

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PÓS MENOPAUSA EM UMA CLÍNICA
GINECOLÓGICA NA REGIÃO CARBONÍFERA CATARINENSE ENTRE 2013 E 2022**

**CLINICAL PROFILE OF POST-MENOPAUSE PATIENTS IN A GYNECOLOGICAL
CLINIC IN THE CATARINENSE CARBON REGION BETWEEN 2013 AND 2022**

Lívia Azevedo Miato¹, Melissa Ferreira Alves Weiss², Danyella Araújo³.

Todos os autores declaram que o segundo autor contribui de igual forma ao primeiro autor.

¹ Acadêmica do curso de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma, SC, Brasil.
Email: liviaamiato@gmail.com

² Acadêmica do curso de Medicina - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma, SC, Brasil.
Email: melissafaweiss@gmail.com

³ Professora Especialista em Ginecologia e Obstetrícia do curso de Medicina -
Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma, SC, Brasil. Email:
danyellameura@gmail.com

RESUMO

Introdução: A menopausa é um evento inevitável que marca o fim da fase reprodutiva feminina, ocorrendo em geral entre 40 e 55 anos. Durante a transição menopausal, conhecida como climatério, ocorre a redução dos hormônios estrogênicos, causando alterações sistêmicas que geram os sintomas característicos do período, podendo afetar a qualidade de vida e levar à necessidade de terapia hormonal.

Objetivo: Identificar o perfil clínico de pacientes pós menopausa em uma clínica na região carbonífera catarinense entre os anos de 2013 e 2022, analisando os fatores influenciadores para idade da menopausa e surgimento dos sintomas. **Metodologia e Resultados:** Este estudo foi realizado de forma observacional descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários, a partir da análise de 349 prontuários de mulheres entre 40 e 60 anos, que se encontravam no período pós-menopausa. Foram coletadas informações sobre idade de menarca e menopausa, presença dos principais sintomas climatéricos, uso de métodos hormonais, dados antropométricos, história gestacional e hábito tabagista.

Conclusão: A principal variável que influencia a idade da menopausa é a idade da menarca, sem influência significativa do IMC, da paridade e do tabagismo. Além disso, os principais sintomas que surgem no climatério e afetam a qualidade de vida e a saúde feminina são os urogenitais, vasomotores e a dislipidemia.

Descritores: Climatério. Menopausa. Terapia hormonal. Sintomas climatéricos.

ABSTRACT

Introduction: Menopause is an inevitable event that marks the end of the female reproductive phase, generally occurring between the ages of 40 and 55. During the menopausal transition, known as climacteric, there is a reduction in estrogen hormones, causing systemic changes that generate the characteristic symptoms of this period. These symptoms can affect quality of life and may lead to the need for hormone therapy. **Objective:** To identify the clinical profile of postmenopausal patients at a clinic in the coal mining region of Santa Catarina between 2013 and 2022, analyzing the factors influencing the age of menopause and the onset of symptoms. **Methodology and Results:** This study was conducted as a retrospective observational descriptive study, using secondary data collected from the analysis of 349 medical records of women aged between 40 and 60 years who were in the postmenopausal period. Information was collected on the age of menarche and menopause, the presence of major climacteric symptoms, the use of hormonal methods, anthropometric data, gestational history, and smoking habits. **Conclusion:** The main variable that influences the age of menopause is the age of menarche, with no significant influence from BMI, parity, and smoking. Additionally, the main symptoms that arise during the climacteric period and affect quality of life and women's health are urogenital, vasomotor symptoms, and dyslipidemia.

Keywords: Climacteric. Menopause. Hormone therapy. Climacteric symptoms.

INTRODUÇÃO

O climatério é um período dinâmico que define a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da mulher, a partir do fim da produção ovariana de ovócitos, sendo a menopausa confirmada retrospectivamente após amenorreia não iatrogênica por um período mínimo de 12 meses⁽¹⁾. Para muitas mulheres, essas mudanças são libertadoras, pois as absolvem da ansiedade de uma gestação não planejada, enquanto para outras são negativas, devido à associação com o envelhecimento⁽²⁾. A menopausa é uma condição inevitável do envelhecimento reprodutivo feminino, que pode ocorrer de forma natural ou iatrogênica, como, por exemplo, após retirada cirúrgica dos ovários ou falência ovariana secundária à quimioterapia ou radioterapia⁽³⁾.

