REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

NURSING CARE FOR WOMEN DURING THE CLIMACTERIC AND MENOPAUSE: PROMOTING QUALITY OF LIFE

Ciências da Saúde • 21/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794998797

Janaína Feitoza Barbosa[1]
Alanna Evelyn Pinheiro[2]
Cedric Miqueas Ribeiro[3]
Samilly Costa Martins[4]
Lourena Camilly Silva Nogueira[5]
Renata Lorrana Araújo da Silva[6]
Themistocles Yure Ferreira Silva[7]

RESUMO

O climatério e a menopausa integram o curso de vida feminino e podem ser acompanhados por alterações hormonais, vasomotoras, geniturinárias, emocionais, metabólicas e socioculturais capazes de repercutir na qualidade de vida. Este estudo teve como objetivo analisar a assistência de enfermagem à mulher no climatério e na menopausa, com ênfase na promoção da qualidade de vida, no autocuidado e na integralidade da atenção. Trata-se de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, realizada em bases científicas e fontes institucionais, com prioridade para publicações brasileiras e documentos técnico-normativos atualizados. Os achados evidenciaram que a consulta de enfermagem deve contemplar escuta qualificada, avaliação de sintomas, investigação de fatores de risco cardiometabólico e osteomuscular, abordagem da sexualidade e da saúde mental, educação em saúde, incentivo à atividade física, alimentação adequada, sono saudável e encaminhamento multiprofissional quando necessário. Também foram identificadas fragilidades relacionadas à fragmentação do cuidado, ao conhecimento profissional insuficiente e à baixa inserção do tema nas rotinas da Atenção Primária à Saúde. Conclui-se que a enfermagem ocupa posição estratégica para reduzir desinformação, reconhecer necessidades individuais, apoiar decisões compartilhadas e favorecer uma transição menopausal mais segura, autônoma e saudável.

Palavras-chave: climatério; menopausa; cuidados de enfermagem; saúde da mulher; qualidade de vida.

ABSTRACT

The climacteric and menopause are part of the female life course and may be accompanied by hormonal, vasomotor, genitourinary,

emotional, metabolic and sociocultural changes that can affect quality of life. This study aimed to analyze nursing care for women during the climacteric and menopause, emphasizing quality-of-life promotion, self-care and comprehensive health care. An integrative literature review with a qualitative, descriptive and exploratory approach was conducted using scientific databases and institutional sources, prioritizing Brazilian publications and updated technical and regulatory documents. The findings showed that nursing consultations should include qualified listening, symptom assessment, screening of cardiometabolic and musculoskeletal risk factors, discussion of sexuality and mental health, health education, encouragement of physical activity, adequate nutrition, healthy sleep habits and multiprofessional referral when necessary. Weaknesses were also identified, including fragmented care, insufficient professional knowledge and limited incorporation of the topic into Primary Health Care routines. Nursing therefore has a strategic role in reducing misinformation, recognizing individual needs, supporting shared decision-making and promoting a safer, more autonomous and healthier menopausal transition.
Keywords: climacteric; menopause; nursing care; women's health; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional alterou a forma como os serviços de saúde precisam compreender o cuidado à mulher. Se durante muitas décadas a atenção feminina foi fortemente concentrada no período reprodutivo, a realidade atual exige maior investimento em fases posteriores da vida. O Ministério da Saúde estima que, em 2026, o Brasil contará com aproximadamente 37 milhões de mulheres entre 40 e 65 anos, faixa etária na qual se concentram a

transição menopausal, a menopausa e boa parte do período pós-menopáusico. A relevância epidemiológica desse grupo não se resume ao número de pessoas envolvidas: a expectativa de vida brasileira faz com que muitas mulheres vivenciem mais de um terço da vida após o início dessa transição, o que transforma o tema em questão de saúde pública e de organização dos serviços (Brasil, 2026a; Brasil, 2026b).

O climatério corresponde à passagem progressiva do período reprodutivo para o não reprodutivo e inclui mudanças endócrinas que antecedem e sucedem a última menstruação. A menopausa, por sua vez, é um marco clínico dentro desse processo e é reconhecida retrospectivamente após doze meses consecutivos de amenorreia sem causa patológica ou fisiológica alternativa. Essa diferenciação conceitual é importante porque a experiência da mulher começa antes da última menstruação e pode persistir por anos. A irregularidade dos ciclos, os sintomas vasomotores, as alterações de sono, o desconforto geniturinário, a mudança no padrão de distribuição de gordura corporal e as oscilações de humor podem surgir em momentos diferentes e com intensidades variadas (Brasil, 2026a; Oliveira et al., 2024).

A transição menopausal não deve ser entendida exclusivamente como uma deficiência hormonal. Embora as flutuações e a queda progressiva dos estrogênios participem da gênese de sintomas específicos, a literatura brasileira demonstra que fatores psicossociais, econômicos, culturais e relacionados ao trabalho interferem fortemente na maneira como essa etapa é percebida. Mulheres expostas a sobrecarga de trabalho, doenças crônicas, baixa renda, relações afetivas conflituosas, sedentarismo ou pouco acesso à informação podem apresentar pior percepção de qualidade de

vida. Da mesma forma, experiências positivas, suporte social, prática regular de atividade física e maior autonomia podem contribuir para uma vivência mais satisfatória (Serpa et al., 2016; Albuquerque et al., 2019; Nogueira et al., 2022).

A qualidade de vida no climatério é multidimensional. Estudos nacionais utilizando instrumentos como o SF-36, o Women's Health Questionnaire e o Utian Quality of Life demonstram que sintomas físicos, funcionamento emocional, relações sociais, sexualidade, sono e capacidade ocupacional se inter-relacionam. Em mulheres atendidas na Atenção Primária, Miranda, Ferreira e Corrente (2014) demonstraram a necessidade de compreender a experiência para além do estado menstrual. Em Recife, Silva Filho e Costa (2008) encontraram comprometimento relevante de componentes físicos e mentais, reforçando o caráter biopsicossocial da experiência. A existência de instrumentos validados no Brasil, como a versão brasileira do UQOL, amplia a possibilidade de avaliação sistemática e acompanhamento dos resultados do cuidado (Lisboa et al., 2015).

A Atenção Primária à Saúde é o nível assistencial mais adequado para coordenar esse acompanhamento, pois reúne atributos como longitudinalidade, vínculo, integralidade e acesso territorial. Entretanto, estudos com enfermeiros brasileiros mostram que a atenção ao climatério ainda pode ocorrer de forma fragmentada e reativa. Campos et al. (2022) identificaram conhecimento limitado sobre conceitos, sinais, sintomas e algumas condutas entre enfermeiras da Atenção Primária. Banazeski et al. (2021), por sua vez, observaram que o cuidado muitas vezes depende da procura espontânea da usuária ou é realizado de forma incidental em consultas destinadas a outras finalidades. Esses achados revelam

uma lacuna entre o potencial da APS e a assistência efetivamente ofertada.

A enfermagem possui condições privilegiadas para reduzir essa lacuna. A consulta de enfermagem permite realizar avaliação subjetiva e objetiva, identificar necessidades, formular diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções, acompanhar resultados e articular cuidados interprofissionais. A Resolução Cofen nº 736/2024 estabelece que o Processo de Enfermagem seja implementado de modo deliberado e sistemático em todos os contextos nos quais ocorre cuidado de enfermagem, organizando-o em cinco etapas: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Essa estrutura oferece base metodológica para que o cuidado à mulher no climatério não dependa apenas de orientações esporádicas, mas seja registrado, acompanhado e reavaliado ao longo do tempo (COFEN, 2024).

A publicação, em 2026, do Manual de Atenção às Mulheres na Transição Menopausal e Menopausa e da Nota Técnica Conjunta nº 72/2026 pelo Ministério da Saúde atualizou a orientação nacional para a APS, enfatizando abordagem centrada na pessoa, equidade, prevenção de doenças crônicas, manejo de sintomas e decisão compartilhada. No mesmo ano, o Coren-SP publicou guia específico para a assistência de enfermagem nesse período, contribuindo para aproximar as recomendações clínicas da prática profissional. Esses documentos tornam especialmente oportuno revisar a literatura científica e discutir como o enfermeiro pode incorporar as evidências à consulta, à educação em saúde e à organização dos serviços (Brasil, 2026a; Brasil, 2026b; Coren-Sp, 2026).

Diante desse contexto, formulou-se a seguinte questão norteadora: de que maneira a assistência de enfermagem, especialmente na Atenção Primária à Saúde, pode contribuir para a promoção da qualidade de vida de mulheres no climatério e na menopausa? O objetivo geral deste estudo é analisar a assistência de enfermagem à mulher nessa fase, articulando evidências sobre sintomas, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de agravos, terapias disponíveis e organização do cuidado. Como objetivos específicos, busca-se discutir os principais fatores que interferem na qualidade de vida; identificar ações de enfermagem aplicáveis à consulta e ao acompanhamento; analisar fragilidades relatadas na literatura brasileira; e propor uma matriz assistencial baseada no Processo de Enfermagem e em recomendações nacionais atualizadas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Climatério, Transição Menopausal, Menopausa e Pós-Menopausa

O cuidado qualificado começa pela precisão conceitual. O termo climatério é tradicionalmente utilizado para designar a fase de transição entre a vida reprodutiva e a não reprodutiva, abrangendo anos de mudanças progressivas na função ovariana. A expressão transição menopausal, adotada em documentos mais recentes, enfatiza os estágios que antecedem a menopausa e nos quais se tornam frequentes a irregularidade menstrual e os sintomas vasomotores. A menopausa é um evento dentro desse continuum, definido pela última menstruação e confirmado retrospectivamente após doze meses de amenorreia. A pós-menopausa inicia-se a partir desse marco e pode se estender por décadas (Brasil, 2026a).

