

Marina Isabel Dias Oliveira

**Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida
em Mulheres com Menopausa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Marina Isabel Dias Oliveira

**Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de
Vida em Mulheres com Menopausa**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Marina Isabel Dias Oliveira

**Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida
em Mulheres com Menopausa**

Marina Isabel Dias Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, na área de especialização de
Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da
Professora Doutora Ana Costa e da Professora Doutora Carla Fonte.

Resumo

De facto, muito embora em algumas culturas e ambientes a menopausa ainda seja associada a alguma estigmatização, o interesse em pesquisar formas que possam auxiliar as mulheres a ultrapassar esta fase de uma forma mais tranquila tem vindo a crescer. A menopausa é acompanhada de uma elevada variedade de sintomas físicos, que se refletem a nível psicológico.

O principal objetivo da presente investigação foi verificar se existe relação entre as diferentes dimensões da escala de bem-estar psicológico e a qualidade de vida, considerando algumas variáveis sociodemográficas (estado civil, escolaridade, situação profissional, zona de residência e com quem mora) possam ter sobre estas dimensões.

Os objetivos específicos foram: identificar e descrever o BEP nas suas diferentes componentes (e.g., autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal); analisar a relação da QV nas suas dimensões: física e psicológica; analisar a relação entre QV nas suas dimensões com as dimensões do BEP. Foram também analisadas as diferenças entre QV nas suas dimensões; as diferenças do BEP nas suas dimensões e as variáveis sociodemográficas (e.g., estado civil, situação profissional, escolaridade).

A amostra deste estudo é constituída por 115 participantes do sexo feminino, residentes em Portugal Continental. Considerou-se como critério de inclusão na amostra as mulheres estarem no momento da aplicação do questionário a passar pela menopausa e que responderam a um Questionário sociodemográfico; Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) – versão reduzida e o Questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) – versão abreviada.

De acordo com os resultados obtidos, foi possível verificar que das variáveis sociodemográficas selecionadas para este estudo, o estado civil, com quem mora e a escolaridade foram as que apresentaram diferenças estatisticamente significativas com as diversas dimensões do bem-estar psicológico e qualidade de vida.

Palavras-chave: Menopausa, Qualidade de Vida, Bem-Estar Psicológico, Sintomas, Impacto.

Abstract

In fact, although in some cultures and environments, menopause is still coated with stigma, the interest in researching ways that can help women overcome this phase has been growing. Menopause is accompanied by a high variety of physical symptoms that reflect on the psychological level.

The main objective of this research was to establish the relationship between the different dimensions of the scale of psychological well-being and quality of life, considering socio-demographic variables (marital status, education, and employment status, area of residence and with whom she lives) may have on these dimensions.

The specific objectives were to identify and describe the BEP into its various components (eg, autonomy, mastery of the environment, personal growth); analyze the relationship of QL in its dimensions: physical and psychological, to analyze the relationship between QL in size with dimensions of BEP. We also analyzed the differences between QOL in size; BEP differences in size and socio-demographic variables (eg, marital status, employment status, education).

The sample consists of 115 female participants, resident's sex in Portugal. It was considered as a criterion for inclusion in the sample were women at the time the questionnaire was going through menopause and who completed a socio-demographic questionnaire; Scale Psychological Well-Being (EBEP) - reduced version and Quiz World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - shortened version.

According to the results, we found that socio-demographic variables selected for this study, marital status, which lives and schooling that showed statistically significant differences with the various dimensions of psychological well-being and quality of life.

Keywords: Menopause, Quality of Life, Psychological Well-Being, Symptoms, Impact.

À minha Heroína e Querida Mãe,
de quem herdei a força, alegria, o
sorriso, a simpatia e a firmeza de
continuar a lutar todos os dias.

À minha paixão por Psicologia, o que me manteve sempre no caminho, mesmo na
maior das adversidades.

Agradecimentos

A realização deste trabalho e a concretização deste curso não teriam sido possível sem a presença e colaboração de muitas pessoas que fazem parte do que sou e do que me ensinam a crescer, diariamente.

Começo por agradecer à Professora Doutora Carla Fonte, orientadora e amiga, pelo apoio, atenção, competência, estímulo e paciência. Pela forma doce como me recebeu no seu mundo, abrindo-me as portas a uma realidade que por vezes pensamos conhecer mas só comecei a compreender ao entrar em contacto com o exterior e olhar de outra forma para a realidade, para além que me ensinou a desenvolver, todos os dias, sem exceção, o meu potencial.

À Professora Doutora Ana Costa que teve a amabilidade de me orientar, apoiar, ser compreensível e sempre disposta a ajudar em qualquer situação, recebendo com carinho, pelas dúvidas esclarecidas a toda a hora e em qualquer lugar e pela ajuda prestada na elaboração deste trabalho importante. Por ter contribuído com relevantes questões durante todo o processo de elaboração da tese e, em especial, pela dedicação e seriedade no desempenho de sua função docente e pelos estímulos recebidos no valioso convívio.

A vocês, Helena Ferreira e Helena Résio, pela compreensão pelas minhas ausências e omissões, pelo incentivo, apoio e entusiasmo, por todo o carinho e ajuda, o que me permitiu levar adiante esta etapa da minha vida, o meu incentivo à realização deste trabalho, por momentos insubstituíveis de partilha e amizade verdadeira.

Também agradeço à Andreia Lopes, sempre presente nesta caminhada longa e intensa, pelas risadas nos momentos menos felizes, transformando esta reta final num percurso menos solitário e muito mais feliz.

À Manuela Ribeiro pelo seu carinho, amizade, entusiasmo e dedicação interminável, pela disponibilidade e contributos valiosos (paciência, carinho e apoio) prestados ao longo desta etapa. Pela partilha de ideias, experiências e emoções, encorajaram-me sempre que um obstáculo surgia no meu caminho.

À Helena Rodrigues pela sua paciência incansável, a conjugação certa de palavras que me permite agradecer todo o seu apoio, a mão estendida quando a minha insensatez, cansaço, frustração que por vezes permaneciam, esteve sempre ao meu lado para aconselhar e ajudar, e pelo apoio e sabedoria de quem muito sabe, pouco solicita para si.

À Teresa Barros, pelas suas belas palavras e sua espiritualidade, sua dedicação e persistência em continuar ao meu lado e incentivo nos momentos certos para continuar avançar com o meu trabalho.

Um agradecimento muito especial à minha Mãe, pelo apoio e compreensão ao longo deste percurso, pelas tuas palavras de conforto, por me ensinar a percorrer o caminho certo sem desistir, mostrando-me que devemos dar tudo de nós em tudo o que fazemos e por ter feito aprender que nunca se é menos do que excepcional quando trabalhamos e nos esforçamos para o melhor. Sobretudo, Mãe, por nunca teres desistido de mim, és a minha Heroína, Obrigada.

A todos, o meu muito Obrigada.

Índice Geral

Resumo	v
Abstract	vii
Agradecimentos	x
Índice Geral	xii
Índice de Figuras	xiv
Índice de Quadros	xv
Lista de Abreviaturas	xvii

Introdução Geral 1

Capítulo I – A Menopausa.....8

1.1. Introdução	8
1.2. Contextualização Histórica da Menopausa	10
1.3. A Menopausa como Pertencente do Ciclo de Vida	14
1.4. Mecanismo Fisiológico da Menopausa e Implicações Futuras	17
1.5. O Impacto da Menopausa a Nível Físico, Psicológico e Social	23
1.6. Sintomatologia da Menopausa	27
1.7. Patologias associados à Menopausa	32
1.8. Síntese	36

Capítulo II - A Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico na Menopausa.....39

2.1. Introdução	39
2.2. Definição e delimitação de conceitos	40
2.3. A Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico	41

2.4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico na Menopausa e seu Impacto	44
2.4.1. Como Melhorar a Experiência das Mulheres na da Menopausa	51
2.6. Síntese	54
Capítulo III – Estudo Empírico.....	58
3.1. Introdução	58
3.2. Objetivos	58
3.2.1. Variáveis	59
3.2.2. Desenho de Estudo	60
3.3. Método	61
3.3.1. Participantes	61
3.3.2. Materiais	61
3.3.2.1. O Questionário Sociodemográfico	61
3.3.2.2. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)	62
3.3.2.3. O Questionário WHOQOL-BREF	64
3.3.3. Procedimento	65
3.4. Resultados	67
3.5. Discussão	88
3.6. Síntese	96
Conclusão Geral.....	98
Referências Bibliográficas.....	106

Anexos

Anexo I: O Questionário Sociodemográfico

Anexo II: A Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Anexo III: Questionário WHOQOL-BREF

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo Integrativo das fases da menopausa (Chaby, 2005). Adaptado de Menopausa L. Chaby, 1995, p.15. Instituto Piaget.....	16
Figura 2 - Representação esquemática das principais funções biológicas do estrogénio e das consequências da diminuição da sua concentração no decorrer da menopausa.....	18
Figura 3 - Representação esquemática das principais funções biológicas do estrogénio e das consequências da diminuição da sua concentração no decorrer da menopausa.....	20

Índice de Quadros

Quadro 1 - Dados sociodemográficos da amostra (N= 115).....	67
Quadro 2 - Medidas de dispersão para os diferentes domínios da EBEP.....	70
Quadro 3 - Valores para a Correlação de Pearson para os domínios da EBEP.....	71
Quadro 4 - Medidas de dispersão para os valores transformados de WHOQOL 0-100.....	72
Quadro 5 - Medidas de dispersão para Boa, Média e Baixa Qualidade de Vida para o domínio Físico e Psicológico.....	73
Quadro 6 - Teste de correlação de Pearson para as diferentes dimensões dos instrumentos usados para avaliar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida.....	75
Quadro 7 - Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Estado Civil.....	76
Quadro 8 - Teste T para amostras independentes entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Zona de Residência	77
Quadro 9 - Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Com Quem Mora	78
Quadro 10 - Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Situação Profissional	79
Quadro 11 - Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Escolaridade.....	80
Quadro 12 - Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Estado Civil.....	82
Quadro 13 - Teste T para amostras independentes entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Zona de Residência	83

Quadro 14 - Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Com quem Mora.....	84
Quadro 15 - Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Situação Profissional.....	85
Quadro 16 - Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Escolaridade	87

Lista de Abreviaturas

SPM - *Sociedade Portuguesa de Menopausa*

EBEP - *Escala de Bem-Estar Psicológico*

QV - *Qualidade de Vida*

OMS - *Organização Mundial de Saúde*

NAMS - *North American Menopause Society*

TRH - *Terapia de Reposição Hormonal*

SOBRAC - *Sociedade Brasileira de Climatério*

FSH - *Hormona Folículo Estimulante*

GABA - *Ácido Alfa-Aminobutírico*

DCV - *Doença Cardiovascular*

IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

TRH - *Terapia de Reposição Hormonal*

WHOQOL - *The World Health Organization Quality of Life*

BEP - *Bem-Estar Psicológico*

BES - *Bem-Estar Subjetivo*

SPMD - *Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite*

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

INE - *Instituto Nacional de Estatística*

Introdução Geral

O mundo vive hoje um momento de transição fantástico que se reflete na aproximação de diversas culturas, uma complementando a outra. Neste sentido, é pertinente e muito relevante o desenvolvimento de aspetos que favoreçam o desenvolvimento do ser humano como ser multidisciplinar, reconhecendo as suas mais variadas e amplas necessidades. É importante ressaltar que o ser humano traz consigo sentimentos, ambições; cria expectativas, envolve-se, busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza (Fernandes, 1996).

