chá de amora).

“Não entendo nada e não tenho coragem de perguntar aos médicos.” (E214)

“Os médicos nunca perguntaram nada.” (E32)

Em relação ao grau de severidade dos sintomas entre as mulheres na menopausa e na pré-menopausa, as médias dos escores das três dimensões foram mais altas para as primeiras. As dimensões dos sintomas somatovegetativos e urogenitais evidenciaram diferença significativa entre os dois grupos de mulheres, o que não ocorreu na psicológica (Figura 1A, B e C). No entanto, os escores totais médios atingiram valores referentes aos sintomas “severos” em ambos os grupos (menopausa: $19,1 \pm 9,7$; pré-menopausa: $16,4 \pm 9,8$), apesar de apresentarem diferença significativa entre si (Figura 1D).

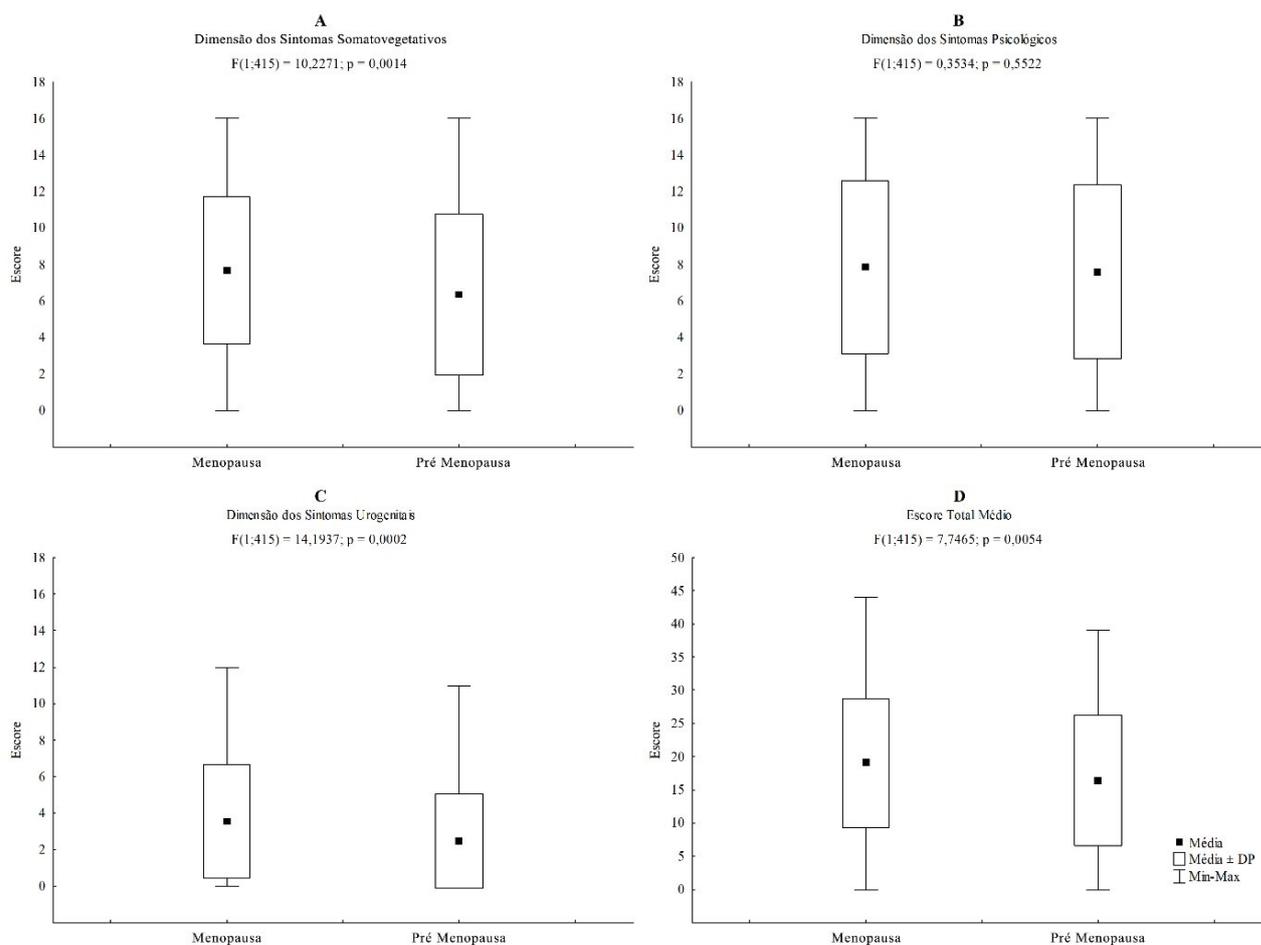
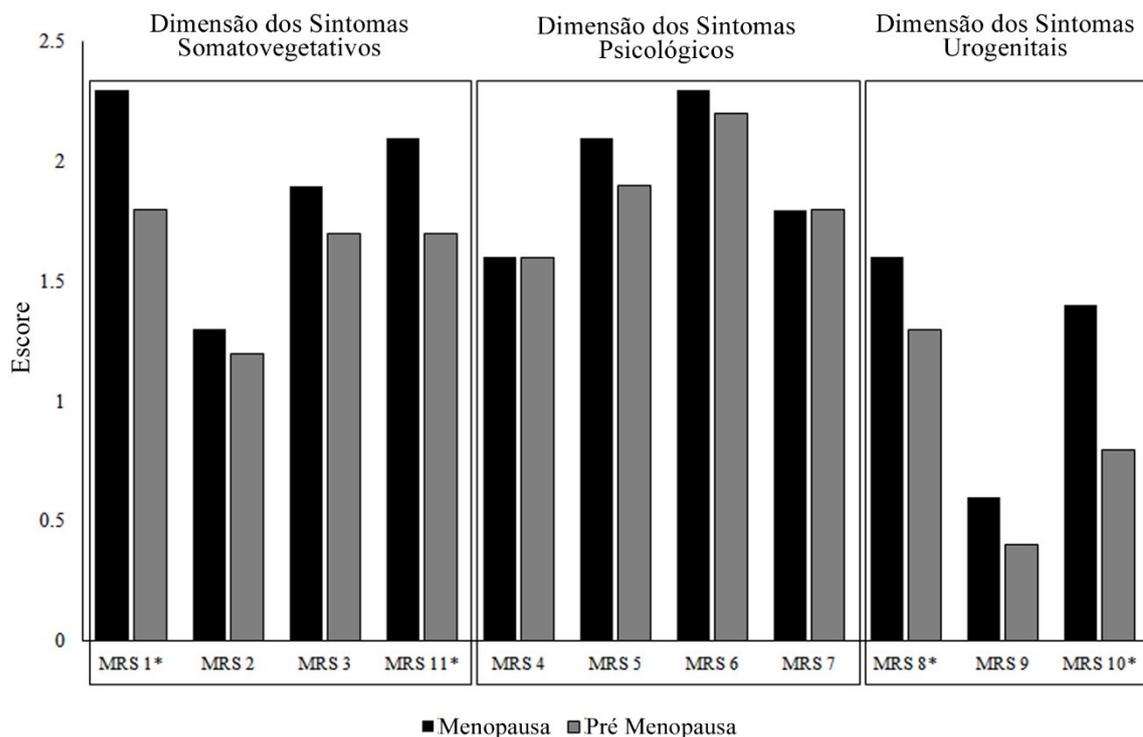