A distinção entre esses períodos tem repercussões práticas. Uma mulher de 45 anos que ainda menstrua, mas apresenta ciclos irregulares, fogachos e alteração do sono, pode estar na transição menopausal e demandar cuidado específico mesmo sem ter atingido a menopausa. De modo semelhante, uma mulher vários anos após a última menstruação pode não apresentar mais fogachos intensos, mas desenvolver síndrome geniturinária, osteopenia ou alterações cardiometabólicas que exigem abordagem longitudinal. Portanto, limitar a assistência ao momento da cessação menstrual reduz a capacidade preventiva da APS.

A idade da menopausa varia entre mulheres e populações. Fatores genéticos, tabagismo, condições clínicas, cirurgias ovarianas, quimioterapia e outras situações podem antecipar a perda da função ovariana. Menopausa precoce e insuficiência ovariana prematura possuem implicações próprias e devem ser diferenciadas da transição fisiológica usual. As diretrizes brasileiras ressaltam que o diagnóstico em mulheres acima de 45 anos com quadro típico é predominantemente clínico e, em geral, não depende de dosagens hormonais rotineiras, evitando exames desnecessários e medicalização do processo fisiológico (Oliveira et al., 2024; Brasil, 2026a).

No âmbito da enfermagem, reconhecer os estágios ajuda a organizar a coleta de dados. Informações sobre idade, padrão menstrual, data da última menstruação, cirurgias ginecológicas, uso de contraceptivos e hormônios, histórico obstétrico e presença de sintomas devem integrar a avaliação. A nomenclatura correta também tem função educativa: muitas mulheres utilizam climatério e menopausa como sinônimos ou associam ambos exclusivamente ao envelhecimento e à perda da feminilidade. Explicar os conceitos

de modo acessível diminui incertezas e oferece base para decisões mais informadas.

2.2. Bases Fisiológicas e Manifestações Clínicas

A transição menopausal é acompanhada por redução progressiva do número de folículos ovarianos e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-ovário. A oscilação da produção de estradiol e progesterona, seguida de queda sustentada do estrogênio, afeta tecidos que possuem receptores hormonais em diferentes sistemas. Essa mudança explica parte dos sintomas vasomotores, da atrofia urogenital, das alterações no metabolismo ósseo e da redistribuição da gordura corporal. Entretanto, a expressão clínica resulta da interação entre fatores biológicos e contexto de vida, o que explica por que mulheres com níveis hormonais semelhantes podem relatar experiências muito diferentes.

Os sintomas vasomotores, sobretudo fogachos e sudorese noturna, estão entre as manifestações mais reconhecidas. Podem provocar interrupções repetidas do sono, fadiga diurna, dificuldade de concentração e redução do desempenho ocupacional. A intensidade e a duração são variáveis. Algumas mulheres apresentam episódios breves e pouco incômodos; outras vivenciam sintomas frequentes por anos. A avaliação de enfermagem deve explorar frequência, intensidade, fatores desencadeantes, impacto no sono e interferência nas atividades diárias, pois a decisão terapêutica depende mais do incômodo e do prejuízo funcional do que da simples presença do sintoma.

As mudanças urogenitais decorrem da redução estrogênica em tecidos da vulva, vagina, uretra e bexiga. O Ministério da Saúde

utiliza o conceito de Síndrome Geniturinária da Menopausa para reunir manifestações como secura vaginal, ardor, irritação, dispareunia, urgência miccional e infecções urinárias recorrentes. Diferentemente de alguns sintomas vasomotores, essas alterações tendem a persistir ou progredir sem intervenção. Por isso, é inadequado aguardar que a mulher as relate espontaneamente; perguntas respeitosas e diretas devem integrar a consulta, com atenção à privacidade e à possibilidade de constrangimento (Brasil, 2026a).

Alterações do sono e do humor também são frequentes. A fragmentação do sono pode estar associada a sudorese noturna, ansiedade, condições ambientais, dor crônica, apneia do sono, uso de substâncias e outras causas. Sintomas depressivos e ansiosos podem aumentar durante a transição, mas não devem ser automaticamente atribuídos ao hipoestrogenismo. Estudos brasileiros demonstram relação entre sofrimento psíquico, sintomas climatéricos, insônia e pior qualidade de vida, reforçando a necessidade de avaliação diferenciada e encaminhamento quando houver critérios para transtornos mentais (Galvão et al., 2007; Polisseni et al., 2009).

No metabolismo, a transição menopausal associa-se a aumento de adiposidade central, mudanças do perfil lipídico, elevação da pressão arterial em parte das mulheres e maior probabilidade de resistência à insulina. O envelhecimento cronológico ocorre simultaneamente e dificulta separar completamente seus efeitos dos do envelhecimento ovariano. Ainda assim, a Diretriz Brasileira sobre Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa recomenda reconhecer essa fase como oportunidade para estratificação de risco cardiovascular e intensificação de medidas

preventivas, incluindo atividade física, cessação do tabagismo, alimentação adequada e controle de fatores de risco (Oliveira et al., 2024).

Na saúde óssea, a queda estrogênica acelera a remodelação e a perda de massa mineral, aumentando a vulnerabilidade à osteoporose e a fraturas, especialmente em presença de idade avançada, baixo peso, história familiar, tabagismo, uso prolongado de glicocorticoides e baixa atividade física. A enfermagem não realiza diagnóstico de osteoporose isoladamente, mas pode identificar fatores de risco, orientar prevenção de quedas, incentivar exercícios de força e impacto compatíveis com a condição clínica e assegurar que mulheres elegíveis sejam avaliadas conforme protocolos da rede.

2.3. Qualidade de Vida Como Desfecho Central do Cuidado

Qualidade de vida é uma construção subjetiva e multidimensional. Em saúde da mulher, essa noção é especialmente importante porque a intensidade dos sintomas não necessariamente corresponde ao grau de sofrimento. Um fogacho ocasional pode ser pouco relevante para uma mulher e altamente perturbador para outra se ocorrer durante o trabalho, comprometer o sono ou produzir constrangimento social. Da mesma forma, a ausência de sintomas vasomotores não significa bem-estar quando existem dor sexual, isolamento, sintomas depressivos ou insegurança econômica.

O estudo de Silva Filho e Costa (2008), realizado com mulheres atendidas em hospital-escola do Recife, demonstrou comprometimento de domínios físicos e mentais e reforçou que o

climatério se configura como experiência biopsicossocial. Miranda, Ferreira e Corrente (2014), em mulheres atendidas na Atenção Primária, também destacaram a influência de fatores clínicos e sociais. Serpa et al. (2016) observaram associação entre pior qualidade de vida e idade, doenças crônicas e uso contínuo de medicamentos, enquanto Albuquerque et al. (2019) identificaram efeitos do sedentarismo, carga de trabalho e condições socioeconômicas entre enfermeiras climatéricas.

Os instrumentos de mensuração podem apoiar a avaliação, mas não substituem a escuta clínica. A versão brasileira do Utian Quality of Life, validada por Lisboa et al. (2015), oferece domínios relacionados a ocupação, saúde, aspectos emocionais e sexualidade. Escalas específicas podem ser úteis em pesquisa e em serviços que possuam protocolos para seu uso, desde que o profissional conheça limites e interpretação. Em ambientes com alta demanda, perguntas estruturadas sobre sono, impacto dos sintomas, atividade física, sexualidade e bem-estar emocional podem ser uma alternativa pragmática para acompanhar mudanças ao longo do tempo.

Adotar a qualidade de vida como desfecho modifica a lógica assistencial. O objetivo deixa de ser apenas “reduzir sintomas” e passa a incluir capacidade de trabalho, participação social, bem-estar emocional, conforto sexual, sono reparador e autonomia para realizar escolhas. Essa abordagem favorece cuidado centrado na pessoa e evita que a mulher seja reduzida a um conjunto de alterações hormonais. Também permite reconhecer que determinadas intervenções podem ter efeitos modestos em um sintoma isolado, mas grande relevância funcional quando melhoram sono, confiança e participação cotidiana.

2.4. Dimensões Socioculturais, Imagem Corporal e Envelhecimento

A experiência da menopausa é construída em diálogo com valores culturais sobre juventude, beleza, maternidade, sexualidade e produtividade. Em sociedades nas quais o corpo feminino é fortemente associado à juventude e à capacidade reprodutiva, mudanças corporais podem ser interpretadas como perda de valor social. Curta e Weissheimer (2020) observaram que mulheres climatéricas expressam percepções diversas sobre as alterações corporais, incluindo sentimentos de desconforto, insegurança, aceitação e necessidade de adaptação. Isso demonstra que o cuidado deve acolher significados, e não apenas descrever fisiologia.

