

COMORBIDADES E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES COM EXCESSO DE PESO E OBESIDADE NA PRÉ E PÓS MENOPAUSA

Mariane Nogueira¹; Vanessa Recalcatti²; Ariana Ferrari³; Regiane da Silva Macuch⁴; Bráulio Henrique Magnani Branco⁵; Rose Mari Bennemann⁶.

^{1,2}Graduandas em Nutrição. Bolsista do Pibic Centro universitário de Maringá- UNICESUMAR. marianenogueira98@gmail.com; vanessarecalcatti@hotmail.com

³Professora Doutora. Docente do Mestrado Segurança Alimentar, Centro Universitário de Maringá-UNICESUMAR. Pesquisador do Instituto CESUMAR de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. ariana.ferrari@unicesumar.edu.br

^{4,5,6} Professores Doutores. Docentes do Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá-UNICESUMAR. Pesquisador do Instituto CESUMAR de Ciência, Tecnologia e Inovação – ICETI. ariana.ferrari@unicesumar.edu.br; rmacuch@gmail.com; braulio.branco@unicesumar.edu.br; rose.bennemann@gmail.com

RESUMO

O excesso de peso e a obesidade, morbidades características dos países desenvolvidos vem crescendo, atualmente, de forma alarmante nos países em desenvolvimento. A prevalência em excesso de peso e a obesidade, nas mulheres, parece aumentar com a idade, principalmente em mulheres durante o período da pré e pós-menopausa. O objetivo do presente estudo será verificar a prevalência de comorbidades e o estado nutricional de mulheres com excesso de peso e obesidade na pré e pós menopausa. O estudo será transversal, quantitativo, com coleta de dados secundários. Serão utilizados dados dos formulários, da primeira avaliação em mulheres com excesso de peso e obesidade, com idade igual ou superior a 40 e ≤ 59 anos, inscritas no Grupo de Estudos em Educação Física, Fisioterapia, Esportes, Nutrição e Desempenho (GEFFEND) do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, Maringá-PR. Serão utilizadas medidas de peso, estatura e as variáveis: idade, comorbidades, e presença/ausência da menopausa. O estado nutricional será determinado pelo índice de massa corporal (IMC). Espera-se que as mulheres na pós-menopausa apresentem número maior de comorbidades e peso mais elevado que as mulheres na pré-menopausa.

PALAVRAS-CHAVE: mulheres; menopausa; peso corporal.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), o sobrepeso e a obesidade, são definidos como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresentam riscos à saúde. São classificados a partir do índice de massa corpórea (IMC), que avalia a relação entre o peso atual e o quadrado da estatura, que possui diversos níveis de avaliação, considerando que resultado igual ou maior que 25 kg/m^2 está acima do peso adequado. A obesidade, é uma das doenças crônicas não transmissíveis que está presente em 12% da população mundial e é a causa da morte de 2,8 milhões de pessoas por ano. No Brasil, 13% da população brasileira está acima do peso e conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2008/2009), a região Sul lidera o ranking da obesidade, sendo responsável por 56,08%, em seguida, a região Sudeste com 50,45%, e em terceiro a região Centro Oeste com 48,3% da população obesa. Os riscos para saúde são inúmeros e entre eles podemos citar os principais, que são as dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes melito tipo II, dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, distúrbios do aparelho locomotor e alguns tipos de câncer.

O nível de incidência no sexo feminino é maior do que comparado ao masculino, sendo estimado aproximadamente 30% de obesidade em mulheres ocidentais adultas, entretanto não se tem dados comprovados de que seriam por fatores fisiológicos associados a menopausa que é exclusiva deste grupo, pelo fato de serem encontrados outros fatores como os genéticos, socioeconômicos, culturais e psicológicos que estão relacionados com a doença. (MONTEIRO et al., 2000; TRÉMOLLIÈRES; POUILLES; RIBOT, 1996; LORENZI et al. 2005)