O avanço tecnológico das últimas décadas é assombroso. Efetivamente, e graças a estas profundas inovações tecnológicas, a sociedade em geral assistiu a uma melhoria substancial das suas condições básicas e da qualidade de vida. De facto, muito embora esta melhoria se manifeste em várias áreas, é necessário dar especial destaque à alimentação e ao saneamento, bem como ao controle de um grande número de doenças infecto-contagiosas. Adicionalmente, tem-se assistido a uma evolução de pensamento que leva a que as gravidezes sejam mais planeadas e que o acompanhamento do ciclo biológico da mulher ao nível médico, seja agora um ato comum (Aburdene & Nasbitt, 1993). A menopausa, sendo uma fase de extrema relevância no ciclo biológico da mulher, não é uma exceção. De facto, com a menopausa fecha-se um ciclo em torno da mulher, no que respeita ao controlo médico sobre o seu corpo (Joffe, Hall, Soares, Hennen, Reilly et al., 2002).

Inicialmente a literatura refere-se à menopausa como uma fase importante da vida de cada mulher. Isto coincide com a etapa média de vida e com as expectativas de mudanças regularizadas pelo desenvolver do tempo (Nelson, 2008).

Contudo durante as últimas décadas, a Psicologia demonstra um forte interesse relativamente às mulheres na menopausa. Um estudo de mercado, realizado pela Sociedade Portuguesa de Menopausa [SPM] (SPM, 2006), onde participaram 391 mulheres com menopausa residentes em Portugal Continental, demonstra que 72,1% das mesmas se situam na faixa etária de 60 ou mais anos.

Desta forma, a investigação empírica em torno da temática da Menopausa, foca-se simultaneamente nas alterações fisiológicas e psicológicas do organismo feminino. Numa etapa em que decorre o aumento da esperança média de vida, torna-se importante estudar aspetos relacionadas com este fenómeno, com os quais as mulheres se encontram em contato por um período mais prolongado nas suas vidas. A menopausa surge neste contexto, sendo portanto revestida de elevada importância no mundo actual (Teoman, Ozcan & Acar, 2004).

O termo qualidade de vida não é um simples modismo, algo passageiro a preencher o tempo dos leitores para, em seguida, ser descartado. Muito pelo contrário, a qualidade de vida é um dos objetivos a alcançar no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. O prolongamento da vida é cada vez menos um desafio técnico para a ciência. Cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada (Nobre, Lemos, Domingues & Gabriades, 1994).

A qualidade de vida é definida como “sensação íntima de conforto”, “bem-estar” ou “felicidade” no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da

realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence (Bergner, Bobbit, Carter & Gilson, 1981).

Segundo Seligman e Csikszentmihalyi (2000), o estudo e a compreensão da felicidade e dos aspetos positivos da experiência humana estão entre as principais preocupações da Psicologia para o século XXI. Nos últimos anos, diversos autores têm-se dedicado a desenvolver pesquisas para compreender o bem-estar do ser humano (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Este deve ser definido de forma a que permita uma relação com outros conceitos como: necessidades, liberdades, felicidade, adaptação, controle, capacidade de previsão, sentimentos, sofrimento, dor, ansiedade, meio, tédio, stresse, saúde, entre outros.

Albuquerque e Tróccoli (2004) afirmam que o campo do bem-estar refere-se ao estudo científico da felicidade. Duas grandes correntes podem ser destacadas na área do bem-estar geral: a do bem-estar subjetivo e a do bem-estar psicológico, e a principal diferença entre elas reside na concepção de felicidade adotada pelo indivíduo.

Riff (1989) propõe que o bem-estar seja entendido como o funcionamento positivo global do indivíduo. De acordo Riff e Keyes (1995), um indivíduo com alto bem-estar é aquele que apresenta altos índices de autoaceitação (atitudes positivas do indivíduo em relação a si mesmo), relação positiva com os outros (satisfação e confiança na relação com os outros), autonomia (autodeterminação, independência e autorregulação do comportamento), controle do ambiente (habilidade do indivíduo para escolher ou criar situações adequadas às condições pessoais), propósito na vida (senso de direção que contribui para a percepção de que a vida é significativa) e crescimento pessoal (desenvolvimento do potencial do indivíduo e da sua expansão como pessoa). Os seis

elementos propostos definem o bem-estar psicológico tanto teórica quanto operacionalmente (Riff & Keyes, 1995).

É importante estudar a qualidade de vida e o bem-estar nas mulheres com menopausa, pois a sua importância na atualidade é ainda pouco explorada. A maioria dos estudos disponíveis tem sido realizada em outros países, sendo que nem sempre é possível a transposição dos seus resultados para a realidade portuguesa. Além disso, as poucas pesquisas realizadas no país incluem populações restritas a serviços de saúde isolados, o que dificulta a extrapolação de seus resultados para a população em geral (Ryan & Deci, 2001).

Deste modo, com o presente trabalho pretende-se, caracterizar mulheres com menopausa relativamente à escala de bem-estar psicológico (EBEP) e à qualidade de vida (QV). É feita uma análise entre duas variáveis, pois estão interligadas e associadas a uma fase da vida da mulher. Assim, para as mulheres com menopausa é importante que se consigam adaptar a esta fase, com qualidade de vida razoável, sendo o mais importante como se sentem e se são capazes de enfrentar esta fase para obterem resultados positivos. Neste sentido, é necessário uma maior atenção do impacto da menopausa no bem-estar psicológico, bem como a capacidade de ultrapassarem esta fase, obtendo melhor qualidade de vida.

As temáticas abordadas surgem no âmbito de conhecer melhor a menopausa, a QV e o BEP, pois a motivação para explorar o tema mencionado, incide numa questão pessoal, visto que um familiar está a passar por esta fase, somos assim movidas pela curiosidade em estudar de que forma as mulheres inseridas na sociedade nos dias de hoje, vêm esta fase e as mudanças provenientes da mesma. Estudar o impacto que tem

nas suas vidas, seja a nível pessoal, profissional, familiar, social, entre outros, elevando em consideração as orientações gerais da Organização Mundial de Saúde (OMS), pois esta considera a saúde num sentido positivo e não apenas ausência de doença (World Health Organization, 1946).

O facto de não termos encontrado estudos que comparem estas três temáticas – menopausa, QV e BEP- constitui um motivo estimulador para a realização deste estudo, na medida em que consideramos importante compreender de que forma a população portuguesa com características psicossociais que poderão ser potenciadoras de um desenvolvimento mais saudável ou adaptativo, consigam compreender melhor este fenómeno da menopausa.

Em primeiro lugar, no capítulo I, faz-se um enquadramento conceptual, no qual é feita a contextualização histórica da menopausa, de forma a compreender como emergiu ao longo dos anos e qual a sua importância. Desta forma, são explicitados fatores pessoais e sociais, a forma como tem vindo a ser feita a avaliação e a descrição da evolução deste fenómeno chamado menopausa. Adicionalmente, é referido o funcionamento do seu mecanismo fisiológico, bem como quais as suas implicações futuras, o impacto da menopausa ao nível físico, psicológico e social na mulher, a sua sintomatologia e, por fim, algumas atenções a ter nesta fase.

No capítulo II aborda-se e exploram-se as definições e conceitos de QV e do BEP, as suas implicações e a importância na menopausa. Dentro destes parâmetros também se explora a forma de se obter uma melhor QV e BEP nas mulheres com menopausa, não se centrando apenas nos aspetos negativos do fenómeno, mas indo sim de encontro aos aspetos positivos, demonstrando assim a relevância deste fenómeno.

Por último, no capítulo III, descrevemos pormenorizadamente o estudo empírico realizado, onde explicitamos os objetivos, as variáveis, o desenho do estudo, os participantes, o material utilizado e os procedimentos efetuados. Após esta exposição apresentamos e discutimos os resultados obtidos. No final apresentamos uma conclusão geral.

Primeira Parte - Enquadramento Teórico

Capítulo I – A Menopausa

1.1.Introdução

A evolução tecnológica que tem marcado os dois últimos séculos é responsável pelo aumento da esperança média de vida. Com este aumento começaram a surgir patologias até então desconhecidas ou cuja prevalência era muito baixa. Este aumento da esperança média de vida levou a que as mulheres passassem a vivenciar mudanças socioculturais importantes, bem como alterações nos seus corpos, como por exemplo as proporcionadas pela menopausa (Vigeta & Brêtas, 2004). Concomitantemente tem-se verificado um aumento da sensibilidade da população para um acompanhamento médico mais frequente, o que também proporcionou a identificação de sintomas e patologias que até então passavam despercebidas (Tamayo, 2004).

Assim e uma vez que a menopausa está presente na vida da mulher adulta e que na maioria das vezes é acompanhada de sintomas físicos e psicológicos relevantes no quotidiano, torna-se pertinente falar deste fenómeno que abrange as mulheres em todo o mundo. Esta é uma área de estudo que tem vindo a ser muito explorada recentemente e como consequência deste interesse acrescido tem-se obtido inúmeras informações fundamentais para auxiliar as mulheres a ultrapassar esta fase complexa da sua vida (Daley, MacArthur, McManus, Stokes-Lampard & Wilson et al., 2006).

A menopausa representa um marco determinante que provoca inúmeras mudanças na vida da mulher. A menopausa pode ser caracterizada como a transição natural entre a fase reprodutiva e a fase onde já não é possível a reprodução (Favarato & Aldrighi, 2001). Esta fase de transição está associada a alterações bioquímicas que levam ao

aparecimento de sintomas desconfortáveis, bem como ao aumento da susceptibilidade de adquirir algumas doenças. No entanto, estes aspetos variam de pessoa para pessoa. De facto, muito embora a maioria das mulheres passem por estes sintomas desconfortáveis, existem algumas mulheres que passam por esta fase com sintomas inexpressivos. A maioria das mulheres que passam pela menopausa veem esta fase como algo negativo, apresentando frequentemente queixas e sintomas psicológicos, onde é possível destacar a ansiedade, depressão, disfunções sexuais (ex.: alteração de desejo, da excitação, da lubrificação e orgasmo) e irritabilidade. Adicionalmente existem mulheres que indicam não conseguir encontrar o seu papel social, nem redefinir objetivos a alcançar (Favarato & Aldrighi, 2001). É também frequente, as mulheres nesta fase indicarem uma sensibilidade emocional que leva ao choro fácil, nervosismo, tristeza, insatisfação com a vida, dificuldade de concentração, alteração de memória, sensação de cansaço, esgotamento, entre outros (Deeks, 2003). Adicionalmente, a menopausa tem vindo a ser indicada como uma possível causa para o divórcio no mundo atual (Sharee, 2012).