A comunicação profissional pode reforçar ou reduzir estigmas. Expressões que tratam a menopausa como decadência, “falência” ou doença inevitável tendem a aumentar medo e medicalização. Em contraste, uma abordagem que reconhece a fase como fisiológica, sem negar a existência de sintomas e riscos, favorece autonomia. A mulher precisa saber que não é obrigada a suportar sintomas intensos, mas também não necessita tratamento farmacológico apenas por ter atingido a menopausa. O papel do profissional é oferecer informação, avaliar necessidades e apoiar escolhas.

As desigualdades sociais interferem no acesso a estratégias de autocuidado. Recomendações de alimentação saudável, atividade física e redução do estresse podem ser pouco efetivas quando ignoram renda, jornada de trabalho, segurança do território, responsabilidades de cuidado e acesso a espaços de lazer. Por isso, educação em saúde de qualidade deve partir da realidade da usuária. A recomendação “pratique exercícios” ganha concretude

quando o enfermeiro explora possibilidades locais, identifica barreiras, negocia metas graduais e conecta a mulher a recursos existentes na comunidade.

O contexto laboral merece atenção. A diretriz cardiovascular brasileira destaca que sintomas da menopausa podem afetar desempenho e bem-estar no trabalho. Fogachos, insônia, fadiga e alterações de concentração podem ser interpretados como redução de competência quando não há compreensão institucional. Para a enfermagem, perguntar sobre repercussões ocupacionais ajuda a dimensionar o impacto funcional e pode orientar estratégias de autocuidado, ajustes de rotina e encaminhamento quando necessário.

2.5. Atenção Primária e Papel Estratégico da Enfermagem

A Atenção Primária é o ponto preferencial para acompanhamento da maioria das mulheres na transição menopausal porque permite continuidade, vínculo e abordagem de múltiplas necessidades no mesmo serviço. A consulta pode integrar avaliação dos sintomas com rastreamentos recomendados, controle de hipertensão e diabetes, atualização vacinal, saúde sexual, prevenção de violência, saúde mental e orientação de hábitos. Essa integração evita criar um serviço excessivamente especializado para uma fase fisiológica e, ao mesmo tempo, impede que as demandas sejam invisibilizadas.

O enfermeiro possui contato frequente com mulheres em consultas de planejamento reprodutivo, coleta de citopatológico, acompanhamento de condições crônicas e ações educativas. Estudos brasileiros, entretanto, mostram que essa oportunidade nem sempre é aproveitada. Campos et al. (2022) observaram que a

captação de mulheres climatéricas ocorria predominantemente por demanda espontânea ou durante exame citopatológico. Banazeski et al. (2021) identificaram organização fragmentada do cuidado, pouca sistematização e necessidade de educação permanente. O desafio, portanto, não é apenas aumentar o número de consultas, mas inserir o tema de forma estruturada em contatos já existentes.

A Resolução Cofen nº 736/2024 oferece base operacional para essa estruturação. Na avaliação de enfermagem, devem ser coletados dados sobre sintomas, história clínica, hábitos, contexto psicossocial e exame físico pertinente. O diagnóstico de enfermagem organiza as necessidades identificadas; o planejamento define prioridades, resultados esperados e intervenções; a implementação executa as ações; e a evolução verifica respostas e necessidade de ajuste. Na APS, o método pode ser registrado em sistemas eletrônicos e articulado com linguagem SOAP e protocolos institucionais, preservando o raciocínio clínico e a rastreabilidade do cuidado (COFEN, 2024).

O cuidado interprofissional é componente essencial. A enfermagem não substitui avaliação médica quando há indicação de terapia hormonal, sangramento anormal, suspeita de neoplasia, doença cardiovascular complexa ou outras condições que ultrapassam seu escopo. Da mesma forma, nutrição, fisioterapia, educação física, psicologia, odontologia e assistência social podem contribuir em necessidades específicas. O valor do enfermeiro está também em reconhecer o momento oportuno de encaminhar, acompanhar a continuidade e garantir que a mulher compreenda o plano de cuidado.

2.6. Educação em Saúde, Autocuidado e Letramento em Saúde

A educação em saúde no climatério precisa ser dialógica. A mera entrega de listas de sintomas ou recomendações produz pouco efeito quando não considera dúvidas, crenças e prioridades da mulher. Fittipaldi, O'Dwyer e Henriques (2023) destacam, no contexto da Atenção Primária, a importância de vínculo, confiança e autonomia nas práticas educativas. Aplicada ao climatério, essa perspectiva significa criar espaço para perguntas sobre mudanças corporais, sexualidade, hormônios, alimentação, atividade física e medo do envelhecimento sem julgamento.

Uma das tarefas centrais é diferenciar informação científica de desinformação. Redes sociais e publicidade difundem promessas sobre "reposição hormonal natural", implantes, suplementos, chás e substâncias com alegações de rejuvenescimento ou emagrecimento. Algumas intervenções podem possuir evidência para sintomas específicos, mas a ideia de tratamento universal é incompatível com o cuidado individualizado. O enfermeiro deve orientar que qualquer terapia hormonal, fitoterápica ou suplementação pode possuir riscos, interações e contraindicações, e que a avaliação profissional é necessária.

O autocuidado deve ser tratado como processo construído. Metas pequenas e mensuráveis aumentam a possibilidade de adesão. Para uma mulher sedentária, por exemplo, caminhar dez a quinze minutos em dias alternados e aumentar gradualmente pode ser mais viável do que receber uma prescrição genérica de 150 minutos semanais sem discussão de barreiras. Para quem relata insônia, revisar horário de cafeína, rotina noturna, exposição a telas, ambiente de sono e relação dos fogachos com os despertares pode produzir mudanças concretas. A educação efetiva transforma conhecimento em ação possível.

Atividades coletivas podem complementar a consulta. Grupos de mulheres permitem discutir mitos, compartilhar estratégias e diminuir a sensação de isolamento. Também são espaços adequados para temas como atividade física, alimentação, prevenção cardiovascular, sexualidade, saúde mental e direitos. Contudo, o grupo não deve substituir atendimento individual quando existem sintomas intensos, violência, sofrimento psíquico, sangramento anormal ou questões íntimas que exigem privacidade.

2.7. Atividade Física, Alimentação e Prevenção Cardiometabólica

A transição menopausal coincide com período de aumento progressivo do risco cardiovascular. A queda estrogênica, o envelhecimento, a redistribuição da adiposidade e mudanças no perfil lipídico contribuem para maior vulnerabilidade. A Diretriz Brasileira sobre Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa recomenda que a avaliação considere história ginecológica e fatores de risco tradicionais, incluindo pressão arterial, tabagismo, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e obesidade. Para a enfermagem, isso reforça a oportunidade de integrar o cuidado do climatério às linhas de cuidado de doenças crônicas (Oliveira et al., 2024).

A atividade física possui múltiplos benefícios e é uma das intervenções mais consistentes para promoção de qualidade de vida. Tairova e De Lorenzi (2011) observaram melhores resultados em mulheres pós-menopáusicas fisicamente ativas quando comparadas a sedentárias. Barreto et al. (2015) também encontraram associação entre exercício, menor sintomatologia e melhor estado de saúde. Além do efeito percebido na qualidade de vida, exercícios aeróbicos e resistidos contribuem para controle

pressórico, sensibilidade à insulina, composição corporal, força, equilíbrio e preservação funcional.

A orientação alimentar deve evitar dietas restritivas sem indicação. O foco deve ser padrão alimentar baseado em alimentos in natura ou minimamente processados, variedade de vegetais, fontes adequadas de proteínas, fibras e gorduras de melhor qualidade, com redução de ultraprocessados, excesso de açúcares, sódio e álcool. Em mulheres com diabetes, dislipidemia, obesidade ou doença renal, o aconselhamento deve ser individualizado e, quando possível, articulado ao nutricionista. A enfermagem pode identificar padrões de risco, negociar metas e acompanhar evolução de peso, circunferência abdominal e parâmetros clínicos conforme protocolo.

O tabagismo merece abordagem ativa porque se associa a maior risco cardiovascular, osteoporose e menopausa mais precoce. A consulta de climatério é oportunidade para avaliar dependência, motivação e encaminhar para tratamento do tabagismo quando disponível. O consumo de álcool também deve ser investigado, tanto pelo impacto metabólico quanto pela relação com sono, humor e risco de câncer. O objetivo não é moralizar comportamentos, mas oferecer aconselhamento baseado em risco e apoiar mudanças possíveis.

2.8. Saúde Óssea, Muscular e Prevenção de Quedas

A saúde óssea ganha importância na pós-menopausa porque a perda estrogênica acelera a reabsorção óssea. O risco não é uniforme e deve ser compreendido em conjunto com idade, história familiar, fraturas prévias, peso corporal, uso de medicamentos, doenças crônicas, consumo de álcool, tabagismo e nível de atividade

física. A enfermagem pode contribuir identificando esses fatores e garantindo que mulheres com maior risco sejam avaliadas pela equipe segundo critérios clínicos e protocolos de densitometria.

A prevenção de quedas deve começar antes da fragilidade. Exercícios de força, equilíbrio e coordenação ajudam a preservar massa muscular e estabilidade. Revisão de medicamentos que causam tontura ou sedação, correção de problemas visuais, orientação sobre segurança no domicílio e atenção a hipotensão postural são medidas relevantes em mulheres mais velhas. Em contextos comunitários, grupos de exercício supervisionado podem combinar benefícios físicos e sociais.

