



Capítulo 8

**Considerações sobre Estado Climatérico,  
Qualidade de Vida e Cuidados Nutricionais**



**LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA**

MESTRE EM TOCOGINECOLOGIA PELA UNICAMP  
MÉDICO GINECOLOGISTA – CECOM/UNICAMP

**LUCIANA SALES PURCINO**

PÓS-GRADUADA EM NUTRIÇÃO HOSPITALAR EM CARDIOLOGIA PELO INCOR-  
HC-FMUSP  
NUTRICIONISTA – CECOM/UNICAMP

**O** envelhecimento da população mundial constitui um processo relativamente recente na história da humanidade (ACEVEDO, 1998). Com o crescimento da população construtiva (maior número de pessoas com mais idade), essa transição demográfica e epidemiológica foi muito bem definida como uma retangularização da sociedade moderna. Isto traz um novo e interessante conceito: vivemos hoje uma expectativa de envelhecer (FRIES e CRAPO, 1990).

Para se ter uma idéia, em 1980, a esperança de vida da mulher brasileira estava ao redor de 66 anos. Em 2005, falava-se em 75,8 anos. Estima-se para 2050 uma expectativa de vida de 84,5 anos (IBGE, 2004). No mesmo período (2050), mais de 20% da população mundial será composta de idosos, sendo esse um fenômeno universal não verificado somente nas sociedades desenvolvidas (DICZFALUSY, 1986).

No Brasil, em 2004, mulheres climatéricas com idade entre 45 e 65 anos correspondiam a 17% da população feminina no país (IBGE, 2004). Apesar de serem reconhecidas há séculos, a menopausa e a síndrome climatérica são fenômenos essencialmente modernos e universais (SPRITZER e REIS, 1998).

Definido pela Sociedade Internacional de Menopausa, o climatério representa a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva. Dentro desse período de tempo, ocorre a menopausa, que corresponde à última menstruação fisiológica da mulher (UTIAN, 1997).

Estima-se atualmente que as mulheres passem ao menos um terço de suas vidas no período de pós-menopausa (YOUNG, 1971).

No entanto, as consequências dessa longevidade ainda são questionadas. Na mulher, esse período é acompanhado de menor nível estrogênico em relação ao período reprodutivo (menarca), fato que pode trazer implicações na saúde e no manejo clínico dessas mulheres.

As consequências desse hipoestrogenismo podem trazer grande impacto individual e na saúde pública (MELO, 1998). As doenças cardiovasculares e a osteoporose encontram-se entre as principais causas dessa morbiletalidade.

Está claro que a prevalência dos sintomas e consequências do climatério variam em função de fatores ambientais e geográficos, aspectos sócio-culturais, educacionais e econômicos (FU *et al.*, 2003). Portanto, o impacto da menopausa na qualidade de vida pode ser consequente não somente às alterações biológicas, mas a todos os fatores acima citados.

Segundo Utian (1997), o climatério pode ser assintomático, mas o declínio da atividade ovariana pode caracterizar a já citada Síndrome do Climatério com sintomas de ondas de calor, insônia, vertigem, irritabilidade, cefaléia (dor de cabeça), mialgia (dores musculares), atrofia uro-genital, vulvovaginites, infecção do trato urinário (ITU), incontinência urinária de esforço (IUE), dentre outros. O déficit estrogênico também está associado a uma maior incidência de doença coronariana e uma maior taxa de mortalidade por doença cardiovascular (STAMPFER *et al.*, 1991). São observados ainda aumento no risco de osteoporose e fraturas osteoporóticas devido à dimi-

nuição da densidade mineral óssea nesse período (MUNK-JENSEN *et al.*, 1988). Nesse contexto, uma abordagem multidisciplinar como mudanças no estilo de vida, dieta, prática de exercícios e o uso da terapia hormonal são opções para melhoria da qualidade de vida no climatério.

Introduzida na Alemanha em 1937, a terapia hormonal tem hoje grande prevalência em todo o mundo. É consenso que seja eficaz tanto para sintomas gerais como para redução do risco cardiovascular e prevenção da osteoporose e fraturas patológicas. Apesar disso, ela nem sempre pode ser aplicada e não será tema deste capítulo.