Neste capítulo pretendemos clarificar e fazer uma revisão dos dados existentes na literatura em torno da temática da menopausa. Abordamos as alterações fisiológicas e psicológicas do organismo feminino durante este período e, ainda a sintomatologia da menopausa e as patologias a ela associadas.

1.2. Contextualização da Menopausa

Nas últimas décadas verifica-se um aumento do interesse em investigar sobre vários temas que afetam as mulheres, neste caso, a menopausa. Este interesse pode ser explicado por dois fenómenos sociais: o aumento da esperança e da qualidade de vida (Navarro, 2003). De facto, atualmente verifica-se que a esperança média de vida das mulheres nos países desenvolvidos é de cerca de oitenta anos (Freitas, Wender, Castro & Mattiello, 2002).

Para Currie (2007) a idade média de ocorrência da menopausa é aos 51 anos, o que corresponde a cerca de um terço da vida dos indivíduos. Por outro lado a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005) estabelece um intervalo de probabilidade de ocorrência da menopausa natural entre os 45 e os 55 anos; outros autores como Pedro, Neto, Paiva, Osis, e Hardy (2003) consideram que a menopausa ocorre naturalmente numa faixa etária entre os 35 e os 65 anos, sendo que nesta faixa é possível distinguir duas fases: a menopausa precoce, que ocorre abaixo dos 40 anos, e a menopausa tardia, que pode surgir após os 55 anos (Pedro et al., 2003).

Segundo alguns autores (Brewer, 1999 & Marquardt, 2002) 40% das mulheres passam um terço das suas vidas em pós-menopausa. Deste modo, verifica-se a relevância de estudar e compreender este fenómeno e as suas consequências no quotidiano das pessoas.

Para a OMS (1996), o conceito de menopausa tem sofrido grandes evoluções ao longo do tempo. Estas constantes alterações do conceito de menopausa está grandemente relacionado com as inúmeras investigações sobre o tema que têm contribuído para uma melhor compreensão do mesmo. De facto, têm surgido vários estudos onde se problematizam as questões psicossociais da menopausa, o que tem levado a uma valorização dos efeitos desta fase na vida das mulheres adultas.

Nesta linha de pensamento e de acordo com Margis e Cordioli (2001) a mulher na menopausa, muitas das vezes é discriminada pela sociedade onde está inserida, através de condições subjetivas e sociais. Del Priori (2000) afirma que é necessário chamar a atenção para que, nesta fase, que ocorre geralmente entre os quarenta e os cinquenta anos, a mulher sofre grandes alterações ao nível corporal. Tal facto reflete-se na autoimagem feminina, uma vez que é um sinal de envelhecimento por parte da mulher. Esta alteração da imagem de si mesma tem um forte efeito psicológico que deve ser verdadeiramente equacionado no tratamento da sintomatologia. Os efeitos da menopausa variam de acordo com os parâmetros sociais, culturais e étnicos, pelo que é possível dizer que não existe uma sintomatologia única (Del Priori, 2000).

Historicamente, e na cultura ocidental, a menopausa assinala o fim do ciclo reprodutivo de uma mulher (Palácios, 1996). Em termos biológicos a menopausa não ocorre de um momento para o outro, é um processo gradual que dura até 12 anos. Todo este processo de transição da fase reprodutiva para a fase não-reprodutiva designa-se de climatério (Palácios, 1996).

De facto, muitas vezes os conceitos de menopausa e climatério são usados de forma indiscriminada, como se tivessem o mesmo significado. Tal não é verdade.

Efetivamente, são dois conceitos distintos. A menopausa significa a última menstruação, enquanto o climatério estabelece a transição entre a fase reprodutiva e a não-reprodutiva. Epistemologicamente, a palavra climatério significa “idade crítica” (Smith & Judd, 1994), enquanto menopausa provém da junção de duas palavras gregas “menos” e “pausos”, o que significa “mês” e o “fim” (Chaby, 1995).

Em 1980, um grupo de investigação sobre a menopausa, pertencente à OMS, propõe uma padronização da terminologia e aconselha que o termo climatério seja deixado e substituído por perimenopausa. Atualmente verifica-se um uso indiscriminado dos dois termos (Aburdene & Nasbitt, 1993).

Segundo a OMS (1996, p.1) pode-se definir a menopausa como:

É uma fase da vida da mulher que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteroides e peptídeo hormonal diminui e conseqüentemente produz no organismo diversas mudanças fisiológicas, algumas resultantes da cessão da função ovariana e de fenómenos menopáusicos a ela relacionados e outros devidos ao processo de envelhecimento. Quando se aproximam da menopausa, muitas mulheres experimentam certos sintomas, em geral passageiros e inócuos, porém não menos desagradáveis e às vezes incapacitantes.

Este fenómeno só adquire uma maior visibilidade a partir do século XX. Até então era um processo não reconhecido, ou seja, a nível social era um acontecimento oculto, e nenhuma sociedade ou cultura assinalavam este processo como algo marcante na vida

das mulheres (Mankowitz, 1987). A menopausa pode ser vivida como uma das passagens mais importantes e temíveis, pois a mulher depara-se com o fim da sua reprodutividade, bem como com o facto de ter que lidar com o envelhecimento e pensamentos associados ao fim da sua sexualidade e feminilidade (Mankowitz, 1987).

Na primeira metade do século XX e segundo a North American Menopause Society [NAMS] (NAMS, 2000) houve outro marco importante a salientar e que captou a atenção da medicina, que foi a tentativa de diminuir a apreensão dos problemas resultantes desta fase da mulher e passar a existir intervenção no que concerne ao ciclo menstrual. As tentativas de evitar a paragem da menstruação eram muitas, por exemplo, através da remoção dos órgãos (seios, ovários), e plantas medicinais, bem como a introdução de objetos no útero ou na vagina da mulher, sangrias, purificações e bastões elétricos (NAMS, 2000).

Posteriormente, na segunda metade do século prevaleceu a visão intervencionista, sendo implementada a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), com o objetivo de continuar o ciclo menstrual (NAMS, 2000). Deste modo, surge o conceito de eternamente jovens, uma vez que sob tratamento apropriado, as mudanças físicas e típicas das meia-idade acabam por ser minimizadas e as funções sexuais renovadas. De facto, aplicando a TRH verifica-se que a única consequência do término da menstruação que não é possível recuperar é a fertilidade (NAMS, 2000).

Em 1980 começaram por ser publicados livros de autoajuda, (Ex. "Mulher, Maturidade e Mudança" da autoria de Germaine Greer), dirigidos a todas as mulheres de meia-idade com o objetivo de valorizar esta passagem e demonstrando que é mais uma etapa do ciclo vital na vida humana. Esta etapa deverá ser percecionada não como

uma mudança permanente na vida das mulheres e sim como um conjunto de mudanças que não alteram a mulher enquanto mulher (Greer, 1994).

A sociedade ocidental valoriza muito a mulher no contexto reprodutivo, pelo que é necessário ter uma elevada atenção na menopausa. Efetivamente, esta é uma fase que leva a uma maior reflexão do papel que a mulher desempenha nos diferentes contextos culturais e que poderá ter efeitos psicológicos nefastos. É necessário tentar colmatar este tipo de pensamento, de forma a minimizar a sintomatologia de modo a que a menopausa possa ser redimensionada de uma forma positiva e não centrar-se somente nos aspetos negativos (Elavsky & McAuley, 2007).

1.3. A Menopausa como Pertencente do Ciclo de Vida

Se a maturidade é fruto da mocidade a velhice é resultado da maturidade, viver é irtecendo naturalmente a trama da existência. Processo trivial para aquele que o vive, tão singular para quem o observa.¹

Lya Luft (2003)

Pesquisas recentes demonstram que até ao ano 2030, mais de um bilião de mulheres estarão na menopausa, em idades compreendidas entre os 45 a 55 anos, fazendo com que a probabilidade de fazer novas pesquisas seja importante para o futuro, de forma a transmitir informações, compreensão e apoio nesta etapa da vida (OMS, 1996).

¹ Tradução Livre

Atualmente, a menopausa ainda é vivida de forma solitária e angustiante. As mulheres são confrontadas com vários tipos de questões. Ter uma resposta para as suas questões é fundamental de forma a poder orientar-lhas e suavizar este processo de vida (Chaby, 1995).

Um estudo realizado por Santos (1995), onde as mulheres foram questionadas sobre a informação que possuíam sobre a menopausa, demonstrou que, no geral, as mulheres detinham pouca informação e pouca preparação psicológica prévia para ultrapassar esta fase da vida. Uma vez que as mulheres possuem pouca informação sobre as características da menopausa, é comum verificar que a maioria não sabe que o período antes da cessação da menstruação é bastante fértil e como os ciclos menstruais ocorrem de forma irregular, é possível engravidar se não estiverem a ser tomadas precauções nesse sentido. Daoud (2000) refere que a probabilidade de engravidar, tendo mais de 40 anos é de 50%, entre os 44-46 anos é de 10% e para idades compreendidas entre os 45-50 anos é de 2% a 3%

Segundo a Sociedade Brasileira de Climatério [SOBRAC] (SOBRAC, 2004) a menopausa caracteriza-se por alterações funcionais, morfológicas e hormonais, que se dividem em três fases: pré-menopausa, a perimenopausa e a pós-menopausa como podemos observar na Figura 1.

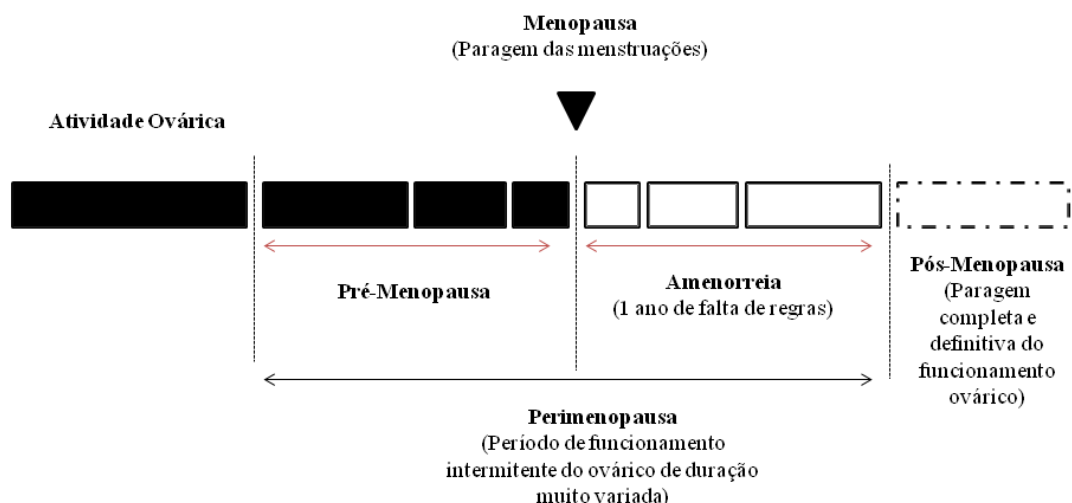


Figura 1. Modelo Integrativo das fases da menopausa (Chaby, 1995). Adaptado de *A Menopausa* por L. Chaby, 1995, p.15. Instituto Piaget.