A alimentação participa da manutenção da massa óssea e muscular. A orientação deve considerar ingestão adequada de proteínas, cálcio e vitamina D dentro das necessidades individuais. Suplementação indiscriminada não é recomendada; deve ser baseada em avaliação clínica e orientação profissional. A exposição solar, quando abordada, precisa equilibrar síntese de vitamina D e prevenção de dano cutâneo, evitando recomendações rígidas desvinculadas do tipo de pele, localização geográfica e risco individual.

A sarcopenia e a perda de força não são consequências inevitáveis da menopausa, mas o envelhecimento e a inatividade podem acelerar declínio funcional. Por isso, a consulta de enfermagem pode incluir perguntas sobre dificuldade para subir escadas, levantar de cadeira, carregar objetos e realizar atividades do cotidiano. Mudanças de desempenho merecem avaliação multiprofissional e podem sinalizar necessidade de intervenção antes que se instalem quedas e dependência.

2.9. Sexualidade e Síndrome Geniturinária da Menopausa

A sexualidade permanece relevante ao longo de toda a vida e não deve ser presumida ausente após a menopausa. Santos et al. (2014) demonstraram que a experiência sexual no climatério é influenciada por padrões culturais, relações de gênero, autoestima, parceria e representações sociais. Assim, perguntar apenas sobre “libido” é insuficiente. A consulta deve explorar conforto, desejo, dor, satisfação, segurança, uso de preservativos quando aplicável e impacto das mudanças corporais, sempre respeitando orientação sexual, identidade, estado conjugal e privacidade.

A síndrome geniturinária da menopausa pode afetar significativamente a vida sexual e urinária. Secura, ardor, prurido, dor durante a relação, urgência miccional e infecções urinárias recorrentes podem levar a evitação sexual, ansiedade e redução do bem-estar. O Manual do Ministério da Saúde de 2026 destaca que a condição é crônica e progressiva e que medidas de autocuidado, hábitos urinários adequados e avaliação individual são relevantes. A enfermagem pode oferecer orientações iniciais e encaminhar para avaliação de tratamentos locais ou sistêmicos quando necessários (Brasil, 2026a).

A abordagem deve ser cuidadosa porque muitas mulheres não relatam espontaneamente queixas íntimas. Perguntas neutras, precedidas de explicação de que fazem parte do cuidado, reduzem constrangimento. Exemplos incluem investigar se houve mudança no conforto vaginal, presença de dor ou secura e sintomas urinários novos. O profissional deve evitar julgamento e garantir confidencialidade. Quando houver suspeita de infecção, lesão,

sangramento, dor pélvica ou violência sexual, a investigação segue os protocolos específicos.

O aconselhamento também inclui prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. O fim da possibilidade de gravidez não elimina risco de IST. Mulheres que iniciam novas relações após separação ou viuvez podem não se perceber como população exposta e, por isso, receber pouca orientação. A enfermagem deve incorporar prevenção combinada e uso de preservativos de modo compatível com o contexto e a autonomia da usuária.

2.10. Saúde Mental, Sono e Cognição

A transição menopausal ocorre em fase da vida na qual podem coexistir mudanças familiares, cuidado de pais idosos, saída dos filhos de casa, alterações conjugais e exigências profissionais. Esses fatores se somam a sintomas físicos e podem aumentar vulnerabilidade emocional. Galvão et al. (2007) encontraram elevada ocorrência de sintomas de sofrimento psíquico em mulheres climatéricas, e Polisseni et al. (2009) identificaram associação entre ansiedade, depressão, insônia e sintomatologia climatérica. Tais dados não permitem atribuir causalidade exclusivamente à menopausa, mas reforçam a necessidade de rastrear sofrimento emocional.

O enfermeiro deve perguntar sobre humor, interesse por atividades, ansiedade, irritabilidade, qualidade do sono, consumo de álcool e uso de medicamentos para dormir. Instrumentos de rastreio podem ser empregados quando previstos no serviço, mas sempre acompanhados de julgamento clínico. Sinais de ideação suicida, violência, depressão grave, mania, psicose ou perda funcional

importante exigem avaliação imediata e articulação com a rede de saúde mental.

Queixas de memória e concentração são relatadas por algumas mulheres, especialmente quando há privação de sono e estresse. A abordagem deve evitar duas simplificações: atribuir todo esquecimento à menopausa ou presumir doença neurodegenerativa. É necessário investigar duração, impacto funcional, medicamentos, saúde mental, sono, condições clínicas e sinais neurológicos. Alterações progressivas que comprometem atividades instrumentais da vida diária justificam avaliação específica.

A higiene do sono é uma intervenção de enfermagem útil, mas deve ser personalizada. Orientações sobre regularidade de horários, redução de cafeína e álcool à noite, ambiente escuro e confortável, limitação de telas e estratégias de relaxamento podem ajudar. Quando fogachos noturnos são o principal fator de fragmentação, tratar adequadamente o sintoma é igualmente importante. A insomnia crônica que persiste apesar de medidas básicas pode requerer abordagem especializada.

2.11. Terapia Hormonal, Opções Não Hormonais e Decisão Compartilhada

A terapia hormonal da menopausa é o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores moderados a intensos em mulheres adequadamente selecionadas. A Diretriz Brasileira sobre Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa recomenda seu uso em mulheres sintomáticas sem contraindicações, com avaliação individual de riscos e benefícios. A chamada janela de oportunidade

– em geral, início antes dos 60 anos ou nos primeiros dez anos após a menopausa – integra o raciocínio clínico, mas não substitui análise individualizada (Oliveira et al., 2024).

É fundamental distinguir indicação terapêutica de prevenção indiscriminada. A terapia hormonal não deve ser iniciada com o objetivo único de prevenir doença cardiovascular em mulheres assintomáticas. Também existem contraindicações e cenários nos quais outras opções são preferíveis. A escolha de via, dose e necessidade de progestagênio depende do perfil clínico e anatômico da mulher. Essas decisões competem ao profissional habilitado e devem ocorrer com consentimento informado, explicação de benefícios, riscos e alternativas.

A enfermagem tem papel relevante antes, durante e após a decisão terapêutica. Na avaliação, pode identificar fatores de risco, uso de medicamentos, sangramentos anormais, histórico de câncer, eventos tromboembólicos e doença cardiovascular que exigem avaliação médica. Durante o acompanhamento, monitora adesão, efeitos percebidos, compreensão do tratamento e surgimento de sinais de alerta. Também pode reforçar que terapia hormonal não substitui hábitos saudáveis, controle de fatores de risco ou rastreamentos recomendados.

Opções não hormonais incluem medidas comportamentais, tratamentos farmacológicos específicos e intervenções voltadas a sintomas particulares. O enfermeiro deve evitar prescrever ou indicar medicamentos fora de protocolos e competências legais, mas pode explicar de forma geral que existem alternativas e encaminhar a mulher para decisão compartilhada. Essa postura reduz

automedicação e evita falsas dicotomias entre “usar hormônio” e “não tratar”.

2.12. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde fazem parte das possibilidades do SUS e são frequentemente procuradas por mulheres que desejam alternativas ou complementos ao tratamento convencional. Revisão sistemática brasileira de Sobral et al. (2024) analisou ensaios clínicos sobre PICS no climatério e encontrou estudos principalmente com acupuntura, yoga e fitoterapia. Os resultados sugerem potenciais benefícios em sintomas e qualidade de vida, embora a heterogeneidade das intervenções e a qualidade variável das evidências exijam cautela.

A presença de alguma evidência não significa que todas as práticas ou produtos sejam equivalentes. Fitoterápicos possuem princípios ativos, interações e riscos, e a denominação “natural” não garante segurança. A enfermagem deve seguir protocolos institucionais e formação específica quando atuar com PICS, além de investigar produtos utilizados pela usuária. Isso é importante porque mulheres podem omitir chás, extratos e suplementos por considerá-los não medicamentosos.

Yoga, práticas corporais e técnicas de relaxamento podem contribuir para atividade física, manejo do estresse e bem-estar, especialmente quando inseridas em programas estruturados. A acupuntura pode ser considerada em serviços que dispõem da prática e profissionais habilitados. O cuidado integrativo de qualidade não substitui avaliação de sinais de alerta nem tratamento de condições clínicas,

mas pode ampliar opções centradas nas preferências da mulher e fortalecer autocuidado.

3. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como revisão de literatura de caráter integrativo, descritivo e analítico, elaborada com a finalidade de reunir e discutir evidências relevantes para a assistência de enfermagem à mulher no climatério e na menopausa. A opção por uma revisão integrativa foi considerada adequada porque o tema envolve estudos quantitativos e qualitativos, documentos normativos, diretrizes clínicas e pesquisas sobre qualidade de vida, sendo necessária uma abordagem capaz de articular diferentes tipos de evidência.

A questão norteadora foi estruturada a partir dos componentes população, fenômeno de interesse e contexto: mulheres no climatério, transição menopausal, menopausa ou pós-menopausa; assistência de enfermagem e promoção da qualidade de vida; e Atenção Primária à Saúde ou cuidado ambulatorial. A pergunta definida foi: “Quais evidências e recomendações sustentam a assistência de enfermagem capaz de promover qualidade de vida de mulheres no climatério e na menopausa?”.

As buscas foram realizadas em setembro de 2026 nas plataformas SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados, isoladamente e em combinações, os termos “climatério”, “menopausa”, “transição menopausal”, “cuidados de enfermagem”, “assistência de enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde”, “qualidade de vida”, “sexualidade”, “atividade física”, “saúde mental” e “síndrome geniturinária”. Em complemento,

foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Enfermagem, Biblioteca Virtual de Enfermagem do Cofen, Coren-SP e sociedades científicas brasileiras.