A faixa etária mais comum da menopausa situa-se entre 40 e 55 anos, com a média global de 48,8 anos, apresentando pequenas variações entre diferentes etnias⁽⁴⁾. A maioria das mulheres viverá aproximadamente 40% dos anos na pós-menopausa, representando cerca de 30 anos, um índice que aumenta conforme a expectativa de vida também cresce⁽⁵⁾.

A diminuição do *pool* folicular, associada a variabilidade dos hormônios sexuais e modificações no padrão menstrual, caracteriza a transição menopausal, manifestando-se inicialmente com irregularidade menstrual até o fim da menacme. Na fase tardia da transição menopausal há deficiência estrogênica, e a insuficiência ovariana não consegue mais compensar as perdas na produção hormonal ovariana e hipofisária, originando as manifestações características do climatério⁽⁶⁾. Esses sintomas podem ser de curto prazo, representados por fogachos e suores noturnos, ou de longa duração, classificados como condições crônicas, como osteoporose, doenças cardiovasculares e alterações cognitivas⁽⁵⁾.

Com as alterações endócrinas pós-menopausa, ocorre mudança no perfil lipídico relacionado ao aumento do colesterol total devido à maior proporção de lipoproteína de baixa densidade (LDL), além de acúmulo de gordura visceral, resultando em maior prevalência de obesidade⁽⁷⁾. Assim, mulheres nesse período possuem incidência elevada de síndrome metabólica, aumentando o risco de doenças cardiovasculares⁽⁸⁾.

Sintomas climatéricos que afetam a qualidade de vida são a principal indicação para medidas terapêuticas, como reposição hormonal, medicamentos não hormonais e medidas não farmacológicas⁽⁶⁾. Visando minimizar os efeitos do hipoestrogenismo, mudanças no estilo de vida e nos hábitos nutricionais, associadas à terapia medicamentosa, podem melhorar a expectativa de vida e promover o bem-estar dessas pacientes⁽⁹⁾.

Nesse contexto, a coleta de dados por análise de prontuários é importante para analisar as possíveis complicações do período, a intensidade dos sintomas mais prevalentes e seu impacto na vida cotidiana. Estudos nesse sentido podem aprimorar o conhecimento acadêmico e a prática dos profissionais da saúde. O objetivo da presente pesquisa, foi identificar o perfil clínico de pacientes pós-menopausa em uma clínica na região carbonífera catarinense entre os anos de 2013 e 2022, analisando os fatores influenciadores da idade da menopausa e do surgimento dos sintomas.

METODOLOGIA

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) sob parecer número 6.205.916. Foi um estudo observacional descritivo retrospectivo, com coleta de dados secundários, no qual, foram avaliados 349 pacientes entre 40 e 60 anos, atendidas no período de 2013 a 2022 em uma clínica ginecológica na região carbonífera Catarinense. O cálculo do tamanho mínimo da amostra foi realizado utilizando-se a fórmula proposta por Medronho⁽¹⁰⁾:

$$n = \frac{z_{\frac{\alpha}{2}}^2 NP(1-P)}{\varepsilon^2(N-1) + z_{\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}$$

Em que, $z(1,96)$ refere-se a estatística normal padronizada bilateral atrelada ao valor de $\alpha(0,05)$; $P(0,50)$ é o valor que maximiza o tamanho da amostra; $\varepsilon(0,05)$ trata-se do erro amostral máximo tolerável; $N(3.812)$ trata-se da população a ser amostrada; e n refere-se ao tamanho mínimo da amostra, que resultou em 349 pacientes. Ademais, foram excluídas 366 mulheres que se encontravam durante a menacme, por não se encaixarem no perfil clínico analisado neste estudo.