Ao pensar na menopausa, é pertinente mencionar, que é o início de um novo marco do ciclo da vida, não sendo o fim da esperança, e uma vez que a expectativa de vida da mulher se situa ao redor dos 70 anos (Maldonado & Goldin, 2004). A mulher tem muito tempo para usufruir da vida após a menopausa, correspondendo isso a cerca de um terço (1/3) de suas vidas (Freitas, Silva & Silva, 2004).

De acordo com OMS (1996), as alterações psicológicas e fisiológicas têm consequências, pois reproduzem-se num impacto significativo nos fatores socioculturais e na estrutura da personalidade de cada mulher.

Segundo Brewer (1999) as mulheres passam um terço das suas vidas em pós-menopausa devido à esperança de vida da mulher moderna. No entanto, Marquardt (2002) recorda-nos que a mulher passa um terço da sua vida em pós-menopausa, sendo necessário várias investigações relativas às problemáticas interligadas com esta passagem que vai tornar-se importante nos próximos tempos.

Em 2007, Currie salienta que a menopausa abrange todas as mulheres do mundo, bem como as culturas, as etnias, o que se diversifica, são as atitudes. Uma dessas atitudes poderá ser vista negativamente, através da comparação da fertilidade e da posição da mulher, enquanto na vertente positiva, é vista como um novo começo de liberdade, sabedoria e maturidade. Outro aspeto a referir é como lidar com a menopausa, pois depende muito do ambiente onde estão inseridos os indivíduos, bem como os climas, as dietas consumadas, os estilos de vidas adotados, a religião que seguem, os tabus presentes e, por fim, a genética da mulher (Currie, 2007).

Perante tal fato, torna-se fundamental compreender se as mulheres estão a par das características da menopausa como tal o seu mecanismo fisiológico e do seu processo, pois o conhecimento referendo sobre esta fase ajudará na sua aceitação e na sua boa saúde.

1.4. Mecanismo Fisiológico da Menopausa e Implicações Futuras

A menopausa é efetivamente um evento biológico que ocorre de forma natural e espontânea. Este evento caracteriza-se pelo término da menstruação, ou seja, de todo o processo biológico feminino que possibilita a concepção (Grings, Kühne, Gomes, Jacobsen & Cascaes et al., 2009). De facto, esta fase biológica da mulher costuma surgir após os 40 anos, com a exceção dos casos de menopausa precoce e da menopausa iatrogénica. Considera-se que uma mulher se encontra em menopausa precoce, quando apresenta amenorreica (sem menstruação) antes e até os 40 anos. O mecanismo através do qual o organismo entra em menopausa precoce não foi ainda totalmente esclarecido, no entanto existem estudos que indicam o seu aparecimento como consequência de uma doença autoimune, alterações genéticas, medicação irradiação ou cirurgia (Cavadas,

Pinheiro & Silva, 2001). Por outro lado considera-se uma menopausa iatrogénica quando o término da menstruação se deve a uma remoção cirúrgica dos ovários, independentemente de ter sido acompanhada de uma histerectomia ou não. Adicionalmente também é possível entrar em menopausa iatrogénica quando os ovários são sujeitos a tratamentos de quimioterapia ou radiação (Elavsky & McAuley, 2009).

De uma forma geral os autores dividem a menopausa em três fases distintas e consecutivas: a pré-menopausa, a perimenopausa e a menopausa Figura 2. Cada uma destas fases é caracterizada por um conjunto próprio de sintomas e processos biológicos. A menopausa está intimamente relacionada com o sistema endócrino, pelo que não será surpreendente verificar que cada uma das fases que a caracterizam são derivadas de alterações hormonais que se verificam em outros sistemas biológicos (Hlatky, Boothroyd, Vittinghoff, Sharp & Whooley, 2002).

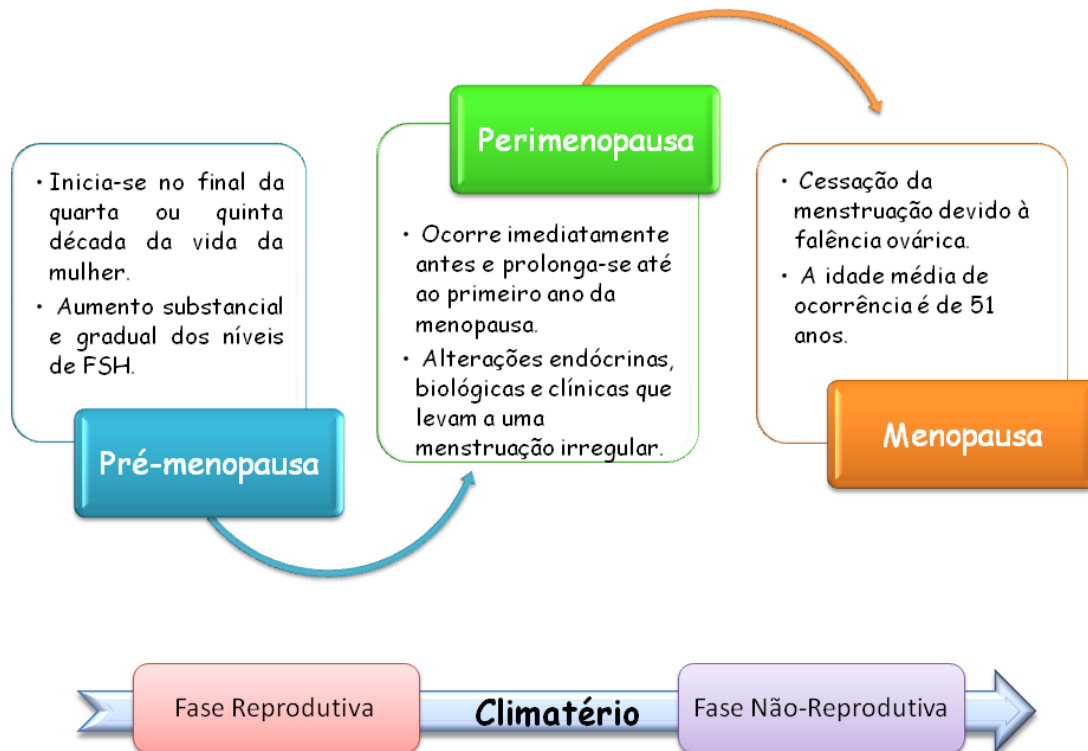


Figura 2: Representação esquemática das principais funções biológicas do estrogénio e das consequências da diminuição da sua concentração no decorrer da menopausa.

Deste modo, é possível dizer que a pré-menopausa se inicia no final da quarta ou no decurso da quinta década da vida da mulher, podendo, no entanto, surgir em outros momentos, dado que é muito variável de pessoa para pessoa. Sob o ponto de vista endócrino verifica-se um aumento substancial e gradual dos níveis séricos da hormona folículo estimulante (FSH) (Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira, 2010). Por outro lado a perimenopausa ocorre imediatamente antes da menopausa, prolongando-se até ao primeiro ano de menopausa. Esta fase caracteriza-se por diversas alterações endócrinas, biológicas e clínicas que levam a que a menstruação se apresente de forma irregular, culminando com a cessação da menstruação, dizendo-se que a partir momento se inicia a menopausa (Cavadas et al., 2010).

Ao longo deste processo que inclui as três fases anteriormente descritas, verifica-se uma diminuição substancial e gradual da produção de estrogénio pelos ovários (Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003; Mishra & Devanshi, 2011). Esta hormona participa em inúmeros processos biológicos, pelo que a diminuição da sua concentração tem implicações graves a vários níveis, nomeadamente: cardiovasculares, cerebrais, cutâneas, geniturinárias, alterações de apetite e humor, problemas ósseos e vasomotores, tal como se pode observar na Figura 3. Esta diminuição da produção de estrogénio ocorre de forma regular ao longo de cerca de 12 meses, pelo que o aparecimento da sintomatologia associada a este decréscimo da concentração desta hormona, também surge de forma gradual. Todo este processo de diminuição da concentração de estrogénio e das suas consequências e sintomas designa-se de climatério (Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003; Mishra & Devanshi, 2011). O climatério corresponde à

transição entre a fase reprodutiva e a fase não reprodutiva que caracteriza a menopausa (Fernandes, 2011). A menopausa é geralmente identificada a nível médico por análise retrospectiva, uma vez que a sintomatologia inicial se caracteriza pela irregularidade da menstruação, o que pode dever-se a outros fatores que não a menopausa, nomeadamente alguns medicamentos e tratamentos (Fernandes, 2011). De facto, muito embora seja possível a identificação da fase do climatério através de análises sanguíneas, esta só é possível quando a diminuição da concentração de estrogénio já é substancial (Grings et al., 2009).

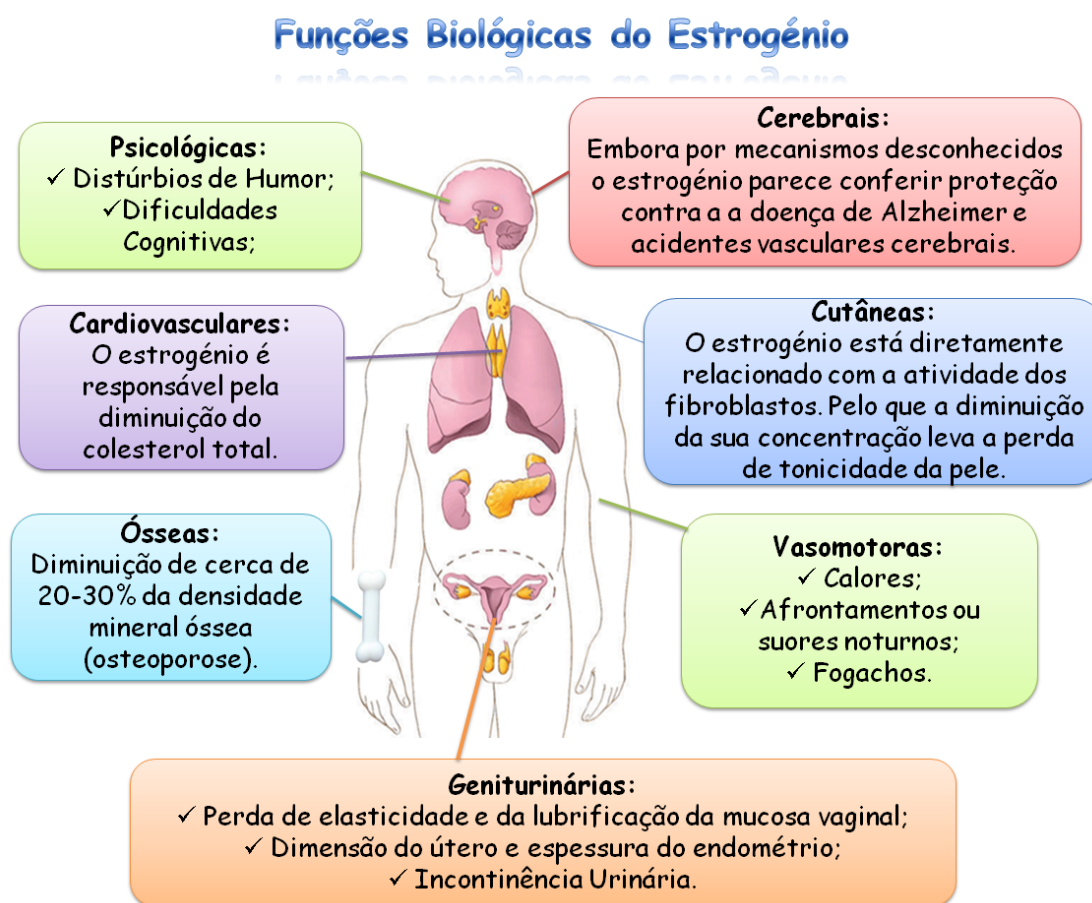


Figura 3: Representação esquemática das principais funções biológicas do estrogénio e das consequências da diminuição da sua concentração no decorrer da menopausa.