Foram priorizadas publicações brasileiras ou conduzidas por pesquisadores e instituições brasileiras, atendendo ao objetivo de contextualizar o cuidado no SUS. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, estudos de validação de instrumentos e documentos técnico-normativos que apresentassem relação direta com a experiência do climatério, qualidade de vida, atuação da enfermagem ou manejo de fatores associados. Publicações anteriores a 2010 foram mantidas apenas quando consideradas referências nacionais relevantes para qualidade de vida, saúde mental ou construção histórica da evidência.

Foram excluídos textos opinativos sem fundamentação científica, materiais comerciais, conteúdos sem autoria identificável e publicações cujo foco não permitisse estabelecer relação com a assistência à mulher. A seleção privilegiou pertinência temática e qualidade da fonte, sem pretensão de metanálise. O corpus de discussão foi composto por estudos científicos e documentos normativos utilizados de forma complementar: os estudos descreveram experiências, fatores associados e lacunas assistenciais; as diretrizes e normas forneceram parâmetros contemporâneos para organização e segurança do cuidado.

A extração das informações considerou autoria, ano, tipo de estudo, população, objetivo e contribuição principal para a assistência. Em seguida, os achados foram organizados por análise temática em oito eixos: qualidade de vida; conhecimento e organização do trabalho da enfermagem; sintomas e repercussões clínicas; promoção da

saúde e hábitos de vida; sexualidade e síndrome geniturinária; saúde mental e sono; terapias e decisão compartilhada; e sistematização do cuidado. A síntese interpretativa buscou identificar convergências, divergências e implicações práticas.

Por se tratar de estudo realizado exclusivamente com literatura científica e documentos públicos, sem recrutamento ou intervenção em seres humanos, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Mesmo assim, foram observados princípios de integridade acadêmica, com identificação das fontes, distinção entre achados dos estudos e interpretação dos autores e preferência por documentos oficiais e periódicos científicos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise das publicações permitiu identificar um conjunto consistente de evidências: a transição menopausal é uma oportunidade para promoção de saúde, porém ainda existe distância entre esse potencial e a organização cotidiana da assistência. Os estudos brasileiros apontam, de um lado, impacto dos sintomas e dos determinantes sociais na qualidade de vida; de outro, revelam fragilidades no conhecimento profissional e na sistematização do cuidado. As recomendações de 2024 a 2026, por sua vez, ampliam a base para uma assistência mais estruturada, incorporando Processo de Enfermagem, prevenção cardiometabólica, abordagem geniturinária, saúde mental e decisão compartilhada.

4.1. Síntese das Principais Evidências Selecionadas

Quadro 1. Síntese das principais evidências utilizadas na discussão.

Fonte	Delineamento / natureza	Contribuição principal para a assistência
Silva Filho; Costa, 2008	Estudo transversal com 233 mulheres climatéricas	Mostrou comprometimento de domínios físicos e mentais e reforçou o caráter biopsicossocial da qualidade de vida.
Galvão et al., 2007	Estudo transversal com 191 mulheres	Identificou alta frequência de sofrimento psíquico e relação entre transtornos mentais comuns e pior qualidade de vida.
Polisseni et al., 2009	Estudo transversal com mulheres climatéricas	Demonstrou associação entre ansiedade, depressão, insônia e maior intensidade de sintomas climatéricos.
Tairova; De Lorenzi, 2011	Estudo caso-controle com mulheres pós-menopáusicas	Mulheres fisicamente ativas apresentaram melhores indicadores de qualidade de vida e menor intensidade de sintomas.
Miranda; Ferreira; Corrente, 2014	Estudo com mulheres na Atenção Primária	Reforçou a necessidade de avaliar qualidade de vida de forma ampliada e não apenas pelo estado menopausal.
Santos et al., 2014	Estudo qualitativo sobre sexualidade	Mostrou influência de relações de gênero, padrões culturais e significados sociais na vivência da sexualidade no climatério.
Lisboa et al., 2015	Validação brasileira do UQOL	Disponibilizou instrumento com boa reprodutibilidade e validade para avaliação da qualidade de vida no climatério.
Barreto et al., 2015	Estudo transversal com mulheres ativas e sedentárias	Associou prática de atividade física a melhor saúde e menor sintomatologia climatérica.

Serpa et al., 2016	Estudo transversal em Ouro Preto/MG	Relacionou pior qualidade de vida a idade, doenças crônicas e uso contínuo de medicamentos, evidenciando fatores sociais e clínicos.
Albuquerque et al., 2019	Estudo transversal com 98 enfermeiras	Indicou associação da qualidade de vida com idade, atividade física, carga de trabalho, renda e presença de doenças crônicas.
Curta; Weissheimer, 2020	Estudo qualitativo com 16 mulheres	Evidenciou dúvidas conceituais, alterações percebidas e diversidade de sentimentos sobre corpo, climatério e menopausa.
Banazeski et al., 2021	Estudo qualitativo com enfermeiros da APS	Identificou cuidado fragmentado, necessidade de educação permanente e carência de protocolos específicos.
Campos et al., 2022	Estudo qualitativo com 15 enfermeiras	Encontrou conhecimento limitado sobre conceitos, sintomas e condutas; captação frequentemente por demanda espontânea.
Nogueira et al., 2022	Estudo brasileiro publicado na BMC Nursing	Relacionou perfil clínico e qualidade de vida, reforçando influência de condições clínicas e sociodemográficas.
Sobral et al., 2024	Revisão sistemática de ensaios clínicos	Apontou evidências para algumas PICS, sobretudo yoga, acupuntura e fitoterapia, com necessidade de uso criterioso.
Oliveira et al., 2024	Diretriz brasileira multiprofissional	Atualizou prevenção cardiovascular, fatores de risco e recomendações para terapia hormonal e não hormonal.

COFEN, 2024	Resolução profissional	Determinou implementação sistemática do Processo de Enfermagem em todos os contextos de cuidado.
Brasil, 2026a; Brasil, 2026b	Manual e nota técnica do Ministério da Saúde	Atualizaram conceitos e organização do cuidado integral na APS para transição menopausal, menopausa e pós-menopausa.
COREN-SP, 2026	Guia profissional de enfermagem	Traduz recomendações atuais para avaliação, educação em saúde e acompanhamento de enfermagem.

Fonte: elaboração dos autores, 2026.

O conjunto de estudos revela mudança progressiva da literatura. As pesquisas mais antigas concentraram-se em descrever sintomatologia, qualidade de vida e sofrimento psíquico. Na década seguinte, passaram a ganhar destaque determinantes sociais, atividade física, sexualidade e instrumentos de avaliação. A produção mais recente incorpora a organização da APS, o conhecimento de enfermeiros, terapias integrativas e diretrizes clínicas atualizadas. Essa evolução sugere que o cuidado deixou de ser visto apenas como resposta a sintomas e passou a ser compreendido como componente da saúde integral ao longo do curso de vida.

A predominância de estudos transversais e qualitativos impõe limites à generalização de relações causais. Ainda assim, existe convergência suficiente para sustentar ações de enfermagem de baixo risco e grande potencial: educação em saúde, escuta qualificada, avaliação de sintomas, incentivo à atividade física, controle de fatores cardiovasculares, investigação de saúde mental e

sexualidade e acompanhamento longitudinal. As decisões farmacológicas exigem avaliação clínica individual, mas a enfermagem participa ativamente da identificação de necessidades, encaminhamento e monitoramento.

O destaque dado aos documentos de 2026 é importante porque eles respondem a uma lacuna apontada por estudos anteriores. Banazeski et al. (2021) e Campos et al. (2022) identificaram necessidade de diretrizes e educação permanente. O Manual do Ministério da Saúde, a Nota Técnica nº 72/2026 e o guia do Coren-SP oferecem base contemporânea para a padronização da assistência, embora sua implementação dependa de gestão, capacitação e adequação dos fluxos locais.

4.2. Da Demanda Espontânea Ao Acompanhamento Proativo

Um dos achados mais relevantes é a dependência da demanda espontânea. Quando o serviço espera que a mulher procure atendimento especificamente "por menopausa", perde-se a oportunidade de identificar necessidades em quem considera os sintomas normais, sente vergonha ou desconhece que existem possibilidades de manejo. Muitas usuárias chegam à unidade para controle de hipertensão, diabetes, vacinação, coleta citopatológica ou acompanhamento familiar e podem permanecer anos sem abordagem da transição menopausal.

A captação proativa não significa criar rastreamento excessivo ou medicalizar mulheres assintomáticas. Significa incorporar perguntas simples às rotinas de saúde da mulher a partir da faixa etária e do contexto clínico. Alterações recentes do ciclo, fogachos, sono, humor, secura vaginal, dor sexual e sintomas urinários podem ser

investigados em poucos minutos. Quando não há impacto, a consulta pode se concentrar em educação, prevenção e orientação sobre quando retornar. Quando existe prejuízo, inicia-se avaliação mais aprofundada.