Figura 1. Médias dos escores de severidade dos sintomas das dimensões analisadas e o escore total médio entre as mulheres com menopausa e as que ainda não estão na menopausa (pré-menopausa), das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - *Menopause Rating Scale*). ANOVA com *post-hoc* de Tukey.

Quando as questões do MRS são analisadas separadamente, pode-se observar que as maiores médias dos escores relacionam-se aos sintomas psicológicos em ambos os grupos de mulheres. Os sintomas somatovegetativos que se apresentavam de forma mais expressiva nas

mulheres em menopausa e pré-menopausa foram a falta de ar, suores, calores e problemas musculares/articulares, enquanto, entre os sintomas urogenitais, sobressaíam-se os problemas sexuais e ressecamento vaginal, demonstrados na Figura 2 e seguintes relatos:



MRS 1: Falta de ar, suores, calores; MRS 2: Mal-estar cardíaco; MRS 3: Problemas de sono; MRS 11: Problemas musculares e nas articulações; MRS 4: Estado de ânimo depressivo; MRS 5: Irritabilidade; MRS 6: Ansiedade; MRS 7: Esgotamento físico e mental; MRS 8: Problemas sexuais; MRS 9: Problemas de bexiga; MRS 10: Ressecamento vaginal. * Médias com diferenças significantes – Teste U de Mann Whitney.

Figura 2- Diferenças entre escores médios por domínio de sintoma entre os grupos de mulheres na menopausa e das que ainda não estão na menopausa, das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017, de acordo com a Escala de Avaliação da Menopausa (MRS - Menopause Rating Scale).