Efetivamente a diminuição da concentração do estrogénio tem consequências a vários níveis, no entanto têm vindo a surgir várias alterações geniturinárias. De facto, na literatura, o consenso é notório pois considera-se que a sexualidade na menopausa está envolta em preconceitos, mitos e tabus. Segundo alguns autores, nomeadamente López e Fuertes (1999) esta não é uma fase passageira e sim uma vivência, uma aprendizagem contínua, uma interação e expressão de sentimentos e emoções. Já Northup (2006) declara que a sexualidade, na menopausa, apenas, é afetada porque as mulheres não procuram ajuda, dado que existem tratamentos que podem auxiliar nesta questão, assim como na falta de lubrificação.

De acordo com Mendonça (2004) o envelhecer está interligado com o género, pois distingue as cronologias femininas e masculinas. A diminuição da libido acaba por facilitar a relação quando o parceiro também sofre as transformações físicas, sendo estas mínimas no que concerne ao desejo sexual.

É de salientar e de acordo com Ramos (1998) que a sexualidade feminina na nossa cultura pode ter como estigma que a mulher é desejável, para e apenas para fecundar, sendo um aspeto negativo. Este autor refere ainda que as transformações relativas à sexualidade são diferentes de pessoa para pessoa, pois o fato de não ter que lidar com a menstruação todos os meses pode gerar um sentimento de alívio, assim como principalmente, a impossibilidade de engravidar, o que é positivo, o que faz com que algumas mulheres lidem com esta etapa de forma livre, vendo a própria sexualidade como algo positivo, enfrentando melhor as transformações (Ramos, 1998).

Outro aspeto a referir são os chamados “ditos populares”, ou seja, o que se diz a respeito dos sintomas, mudanças de vida e tratamentos, desenvolvendo expectativas e fantasias e que sugerem que na menopausa a mulher deixa de ser mulher.

Conseqüentemente, gera conflitos entre sensações físicas e sentimentos, como entre o meio e o ato sexual com o seu companheiro, o que pode levar a um estado de ambivalência (Ramos, 1998).

Outra representação da sexualidade que é marcante na menopausa são os insucessos relacionais, as insatisfações conjugais e as depressões com o trajeto biológico, vivido por algumas mulheres (Antunes, 1999).

Nesta etapa existem excessivas modificações a nível físico, psicológico e relacional que reivindicam uma nova atitude em relação ao corpo, aos anseios e na relação com o parceiro. A sexualidade é um tema débil, pois formam-se expectativas quando falamos de casamento ou de uma nova relação, nascem fantasias de meio e inadequação de não conseguirem acompanhar o seu companheiro. A percepção do corpo altera-se, impondo outros cuidados, outra forma (Bauman, 2003). Concomitantemente é um processo que tem impacto psicológico e sociocultural, decorrente do envelhecimento e das próprias mudanças que decorrem da vida (Moreno, 1992).

Um estudo realizado com 1271 mulheres com mais de 18 anos, refere que a falta de desejo sexual atinge 23,4% de mulheres com idades inferiores a 25 anos, 25,8% entre os 26 a 40 anos, 47,0% entre os 46 e 60 anos e 73,0% a partir dos 73 anos. Estes resultados demonstram o agravamento desta disfunção sexual com o envelhecimento, pois a transição menopáusicas é vista como uma fase do envelhecimento da mulher (Abdo, Oliveira, Moreira & Fittipaldi, 2002).

Neste sentido, a sexualidade e a menopausa são domínios complexos, muitas vezes difíceis de superar, que requer a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades neste período particularmente interessante e exclusivamente vivido pelas mulheres (Abdo et al., 2002).

Chaby (1995, p. 9) diz que “(...) é importante assinalar, desde já, para nós, que a menopausa não existe – não mais do que a mulher ou, ainda, o feminino como natureza ou paradigma; há sem dúvida as menopausas e é cada uma delas que convém compreender e, eventualmente, tratar.”

Definido e delimitado o funcionamento do mecanismo fisiológico da Menopausa e as suas implicações futuras, é pertinente referir o impacto da menopausa os vários níveis, tais como o físico, psicológico e social relativamente às mulheres com menopausa.

1.5. O Impacto da Menopausa a Nível Físico, Psicológico e Social

De acordo com Rozenbaum (1998) são vários os aspetos que levam à existência das investigações em mulheres com menopausa.

Mori e Coelho (2004) afirmam que a menopausa é um marco biológico, levando os indivíduos a refletirem sobre si mesmas e sobre o impacto que gera nas vidas das mulheres. Esta fase exige um grande esforço em adaptar-se à nova posição, pois é uma transição, demonstrando que é apenas uma fase da vida. A mulher passa por transformações biológicas, físicas, psíquicas e sociais, enfrentando mudanças significativas nestes anos, onde ocorre a menopausa. É pertinente distinguir os aspetos sociais que estão interligados à menopausa. Assim sendo, a meia-idade é um destes fatores, podendo ser designada como “adulter média”, pois é um aspeto importante de mudança na fase de desenvolvimento do ser humano (Mori & Coelho, 2004).

Nesta etapa é feita uma introspecção de tudo o que foi conseguido ao longo da vida, demonstrando confiança nas suas capacidades. A mulher tem consciência crítica, é capaz de determinar a diferença do que conseguiu realizar ao longo da sua vida e o que se torna inalcançável, adotando uma posição realista da vida, sem perder a capacidade de sonhar e de experienciar novas existências (Mosquera, 1978).

Para Fagulha (2005) o ser humano ao longo dos anos acaba por ter uma multiplicidade de experiências que levam a uma reestruturação relacional com os outros, levando a ter atitudes de finitude com a vida. Este autor ainda refere que a meia-idade é essencialmente caracterizada como os “anos de experiência psíquica interna da mulher de confronto com a morte” (p. 45), pois é feito um balanço de uma avaliação da vida até aquele momento, existe a ambivalência de sentimentos de respeito em relação à juventude e ao envelhecimento. Não podemos esquecer que a mulher tem uma posição na sua cultura que envolve valores, atitudes, estereótipos e preconceitos entre o que é antigo e as transformações que ocorrem (o novo), conduzindo assim a conflitos interpessoais e pessoais, expectativas presentes, recuperações sociais e vivência social do momento de desenvolvimento (Fagulha, 2005)

Nesta fase, em que acontece a menopausa, consegue-se verificar a perda de papéis ocupacionais e afetivos, pois o pensamento intensifica-se no que foi realizado durante estes anos de vida e nos seus projetos, mais do que, propriamente, aquilo que os indivíduos conseguem focar no seu desenvolvimento atual e na sua maturidade futura, levando a pensamentos de conotação negativos em relação aos aspetos positivos deste fenómeno, causando sofrimento e angústia. Depende muito de cada mulher como

enfrenta este fenómeno, da sua maturidade, da sua história de vida e da preparação psíquica para gerir essas mudanças (Neri, 2003).

Prétat (1997) salienta que, para muitas mulheres, a menopausa é uma metamorfose muito importante na vida. A maturidade é um fator a ter em conta, porque permite olhar de outra forma para a vida com possibilidades de crescimento; aceitar viver apenas o presente sendo este satisfatório, proporcionando a autonomia e a liberdade; a sua rede de apoio facilita a entrada neste estágio e, por fim, conseguir ultrapassar estas mudanças na vida.

A mulher pode gerar expectativas, meios, fantasias, como o reconhecimento e valorização de pares, da rede social e dos familiares. São aspetos fundamentais para a formação da autoestima, bem como as imagens associadas à menopausa são confundidas com outras variáveis (Serrão, 2008).

Já para Campos (2006) a menopausa modifica a mulher perante a sociedade, ou seja, o seu “status” diminui, bem como afeta os seus relacionamentos direcionados os seus papéis; a maior contrariedade está relacionada com as modificações no ser mulher e nos preconceitos. A própria sociedade constitui um obstáculo quando a mulher se depara com a menopausa, originando insegurança nas mulheres, estabelecendo ideias da própria depreciação enquanto de pessoa.

De acordo com Diniz e Santos (2006) estes conceitos sobre o envelhecimento e valorização da imagem têm um grande impacto sobre a saúde mental e física, sendo uma fase inevitável do ser humano.

Assim, o essencial é compreender que a mulher não precisa de abdicar dos cuidados do seu corpo, apenas usufruir dos recursos disponíveis da melhor forma. No que concerne à menopausa, o importante é a aceitação e assim como encontrar uma forma de viver melhor (Néri, 2007).

A sexualidade é um tema muito comum entre as mulheres nesta fase, devido à menopausa, denotando-se muitas vezes angústia e frustração, porque têm de saber gerir as mudanças corporais. Por outro lado, também é possível as mulheres não terem uma vida sexual satisfatória, pelo que a menopausa é percecionada como a forma de cessar esta fase incómoda (Ramos, 1998).

As transformações físicas ou corporais, afetam a vida das mulheres, pois existe uma nova relação com o seu próprio corpo, nomeadamente os sinais de envelhecimento; e depende da perceção de como a mulher vê essas mudanças, podendo estas serem positivas ou negativas. As queixas mais frequentes nesta fase são as mudanças de pele, a falta de vigor, o aumento de peso, cansaço, e não conseguir ter o mesmo ritmo no que concerne às atividades diárias ou mais exigentes, como era hábito. As mudanças mencionadas refletem-se na personalidade das mulheres, levando a que afete a constituição do eu (Ramos, 1998)

Segundo Currie (2007) é importante que qualquer mulher tenha acesso às informações necessárias sobre esta fase da vida, pois assim estará consciente do que acontece na menopausa e quais os tratamentos possíveis e existentes, para ultrapassar da melhor maneira possível e saudável, esta fase.