Ainda convém lembrar dos aspectos psicossociais que influenciam diretamente ou indiretamente o indivíduo, na sua capacidade de ganho ou perda de peso. Conforme citado

na teoria do filósofo John Locke, o ser humano nasce como uma tábula rasa, na qual não possui nenhum conhecimento e experiência a cerca de mundo, e de acordo com o passar do tempo, o meio social em que vive irá criar e moldar conceitos, referências e reflexões. Sendo assim, no caso da obesidade, podemos compreender que a cultura contemporânea idealizadora do padrão de beleza da mulher, define características como a magreza, músculos definidos e silhueta escultural como corpo ideal, impondo esses estereótipos como um modelo obrigatório a ser seguido. Essa imposição social pode gerar desequilíbrio emocional ao ponto do indivíduo se frustrar em relação ao seu corpo e em alguns casos, pode ser gatilho para transtornos alimentares. (SERRA; SANTOS, 2003; NIMBALKAR, 2011)

A menopausa advém do grego *mês* ou regras, sendo associada à palavra parada. É classificada em duas fases: a pós-menopausa que é conceituada como o período após a última menstruação, considerando que o seu início é validado após um ano do último fluxo menstrual, pela possibilidade da mulher poder menstruar novamente e assim descaracterizar esse estágio de vida e a pré-menopausa que ocorre por volta dos 40 anos, reduzindo gradativamente a fertilidade. Pode-se questionar o relacionamento dessa pausa do fluxo menstrual com a elevação do percentual de massa gorda. Entretanto, outras alterações metabólicas e endócrinas, as quais são provenientes do envelhecimento também geram acúmulo de triglicerídeos, e levam ao aumento de peso. (MUCIDA, 2006; TRÉMOLLIERES; POUILLES; RIBOT, 1996; LINS; SICHIER, 2001; BULLÓ et al., 2007; SHAH; MEHTA; REILLY, 2008;)

Pode-se mencionar que essas alterações podem se antecipar em alguns casos, gerando a menopausa precoce, a qual ocorre em torno de 40 anos ou menos, a mesma leva essa classificação pelo fato da menopausa ter idade mediana de 51,2 anos. Ocorre que a menstruação cessa, e a partir disto os ovários ficam inativos, não maturando nenhum óvulo, conseqüentemente, nenhum hormônio proveniente desse órgão é produzido, gerando também a atrofia do mesmo. Quando essa sucessão de eventos surge no organismo, os níveis de estrogênio caem, o que resulta nos seguintes sinais e sintomas: fogachos, vertigem, palpitações, suor noturno, depressão, irritabilidade, insônia, coceira e secreção vaginal, dor e desconforto durante as relações sexuais e perda da elasticidade da pele. (PEDRO et al., 2013; BÉLISLE; BLAKE, 2006; BECKMAN et al., 2005; MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014)

A partir dessas convicções, levando em consideração que no período de pré menopausa a mulher se encontra com níveis mais elevados de estrogênio do que na pós menopausa, parte-se da hipótese de que na pós menopausa o peso das mulheres é superior ao das mulheres na pré- menopausa, tendo em vista que o metabolismo basal é influenciado por hormônios, os quais são reduzidos com o passar dos anos o que conseqüentemente pode gerar dificuldades em relação ao peso, sendo o peso maior para as que estão na pós menopausa em relação as que estão na pré.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo será transversal, quantitativo, com coleta de dados secundários. Serão utilizados dados dos formulários da primeira avaliação de mulheres com excesso de peso e obesidade, com idade igual ou superior a 40 e ≤ 59 anos, inscritas no Grupo de Estudos em Educação Física, Fisioterapia, Esportes, Nutrição e Desempenho (GEFFEND) do Centro Universitário de Maringá – Unicesumar, Maringá-PR. O GEFFEND é um programa multiprofissional de tratamento do excesso de peso e Obesidade.