“[...] É quando chega a idade de uns 40 anos, por aí... eu acho que esquenta a mão, minha mão esquenta muito, [...] calor demais, só isso.” (E1)

“Assim, um frio, sei lá, dor no corpo, outros sentem mais fogo, outros não sentem. Vejo muita coisa assim de pessoas que falam de calor, que sentem muito calor.” (E8)

“Menina, de repente eu tô suando e de repente o suor some assim, dói meus ossos depois.” (E16)

Constata-se, nas próximas falas, a presença constante de ansiedade e irritabilidade nesse período da menopausa. O quadro clínico não saudável de longa

duração e recuperação prolongada é associado com uma valoração negativa do climatério. A maioria das mulheres, durante consultas rotineiras, tende a relatar apenas sintomas somáticos ou não tem acesso a espaços de cuidado e atenção psicossocial:

“Rapaz, menopausa é o que eu tô sentindo: calor, irritação, falta de paciência, ansiedade.” (E132)

“Um bocado de coisa, muita coisa ruim. Sente falta de vontade, de desejo, mal humor, muito calor, fadiga, ansiedade, angústia, muita dor de cabeça.” (E59)

Quando questionadas sobre o que compreendiam por menopausa, a maioria das mulheres a associava com doença. Observou-se também verbalizações sobre a não associação — [...] *Não acredito que seja doença, calor eu sinto, mas o normal [...] (E101)* — em que pese apresentarem sintomas severos (MRS).

Apesar de não haver diferenças significantes entre as médias na dimensão psicológica, algumas mulheres que declararam estar com depressão e não fazer uso de medicamentos específicos tiveram médias superiores àquelas que tomavam antidepressivos/tranquilizantes ($2,1 \pm 1,0$ e $2,6 \pm 1,1$ respectivamente; $p < 0,001$). As mulheres usuárias e não usuárias de medicação revelaram sintomas psicológicos, sendo a intensidade mais severa nas segundas.

A menarca^a das mulheres estudadas foi, em média, aos $13,1 \pm 1,8$ anos

de idade, enquanto a sexarca^b ocorreu aos $18,8 \pm 4,3$ anos (entre 10 e 39 anos). As questões relacionadas à atividade sexual foram respondidas por todas, no entanto 172 (41,2%) mulheres relataram que não mantinham relações sexuais e explicaram os motivos. Com base nesses motivos, identificaram-se três temas: Questões pessoais/relacionais; Alterações sexuais e de saúde; Problemas de velhice (Figura 3). Os principais motivos relatados foram: não ter parceiro, falta de interesse e de desejo sexual:

“Porque não quero mais, enjoiei.” (E159)

“Muda, o desejo sexual, a excitação, muda pra pior, diminui o desejo...” (E293)

“Eu nunca senti prazer com meu marido quando estava vivo [...]. Até hoje, meu prazer é sempre sozinha. Eu me masturbo e eu sinto prazer sozinha...” (E269)

^a Primeira menstruação

^b Primeira relação sexual

Temas	Conteúdos	Frequência
Questões pessoais/ relação	Não tem Parceiro	45 (26,2%)
	Não informou o porquê	34 (19,8%)
	Separada	18 (10,5%)
	Viúva	13 (7,6%)
	Não é casada	6 (3,5%)
	Solteira	4 (2,3%)
	Virgem	3 (1,7%)
	Saúde debilitada do esposo	3 (1,7%)
	Medo de adquirir ISTs	2 (0,6%)
Alterações Sexuais/Saúde	Sem interesse/desejo sexual	38 (22,1%)
	Nunca teve oportunidade de ter relações sexuais	1 (0,6%)
	Não gosta de ter relação sexual	1 (0,6%)
	Sente dor e sangramentos após relações sexuais	1 (0,6%)
	Fistula na bexiga causada pela cirurgia de histerectomia	1 (0,6%)
	Problemas de Velhice	Velhice do Esposo
Se sente velha		1 (0,6%)