As pacientes foram avaliadas através de prontuários, de onde foram retiradas as seguintes informações: idade da menarca e da menopausa, paridade, aborto, estatura, peso, IMC (Índice de massa corporal), presença ou ausência de manifestações climatéricas (sintomas vasomotores e urogenitais, perda de libido, déficit cognitivo, distúrbio de sono, alteração de humor, alteração da massa óssea, dislipidemia), se uso de terapia hormonal (TH), via e o tempo de uso, contra-indicação de TH, uso de terapias não hormonais e tabagismo.

Os dados coletados foram analisados em planilhas do *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0. As variáveis quantitativas (idade da menarca, idade da menopausa, paridade, aborto, tempo de uso da TH, estatura e peso) foram expressas por meio de média e desvio padrão e as variáveis qualitativas (IMC, sintomas vasomotores e urogenitais, perda de libido, déficit cognitivo, distúrbio de sono, alteração de humor, alteração da massa óssea, dislipidemia, uso de TH, via de TH, contra-indicação de TH, uso de terapias não hormonais e tabagismo) por meio de frequência e porcentagem. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$, ou seja, confiança de 95%. A distribuição das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk.

A comparação das médias das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas politômicas foi realizada por meio da aplicação do teste H de Kruskal-Wallis. A comparação das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas dicotômicas foi realizada por meio da aplicação do teste U de Mann-Whitney. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson e Razão de Verossimilhança, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

RESULTADOS

A tabela 1 mostra o perfil epidemiológico de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022 (n = 349). A média de idade de menarca foi de 13,17 (DP ± 1,71) e a de menopausa foi de 46,89 (DP ± 5,82). Em relação ao IMC, 1,4% das mulheres apresentaram baixo peso, 22,8% tiveram peso normal, 38,1% foram classificadas com sobrepeso, e 37,8% eram obesas. Quanto à paridade, 5,2% eram nulíparas, 14% primigestas e 80,8% eram múltiparas. Em relação a abortos prévios, 69,9% nunca abortaram, enquanto 30% tiveram um ou mais abortos. Observou-se que 27,5% das mulheres analisadas eram tabagistas.

A tabela 2 apresenta o perfil clínico das pacientes analisadas, considerando os principais sintomas da menopausa, o uso de TH, a via do tratamento e seu tempo de uso, além de contraindicações ao uso de hormônios e prescrição de terapia não hormonal. Em relação aos principais sintomas climatéricos, os urogenitais foram relatados por 75,4% pacientes, seguido por: sintomas vasomotores (65,6%), dislipidemia (59,3%), perda de libido (40,1%), alteração de humor (32,1%), distúrbio do sono (27,5%), alteração da densidade óssea (18,9%) e déficit cognitivo (7,7%). Das pacientes analisadas, 45,3% estavam em uso de TH e 13,2% descontinuaram a terapia após o início do uso. As principais vias de uso dos hormônios foram a vaginal (50%) e a oral (25%), sendo estas combinadas em 11,7% das mulheres. A maioria das mulheres que fizeram uso de TH usaram por mais de um ano (49,5%). Além dos métodos hormonais, 26,1% relataram o uso de terapias não hormonais.

A tabela 3 associa a idade da menopausa com a idade da menarca, IMC, paridade, aborto e tabagismo. Não houve associação estatisticamente significativa entre o IMC (p = 0,984), paridade (p = 0,138), aborto (p = 0,665) e tabagismo (p = 0,234). Entretanto, a idade da menopausa e a idade da menarca, apresentou diferença estatisticamente significativa (p = 0,001).

A tabela 4 avalia a correlação do IMC sobre os sintomas vasomotores (p = 0,415), urogenitais (p = 0,069), perda de libido (p = 0,627), déficit cognitivo (p = 0,264), distúrbio do sono (p = 0,699) e alteração de humor (p = 0,750), não havendo significância estatística nestes casos. Contudo, pacientes com baixo peso apresentaram maior associação com osteopenia (p = 0,019). Em relação à dislipidemia (p = 0,009), pacientes com peso normal apresentam menor risco de desenvolvimento da comorbidade.