Por outro lado, existem formas de abordagem e conduta para pacientes climatéricas que podem e devem ser aplicadas (sem qualquer exceção), associadas ou não à terapia estrogênica, e que podem atingir um número expressivo de mulheres que se encontram nesse contexto. Como já foi citado, a prática de exercícios físicos regulares e com orientação; as mudanças de hábitos com correção; reeducação e complementação alimentar estão entre as abordagens principais.

Halbe (1999) correlacionou muito bem os termos saúde, estilo de vida e qualidade de vida como atributos que dizem respeito às pessoas como um todo e tem a máxima aplicação no climatério. Ao número de anos presumidos desde o nascimento denomina-se expectativa de vida e esta vem se aproximando da “extensão da vida”, que tem um limite biológico peculiar a cada espécie (BOSSEMAYER, 1998). A essa crescente expectativa de vida associe-se uma crescente qualidade de vida: uma preocupação em “viver melhor e não somente viver mais”.

Esta é, portanto, a meta de assistência multidisciplinar à mulher climatérica: oferecer-lhe melhor qualidade de vida, maximizar a “expectativa de vida ativa”, a duração do bem estar funcional e a manutenção de sua independência nas atividades da vida diária (KATZ *et al.*, 1983).

## Abordagem Nutricional

No contexto do presente capítulo, uma abordagem nutricional focada na prevenção de fatores de risco passíveis de modificação através da adoção de hábitos alimentares saudáveis é imprescindível, principalmente no que tange à prevenção das doenças cardiovasculares (DCV) e da osteoporose.

A questão da prevenção das doenças cardiovasculares determina o delineamento de um plano dietético que contemple medidas coadjuvantes para a prevenção ou controle das dislipidemias (anormalidades nas gorduras do sangue), da hipertensão arterial sistêmica, das alterações da glicemia e, sobretudo, medidas para a redução ou manutenção do peso ideal (COSTA e SILVA, 2005).

Em linhas gerais, para atingir esses objetivos o planejamento dietético deverá ser desenhado com os seguintes traços elementares: ingestão calórica controlada ou reduzida de forma gradual, restrição de alimentos ou preparações com alto teor de sódio, substituição de algumas fontes de gorduras saturadas e/ou colesterol por fontes de gorduras poliinsaturadas ou monoinsaturadas, restrição de alimentos contendo gorduras trans e substituição de algumas fontes de carboidratos refinados e/ou de alta densidade calórica por fontes com baixa densidade calórica e/ou alto teor de fibras (COSTA e SILVA, 2005).

Já a problemática da osteoporose impõe ao plano alimentar estratégias para o controle de fatores dietéticos que possam comprometer a mineralização ou manutenção óssea alinhadas com as definidas para prevenção das DCV.

Em resumo, essas ações deverão focar a ingestão adequada de cálcio através da inclusão dos principais alimentos fontes e o controle dos fatores que influenciam na biodisponibilidade do cálcio e ingestão adequada de proteínas (para que não ocorra consumo excessivo). As recomendações de cálcio são de 1000 mg/dia na faixa etária de 19 a 50 anos e de 1200 mg/dia na faixa etária de 51 a 70 anos. Atingir estas recomendações é um desafio considerável, visto que somente 20% a 30% do cálcio ingerido é absorvido, e estudos evidenciam que a ingestão de alimentos fontes pelas mulheres no clima-

tério fica aquém do recomendado (MONTILLA *et al.*, 2004).

Sob a perspectiva integral da alimentação, a terapia nutricional deve se firmar mediante uma alimentação equilibrada com a participação de alimentos dos diferentes grupos, podendo-se adotar, considerando a prevenção das DCV, a seguinte distribuição energética entre os macronutrientes: 50 a 60% de carboidratos, 15% de proteínas e 25 a 35% de gorduras totais (ácidos graxos saturados < 10%, ácidos graxos poliinsaturados [ômega 6 e ômega-3] até 10% e ácidos graxos monoinsaturados até 20%) (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

## **Carboidratos**

No planejamento do consumo de carboidratos, particular atenção deve ser reservada para melhorar a qualidade da dieta através da maior participação dos cereais integrais, das leguminosas (feijão, ervilha, soja, lentilha, grão-de-bico), das hortaliças e das frutas (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