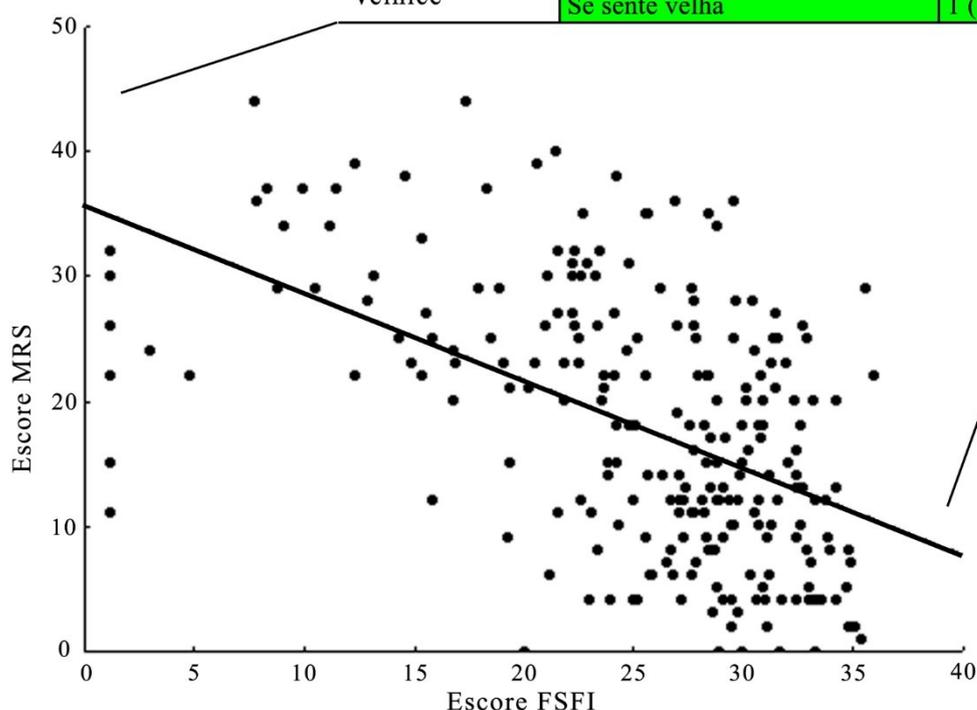


Figura 3. Correlação entre os escores de sintomas da menopausa (MRS) e da função sexual (FSFI), com os motivos alegados para a ausência de atividade sexual, em mulheres das Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017. Frequência de relato: alta (vermelho), média (amarelo), baixa (verde). Correlação linear de Pearson.

Apesar de não haver diferenças estatisticamente significantes, as mulheres que iniciaram a vida sexual mais tardiamente referiram sintomas leves na

menopausa, de acordo com o MSR ($p = 0,383$ – ANOVA com *post-hoc* de Duncan). Entre as participantes, 55,4% relataram que mantiveram relação sexual nas últimas

quatro semanas, com frequência de $2,0 \pm 1,5$ relações sexuais/semana. Num contexto em que 73,7% das mulheres referiram ter de uma a quatro relações sexuais/semana, 44,6% apresentavam disfunção sexual feminina, constatando-se que, conforme a mulher envelhece, ocorre redução na função sexual ($r = -0,208$; $p < 0,001$).

Entre as mulheres sexualmente ativas, a correlação entre os escores de ambos os instrumentos utilizados (FSFI e MRS) se mostrou inversamente proporcional e significativa ($r = -0,507$; $p < 0,001$), ou seja, à medida que aumenta a severidade dos sintomas da menopausa, há uma redução na função sexual feminina, como também se demonstra nas seguintes falas:

“Eu acho que é aquela fase que a mulher deixa de menstruar, perde os seus hormônios,

ela perde também o seu estímulo, o seu desejo sexual. Ela tem menos vontade do sexo, o corpo dela muda.” (E33)

“Tem aquele calorzinho, aquele calor enjoado, tem a secura na vagina, o apetite sexual muda um pouquinho, não é a mesma coisa, não perde totalmente, mas muda.” (E14)

Embora a disfunção sexual tenha sido detectada de forma importante tanto nas mulheres em menopausa (52,3%) quanto naquelas em pré-menopausa (37,7%), o primeiro grupo apresentou uma razão de chances quase duas vezes maior que o segundo de desenvolver a disfunção ($OR = 1,81$; $p = 0,036$; $1,07 \leq \mu \leq 3,06$).

As mulheres com ausência/escassez de sintomatologia da menopausa têm, de modo geral, escores médios do FSFI maiores que aquelas com sintomas moderados ou severos (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos escores dos domínios da Escala de Avaliação de Função Sexual Feminina (FSFI) entre os grupos de sintomas da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) de mulheres na menopausa das USFs Referência em Saúde da Mulher de Aracaju, Sergipe, 2017

	Grupos de sintomas MRS				Valor de <i>p</i>
	Nenhum/Escasso Média (DP)	Leve Média (DP)	Moderado Média (DP)	Severo Média (DP)	
Desejo	4,2±0,7 ^a	4,0±0,8 ^a	3,5±1,2 ^{ab}	3,0±1,3 ^b	< 0,001
Excitação	4,5±0,9 ^a	4,2±0,8 ^a	3,9±1,4 ^{ab}	3,1±1,5 ^b	< 0,001
Lubrificação	5,6±1,1 ^a	4,7±1,2 ^{ab}	4,5±1,6 ^{ab}	3,5±1,9 ^b	< 0,001
Orgasmo	5,3±0,8 ^a	5,1±0,7 ^{ab}	3,9±1,7 ^{bc}	3,3±1,8 ^c	< 0,001
Satisfação	5,8±0,4 ^a	4,7±1,8 ^{ab}	4,8±1,7 ^{ab}	3,8±2,1 ^b	< 0,001
Dor	5,5±1,4 ^a	5,5±0,8 ^a	5,2±1,5 ^a	4,2±2,1 ^a	< 0,001

Obs: Médias com a mesma letra não são significativamente diferentes. ANOVA com *post-hoc* de Duncan.

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O monitoramento da saúde e bem viver da mulher, especialmente as que estão passando pelo climatério, demanda a análise integrada de instrumentos e metodologias sensíveis e úteis às políticas de intervenção em resposta às demandas femininas sobre a transição climatérica e menopausa, como demonstrado nos achados do presente estudo.