A tabela 5 relaciona a paridade com os sintomas vasomotores (p = 0,351), urogenitais (p = 0,852), perda de libido (p = 0,466), déficit cognitivo (p = 0,567), distúrbio do sono (p = 0,916), alteração de humor (p = 0,180), alteração da densidade óssea (p = 0,074) e dislipidemia (p = 0,752), não revelando significância estatística. Entretanto, a associação dos sintomas vasomotores com perda de libido (p < 0,001), distúrbio de sono (p = 0,002) e alteração de humor (p < 0,001), foi estatisticamente significativa (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos, constatou-se que a idade média da menarca nas mulheres atendidas na clínica ginecológica analisada é de 13,17 anos, enquanto a idade média da menopausa é de

46,89 anos. Observa-se que a média de idade na qual ocorreu a menopausa nas pacientes analisadas está dentro do intervalo médio de idade da menopausa na América Latina (45,9 a 48,6 anos, com média de 47,2 anos)⁽¹¹⁾. Ademais, os resultados deste estudo indicam que, embora a idade da menarca influencie a idade da menopausa, a paridade não se configura como um fator relevante. Isso contrasta com o estudo realizado com 51.450 mulheres na pós-menopausa no Reino Unido, Escandinávia, Austrália e Japão, que demonstrou uma relação direta entre paridade, menarca e a idade da menopausa⁽¹²⁾. Adicionalmente, pesquisas indicam que os genes que regulam a idade da menarca são, em parte, os mesmos que regulam a menopausa, estabelecendo uma relação direta entre essas duas idades⁽¹³⁾. Tal relação se deve à diminuição da capacidade biológica de fertilização da mulher com o avançar da idade, causada pela redução exponencial do *pool* folicular ovariano a cada ovulação no período de menacme⁽¹⁴⁾.

Além disso, o presente estudo não encontrou significância estatística na influência do tabagismo sobre a idade da menopausa. Em contrapartida, uma pesquisa conduzida pela Universidade da Pensilvânia com mulheres de descendência europeia e africana descreveu que pacientes tabagistas tendem a entrar na menopausa aproximadamente um ano antes das não fumantes⁽¹⁵⁾. Essa relação ocorre devido aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos presentes na fumaça do tabaco, que diminuem os níveis séricos de estrogênio e aumentam a quantidade de andrógenos, causando assim danos aos folículos ovarianos⁽¹¹⁾.

De acordo com os resultados obtidos, o IMC não mostrou associação com a maioria dos sintomas climatéricos analisados, exceto na dislipidemia, que esteve presente na maioria das mulheres com sobrepeso e obesidade. Entretanto, um estudo realizado com 109 mulheres na pós-menopausa em Minas Gerais mostrou que a obesidade afeta a intensidade e duração dos sintomas, incluindo os sexuais, vasomotores e distúrbios do sono⁽¹⁶⁾. Essa contradição pode ser explicada pelo fato de que, em mulheres obesas, ocorre uma maior produção de estrogênios devido à aromatização periférica, associando um IMC mais elevado a uma menor frequência de sintomas nas fases mais tardias da menopausa. No entanto, nas fases mais precoces, o aumento do IMC pode agravar o surgimento desses sintomas⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, foi observado que mulheres com IMC abaixo do peso apresentaram uma maior associação com osteopenia. Essa descoberta corrobora uma pesquisa anterior realizada em Singapura, que incluiu 188 mulheres pós-menopausa e constatou que um menor IMC é um fator de risco para uma menor densidade óssea⁽¹⁸⁾. Assim, apesar de a obesidade ter vários impactos negativos sobre a saúde, ela exerce um efeito protetor contra o desenvolvimento de osteopenia e osteoporose ao promover a formação óssea e estimular uma maior densidade óssea⁽¹⁹⁾.

Em relação à paridade, o número de partos não mostrou significância em relação a nenhum dos sintomas observados. Em contrapartida, um estudo realizado no sudeste brasileiro com 749 mulheres entre 45 e 60 anos mostrou que o número de partos normais estava associado a uma maior severidade dos sintomas da menopausa. Isso possivelmente se deve à responsabilidade pelo cuidado com crianças durante a transição menopausal, que exerce uma influência negativa e leva a uma pior percepção dos sintomas⁽²⁰⁾.