Essa mudança depende de organização do serviço. Protocolos podem definir em quais consultas o tema será abordado, quais sinais exigem encaminhamento, quais medidas podem ser iniciadas pela enfermagem e como registrar o acompanhamento. Sistemas eletrônicos podem incluir campos de transição menopausal e impacto dos sintomas. Grupos educativos podem complementar o cuidado, mas não devem se tornar a única forma de acesso. O objetivo é transformar um atendimento eventual em acompanhamento longitudinal e centrado na pessoa.

4.3. Consulta de Enfermagem e Processo de Enfermagem Aplicado Ao Climatério

A consulta deve ser estruturada sem se tornar burocrática. Na etapa de avaliação, recomenda-se explorar história menstrual e ginecológica, sintomas vasomotores, sono, saúde mental, sexualidade, sintomas geniturinários, hábitos, medicamentos, condições crônicas, história familiar e fatores sociais. O exame físico pode incluir pressão arterial, peso, estatura, índice de massa corporal e outros componentes pertinentes ao contexto e ao protocolo. Dados laboratoriais e de rastreamento são revisados conforme necessidade e competência profissional.

Na etapa de diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro organiza respostas humanas e riscos identificados, evitando reduzir a consulta ao diagnóstico médico de menopausa. Necessidades como

sono prejudicado, baixa adesão a atividade física, desconforto sexual, conhecimento insuficiente, risco de quedas, enfrentamento ineficaz ou autocuidado prejudicado podem orientar prioridades, desde que formuladas segundo sistema de linguagem adotado pelo serviço. O foco é traduzir a avaliação em necessidades de cuidado modificáveis.

O planejamento deve estabelecer resultados concretos e negociados. Em vez de metas vagas como “melhorar a alimentação”, pode-se pactuar aumento do consumo de alimentos in natura, redução de bebidas açucaradas ou organização de horários. Para atividade física, pode-se combinar frequência inicial e forma de acompanhamento. Para sono, definir estratégia de higiene do sono e reavaliação em quatro a oito semanas. Para queixas geniturinárias, registrar orientações e encaminhamento quando necessário.

A implementação inclui educação, aconselhamento, encaminhamentos, acompanhamento de condições crônicas, ações de grupo e cuidados previstos em protocolos. A evolução de enfermagem verifica o que mudou, quais barreiras surgiram e se o plano deve ser ajustado. Essa etapa é particularmente importante no climatério porque sintomas e prioridades mudam ao longo do tempo. Uma mulher pode buscar ajuda inicialmente por fogachos e, meses depois, ter como principal problema o sono ou a sexualidade.

4.4. Matriz Prática de Assistência de Enfermagem

Quadro 2. Matriz assistencial de enfermagem para mulheres no climatério e na menopausa.

Domínio	Avaliação de enfermagem	Intervenções / encaminhamentos	Resultado esperado

Sintomas vasomotores	Frequência, intensidade, fatores desencadeantes, impacto no sono e trabalho; revisar medicamentos e sinais de outras causas.	Orientar medidas de conforto, registrar impacto, discutir opções terapêuticas disponíveis e encaminhar para avaliação quando moderados/intensos ou persistentes.	Redução do incômodo, melhora do sono e maior capacidade funcional.
Sono e fadiga	Horários, despertares, ronco/apneia, cafeína, álcool, dor, fogachos noturnos, medicamentos e saúde mental.	Higiene do sono, redução de estimulantes à noite, manejo de fatores associados, rastreio de sofrimento psíquico e encaminhamento quando crônico ou grave.	Sono mais reparador, menor fadiga e melhora da concentração.
Saúde mental	Humor, ansiedade, anedonia, irritabilidade, estressores, violência, uso de substâncias e risco de autoagressão.	Escuta qualificada, rastreio conforme protocolo, plano de segurança quando necessário e articulação com equipe de saúde mental.	Redução de sofrimento, acesso oportuno a cuidado e segurança.
Sexualidade e SGUM	Secura, ardor, dor, desejo, satisfação, sintomas urinários, relações, IST e impacto emocional.	Abordagem sem julgamento, orientações de autocuidado, prevenção de IST e encaminhamento para avaliação terapêutica quando indicado.	Maior conforto, segurança e autonomia sexual.
Risco cardiometa	Pressão arterial, peso, histórico	Aconselhamento, monitoramento	Redução de fatores

bólico	familiar, tabagismo, diabetes, lipídios, sedentarismo e alimentação.	conforme protocolo, cessação do tabagismo, atividade física e encaminhamento para controle de fatores de risco.	modificáveis e melhor controle clínico.
Saúde óssea e muscular	Fraturas prévias, quedas, uso de glicocorticoide, baixo peso, história familiar, força e mobilidade.	Exercícios de força/equilíbrio, prevenção de quedas, orientação nutricional e encaminhamento para avaliação de risco ósseo.	Preservação de força, menor risco de quedas e fraturas.
Hábitos de vida	Atividade física, alimentação, álcool, tabaco, rotina, condições de trabalho e barreiras socioeconômicas.	Metas graduais e compartilhadas; conexão com recursos comunitários; acompanhamento da adesão sem culpabilização.	Maior capacidade de autocuidado e melhora global da qualidade de vida.
Conhecimento e autonomia	Compreensão de climatério/menopausa, expectativas, fontes de informação, dúvidas sobre hormônios e tratamentos.	Educação em saúde baseada em evidências, correção de mitos e apoio à decisão compartilhada.	Maior letramento em saúde e decisões mais informadas.
Sangramento e sinais de alerta	Padrão menstrual, sangramento pós-menopausa, dor pélvica, perda de peso, sintomas mamários ou sistêmicos.	Não atribuir automaticamente à menopausa; encaminhar conforme gravidade e fluxo da rede.	Investigação oportuna e redução de atraso diagnóstico.

Fonte: elaboração dos autores com base em Brasil (2026a, 2026b), COFEN (2024), COREN-SP (2026) e Oliveira et al. (2024).

A matriz proposta não substitui protocolos institucionais nem sistemas padronizados de linguagem de enfermagem. Sua finalidade é demonstrar como diferentes necessidades podem ser articuladas dentro do Processo de Enfermagem. O elemento central é a individualização: nem todas as mulheres precisam de todas as intervenções, e a prioridade deve ser determinada pelo impacto funcional, pelos riscos e pelas preferências da usuária.

4.5. Promoção da Qualidade de Vida: Do Aconselhamento Genérico à Intervenção Negociada

A literatura mostra que recomendações comportamentais têm maior potencial quando se conectam ao cotidiano. A atividade física é um exemplo. Estudos nacionais associam exercício a menor sintomatologia e melhor qualidade de vida, mas simplesmente informar esse benefício não garante adesão. O enfermeiro deve explorar histórico de atividade, preferências, dor, limitações, horário disponível, segurança do bairro e apoio social. A partir daí, uma meta é construída e reavaliada.

O mesmo raciocínio se aplica à alimentação. Muitas mulheres chegam ao climatério com histórico de dietas restritivas, ganho de peso e insatisfação corporal. Uma abordagem centrada apenas na balança pode piorar autoestima e favorecer práticas pouco sustentáveis. O foco deve ser saúde metabólica, força, energia e padrões alimentares de melhor qualidade. Quando necessário, encaminhamento nutricional evita que recomendações simplificadas sejam usadas em casos complexos.

O sono merece ser tratado como indicador de qualidade de vida. Sintomas vasomotores noturnos, ansiedade e hábitos inadequados podem se somar. A enfermagem pode construir diário breve de sono, identificar padrões, revisar cafeína e álcool, orientar rotina e acompanhar resposta. Persistência de insônia, ronco importante, pausas respiratórias, sonolência diurna excessiva ou sintomas depressivos exige avaliação específica.

A promoção da qualidade de vida também inclui lazer, relações sociais e sentido de vida. Esses aspectos aparecem menos em protocolos biomédicos, mas influenciam diretamente a percepção de bem-estar. Perguntar sobre atividades prazerosas, rede de apoio e mudanças recentes pode revelar isolamento ou sobrecarga. A resposta nem sempre será uma intervenção clínica; às vezes, o cuidado consiste em apoiar conexão com grupos comunitários, práticas corporais e recursos sociais.

4.6. Sexualidade e Saúde Geniturinária: Uma Lacuna Que Precisa Ser Abordada

A sexualidade aparece como uma das dimensões mais negligenciadas na assistência. O estudo de Santos et al. (2014) mostra que a vivência sexual é atravessada por expectativas de gênero e relações afetivas. Quando profissionais não perguntam sobre o tema, mantêm a invisibilidade e podem reforçar a ideia de que desejo e prazer não são relevantes após a menopausa. A consulta de enfermagem pode romper essa barreira com linguagem neutra, confidencialidade e respeito.

A síndrome geniturinária merece atenção especial porque tende a persistir. A mulher pode normalizar secura e dor ou acreditar que a

única solução é interromper a atividade sexual. Orientações simples, avaliação de possíveis irritantes, uso de medidas de conforto e encaminhamento para terapias apropriadas podem modificar significativamente a qualidade de vida. O cuidado também deve reconhecer mulheres sem atividade sexual, para as quais sintomas urinários e desconforto genital continuam relevantes.

A presença de sangramento após a menopausa não deve ser considerada normal. Esse é um exemplo de situação em que a educação em saúde tem função de segurança: a mulher precisa saber que deve procurar avaliação. Da mesma forma, dor pélvica persistente, lesões, secreção incomum e infecções urinárias recorrentes exigem investigação. A enfermagem atua como porta de entrada e garante que sintomas sejam encaminhados sem atraso.