Quanto à alta prevalência de sintomas na menopausa, os resultados coincidem com os achados em estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com 100 mulheres entre 52 e 68 anos, no qual se observou a presença de sintomatologia em 91% das participantes. Quanto ao grau de intensidade dos sintomas, destacou-se o moderado (36%) em cada um dos domínios do MRS e sintomatologia somatovegetativa (80%), que divergem do presente estudo, no qual se encontrou maior prevalência em grau severo e sintomas psicológicos.²³

Os discursos dos *desconfortos* das mulheres sergipanas associam-se aos seus sintomas detectados pelo MRS, os quais apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos estudados. Os sintomas da menopausa de intensidade severa e muito severa mais frequentes foram ansiedade (49,9%) e irritabilidade (41,7%), seguidos dos somatovegetativos (Tabela 2). Nas mulheres sergipanas, a tríade

sintomatológica falta de ar-suor-calor (71,5%) apresentou intensidade variável de leve a severa. Estas são manifestações clínicas clássicas da transição para a menopausa, podendo ocorrer ainda na pré-menopausa e com frequência de 2,9 ondas de calor/dia.²⁴ Quando a sudorese noturna é frequente e intensa, pode perturbar o sono gerando fadiga e irritabilidade e influenciando a incidência dos sintomas psicológicos.²⁵

O significado da menopausa para as mulheres deste estudo está associado, principalmente, ao fogacho (calor, suor, frio, fogo), ausência de menstruação e alterações hormonais. Em estudo de investigação qualitativa²⁶ em ambientes virtuais sobre análises de verbalizações de mulheres na menopausa, observou-se que os sintomas vasomotores (fogachos) foram os mais destacados nas narrativas das internautas.

Quando comparados os resultados do presente estudo com sinais e sintomas vivenciados por colombianas, identificou-se que mulheres ao entrarem na pós-menopausa são mais propensas a ter ondas de calor, pois há redução nos níveis de estrogênio, modificações na liberação de gonadotrofinas, bem como na sua inter-relação com o centro de termorregulação cerebral. Esses mecanismos também explicam as ondas de calor que ocorrem na pré-menopausa ou menopausa, uma vez que esse sintoma, em geral, está presente em

mulheres que ainda menstruam ou que estão em estágio do climatério.²⁷

A menopausa é vista como algo negativo na medida em que as participantes a associam com alterações fisiológicas, como mal-estar; e com alterações psicológicas, como agonia, nervosismo, estresse — alterações, estas, que interferem em suas relações interpessoais. Observa-se que, durante essa fase, as mulheres podem apresentar tolerância limitada e maior irritabilidade.²⁸ Em estudo realizado com mulheres climatéricas no Paraná,²⁹ as participantes também perceberam modificações emocionais e psíquicas relacionadas à menopausa, sendo as mais frequentes: ansiedade (81,25%) e irritabilidade (75%). No presente estudo, as mulheres em menopausa não se mostraram nem mais, nem menos irritadas, ansiosas ou depressivas do que aquelas na pré-menopausa.

Estudo realizado com mulheres suecas evidenciou que os sintomas psicológicos mais frequentemente relatados foram o esgotamento físico e mental, diminuição da concentração, tensão interior e, em especial, a ansiedade.²⁴ A frequência elevada de ansiedade e irritabilidade encontrada no presente estudo, apesar de não necessariamente ser algo patológico, requer diagnóstico precoce e assistência primária a essas mulheres na menopausa,³⁰ visto que a maioria daquelas aqui entrevistadas tendem a relatar, durante as

consultas rotineiras, apenas os sintomas somáticos.

Em culturas multiétnicas, como a brasileira, a perda de elementos de valorização feminina (beleza física, oportunidades e maternidade) favorece sentimentos de desvalorização, fracasso, tristeza, esgotamento mental e depressão. A frequência de usuárias sergipanas que usavam os antidepressivos/tranquilizantes variou de 16,1% (menopausa) a 18,8% (pré-menopausa), sendo que 46,5% não tinham diagnóstico de depressão, mas já faziam uso de medicamentos paliativos que apenas aliviam os aspectos emocionais. A percepção do envelhecer e a intensificação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, aliadas ao crescimento dos filhos ou morte do cônjuge, implicam ajustes emocionais e mudanças do estilo de vida.¹²

Algumas mulheres sergipanas relacionaram a ocorrência de dores musculares e articulares (membros inferiores) à menopausa, a ponto de considerá-la uma doença juntamente com o cansaço próprio do envelhecimento. Aproximadamente 60% dessas mulheres tinham perfil etário de risco para osteoartrite e fibromialgia. Tais problemas inflamatórios podem não ser causados pelo hipoestrogenismo, mas são intensificados e ressignificados pela menopausa.³¹