Os resultados deste estudo corroboram a literatura existente, demonstrando que os sintomas vasomotores reduzem a libido, causam distúrbios do sono e afetam o humor. Um estudo realizado nos Estados Unidos com 28 mulheres que apresentavam fogachos avaliou a interrupção do sono através da polissonografia, revelando uma média de 3,4 episódios de fogachos por noite, comprovando que a interrupção do sono está ligada à percepção das ondas de calor⁽²¹⁾. A perturbação do sono ocorre devido ao desconforto físico causado pela sudorese intensa e superaquecimento, resultando em dificuldade para dormir e despertares frequentes durante a noite⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

A identificação do perfil clínico das mulheres pós-menopausa atendidas em uma clínica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022 permitiu compreender os fatores que afetam a idade da menopausa, os sintomas prevalentes e suas influências. Constatou-se que a idade da menarca foi a única variável relevante entre os influenciadores da idade da menopausa, enquanto o IMC, paridade, abortos e tabagismo não tiveram influência. Os sintomas mais prevalentes incluíram problemas urogenitais, justificando a maior prevalência do uso de terapia hormonal por via vaginal, além de sintomas vasomotores e dislipidemia, com a maioria das pacientes utilizando terapia hormonal, por período superior a um ano.

Essas descobertas podem ajudar os profissionais de saúde a aconselhar as pacientes sobre as expectativas em relação aos sintomas e a tomar decisões sobre o tratamento com terapia hormonal, incluindo a via de administração. Destaca-se a precariedade de dados e informações importantes devido ao não preenchimento completo dos prontuários, a qual ocasionou limitações quanto aos resultados deste estudo. Além disso, pelo estudo ter sido limitado à região carbonífera catarinense, reforça-se a necessidade de conhecer a população, por isso, pesquisas adicionais sobre o perfil clínico das pacientes pós-menopausa são necessárias para aprimorar o conhecimento clínico, capacitando os profissionais da saúde a oferecer um atendimento ideal e individualizado.

REFERÊNCIAS

1. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *The Medical clinics of North America*. 2015;99(3):521–34.
2. Minkin MJ. Menopause. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2019 Sep;46(3):501–14.
3. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, et al. Menopause. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015 Apr 23;1(1).
4. Davis SR, Baber RJ. Treating menopause — MHT and beyond. *Nature Reviews Endocrinology*. 2022 May 27;18(8):490–502.
5. Biglia N, Cagnacci A, Gambacciani M, et al. Vasomotor symptoms in menopause: a biomarker of cardiovascular disease risk and other chronic diseases? *Climacteric*. 2017 Apr 28;20(4):306–12.

6. Santoro N, Roeca C, Peters BA, et al. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2020 Oct 23;106(1):1–15.
7. El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020 Nov 30;142(25).
8. Nappi RE, Simoncini T. Menopause transition: a golden age to prevent cardiovascular disease. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2021 Mar 1;9(3):135–7.
9. Silva TR, Oppermann K, Reis FM, et al. Nutrition in Menopausal Women: A Narrative Review. *Nutrients*. 2021 Jun 23;13(7):2149.
10. Medronho, RA. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
11. Schoenaker DA, Jackson CA, Rowlands JV, et al. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International Journal of Epidemiology*. 2014 Oct 1;43(5):1542–62.
12. Mishra GD, Pandeya N, Dobson AJ, et al. Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause. *Human Reproduction*. 2017 Jan 24.
13. Louwers YV, Visser JA. Shared Genetics Between Age at Menopause, Early Menopause, POI and Other Traits. *Frontiers in Genetics*. 2021 Sep 29;12.
14. Moghadam ARE, Moghadam MT, Hemadi M, et al. Oocyte Quality and Aging. *JBRA Assisted Reproduction*. 2021;26(1).
15. Butts SF, Sammel MD, Greer C, et al. Cigarettes, genetic background, and menopausal timing. *Menopause*. 2014 Jul;21(7):694–701.
16. Costa JG, Rodrigues RM, Puga GM, et al. Does Obesity Aggravate Climacteric Symptoms in Postmenopausal Women? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2022 Jun;44(06):586–92.
17. Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition: Differences Among Women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2018 Dec 1;45(4):629–40.
18. Ang SB, Xia JY, Cheng SJ, et al. A pilot screening study for low bone mass in Singaporean women using years since menopause and BMI. *Climacteric*. 2021 Apr 30;25(2):163–9.
19. Karlamangla AS, Burnett-Bowie SAM, Crandall CJ. Bone Health during the Menopause Transition and Beyond. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2018 Dec 1;45(4):695–708.
20. Lui Filho JF, Baccaro LFC, Fernandes T, et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015 Apr;37(4):152–8.
21. Bianchi MT, Kim S, Galvan T, et al. Nocturnal Hot Flashes: Relationship to Objective Awakenings and Sleep Stage Transitions. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2016 Jul 15;12(07):1003–9.