4.7. Saúde Mental e Envelhecimento: Evitar Tanto a Banalização Quanto a Patologização

Os estudos de saúde mental no climatério mostram prevalência relevante de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico, mas também evidenciam múltiplos determinantes. Isso exige equilíbrio: dizer que “é só hormônio” pode negligenciar transtornos tratáveis; afirmar que toda irritabilidade ou tristeza representa doença pode patologizar respostas normais a mudanças de vida. A avaliação deve considerar duração, intensidade, prejuízo funcional, história prévia e contexto psicossocial.

A escuta é uma intervenção em si, mas precisa estar conectada a fluxos de cuidado. Serviços que identificam sofrimento e não oferecem retorno, equipe de referência ou encaminhamento podem

gerar frustração. Portanto, a implantação de perguntas sobre humor deve ocorrer junto com definição de responsabilidades: quem reavalia, em quanto tempo, quando encaminhar e como agir diante de risco suicida ou violência.

O trabalho em grupo pode contribuir para desmistificar a fase e construir suporte social, mas não substitui psicoterapia ou tratamento psiquiátrico quando indicados. A enfermagem pode coordenar grupos educativos, identificar participantes com maior vulnerabilidade e garantir atendimento individual. Essa integração é coerente com o cuidado em rede e evita que atividades coletivas se tornem estratégia para apenas absorver demanda.

4.8. Terapia Hormonal, Desinformação e Segurança

A terapia hormonal é um dos temas com maior circulação de informações conflitantes. Mulheres podem chegar ao serviço com medo absoluto de hormônios ou, no extremo oposto, com expectativa de que implantes e formulações manipuladas resolvam envelhecimento, ganho de peso, libido e disposição. A diretriz brasileira de 2024 reforça que a terapia hormonal tem indicação principal para sintomas e deve ser individualizada, não utilizada como estratégia generalizada de prevenção cardiovascular ou rejuvenescimento (Oliveira et al., 2024).

O enfermeiro pode desempenhar papel decisivo de letramento em saúde. Explicar que existem diferentes formulações e vias, que benefícios e riscos variam conforme história clínica e que a decisão deve ser compartilhada ajuda a reduzir polarização. Também é importante perguntar sobre hormônios, implantes, fórmulas manipuladas e suplementos usados sem prescrição, pois esses

produtos podem não aparecer na lista de “medicamentos” que a mulher espontaneamente relata.

O acompanhamento após início de terapia deve incluir avaliação de adesão, compreensão, efeitos adversos e novos sintomas. Sangramentos, dor torácica, falta de ar, déficit neurológico e outros sinais de alarme exigem orientação de procura imediata de serviço de saúde. O enfermeiro não precisa ser o prescritor da terapia para participar de sua segurança; monitoramento e educação são componentes centrais do cuidado interprofissional.

4.9. PICS e Cuidado Integrativo: Possibilidades e Limites

A revisão sistemática de Sobral et al. (2024) oferece uma contribuição importante ao mostrar que algumas PICS possuem estudos clínicos avaliando sintomas e qualidade de vida no climatério. Yoga e acupuntura aparecem com resultados potencialmente benéficos em determinados desfechos. Esse achado é relevante para o SUS porque amplia possibilidades não farmacológicas e pode dialogar com preferências das usuárias.

Entretanto, a interpretação precisa ser crítica. O número de práticas estudadas é muito menor que o conjunto de PICS ofertadas, e os ensaios apresentam intervenções, doses e instrumentos diferentes. Fitoterapia exige atenção adicional devido à variabilidade de produtos e possíveis interações. A recomendação responsável é considerar práticas com melhor suporte de evidência e profissionais habilitados, sem apresentar benefício como garantido.

A enfermagem pode contribuir investigando expectativas, explicando limites da evidência e acompanhando resposta. Quando a prática é ofertada no território, ela pode ser integrada a grupos de

atividade física, manejo do estresse e educação em saúde. O cuidado integrativo é mais consistente quando complementa, e não substitui, avaliação clínica e prevenção de agravos.

4.10. Sinais de Alerta e Situações Que Exigem Avaliação Ampliada

Quadro 3. Exemplos de sinais de alerta relevantes durante o acompanhamento.

Situação	**Conduta/razão para encaminhamento**
Sangramento vaginal após 12 meses de amenorreia ou sangramento muito intenso/atípico	Necessita investigação; não deve ser atribuído automaticamente à menopausa.
Dor torácica, dispneia súbita, déficit neurológico, edema unilateral de membro	Avaliação imediata por possibilidade de evento cardiovascular ou tromboembólico.
Ideação suicida, violência, depressão grave, psicose ou incapacidade funcional importante	Intervenção imediata, plano de segurança e articulação com rede de urgência/saúde mental.
Perda de peso inexplicada, massa mamária, secreção sanguinolenta ou sintomas sistêmicos persistentes	Investigar conforme protocolo e encaminhar para avaliação diagnóstica.
Dor pélvica persistente, lesões genitais, corrimento incomum ou infecções urinárias de repetição	Avaliação clínica específica; investigar causas infecciosas, urológicas ou ginecológicas.
Queda recorrente, fratura por baixo impacto ou perda funcional progressiva	Avaliação de risco ósseo, muscular, neurológico e medicamentoso.
Sintomas menopausais antes dos 40 anos ou suspeita de menopausa precoce	Exige avaliação diferenciada devido às implicações clínicas e reprodutivas.

Fonte: síntese dos autores a partir de diretrizes e protocolos nacionais.

A presença de sinais de alerta reforça por que o climatério não deve ser usado como explicação universal para sintomas em mulheres de meia-idade. Sangramento, dor, perda de peso, sintomas neurológicos e sofrimento psíquico importante requerem avaliação própria. Uma assistência segura combina normalização da transição fisiológica com vigilância para condições que não pertencem ao processo normal.

O conhecimento desses sinais também deve fazer parte da educação em saúde. Uma mulher informada sobre o que pode ser esperado e o que exige avaliação tende a procurar ajuda de modo mais oportuno. Essa autonomia reduz tanto consultas motivadas por medo diante de alterações benignas quanto atraso na procura de sintomas potencialmente graves.

4.11. Organização do Serviço e Educação Permanente

As lacunas de conhecimento identificadas por Campos et al. (2022) e Banazeski et al. (2021) não devem ser interpretadas como falhas individuais isoladas. A assistência depende de formação acadêmica, tempo de consulta, protocolos, apoio matricial e cultura organizacional. Profissionais submetidos a múltiplas demandas e sem atualização específica tendem a priorizar programas com metas mais visíveis e deixar o climatério em segundo plano.

A educação permanente precisa partir de problemas reais do serviço. Oficinas podem discutir casos clínicos, uso do Processo de Enfermagem, abordagem de sexualidade, critérios de encaminhamento, terapia hormonal e comunicação de riscos. A

simples disponibilização de manual não garante mudança de prática. É necessário criar espaço para leitura, adaptação local e acompanhamento da implementação.

Indicadores simples podem ajudar a gestão. O serviço pode monitorar proporção de mulheres de determinada faixa etária que tiveram sintomas e fatores de risco registrados, número de grupos educativos, encaminhamentos e retorno após intervenção. Esses indicadores não devem gerar metas burocráticas, mas revelar se o cuidado está ocorrendo de forma sistemática.

A integração com outros programas evita duplicidade. A consulta de hipertensão pode incluir sono e sintomas vasomotores; a coleta citopatológica pode incluir sexualidade e síndrome geniturinária; o grupo de atividade física pode abordar saúde óssea e prevenção cardiovascular. A lógica é utilizar cada contato como oportunidade de cuidado integral sem transformar toda consulta em um checklist excessivo.

4.12. Proposta de Fluxo Assistencial para a Atenção Primária

1. Identificação oportunística: reconhecer mulheres na faixa etária compatível ou com queixas sugestivas durante qualquer contato com a APS.

2. Avaliação inicial: investigar padrão menstrual, sintomas, qualidade do sono, saúde mental, sexualidade, sintomas geniturinários, hábitos, condições crônicas e fatores de risco.

3. Classificação de necessidade: diferenciar mulher assintomática ou com sintomas leves, sintomática com impacto funcional e presença de sinais de alerta.

4. Plano compartilhado: definir prioridades, metas de autocuidado, intervenções de enfermagem, exames e encaminhamentos previstos em protocolos.

5. Educação em saúde: explicar a fase, corrigir mitos, orientar quando procurar atendimento e discutir opções terapêuticas de modo equilibrado.

6. Articulação multiprofissional: encaminhar para medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia, educação física ou outras áreas conforme necessidade.

7. Reavaliação: verificar resposta, adesão, surgimento de novos sintomas e atualização do plano no Processo de Enfermagem.

8. Longitudinalidade: manter acompanhamento ao longo da pós-menopausa, integrando prevenção cardiovascular, saúde óssea, saúde mental, sexualidade e envelhecimento saudável.

Esse fluxo não pretende substituir a autonomia clínica nem protocolos locais. Sua função é traduzir os resultados da revisão em sequência lógica de cuidado. A principal mudança proposta é retirar o climatério da invisibilidade, sem criar medicalização. Mulheres assintomáticas recebem informação e prevenção; mulheres com impacto funcional recebem manejo individualizado; e sinais de alerta seguem investigação adequada. Em todos os casos, o acompanhamento permanece integrado às demais necessidades de saúde.