Desta forma, é importante existir uma tomada de consciência, em que demonstram possibilidades e não o fim da vida, o poder de cuidar mais de si, procurar no baú os

antigos sonhos, desenvolver novas habilidades, de mudar de estilo de vida, satisfazer desejos, entre outros (Maldonado & Goldim, 2004).

1.6. Sintomatologia da Menopausa

Segundo Currie (2007) o início dos sintomas depende muito de mulher para mulher, pois pode atingir meses a muitos anos, embora geralmente seja iniciada de dois a cinco anos antes; e a intensidade dos sintomas varia de mulher para mulher.

No que concerne ao aparecimento dos sintomas, muitas procuram ajuda médica, concretamente tratamentos particulares para atenuar os sintomas, embora mudanças na alimentação ajudem na diminuição dos mesmos (Daley, 2007).

Assim, durante as fases peri-menopausa e pós-menopausa a mulher experiencia várias alterações físicas e psicológicas, que acontecem devido aos baixos níveis de estrogénio e do envelhecimento. A menopausa está associada a vários sintomas fisiológicos, não podendo separar-se da sintomatologia psico-emocional (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A redução da ingestão de álcool, da cafeína, parar de fumar e a adoção de uma alimentação equilibrada, introduzir no quotidiano, exercícios regulares, reduzir os níveis de stress, tudo isto ajuda a estabilizar os sintomas apresentados pela menopausa (Currie, 2007), sintomas esses que afetam cerca de 70-80% das mulheres.

Outro fator determinante nesta etapa é a insegurança que conduz a problemas psíquicos e pode vir a interferir no relacionamento familiar, adaptação sexual e

integração social levando a que a mulher se afaste do seu ambiente e se isole, quando é a fase de ampliar o campo de relações. A rejeição e a insegurança estimulam mudanças ambientais e ocupacionais (Hunter, Battersby & Whitehead, 1986).

Na menopausa precoce e de acordo com Currie (2007) aparecem problemas psicológicos, físicos e sexuais nas mulheres. Assim sendo os sintomas físicos são ondas de calor, suores noturnos, palpitações, dores articulares, aumento de peso, mamas doloridas e dores de cabeça (Roura, 2003).

No que se refere às ondas de calor e aos suores, estes afetam 60-85% e das mulheres com menopausa. Estes sintomas são chamados “sintomas vasomotores”, variam muito em intensidade e duração, tendo como estimativa de duração de dois anos, embora possam continuar por mais anos; são desconfortáveis, o que origina uma preocupação na área pessoal, profissional, na qualidade de vida e até mesmo no sono, dado que podem interferir significativamente com a atividade profissional e social da mulher (Roura, 2003).

Assim sendo, para Navega e Oishi (2007) os sintomas aparecem com o corpo, os braços e a face nas mulheres, fiquem quentes, pois muitas das vezes a pele fica ruborizada e os suores ocorrem sem aviso prévio; e pode ir de algumas gotas de suor até mesmo acordar toda transpirada de suor. A duração destes indicativos pode ser de três a cinco minutos, sendo o cérebro o causador destas mudanças repentinas, mais propriamente a zona que controla a temperatura corporal.

Outro aspecto a mencionar são as mudanças de temperatura, ou seja, quando a mulher de repente passa a ter suores frios em vez dos suores quentes, mas pequenas, pois existe uma diminuição e aumento da temperatura corporal da mulher. Nesta linha de pensamento as mudanças ocorrem devido aos níveis de hormonas, que sucedem na menopausa, embora não esteja completamente esclarecido o porquê deste mecanismo (Currie, 2007).

Os afrontamentos podem ocorrer durante o dia ou a noite. Quando ocorrem durante a noite são designados como “sudorese noturna”. Assim, a ocorrência dos afrontamentos gera um mal-estar generalizado devido a todo o tipo de modificações que sofre o organismo da mulher com a menopausa (Hurt, Amesse & Randolph, 2005).

É necessário ter em atenção outros fatores relacionadas com as ondas de calor, que advém do aumento do peso da mulher, beber caféina demasiadas bebidas com gordura e até mesmo algumas medicações. Uma forma de intervir é feita através de uma alimentação saudável e se, for necessário perder peso, o que poderá ajudar o aliviar estes sintomas. Outro fato importante nesta fase é a alteração do metabolismo, existindo assim a resignação de gordura, na zona do abdômen, reduzindo a massa corpórea magra (Currie, 2007).

Segundo Umland (2008) a maior incidência acontece durante os dois primeiros anos pós-menopausa, e têm tendência a diminuir com o passar do tempo, mas também isso vai depender de mulher para mulher. A causa destes sintomas é desconhecida, embora exista uma explicação na origem do hipotálamo em interação com complexas vias neuroendócrinas.

Na menopausa também são verificáveis os sintomas psicológicos ou os “sintomas psicoafectivos” tais como: as mudanças de humor, irritabilidade, ansiedade, dificuldade

em concentrar-se nos acontecimentos. Os níveis de hormonais também influenciam estas mudanças, bem como as situações correntes relacionadas como o dia-a-dia da mulher, que acabam por desencadear estes sintomas e que podem ser explicados pela privação de sono em virtude dos sintomas vasomotores. Os problemas sexuais têm a ver com sinais de secura vaginal, o que pode dever-se à diminuição dos níveis de estrogénio, sendo desconfortável para a mulher durante o ato sexual, o que leva a existir um menor interesse por parte desta pelo sexo (Hurt et al., 2005).

Estas alterações acontecem devido às alterações hormonais do organismo; estudos realizados referem o envolvimento de algumas substâncias como a adrenalina, noradrenalina, serotonina, opióides e ácido alfa-aminobutírico (GABA) (Freitas et al., 2002).

Hunter et al (1986) dá importância aos sintomas clínicos destacando as neurogénicas, psicogénicas, metabólicas (metabolismo ósseo e lipídico), mamárias, urogenitais, ósteo-articulares e do sistema tegumentar (pele e anexos).

Nas neurogénicas os sintomas correspondentes são: as ondas de calor, suores, calafrios, cefaleia, palpitações, tonturas, parestesia, insônia, perda de memória e fadiga. As ondas de calor emitem para a parte superior do tórax para o pescoço e cabeça, e abrangem o rubor, suores, calafrios, palpitações ou episódios de taquicardia. Os sintomas mais desagradáveis, principalmente à noite, são a agitação, insônia e fadiga e por momentos existe episódios de temperatura cutânea. Estão associados às alterações fisiológicas que decorrem durante o sono, bem como à componente psicológica (Hunter et al., 1986).

Um dos sintomas comuns entre as mulheres são as cefaleias durante a menopausa, embora a causa não esteja ainda especificada nem estabelecida entre este sintoma e a menopausa (Brewer, 1999).

Schering (2005) refere-se aos sintomas psicoafectivos como complexos, e que se vão modificando de mulher para mulher, embora muitas apresentem queixas como a falta de concentração, ansiedade, perda de autoestima, nervosismo, agressividade, entre outros.

Nesta etapa denota-se um período de vulnerabilidade associado à menopausa e à depressão, existindo maior risco desta, pois ocorrem mudanças a nível disfóricos decorrentes das incertezas hormonais. Sánchez (2003) refere que as hormonas geram sintomas corporais e psicológicos que responsabilizam o estado de humor, a sexualidade, e a sua forma de agir perante os outros, dificultando a distinção entre a depressão e os sintomas depressivos.

A personalidade, a estabilidade emocional e o próprio carácter da mulher são fatores importantes que contribuem para enfrentar estas experiências, pois depende das intervenções do exterior, nomeadamente o seu contexto sociocultural (Varela, 2006).

Desta forma, é importante reconhecer as próprias características da transição da menopausa, facilitando a identificação destes conteúdos na forma de expressão individualizada. A assistência à mulher é uma forma de garantir apoio no que se refere à dimensão psicológica para que futuramente estejam preparadas para enfrentarem o fenómeno da menopausa (Sanches & Roel, 2001).

Após a delimitação e descrição dos sintomas associados à menopausa, é importante mencionar algumas patologias associadas à mesma, como forma de prevenir problemas do foro da saúde, bem-estar psicológico e a qualidade de vida.

1.7. Patologias associados à Menopausa

A menopausa é um processo fisiológico, em que a falência ovárica pode diminuir a qualidade de vida e o bem-estar psicológico das mulheres, aumentando as patologias associadas a este fenómeno (Marquardt, 2002).

Culturalmente, a menopausa é um marco importante na vida da mulher, no entanto, determina várias mudanças como já foram referidas ao longo do trabalho. Por outro lado, a menopausa proporciona sintomas desconfortáveis e o aumento de incidência de doenças. Entre elas destaca-se a doença cardiovascular (DCV), como sendo a mais prevalente (Abreu, 1992).

Estudos realizados em 1991 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (IBGE, 2000) demonstram que as mulheres vivem 7,2 anos a mais do que os homens. No ano de 2000 os dados apresentados indicavam um valor superior de 7,8 anos. Também demonstrou que 11% das mulheres (população geral) tinham 45 anos ou mais, sendo 9,45% delas com idades compreendidas entre os 45 a 54 anos, sendo que a grande maioria atinge a menopausa por volta dos 49/50 anos de vida. Estes dados significam que cada vez mais existem mulheres a viver este período de menopausa.

Tanto as mulheres como os homens compartilham os fatores de risco associados à DCV, como por exemplo a história familiar, o tabagismo, dietas, obesidade,

sedentarismo, diabetes, hipertensão, entre outros (Genazzani, 2001). As mulheres mais jovens correm menos riscos de desenvolver DCV, em comparação com os homens da mesma faixa etária. Neste sentido, as mulheres têm um fator de risco único que é a menopausa (Genazzani, 2001).

Hayward, Kelly e Collins (2000) afirmam que, com o avanço da idade, mais concretamente após a menopausa, este risco (percentagem) aproxima-se da dos homens, pois deduz-se que a vulnerabilidade está associada à diminuição dos níveis hormonais de estrogénio por parte das mulheres.

Freitas et al. (2002) refere ainda que a DCV é umas das causas principais de morte nas mulheres na pós-menopausa. Na perimenopausa, o risco de DCV desaparece progressivamente após o início da menopausa como resultado da deficiência estrogénica e do envelhecimento.

Nesta linha de pensamento, outra doença que requer a atenção é a osteoporose, que é um problema clínico e social, pois pode dificultar as atividades quotidianas das mulheres neste período.

Currie (2007) afirma que a osteoporose é uma patologia progressiva, afetando uma em cada duas mulheres acima dos cinquenta anos, sendo mais comum no sexo feminino do que o sexo masculino, pois os ossos são menos densos e menores e, neste caso, com a menopausa, existe uma perda óssea rápida. Cedars e Evans (2003) afirmam que a desmineralização óssea é uma consequência natural do processo de envelhecimento, incidindo com mais frequência entre os 55 e os 70 anos. Nas mulheres ocorre 15 a 20 anos mais cedo como consequência do cessar da função ovárica (Marquardt, 2002). Assim pode-se definir osteoporose como a alteração metabólica óssea, a “redução da

massa óssea, com alterações na microestrutura óssea” (OMS 1996 citado por Freitas et al., 2002, p. 448).