22. English M, Stoykova B, Slota C, et al. Qualitative study: burden of menopause-associated vasomotor symptoms (VMS) and validation of PROMIS Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment measures for assessment of VMS impact on sleep. *Journal of Patient-Reported Outcomes*. 2021 Apr 26;5(1).

Tabela 1. Perfil epidemiológico de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	Média ± DP, n (%)
	n = 349
Menarca (anos)	13,17 ± 1,71
Menopausa (anos)	46,89 ± 5,82
IMC (n = 281)	
Baixo peso	4 (1,4)
Peso normal	64 (22,8)
Sobrepeso	107 (38,1)
Obesidade I	71 (25,3)
Obesidade II	26 (9,3)
Obesidade III	9 (3,2)
Paridade	
0	18 (5,2)
1	49 (14,0)
2	119 (34,1)
3	86 (24,6)
4	38 (10,9)
5 ou mais	39 (11,2)
Abortos	
0	244 (69,9)
1	78 (22,3)
2	14 (4,0)
3	12 (3,4)
4	1 (0,3)
Tabagismo	96 (27,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 2. Perfil clínico de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	n (%)
	n = 349
Sintomas climatéricos	
Sintomas urogenitais	263 (75,4)
Sintomas Vasomotores	229 (65,6)
Dislipidemia	207 (59,3)
Perda de libido	140 (40,1)
Alteração de humor	112 (32,1)
Distúrbio do sono	96 (27,5)
Déficit cognitivo	27 (7,7)
Alteração da densidade óssea	
Osteopenia	40 (11,5)
Osteoporose	26 (7,4)
Uso TH	
Sim	158 (45,3)
Não	145 (41,5)
Descontínuo	46 (13,2)
Via de uso (n = 204)	
Vaginal	102 (50,0)
Oral	51 (25,0)
Oral e vaginal	24 (11,7)
Transdérmica	13 (6,4)
Vaginal e transdérmica	6 (2,9)
Oral e transdérmica	4 (2,0)
Oral, vaginal e transdérmica	4 (2,0)
Tempo de uso (n = 204)	
Menos de 6 meses	42 (20,6)
6 meses a 1 ano	61 (29,9)
Mais de 1 ano	101 (49,5)
Não se aplica	145
Contraindicação	45 (12,9)
Terapia não hormonal	91 (26,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 3. Relação da idade da menopausa com a idade da menarca, IMC, paridade, aborto e tabagismo de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	n	Menopausa (anos), Média \pm DP, r_s	Valor – p
Menarca (anos)	349	0,179	0,001 [†]
IMC			
Baixo peso*	4	48,50 \pm 2,38	0,984 ^{††}
Peso normal	64	46,94 \pm 5,74	
Sobrepeso	107	47,03 \pm 5,70	
Obesidade I	71	46,80 \pm 6,18	
Obesidade II*	26	47,04 \pm 5,31	
Obesidade III*	9	47,33 \pm 7,48	
Paridade			
0*	18	48,44 \pm 5,87	0,138 ^{††}
1	49	45,18 \pm 6,23	
2	119	46,55 \pm 5,73	
3	86	46,90 \pm 6,40	
4	38	48,37 \pm 4,87	
5 ou mais	39	47,87 \pm 4,48	
Abortos			
0	244	46,68 \pm 6,00	0,665 ^{††}
1	78	47,49 \pm 5,19	
2	14	47,93 \pm 4,61	
3	12	45,58 \pm 7,17	
4	1	51,00 \pm 0,00	
Tabagismo			
Sim	96	46,14 \pm 6,10	0,234 ^{†††}
Não	253	47,17 \pm 5,69	