4.13. Implicações para a Formação em Enfermagem e para a Prática Profissional

O tema do climatério deve ser fortalecido na graduação e na educação permanente. Historicamente, conteúdos de saúde da mulher concentram-se em contracepção, pré-natal, parto e câncer ginecológico, enquanto a transição menopausal recebe menor espaço. Essa assimetria contribui para insegurança profissional e para a ideia equivocada de que a menopausa é assunto exclusivo da ginecologia especializada.

A formação precisa articular fisiologia, comunicação, Processo de Enfermagem e cuidado interprofissional. Não basta memorizar sintomas. O estudante deve aprender a conduzir uma consulta, discutir sexualidade, reconhecer sofrimento mental, interpretar fatores de risco, orientar hábitos e identificar limites de competência. Casos clínicos e simulações podem favorecer raciocínio e comunicação em temas sensíveis.

Para profissionais já inseridos na APS, materiais atualizados de 2026 oferecem oportunidade concreta de revisão. Entretanto, a qualificação será mais efetiva se houver apoio institucional para incorporar o conhecimento ao fluxo de trabalho. Educação permanente, discussão de casos e construção conjunta de instrumentos de consulta podem transformar recomendações em prática sustentável.

A autonomia do enfermeiro aumenta quando o Processo de Enfermagem é usado com qualidade. Registrar avaliação, prioridades, intervenções e resultados demonstra contribuição própria da enfermagem e melhora comunicação com a equipe. Isso é especialmente relevante no climatério, em que grande parte do cuidado envolve educação, acompanhamento, prevenção e apoio à

decisão – dimensões nas quais a enfermagem possui competência central.

4.14. Limitações da Literatura e Perspectivas para Novas Pesquisas

A literatura brasileira apresenta avanços, mas persistem lacunas. Muitos estudos são transversais, com amostras locais e recrutamento em serviços de saúde, o que pode super-representar mulheres sintomáticas. Há poucos estudos de intervenção liderados pela enfermagem avaliando resultados de consultas estruturadas, educação em grupo ou uso do Processo de Enfermagem no climatério. Também são necessárias pesquisas com maior diversidade regional e socioeconômica.

Outra lacuna refere-se a mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidade, incluindo populações rurais, ribeirinhas, indígenas, quilombolas, mulheres com deficiência e pessoas trans ou não binárias com sistema reprodutivo feminino que podem vivenciar transição menopausal. A nota técnica do Ministério da Saúde enfatiza equidade, e futuras pesquisas devem explorar como barreiras de acesso e experiências culturais específicas afetam o cuidado.

A avaliação de desfechos também pode avançar. Além de intensidade de sintomas, estudos de enfermagem podem medir qualidade de vida, sono, atividade física, controle de fatores de risco, conhecimento, autonomia e satisfação com o cuidado. Instrumentos validados em português oferecem base para isso. Pesquisas pragmáticas em APS poderiam comparar modelos de acompanhamento e identificar estratégias viáveis para o SUS.

Por fim, tecnologias digitais merecem investigação. Mensagens educativas, telemonitoramento e ferramentas de autocuidado podem ampliar acesso, mas precisam preservar privacidade e não substituir consulta quando há risco. A enfermagem pode participar do desenvolvimento de soluções baseadas em evidências, especialmente para acompanhamento de hábitos, sintomas e adesão a planos compartilhados.

5. CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem à mulher no climatério e na menopausa deve ser compreendida como parte do cuidado integral ao longo do curso de vida e não como atendimento restrito a uma fase hormonal. As evidências brasileiras demonstram que a qualidade de vida nesse período é influenciada por sintomas vasomotores e geniturinários, alterações do sono, saúde mental, sexualidade, doenças crônicas, atividade física, condições de trabalho e determinantes sociais. Essa multiplicidade exige abordagem biopsicossocial e individualizada.

A Atenção Primária à Saúde reúne condições para coordenar esse cuidado, mas estudos nacionais evidenciam fragmentação, captação predominantemente por demanda espontânea e lacunas de conhecimento entre profissionais. A publicação de documentos atualizados pelo Ministério da Saúde e pelo Sistema Cofen/Coren, associada à Resolução Cofen nº 736/2024, cria uma base contemporânea para superar essas limitações e estruturar o acompanhamento por meio do Processo de Enfermagem.

Na prática, a consulta de enfermagem deve incluir avaliação de sintomas e impacto funcional, sono, humor, sexualidade, síndrome

geniturinária, risco cardiovascular e metabólico, saúde óssea e muscular, hábitos de vida e contexto social. A partir dessa avaliação, o enfermeiro planeja intervenções educativas, metas de autocuidado, acompanhamento clínico e encaminhamentos, documentando resultados e reavaliando o plano. Essa abordagem evita tanto a banalização dos sintomas quanto a medicalização indiscriminada.

A promoção da qualidade de vida exige escolhas compartilhadas. Atividade física, alimentação adequada, cessação do tabagismo, moderação do álcool, cuidado com o sono e prevenção de quedas são estratégias de grande relevância, mas precisam ser adaptadas às condições reais da mulher. Terapia hormonal e outras opções terapêuticas podem ser úteis em casos selecionados, desde que indicadas com avaliação individualizada e segurança. Práticas integrativas podem complementar o cuidado quando baseadas em evidência e ofertadas por profissionais habilitados.

Conclui-se que a enfermagem possui papel decisivo para transformar a transição menopausal em uma oportunidade de promoção da saúde, autonomia e envelhecimento saudável. Uma assistência de alta qualidade depende de escuta qualificada, conhecimento atualizado, educação permanente, protocolos, trabalho multiprofissional e continuidade. Ao reconhecer a mulher como protagonista e acompanhar mudanças ao longo do tempo, o enfermeiro contribui para uma vivência mais informada, segura e saudável do climatério, da menopausa e da pós-menopausa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Geyslane Pereira Melo de et al. Qualidade de vida no climatério de enfermeiras atuantes na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 72, supl. 3, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0306.

BANAZESKI, Ana Claudia et al. Percepções de enfermeiros sobre a atenção ao climatério. **Revista de Enfermagem UFPE on line,** Recife, v. 15, n. 1, e245748, 2021. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245748.

BARRETO, Hellen Viviany de Alencar et al. Atividade física na saúde e qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Cinergis,** Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 3, 2015. DOI: https://doi.org/10.17058/cinergis.v16i3.6235.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção às Mulheres na Transição Menopausal e Menopausa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/manual-de-atencao-as-mulheres-na-transicao-menopausal-e-menopausa.pdf. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 72/2026-DGCI/DESF/DEPROS:** subsídios para a organização e qualificação do cuidado integral à saúde no período de transição para a menopausa, menopausa e pós-menopausa na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/. Acesso em: 2 set. 2026.

CAMPOS, Poliana Ferreira et al. Climatério e menopausa: conhecimento e condutas de enfermeiras que atuam na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Santa Maria, v. 12, e41, 2022. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769268637.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 2 set. 2026.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Guia da Assistência de Enfermagem na Transição Menopausal, Menopausa e Pós-Menopausa.** São Paulo: Coren-SP, 2026. Divulgação pela Biblioteca Virtual de Enfermagem do Cofen. Disponível em: https://biblioteca.cofen.gov.br/guia-da-assistencia-de-enfermagem-na-transicao-menopausal-menopausa-e-pos-menopausa/. Acesso em: 2 set. 2026.

CURTA, Julia Costa; WEISSHEIMER, Anne Marie. Percepções e sentimentos sobre as alterações corporais de mulheres climatéricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 41, e20190198, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares. Avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 103-106, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000300001.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: um olhar sob a perspectiva dos usuários do sistema de saúde. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 32, n. 4, e211009pt, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023211009pt.

GALVÃO, Lílian Lira Lisboa Fagundes et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 53, n. 5, p. 414-420, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000500017.

LISBOA, Lilian Lira et al. Tradução, adaptação e validação da versão brasileira do questionário Utian Quality of Life para avaliação da qualidade de vida no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, p. 520-525, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005438.

MIRANDA, Jéssica Steffany; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 67, n. 5, p. 803-809, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670519.

NOGUEIRA, Cíntia Mikaelle Cunha de Santiago et al. Clinical profile and quality of life in climacteric women. **BMC Nursing,** v. 21, art. 233, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-022-00954-7.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** Rio de Janeiro, v. 121, n. 7, e20240478, 2024. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20240478.

POLISSENI, Álvaro Fernando et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 28-34, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000100006.

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos et al. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Santa Maria, v. 4, n. 1, 2014. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769288l9.

SERPA, Miguel Arcangelo et al. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. **Reprodução & Climatério,** v. 31, n. 2, p. 76-81, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.04.001.

SILVA FILHO, Euvaldo Angeline da; COSTA, Aurélio Molina da. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 113-120, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-72032008005000001.

SOBRAL, Bárbara Angélica Bispo Fernandes de Nascimento et al. Benefícios das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na qualidade de vida e nos sintomas de mulheres no climatério: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 48, n. esp. 2, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024E29321P.

TAIROVA, Olga Sergueevna; DE LORENZI, Dino Roberto Soares. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 135-145, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100014.

---

[1] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[2] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[3] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[4] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[5] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[6] Graduando em Enfermagem. Faculdade Supremo Redentor.

[7] Orientador e Coautor. Professor. Faculdade Supremo Redentor.