O que acontece com os ossos quando a mulher chega à menopausa? A idade é fundamental para a rapidez de perda óssea. Assim sendo na menopausa os ovários produzem baixos níveis da hormona estrogénio, e são estas que protegem os ossos, mantendo a densidade óssea (Gracia et al., 2005). Estima-se que um terço da vida das mulheres é vivido sem os efeitos protetores do estrogénio, fazendo com que as mulheres entrem na menopausa mais cedo, por volta dos 45 anos, correndo maior risco de osteoporose. A maior parte da força óssea, ente 70% a 80% é geneticamente determinada (Currie, 2007).

Smith e Judd (1994) declaram que a osteoporose progride sem sintomas, sendo responsável por quedas uma em cada mulheres na pós-menopausa.

Hurt et al. (2005) diz que existem outros fatores que determinam a osteoporose, como a hereditariedade, a idade, o estado do estrogénio e a quantidade de cálcio na dieta. Já Cedars e Evans (2003) confirmam que o estilo de vida, os hábitos alimentares e história familiar, o consumo de tabaco, o álcool e cafeína aumentam a perda da massa óssea.

As recomendações sugeridas para a diminuição da redução da quantidade de estrutura óssea nas mulheres será a suplementação de estrogénio, bem como a prática de exercícios físicos regulares, a suplementação de cálcio, redução/deixar o tabagismo, diminuição da ingestão de álcool e de cafeína podem contribuir para atrasar a osteoporose (Wall, 1993).

Outro aspeto a ressaltar e de acordo com Currie (2007) o uso da TRH (Terapia de Reposição Hormonal) que está disponível há mais de 60 anos. A utilização deste tratamento tem como objetivo diminuir e controlar os sinais e os sintomas de falência ovárica, restabelecendo os níveis de estrogénio nas mulheres, bem como ajuda a proteger contra a osteoporose, doenças do coração e demência. A TRH consiste no estrógeno e progestágeno, pois muitos dos problemas relacionados com a menopausa são-no devido à redução dos níveis de estrógeno, e o objetivo é repor essa diminuição. A sua utilização deve ser iniciada na perimenopausa e na pós-menopausa.

A North American Menopause Society [NAMS] (NAMS, 2000) aconselha a utilização do tratamento no início da menopausa para tratar dos sintomas vasomotores e assim precaver a osteoporose em mulheres com alto risco.

Todas as mulheres, independentemente da sua classe, etnia ou orientação sexual, experienciarão a menopausa. O aumento da esperança média de vida, a diminuição da mortalidade e com o avanço da medicina, têm contribuído para o envelhecimento global da população. Assim sendo, em média, as mulheres visam viver mais de 30 anos da sua vida em pós-menopausa (NAMS, 2000).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Menopausa [SPM] (SPM, 2006) as mulheres na menopausa, “além de novos problemas com que irão deparar-se sob os pontos de vista psicológico, social e financeiro, irão sentir os efeitos de privação das hormonas sexuais femininas sobre vários órgãos (p. 78).”

1.8. Síntese

O conceito de menopausa é um que abrange as mulheres de todo o mundo, demonstrando a sua importância ao nível psicossocial do ser humano. Contudo é de referir que é um constructo multidimensional, subjetivo e complexo. É também amplamente aceite que a menopausa seja um processo normal e que está presente em todas as culturas, religiões, etnias e sociedades. A menopausa é uma etapa de vida de todas as mulheres.

Segundo Cruz e Schwanke (2001) dada a sua complexidade e múltiplas considerações sobre a percepção da menopausa, bem como algumas definições associadas a este processo biológico têm sido realizadas propostas, com o intuito de conseguir obter resultados cada vez mais benéficos para a mulher com menopausa.

No entanto, a história de vida dos seres humanos é caracterizada por diversos fatores extraordinários, como por exemplo, a puberdade tardia e a menopausa. Além disso, há o reconhecimento de que existe forte influência cultural nas decisões reprodutivas, ao longo da vida da mulher (Jeckel-Neto & Cunha, 2002).

Por existir um aumento da esperança de vida dos seres humanos, torna-se pertinente estudar cada vez mais a menopausa, pois é um fenómeno que tem algum significado evolutivo importante para a nossa espécie (Brody, Grant & Frateschi, 2000).

De acordo com Byyny e Speroff (1996) é importante salientar que a menopausa é um processo biológico natural e não uma doença. Entretanto, e apesar disso, proporciona, em grande número de mulheres, sinais e sintomas associados que podem causar-lhes sofrimento, prejudicando a sua qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Entretanto, crenças equivocadas sobre essa transição, que é a menopausa, são parcialmente responsáveis por sintomas emocionais. A menopausa não significa que o fim está próximo, a mulher pode ter ainda pela frente muito para viver e, também, não se extingue sua feminilidade e a sua sexualidade. Ambas podem e devem ser exercidas intensamente (Camarano, 2002).

Deve ser lembrado que essa transição menopausal coincide com muitas outras alterações na vida das mulheres. É a época em que ocorrem as saídas dos filhos de casa; em que o companheiro passa a apresentar alterações funcionais associadas à idade; em que ocorrem as aposentadorias; e em que os pais e tios mais frequentemente morrem, ou se tornam dependentes (Cícero, 1999). Em síntese, é um período em que as perdas se avolumam e se associam aos sintomas referidos, frequentes, podendo potencializá-los, trazendo graus variáveis de sofrimento e de corrosão da qualidade de vida e ao seu bem-estar mental, físico e emocional (Cícero, 1999).

A menopausa é um fenômeno inserido no processo de envelhecimento feminino e traz consigo consequências biológicas, psicológicas e sociais importantes (Jeckel-Neto & Cunha, 2002). Mesmo que a menopausa não seja considerada uma doença, não se deve hesitar em proporcionar tratamento para alívio dos sintomas associados, se presentes, especialmente quando acompanhados de sofrimento. Na visão contemporânea, a terapêutica associada aos sinais e sintomas relacionados à menopausa

está cada vez mais personalizada de acordo com o perfil de estilo de vida e saúde da mulher (Mori & Coelho, 2004).

No capítulo seguinte, são definidos os conceitos da QV e de BEP, fazendo referência às mulheres com menopausa, remetendo para as noções e para constructos que abrangem as diversas componentes e características da menopausa relacionadas com estas componentes, assentes na definição da Organização Mundial de Saúde já mencionada, desde o biológico/físico ao social, bem como a noção do seu impacto nas mulheres com menopausa. Analisemos ainda a forma como as mulheres com menopausa podem ter uma melhor QV e BEP.

Capítulo II - A Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico na Menopausa

2.1. Introdução

Neste capítulo, exploramos as definições e conceitos de qualidade de vida (QV) e do bem-estar psicológico (BEP), as suas implicações e a importância na menopausa. Dentro destes parâmetros também mencionamos como é possível existir uma melhor QV e BEP nas mulheres com menopausa, não se centrando apenas nos aspetos negativos do fenómeno, mas sim indo de encontro aos aspetos positivos, demonstrando assim a relevância deste fenómeno para a vida das mulheres e de quem as rodeia.

A QV inclui aspetos do ambiente que podem ou não ser afetados pela saúde. Assim sendo é um conceito mais amplo do que o estado de saúde. É de salientar que este conceito pode ser inerentemente subjetivo; o grupo do The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) posiciona a QV como um mecanismo psicológico e fisiológico interno, produzindo sensações de satisfação ou gratificação com a vida (Hornquist, 1982) e as condições externas são apontadas como o disparador do mecanismo interno (Rogerson, 1995).

Portanto, a QV é um conceito amplo que adiciona de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais dos indivíduos e as suas relações com características preponderantes do ambiente (The WHOQOL Group, 1994).

A concepção de saúde inclui bem-estar como um conceito chave; uma componente largamente reconhecido como principal integrante de uma vida saudável é a felicidade (Perls & Fretts, 2001). Deste modo, este conceito foi desenvolvido para a utilização das proposições relativas à saúde mental (Jacobsen, 2003) aplicadas para justificar o conceito de bem-estar como ausência de doença e fortalecer o significado de saúde psicológica.

Assim sendo, o bem-estar, por sua vez, analisa a experiência individual de avaliação da vida e os processos envolvidos nessa avaliação. Esta perspectiva teórica da Psicologia tem procurado contribuir para a compreensão e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

2.2. Definição e delimitação de conceitos

Os conceitos Qualidade de Vida (QV) e Bem-Estar Psicológico (BEP) estão relacionados com a saúde dos indivíduos, são amplos e diversificados, como tal assim é importante defini-los e delimitá-los, aclarar quais as suas particularidades e as suas especificidades, assim como fazer a distinção entre eles.

2.3. A Qualidade de Vida e o Bem-Estar Psicológico

A qualidade de vida (QV) da sociedade em geral tem vindo a melhorar o que se tem refletido num aumento da esperança média de vida da população. Com este aumento tem surgido uma nova consciência social, novas representações sobre o envelhecimento ativo e o seu papel de cada indivíduo nesta etapa de vida (OMS, 1996).

Segundo Fleck (2008) a introdução do conceito de QV abrange muitos constructos presentes, os quais tiveram um grande desenvolvimento independente, contudo algumas apresentam visões biológicas e funcionais, como por exemplo, o conceito de saúde, o conceito de incapacidade/deficiência; outros debruçam-se sobre os parâmetros sociais e psicológicos, como o bem-estar, a satisfação e a felicidade.

O grupo de investigadores em QV da OMS propõe uma definição para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos. Assim a OMS (1994, p. 45) define QV como: “a perceção que o indivíduo tem em relação à sua vida, no contexto cultural, os seus valores, no que respeita aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações”. Contudo outros autores referem que a QV é a satisfação na sua totalidade sobre a vida do ser humano e a forma como proporciona o seu bem-estar pessoal, não podendo deixar de salientar que abrange uma conceção subjetiva e multidimensional, tendo como influência os fatores socioculturais (The WHOQOL Group, 2004).

Segundo a OMS (2009) é um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente. Nesse sentido, a qualidade

de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão a ser satisfeitas ou, ainda, que lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas (OMS, 2009).

Nesta linha de pensamento, torna-se pertinente falar do bem-estar psicológico (BEP) dos indivíduos, sendo uma área de estudo que tem vindo a ser explorada e suportada por dimensões teóricas e metodológicas. Na literatura, pudemos constatar a diferença entre o conceito de bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo (BES). Segundo Ryff (1989) o BEP refere-se a um campo de estudo que integra os conceitos de autoaceitação, autonomia, controle sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal. Já segundo o BES, é um conceito complexo que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, que abrange outros conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida e o afeto (Galinha, 2006).