Apesar da escassez dos sintomas urogenitais (ressecamento vaginal), é importante intensificar a atenção com a

saúde sexual dessas mulheres¹¹, pois esta é um dos pilares do bem viver feminino. De maneira geral, as mulheres têm que lidar com muitas mudanças físicas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento e hipoestrogenismo simbolizado pela menopausa, as quais em conjunto podem comprometer sua percepção da autoimagem, autoestima e libido e ocasionar disfunções sexuais.²⁴

Em estudo realizado no município de Vitória da Conquista, estado da Bahia (BA), com 20 mulheres em climatério, verificou-se correlação da função sexual com a qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente, além de uma média maior de qualidade de vida para mulheres que não apresentaram disfunção sexual.³² Baseado nisso, pode-se dizer que a disfunção sexual prejudica a qualidade de vida, por comprometer a sensação de desejo sexual, orgasmo e excitação, da mesma maneira que o encontrado no presente estudo.

A mulher na menopausa se defronta, de forma secundária ao seu envelhecimento, com a perda do desejo sexual e com a ressignificação de sua sexualidade. A problemática da transição para a menopausa pode residir nessa identificação do signo mulher enquanto objeto da procriação e da incapacidade de transcender a metamorfose física (novo corpo) para uma nova esfera psicossocial.³³

Observou-se desconhecimento — *Não entendo nada* (E25) —, dúvidas sobre “estar” ou “não estar” na menopausa, ou

uma aparente dificuldade de enfrentamento dos sinais/sintomas perturbadores e incompreendidos da transição para a menopausa, situação semelhante ao achado de outro estudo com 14 mulheres no norte do estado de Minas Gerais.³⁴ A falta de informação pode estar relacionada a baixa renda e baixo nível de escolaridade, frequência irregular nas consultas ginecológicas e idade.³⁵

Nessa fase de transição, faz-se necessária a implementação de uma educação dinâmica organizada, a fim de proporcionar autonomia das mulheres na tomada de decisões nas diferentes necessidades ao longo desse período, de forma a contribuir para o seu cuidado de saúde.³⁶ Nessa conjuntura, é notável a importância do profissional de saúde, expondo informações esclarecedoras sobre sexualidade para mitigar os mitos e tabus acerca do tema e estabelecer vínculo que permita relato de suas dúvidas e medos,³⁷ situação que não ocorreu com algumas mulheres no presente estudo durante as consultas.

As mulheres sergipanas expressaram também sobre tratamentos na menopausa, sugerindo que esses profissionais não tinham tempo suficiente ou não estavam dispostos a esclarecer/discutir dúvidas, deixando-as mais inseguras e confusas. Estudo realizado no Irã já havia demonstrado a necessidade de espaços de diálogos/informações para que as mulheres compreendam suas

transformações corporais e estabeleçam uma atitude neutra em relação à menopausa.³⁸ No entanto, apesar dos entraves na comunicação mulher-médico há inserção das políticas de práticas integrativas e complementares¹⁶ com a indicação de chás e outros produtos naturais.

Algumas mulheres relacionaram a menopausa à velhice e a concepções de reprodução biológica, reproduzindo as significações negativas (preconceitos, mitos, medos) circulantes no imaginário popular e padrões socioculturais. Alterações hormonais podem ocasionar perda de atributos físicos, enquanto as mulheres se sentem velhas, descartadas e com baixa autoestima.³⁹ Os sentimentos positivos e libertários sobre a menopausa expressados refletem, em alguns casos, vivacidade, resiliência e novas/antigas (re)descobertas corporais e sexuais, primordiais para o enfrentamento do estado psicológico desse período.⁴⁰

A disfunção sexual, acentuada pela menopausa, pode ser desencadeada por fatores hormonais e psicossociais, problemas familiares ou dificuldades sexuais do parceiro³⁹. Estudo anterior em Sergipe⁴¹ já apontava 21,9% de disfunção sexual em mulheres jovens expostas a fatores estressores laborais (ambiente, carreira e competição). Entretanto, em cenário nordestino, estudo de revisão observou variação entre 31,2% a 79,3% de mulheres acometidas com disfunção

sexual.⁴² No âmbito internacional, nos Estados Unidos, pesquisa com 31.531 mulheres acima de 18 anos apresentou uma prevalência de 43% de disfunção sexual, predominando em mulheres na menopausa,⁴³ semelhante ao presente estudo.