A adoção desse padrão de escolha de fontes de carboidratos também favorece a ingestão de potássio – fator positivo para o controle da pressão arterial – e a adequação do consumo de fibra alimentar à recomendação diária de fibras, que é de 20 a 30 g por dia (6g devem ser de fibra solúvel). A contribuição da fibra alimentar se dá por várias vertentes:

- as fibras insolúveis aumentam a sensação de saciedade contribuindo para a redução do peso;
- as solúveis auxiliam no controle da hipercolesterolemia;
- algumas fibras solúveis (inulina, oligofrutose) têm a capacidade de estimular a absorção e retenção de minerais, particularmente do magnésio, do cálcio e do ferro (FRANK, 2004).

Deve-se atentar, contudo, para o fato de que quantidades excessivas de fibras (50g) –consumidas principalmente através de farinhas e cereais integrais – podem causar efeitos gastrintestinais colaterais e, pelo alto teor de fitatos, reduzir a absorção do cálcio (FRANK, 2004).

Entre os cereais integrais convém incentivar a inclusão da aveia na dieta pelo papel da beta-glucana (fibra alimentar presente em sua composição) no auxílio na redução da absorção de colesterol. Recomenda-se um consumo diário de 3g de beta-glucana de aveia (equivale a três colheres de sopa de farelo de aveia (40g) ou quatro da farinha de aveia (60g) (FRANK, 2004).

Do grupo das leguminosas justifica-se considerar-se a inclusão da soja, tendo em vista:

- ser uma fonte de cálcio de boa disponibilidade a despeito do seu conteúdo considerável de fitatos e oxalatos (FRANK, 2004). Representa também uma opção para mulheres com intolerância à lactose;
- o consumo diário de no mínimo 25 g de proteína de soja estar associado à redução do colesterol;
- a presença de isoflavonas, substâncias bioativas investigadas em vários estudos como fonte exógena de estrógeno, sugerindo a possibilidade da soja ser uma alternativa natural para a convencional terapia de reposição hormonal na prevenção da perda óssea (FRANK, 2004).

*Vale ressaltar que a inclusão de alimentos como a aveia e a soja deve ser considerada dentro do plano integral da dieta evitando-se o desbalanceamento da dieta pelo excesso calórico, de carboidratos ou de proteínas.*

## **Proteínas**

Quanto ao consumo protéico, destaca-se o cuidado que deve ser tomado para que a dieta não extrapole a porcentagem de proteínas indicada do valor energético total (VET),

visto que altas quantidades aumentam a excreção renal de cálcio. A relação de cálcio/proteína de 20:1 (mg/g) é indicada como um bom parâmetro para garantir uma boa absorção do cálcio (MONTILLA *et al.*, 2004).

## Lipídios

A seleção das fontes de gordura deve ser feita de modo que sejam respeitadas as proporções recomendadas para os diferentes ácidos graxos. Deve-se considerar a recomendação de consumo inferior a 200 mg/dia de colesterol. Não há recomendação do consumo de gorduras *trans* (deve ser evitada ao máximo), mas não se deve exceder mais de 2g/dia (I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, 2006).

Com atenção às orientações para prevenção de dislipidemias, as fontes dos diferentes tipos de gorduras devem ser atenciosamente balanceadas.

As fontes de gordura saturada e colesterol (carnes gordurosas; frios e embutidos; leite e subprodutos integrais (iogurtes, queijos, creme de leite), vísceras e miúdos, gema de ovo; frutos do mar) devem ser evitadas (COSTA e SILVA, 2005). Por outro lado, importa ressaltar que, considerando que a deficiência da vitamina D (lipossolúvel) interfere negativamente na absorção e homeostase do cálcio, restrições de fontes de vitamina D (fígado, gema de ovo, óleos de peixe, leite e derivados integrais) podem ter um impacto negativo na qualidade integral da dieta. Assim, a inclusão dessas fontes deve ser estudada de forma individualizada, principalmente na dieta de mulheres que não tomam muito sol.