* Valor não computado na comparação pois não apresentou n suficiente para realização do teste de hipótese; [†]Valor obtido após aplicação do teste de correlação de Spearman. ^{††}Valor obtido após aplicação do teste H de Kruskal-Wallis. ^{†††}Valor obtido após aplicação do teste U de Mann-Whitney. r_s : Coeficiente de correlação de Spearman; Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 4. Influência do IMC sobre os sintomas climatéricos de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	Índice de massa corporal, n (%)						Valor – p [†]
	A* n = 4	B n = 64	C n = 107	D n = 71	E* n = 26	F* n = 9	
Sintomas vasomotores							
Sim	2 (50,0)	46 (71,9)	68 (63,6)	52 (73,2)	17 (65,4)	4 (44,4)	0,415
Não	2 (50,0)	18 (28,1)	39 (36,4)	19 (26,8)	9 (34,6)	5 (55,6)	
Sintomas urogenitais							
Sim	4 (100,0)	53 (82,8)	83 (76,6)	53 (74,6)	14 (53,8)	7 (77,8)	0,069
Não	0 (0,0)	11 (17,2)	24 (22,4)	18 (25,4)	12 (46,2)	2 (22,2)	
Perda de libido							
Sim	2 (50,0)	22 (34,4)	44 (41,1)	32 (45,1)	12 (46,2)	2 (22,2)	0,627
Não	2 (50,0)	42 (65,6)	63 (58,9)	39 (54,9)	14 (53,8)	7 (77,8)	
Déficit cognitivo							
Sim	0 (0,0)	2 (3,1)	12 (11,2)	7 (9,9)	2 (7,7)	0 (0,0)	0,264
Não	4 (100,0)	62 (96,9)	95 (88,8)	64 (90,1)	24 (92,3)	9 (100)	
Distúrbio do sono							
Sim	2 (50,0)	16 (25,0)	32 (29,9)	18 (25,4)	7 (26,9)	1 (11,1)	0,699
Não	2 (50,0)	48 (75,0)	75 (70,1)	53 (74,6)	19 (73,1)	8 (88,9)	
Alteração de humor							
Sim	2 (50,0)	20 (31,3)	37 (34,6)	20 (28,2)	6 (23,1)	2 (22,2)	0,750
Não	2 (50,0)	44 (68,8)	70 (65,4)	51 (71,8)	20 (76,9)	7 (77,8)	
Alteração da densidade óssea							
Osteopenia	3 (75,0) ^b	11 (17,2)	12 (11,2)	5 (7,0)	2 (7,7)	0 (0,0)	0,019
Osteoporose	0 (0,0)	8 (12,5)	9 (8,4)	3 (4,3)	1 (3,8)	0 (0,0)	
Não	1 (25,0)	45 (70,3)	86 (80,4)	63 (88,7) ^b	23 (88,5)	9 (100,0)	
Dislipidemia							
Sim	1 (25,0)	30 (46,9)	63 (58,9)	53 (74,6) ^b	19 (73,1)	6 (66,7)	0,009
Não	3 (75,0)	34 (53,1) ^b	44 (41,1)	18 (25,4)	7 (26,9)	3 (33,3)	