Nessa fase, a vida sexual precisa ser compreendida no contexto em que a mulher está inserida, levando em consideração experiências sexuais anteriores e suas características sociais, religiosas, culturais e entre outras, e não a tornando restrita apenas à satisfação do seu companheiro e reprodução. Estudo norte-americano com mil mulheres na pós-menopausa, entre 55 e 65 anos, evidenciou que o desconforto vaginal fez com que a maioria das mulheres entrevistadas evitasse a intimidade (58%), sofresse perda da libido (64%) e relatasse dor associada ao sexo (64%).⁴⁴

Visto que durante a menopausa, em se tratando de mulheres saudáveis, o tipo de resposta sexual pode ser alterado: esta se torna mais lenta e menos intensa, devido à redução de estrogênio, o que favorece a disfunção sexual (DS), sobretudo comprometimento no domínio do desejo e interesse sexual.⁴⁵ Estudos latino-americanos^{11, 46} têm divulgado prevalências de disfunção sexual mais altas, mas sempre exercendo algum impacto negativo no bem viver e relações interpessoais das mulheres, uma vez que a baixa função sexual aumenta significativamente com a idade de forma desconcertante e angustiante ao causar

alterações no desejo e na excitação. As mulheres sergipanas na menopausa têm mais idade, sentem menos desejo/excitação/satisfação, têm menos lubrificação e mais dor durante o sexo. Essas dificuldades sexuais associam-se à idade feminina maior que 45 anos e às diversas alterações fisiológicas.⁴⁷

O instrumento FSFI foi eficiente no rastreio precoce de dificuldades sexuais que devem ser posteriormente avaliadas de forma clínica. Pôde-se observar uma melhor função sexual em mulheres com uma menopausa mais leve, enquanto a disfunção sexual foi mais frequente entre mulheres com sintomas severos recorrentes na menopausa ou pré-menopausa. O rastreio qualitativo identificou ainda questões de relacionamentos interpessoais e falta de interesse/desejo sexual influenciando a função sexual, mas não uma relação direta com o envelhecer dos parceiros sexuais.

Por serem mulheres atendidas em Unidades de Referência em Saúde da Mulher, ressalta-se a importância desse setor e da equipe multiprofissional na formulação de conhecimento dos aspectos gerais e das mudanças durante o período do climatério. O objetivo é propiciar a efetuação de uma avaliação e planejamento assistencial apropriado e oportuno às necessidades biopsicossociais manifestadas e expressas pelas mulheres, enfatizando a promoção de estilos de vida saudáveis.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam a demanda por implementação de estratégias de atenção psicossocial com foco em aspectos psicoemocionais e sexuais das mulheres na menopausa em face de suas singularidades. Elas, enquanto sujeito feminino, sentem muito “fogo” e têm muitas dúvidas, motivo pelo qual é imprescindível seu acesso a informações qualificadas para que: compreendam melhor as transformações inerentes ao período do climatério à menopausa; e sejam capazes de contemplar tais fases integradas à sua vida e não como símbolos de velhice, improdutividade, fim da menstruação ou da sexualidade. Dessa forma, no contexto da Atenção Primária, é importante a produção e fortalecimento de reflexões no campo da promoção à saúde, por meio de estratégias singulares, sobre as possíveis transformações corporais oriundas da fase da transição para a menopausa. Também é preciso encorajar a mulher a mudar de estilo de vida para recompor e melhorar a saúde mental e física, a fim de minimizar a visão negativa acerca do envelhecimento e da menopausa. A sexualidade das mulheres com dificuldades e/ou disfunções sexuais causadas pela menopausa pode ser ou estar permeada por inibições emocionais e psicológicas.

APOIO FINANCEIRO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Berlinck MT. A envelhecimento. In: Berlinck MT, editor. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta; 2000; pp. 193-198.
2. Selbac MT, Fernandes CGG, Marrone LCP, Vieira AG, Silveira EF, Morgan-Martins MI. Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino – climatério à menopausa. *Aletheia*. 2018; 51(1-2): 177-190.
3. Kuile M, Both S, Lankveld J. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3): 595-610.
4. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric*. 2010; 13(5): 419-428.
5. Hess R, Thurston RC, Hays RD, Chang CCH, Dillon SN, NESS RB, et al. The impact of menopause on health-related quality of life: results from the stride longitudinal study. *Qual Life Res*. 2012; 21(3): 535-544.
6. Santos TR, Pereira SVM, Santos RL. Intensidade da sintomatologia climatérica em mulheres pós-menopausa. *Rev Rene*. 2016; 17(2): 225-232.
7. Costa Neto MM, organizador. A implantação da Unidade de Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*. Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2000, 44 p.
8. Ministério da Saúde Brasil. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; Ministério da Saúde. 2015. 50p.
9. Santos RCF, Pereira AV, Alves VH, Santos MV, Rodrigues, DP, Marchiori, GRS. Saúde de mulheres no climatério em sistema prisional. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(1): 1-8
10. Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Filho IEM, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 2019; 17(61): 135-141.
11. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério JJ, Amaral RL, et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(7): 229-334.
12. Yisma E, Eshetu N, Ly S, Dessalen B. Prevalence and severity of menopause symptoms among perimenopausal and postmenopausal women aged 30-49 years in Gulele sub-city of Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Wom Health*. 2017; 17(124): 1-8.
13. Serpa MA, Lima AA, Guimarães ACP, Carrilo MRGG, Coura-Vital W, Veloso, VM. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. *Reprod Clim*. 2016; 31(2): 76-81.