As fontes de gorduras poliinsaturadas do tipo ômega 6 (óleos de soja, girassol) devem ser consumidas com moderação, mas devem participar mais da dieta do que as fontes de gorduras saturadas. As fontes de gorduras monoinsaturadas como frutas oleaginosas (castanhas, nozes, amendoim), óleos vegetais (azeite de oliva e óleo de canola), azeitona e abacate devem ser privilegiadas (COSTA e SILVA, 2005).

## Cálcio e Biodisponibilidade

As principais fontes de cálcio são os leites e derivados. Outras fontes são peixes, frutos do mar e vegetais de folhas verdes e escuras (couve, espinafre, brócolis); no entanto, a biodisponibilidade é reduzida pela presença de oxalatos. No caso de intolerância à lactose, os leites com baixo teor de lactose representam uma opção.

Alimentos industrializados devem ser evitados. Frios, embutidos e enlatados entre outros apresentam alta concentração de sódio, prejudicando o controle da pressão arterial e aumentando a excreção renal de cálcio. Enlatados e refrigerantes a base de cola entre outros apresentam fofatos que podem atrapalhar a absorção do cálcio pela formação de cristais insolúveis (fofato/cálcio).

O consumo de bebidas alcoólicas deve ser desencorajado, pelo acréscimo calórico que pode levar ao aumento do peso, pelas implicações negativas sobre os controles da pressão arterial e dos triglicérides plasmáticos (COSTA e SILVA, 2005) e por afetar a biodisponibilidade do cálcio (FRANK, 2004).

A cafeína também é considerada um fator prejudicial para absorção do cálcio. Assim, o consumo de café, chá mate, chocolate e refrigerante deve ser moderado (FRANK, 2004).

## Referências

- ACEVEDO, P.L. Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamérica. In: CAMPOS, O.G. *et al. Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiológica en Latinoamérica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998. p. 49-72.
- BOSSEMEYER, R. Objetivos Del tratamiento hormonal em El climatório. In: CAMPOS, O.G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. *Menopausia y longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica em latinoamerica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998.
- COSTA, R.P., SILVA, C.C. Doenças Cardiovasculares. In: CUPPARI, L. *Guias de nutrição: nutrição clínica no adulto*. 2.ed. Barueri, 2005.



- FRANK, A.A. e SOARES, E.A. *Nutrição no envelhecer*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- FRIES J.F. & CRAPO, L.M. The rectangularization of life. In: BYYNY, R. L. & SPEROFF, L. *A clinical guide for the care of older women*. Baltimore, WILLIAMS & WILKINS, 1990. P. 1-28.
- FU, S.; ANDERSON, D.; COURTNEY, M. Cross-cultural menopausal experience: comparison of Australian and Taiwanese women. *Nurs Health Sci*, 55:77-84, 2003.
- HALBE, H.W. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde – Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia. *Sintofarma*, 4:74-8, 1999.
- I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq. Bras. Cardiol*, volume 84, Suplemento I, Abr/2005.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980- 2050*. Revisão 2004.
- KATZ, S.; BRANCH, L.G.; BRANSON, M.H.; PAPSIDERO, J.A.; BECK, J.C.; GREER, D.S. Active life expectancy .. *New Engl.J.Med.*; 309: 1218-24, 1983.
- MELO, N.R. Terapia hormonal de reemplazo y metabolismo lipídico In: CAMPOS, O.G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C.; *Menopausia y longevidad: perspectiva clínica y epidemiologia em latinoamérica*. Santiago de Chile: Bywaters, 1998.
- MONTILLA, R.N.G. et al. Relação cálcio/ proteína da dieta de mulheres no climatério. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 52-4, 2004.
- MUNK-JENSEN, N.; NIELSEN, S.P.; OBEL, E.B.; ERIKSEN, P.B. Reversal of postmenopausal vertebral bone loss by oestrogen and progestogen: a double blind placebo controlled study. *Br. Med. J.*; 296 :1150-2, 1988.
- SPRITZER, P.M. & REIS, F. M. Climaterio hormonal replacement: therapy based on evidences. *Reprod. Clim.*, 13:32-41, 1998.
- UTIAN, W.H. & BOGGS, P.P. Menopause-a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*, 26:73-82 1999.
- YOUNG, J.Z. *An introduction to the study of man*. Oxford, Claredon Press, 1971.