Serão coletadas as medidas de peso, estatura e as variáveis: idade, comorbidades, e a presença/ausência da menopausa. A idade será calculada em anos completos na data da entrevista; a pré menopausa será considerada como período anterior a menopausa e a pós- menopausa como período depois que a mulher passou doze meses sem menstruar.

A partir das medidas de peso e estatura será calculado o índice de massa corporal (IMC) (kg/m) para a avaliação do estado nutricional das participantes. O IMC será calculado pela divisão do peso (kg) pela estatura² (m). A partir dos valores do IMC as participantes serão classificadas, segundo pontos de corte preconizados pela *World Health Organization* (WHO, 1997): pré-obesidade (IMC ≥ 25 e $< 29,9$ kg/m²); obesidade classe I (IMC ≥ 30 e $< 34,9$ kg/m²), obesidade classe II (IMC ≥ 35 e $< 39,9$ kg/m²) e obesidade classe III (IMC ≥ 40 kg/m²). A aferição do peso, no programa, é realizado por meio de balança da marca *InBody* modelo 520 com capacidade para medir até 300 kg e precisão de 0,05 kg. A estatura é medida em estadiômetro acoplado a parede com capacidade de medir até 2 metros e precisão de 0,1 cm. As informações (peso e estatura) são registradas em duplicata sendo usadas, no presente estudo a média delas.

As demais variáveis idade, comorbidades, pré-menopausa, menopausa serão coletadas no formulário da primeira entrevista. A idade será calculada em anos completos na data da entrevista; a pré menopausa será considerada como período anterior a menopausa e pós- menopausa o período depois que a mulher passou doze meses sem menstruar.

Para análise estatística, será utilizado o teste qui quadrado, com nível de significância fixado em $p < 0,05$.

3 RESULTADOS ESPERADOS

Nesta pesquisa espera-se que as mulheres na pós-menopausa apresentem número maior de comorbidades e peso mais elevado que as mulheres na pré-menopausa.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação brasileira de estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Mapa da obesidade**. 2008/2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>. Acesso em: 07 ago. 2019.

BECKMAN, C. R. et al. **Obstetrics and gynecology**: subtítulo do livro. 5 ed. USA: Lippincott williams & Wilkins, 2005. 482-493 p.

BÉLISLE, S.; BLAKE, J. M. Canadian consensus conference on menopause, 2006 updat. **Journal of obstetrics and gynaecology canada**, v. 28, n. 2, p. S7-S9, fev. 2006.

BULLÓ, M. et al. Inflammation, obesity and comorbidi- ties: the role of diet. **Public Health Nutr.**, v.10, n.10A, p.1164-1172, out. 2007.

LINS, A. P. M.; SICHIER, R. influência da menopausa no índice de massa corporal. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.45, n.3, p.265-270, jun. 2001.

LORENZI, D. R. S. D. et al. FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA APÓS MENOPAUSA. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 312-317, set./out. 2005.

MONTEIRO, C. et al. Shifting obesity trends in Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 54, n.4, p. 342-346, mar. 2000.

MUCIDA, A. **O sujeito não envelhece**: Psicanálise e Velhice. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 162 p.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Botucatu, v. 67, n. 5, p. 803-809, set. 2014.

NIMBALKAR, N. John Locke on Personal Identity. **Mens Sana Monogr**, v.9 , n.1 , p. 268-275, dez. 2011.

PEDRO, A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.7-25, fev. 2013.

SERRA, G. M. A.; SANTOS, E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 961-701, jun. 2003.

SHAH, A.; MEHTA, N.; REILLY, M. P. Adipose inflammation, insulin resistance, and cardiovascular disease. **JPEN J Parenter Enteral Nutr.**, v.32, n.6, p.638-644, nov./dez. 2008.

TRÉMOLLIÈRES, F. A.; POUILLES, J. M.; RIBOT, C. A. Relative influence of age and menopause on total and regional body composition changes in postmenopausal women. **Am J Obstet Gynecol**, v.176, n.6, p.1594-600, dez. 1996.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva; 1997.