14. Watt FE. Hand osteoarthritis, menopause and menopausal hormone therapy. *Maturitas*. 2016; 83: 13-18.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Estatísticas de Gênero. 2010. [citado 10 mai 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
16. Ministério da Saúde Brasil. Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2016. [citado 10 mai 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>.
17. Barbetta PA. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 8a ed. Editora da UFSC. Florianópolis. 2012. 318p.
18. Burdaa MHF, Akkera M, Horsta F, Lemmens P, Knottnerusa JA. Collecting and validating experiential expertise is doable but poses methodological challenges. *J Clin Epidemiol*. 2016; 72: 10-15
19. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA*. 2007; 27(1): 10-14.
20. BCEHR, The Berlin Center for Epidemiology and Health Research 2008 MRS – the menopause rating scale. [Internet]. 2008. [citado 13 abr 2016]. Disponível em <http://www.menopause-rating-scale.info/>.
21. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992; 112(1): 155–159.
22. Bardin L. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016. 141p.
23. Rapkevicz, JD, Saraiva, L, Wibelinger, LM, Batista, JS. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres idosas pós-menopausa. *Saúde Pesq*. 2020; 13(4):779-787.
24. Rindner L, Strømme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2017; 17(128): 1-8.
25. Real MGA, Jiménez JLL, García EM, González CG. Cambios biopsicosociales durante el climaterio: síntomas somáticos, insomnio y manifestaciones depresivas. *Rev Kairós*. 2018; 21(2): 9-30.
26. Separavich MA, Canesqui, AM. Analysis of the narratives on menopause of a Brazilian website. *Interface Comunic Saude Educ*. 2012; 16(42): 609-622.
27. Castro AM, Méndez LCD, Madrid MS. Manifestaciones menopáusicas y calidad de vida en afrocolombianas. Valoración con escala Cervantes. *IATREIA*. 2017; 30(4): 376-390.
28. Pereira QLC, Silva CBDCA; Siqueira HCH. Processo de viver de mulheres climatéricas usuárias do sistema único de saúde. *Cien Cuid Saúde*. 2011; 7(2): 224-231.
29. Cardoso MR, Camargo MJG. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2015; 23 (3):553-569.
30. Glise K; Junior Ahlberg G; Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion:

- does sex or age make a difference? BMC Psych. 2012; 12(18): 1-11.
31. Lorenzi DRS, Herédia VBM, Mariani HR. Vivências e representações da menopausa em mulheres da região sul do Brasil. Geriat Gerontol. 2008; 2(1):17-24.
32. Meira LF, Moraes KCS, Sousa NA, Ferreira JB. Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas. Fisioter Bras. 2019; 20(1):101-108.
33. Ferreira ICC; Silva SS; Almeida RS. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. Ens Cienc Biol Agrar Saúde. 2015; 19(2) 60-64.
34. Baleeiro CGB, Gomes DM, Alves CR, Barbosa GP, Souza MS, Teles MAB. Percepção das mulheres cadastradas em Estratégia da Saúde da Família acerca do climatério. Rev. UNINGÁ, Maringá, 2019; 56 (S2):100-106.
35. Silva H, Rocha JSB, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health in menopausal women. Cien Saude Col. 2018; 23(5) 1611-1620.
36. Freitas ER, Barbosa ASG, Reis GA, Ramada RF, Moreira LC, Gomes LB et al. Educação em Saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. Reprod Clim. 2016; 31(1): 37-43.
37. Perone GA, Ferraz TMM, Pinheiro VA, Jeneral RBR. Percepção das mulheres no climatério em relação à sexualidade, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à qualidade da assistência pelos profissionais da saúde. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2019; 21(2):77-82.
38. Hakimi S, Simbar M, Tehrani FR, Zaiery F, Khatami S. Women's perspectives toward menopause: a phenomenological study in Iran. J Wom Agi. 2016; 28(1): 80-89.
39. Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. Rev Rene. 2010; 11(1): 161-171.
40. 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.
41. Pakpour AH, Yekaninejad MS, Zeidi IM, Burri A. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. Arch Gynecol Obstetr. 2012; 286(6): 1589-1596.
42. Wolpe RE, Zomkowski K, Silva FP, Queiroz APA, Sperandio FF. Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017; 211:26-32.
43. Shifren JL, Gass MLS. NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. Menopause. 2014; 21(10):1038-1062.
44. Simon JA, Kokot-Kierepa M, Goldstein J, Nappi RE. Vaginal health in the United States: results from the Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes survey. Menopause. 2013; 20(10):1043-1048.
45. Vaz MT, Barreiros BR, Oliveira NR. Função sexual em mulheres no climatério: estudo transversal. Rev Pesq Fisioter. 2020; 10(1):50-57.

46. Tserota K, Blümel JE. Menopause research in Latin America. *Climateric*. 2019; 22(1): 17-21.
47. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Ahmed WAS. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 287(6): 1173-1180.