A: Baixo peso; **B:** Peso normal; **C:** Sobrepeso; **D:** Obesidade I; **E:** Obesidade II; **F:** Obesidade III; * Valor não computado na comparação pois não apresentou n suficiente para realização do teste de hipótese; †Valor obtido após aplicação do teste de Razão de Verossimilhança. ^bValor estatisticamente significativo após análise de resíduo (p ≤ 0,05). Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 5. Influência da paridade sobre os sintomas climatéricos de pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	Paridade, n (%)						Valor – p
	0* n = 18	1 n = 49	2 n = 119	3 n = 86	4 n = 38	5 ou mais n = 39	
Sintomas vasomotores							
Sim	10 (55,6)	32 (65,3)	76 (63,9)	56 (65,1)	31 (81,6)	24 (61,5)	0,351 [†]
Não	8 (44,4)	17 (34,7)	43 (36,1)	30 (34,9)	7 (18,4)	15 (38,5)	
Sintomas urogenitais							
Sim	15 (83,8)	34 (69,4)	91 (76,5)	64 (74,4)	30 (78,9)	29 (74,4)	0,852 ^{††}
Não	3 (16,7)	15 (30,6)	28 (23,5)	22 (25,6)	8 (21,1)	10 (25,6)	
Perda de libido							
Sim	8 (44,4)	16 (32,7)	51 (42,9)	38 (44,2)	16 (42,1)	11 (28,2)	0,466 [†]
Não	10 (55,6)	33 (67,3)	68 (57,1)	48 (55,8)	22 (57,9)	28 (71,8)	
Déficit cognitivo							
Sim	2 (11,1)	5 (10,2)	8 (6,7)	9 (10,5)	1 (2,6)	2 (5,1)	0,567 ^{††}
Não	16 (88,9)	44 (89,8)	111 (93,3)	77 (89,5)	37 (97,4)	37 (94,9)	
Distúrbio do sono							
Sim	4 (22,2)	13 (26,5)	30 (25,2)	27 (31,4)	10 (26,3)	12 (30,8)	0,916 ^{††}
Não	14 (77,8)	36 (73,5)	89 (74,8)	59 (68,6)	28 (73,7)	27 (69,2)	
Alteração de humor							
Sim	10 (55,6)	16 (32,7)	34 (28,6)	32 (37,2)	10 (26,3)	10 (25,6)	0,180 [†]
Não	8 (44,4)	33 (67,3)	85 (71,4)	54 (62,8)	28 (73,7)	29 (74,4)	
Alteração da densidade óssea							
Osteopenia	0 (0,0)	9 (18,4)	13 (10,9)	12 (14,0)	3 (7,9)	3 (7,7)	0,074 ^{††}
Osteoporose	0 (0)	7 (14,3)	9 (7,6)	7 (8,1)	2 (5,3)	1 (2,6)	
Não	18 (100)	33 (67,3)	97 (81,5)	67 (77,9)	33 (86,8)	35 (89,7)	
Dislipidemia							
Sim	12 (66,7)	27 (55,1)	66 (55,5)	55 (64,0)	22 (57,9)	25 (64,1)	0,752 [†]
Não	6 (33,3)	22 (44,9)	53 (44,5)	31 (36,0)	16 (42,1)	14 (35,9)	

* Valor não computado na comparação pois não apresentou n suficiente para realização do teste de hipótese; † Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson; †† Valor obtido após aplicação do teste Razão de Verossimilhança.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Tabela 6. Influência dos sintomas vasomotores sobre a perda de libido, distúrbio do sono e alteração de humor em pacientes pós menopausa atendidas em uma clínica ginecológica na região carbonífera catarinense entre 2013 e 2022.

	Sintomas vasomotores, n (%)		Valor – p [†]
	Sim n = 229	Não n = 120	
Perda de libido			
Sim	109 (47,6) ^b	31 (25,8)	< 0,001
Não	120 (52,4)	89 (74,2) ^b	
Distúrbio do sono			
Sim	75 (32,8) ^b	21 (17,5)	0,002
Não	154 (67,2)	99 (82,5) ^b	
Alteração de humor			
Sim	89 (38,9) ^b	23 (19,2)	< 0,001
Não	140 (61,1)	97 (80,8) ^b	

^b Valor estatisticamente significativo após análise de residuo ($p \leq 0,05$); [†] Valor obtido após aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson;

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.