Segundo Albuquerque (2006) o BES incide sobre uma “entidade multidimensional” que abrange uma dimensão cognitiva do indivíduo, no que concerne aos juízos feitos sobre a satisfação com a vida. Este é constituído, tanto por uma dimensão afetiva, como cognitiva, sendo que a primeira encaixa nos afetos positivos e negativos. A segunda, a satisfação com a vida e, de acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004), é uma compreensão da avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, indo de encontro a diversas designações, como a felicidade, a satisfação, o estado de espírito, o afeto positivo e subjectivo, da qualidade de vida. É influenciado pela cultura, no sentido de partilhar experiências dos indivíduos de forma a assimilar o mundo, pois são feitas através de constructos sociais, tais como as crenças, pressuposições e expectativas sobre este mundo (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

No que concerne ao BEP e segundo Ryff e Singer (2006) estes conceitos refletem o significado da satisfação dos desejos, referindo-se ao bem-estar psicológico do ser humano, centrando-se assim nos aspetos positivos, tais como o sentir-se bem, o contentamento e a satisfação com a vida.

Na perspectiva do hedonismo, o BEP tem uma conotação de avaliação subjetiva de felicidade no que concerne à experiência do prazer e da dor, envolvendo elementos bons e maus na vida dos indivíduos. No entanto esta perspectiva não tem em conta os aspetos importantes como o funcionamento psicológico positivo. Enquanto o eudaimonismo emerge da compreensão e da diversidade, focando-se nos aspetos positivos do ser humano, tais como a autorrealização pessoal, desenvolvimento e crescimento, bem como faz a distinção do bem-estar da felicidade dos indivíduos (Fernandes et al., 2010).

Outro aspeto a mencionar é a conceção de saúde, que inclui o bem-estar dos indivíduos, segundo Diener e Oishi (s/d), é definido como a evolução das pessoas e das suas vidas e pela avaliação que as pessoas fazem acerca da sua qualidade de vida. Avaliam as suas vidas de diferentes formas, reagindo aos eventos com emoção.

É uma forma de fortalecer o estado do indivíduo através de visões distintas do funcionamento psicológico, sendo importante mencionar que o estudo do bem-estar psicológico inclui o conceito de felicidade e prazer, existindo uma ligação no que se refere ao funcionamento potencial de um indivíduo, na sua aptidão de pensar, usar o raciocínio e o bom senso (Siqueira & Padovam, 2008).

Posto isto, a QV abrange aspetos físicos, mentais, sociais, estando associado ao bem-estar psicológico das mulheres com menopausa (Lorenzi, Baracat, Saciloto & Padilha, 2006). Assim, para as mulheres com menopausa é importante que consigam

adaptar-se a esta fase, com uma qualidade de vida razoável, sendo o mais importante o como se sentem e se são capazes de enfrentar esta fase para obterem resultados positivos. Neste sentido, é necessário uma maior atenção ao impacto da menopausa no bem-estar psicológico, bem como a capacidade de ultrapassarem esta fase, obtendo melhor qualidade de vida (Lorenzi, 2006).

2.4. Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico na Menopausa e o seu Impacto

Atualmente, estima-se que 10% da população mundial feminina está a atravessar a fase de menopausa ou já passou por esta experiência. Prevê-se que durante a próxima década, 2% do total das mulheres no mundo irá chegar a este período das suas vidas (Skouby, 2004). Para Obermeyer, Ghorayeb e Reynolds (1999) é importante saber gerir da melhor forma a menopausa e os sintomas associados, que acontecem no dia-a-dia nas mulheres com menopausa.

Nesta linha de pensamento, é necessário mencionar que o modelo biomédico posiciona-se com o modelo Sócio-Cultural que analisa a menopausa como um processo de desenvolvimento normativo e com impacto mínimo ou nulo na vida da mulher. Assim, variáveis sócio-culturais vão modular a forma como a mulher experimenta os sintomas (Collins & Landgren, 2002). Este paradigma defende que as dificuldades associadas à menopausa são culturalmente construídas, tendo na sua origem as atitudes em relação ao envelhecimento, o papel social da mulher e os estereótipos negativos (Kaufert, 1982).

Em Portugal, foi conduzido, recentemente um estudo (Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite, 2006) [SPMD] (SPMD, 2006), com uma amostra nacional de 391 participantes (72,1% da amostra tinha uma idade superior a 60 anos), que constata que um número significativo de mulheres pós-menopáusicas experimenta irritabilidade (55,0%), suores noturnos (52,7%), afrontamentos (49,4%), insónias (49,1%) e secura vaginal (32,0%).

De acordo com Berger e Forster (2001) a experiência das mulheres com menopausa incide em alterações corporais, mas é inevitavelmente influenciada por construções culturais, sociais e políticas.

No mesmo sentido, Theisen e Mansfield (1993; citado por Guillemin, 2000) sublinham que a conceptualização sociocultural da menopausa é indissociável não só das atitudes face ao envelhecimento e do papel que é desempenhado pela mulher na sociedade, mas também do significado que a capacidade reprodutiva feminina tem no contexto social.

Perante o que foi mencionado, verificou-se que as mulheres vivenciam a menopausa como um processo que direta ou indiretamente afeta o seu bem-estar biopsicossocial espontaneamente a sua QV, assim sendo, esta fase, não deve ser encarada apenas como um conjunto de sintomas (Filho & Costa, 2008; Brito et al, 2010; De Lorenzi et al, 2009; Gonçalves et al. 2011).

A QV das mulheres que passam pelo período da menopausa pode ficar comprometida, quer relativamente aos sintomas decorrentes das alterações hormonais, com também pelas variáveis socioculturais relativas a esta fase (Neto, 2002).

Desta forma, é importante refletir sobre esta temática de QV na menopausa e o BSP, para que a mulher nesta fase tenha conhecimento e informação para que o impacto na QV e BEP seja menor (Neto, 2002).

Num estudo elaborado em Itália (com 6.6501 mulheres com uma idade média igual a 54 anos) averiguou-se que a ocorrência de afrontamentos e suores noturnos de exacerbação elevada a moderada era menos frequente em mulheres com mais habilitações literárias. Às habilitações literárias mais elevadas associava-se igualmente uma menor frequência de depressão, dificuldade em dormir, perdas de memória e irritabilidade (Andrews & Withey, 1976). As mulheres com um estatuto socioeconómico mais elevado, com mais habilitações literárias e maior acesso aos serviços de saúde, são utilizadoras mais usuais de terapêuticas medicamentosas para o tratamento dos sintomas da menopausa (Obermeyer et al., 1999, 2002).

Vários autores realçam que, concomitantemente com alterações fisiológicas, verifica-se também o surgimento de sintomas psicológicos, sendo ambos susceptíveis de ter um impacto significativo na vida da mulher em plena menopausa (Buckler, 2005; Pinkerton & Zion, 2006).

Nos últimos anos surgiu uma maior preocupação com a menopausa e os seus sintomas e com o fato de existir uma melhor qualidade de vida, relacionando o processo de envelhecimento feminino. Um estudo realizado no Brasil demonstra que 50% a 70% das mulheres com menopausa apresentaram sintomas somáticos e dificuldades emocionais. Cerca de 78,6% não praticavam exercício físico, com uma taxa elevada de obesidade (61,3%) o que transmite uma qualidade de vida negativa, interferindo nos sintomas apresentados (Binfa & Blumel, 2001).

Assim, as mulheres com menopausa devem adquirir hábitos de alimentação saudáveis, promovendo assim a sua saúde e QV. Quando este tipo de cuidados não é tomado, verifica-se a presença de sintomas considerados desgastantes e que promovem uma diminuição da QV da mulher, podendo propagar-se por muito tempo (Chaby, 1995).

Currie (2007) afirma que a qualidade de vida influencia os sintomas, como o exercício físico, as dietas feitas pelas mulheres e outras medicações ou problemas existentes. Sendo um período de transição, tendo como marco diferentes exibições psicológicas e fisiológicas, é fundamental conhecer a natureza da menopausa, a sua representação simbólica, de forma a organizar auxílios que preparem as mulheres para esta fase, de uma forma eficaz, originando uma experiência de vida feliz e harmoniosa, e, naturalmente, a melhoria da qualidade de vida.

As componentes associadas à QV da mulher na menopausa são as condições de vida, as emoções prévias, a inserção social e as experiências frente a eventos vitais. Atualmente tem-se dado mais importância à interferência das atitudes e as percepções das mulheres em relação à menopausa, na qualidade de vida (Hunter, 1993).

De Lorenzi et al (2006) diz que a percepção atual é que a menopausa está relacionada com aspetos influenciáveis em todas as fases de vida, como os fatores políticos, económicos e culturais, conectando-se a uma realidade social específica e não apenas restringindo-se aos fatores biológicos.

Outro aspeto a mencionar é a percepção negativa das mulheres na menopausa, em que apresentam inferior qualidade de vida, não conseguindo ultrapassar os sintomas passivamente e levando a que estes sejam mais fortes (De Lorenzi, Basso, Fagundes & Saciloto 2005).

Cada vez mais os meios de assistência estão atentos e disponíveis para esta etapa, existindo um cuidado mais integral e efetivo, pois tem em atenção não só os aspectos biológicos do ser humano, como pondera os fatores culturais e psicossociais (Zahar, Aldrighi & Tostes, 2001).

A literatura afirma que as mulheres na menopausa, ao praticarem exercício físico regular, os sintomas somáticos, como o humor e as ondas de calor, diminuem; estimula a secreção de endorfinas hipotalâmicas, promovendo as substâncias de bem-estar, estabilizando a termorregulação hipotalâmica. Outro fator a referir é que a imagem corporal da mulher que aumenta a sua autoconfiança e existe uma maior disponibilidade para o lado afetivo e sexual (Gonçalves & Merighi, 2005).

É necessário que os profissionais tenham uma escuta ativa e qualificada, que possibilite intervenções mais eficazes na menopausa, possibilitando perceber quais as verdadeiras necessidades da mulher nesta etapa, para que este possa assim manifestar os seus sentimentos e percepções e melhorar a sua QV. Também deve ser informada sobre as modificações do corpo e perceber as implicações para a sua saúde (De Lorenzi et al., 2005). Desta forma, é pertinente salientar que a menopausa é uma transição normal, em que a prevenção de doenças e alívio dos sintomas podem ser tratados de várias maneiras (Berni, Luz & Kohlrausch, 2007).

É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para receber e compreender as mulheres com menopausa, permitindo que descrevam as suas dúvidas e meios. Também é necessário que tenham apoio emocional e uma assistência adequada às suas necessidades, na tentativa de evitar intervenções desnecessárias (Pedro, Pinto-Neto, Costa-Paiva, Osis & Hardy, 2003).

Para proporcionar uma melhor de qualidade de vida é necessário que os profissionais personalizem as suas necessidades e disponibilizem medidas para a promoção à saúde, como terapias e a reabilitação (Barata,1997). O objetivo é de regulação do corpo da mulher e formalizar a medicação do envelhecimento feminino, transmitindo um espaço para a participação da mulher nas suas decisões relativas ao planeamento terapêutico (Schering, 2005).

Uma componente reconhecida como parte integrante de uma vida saudável é a felicidade. Atualmente o estilo moderno não estimula as pessoas a avaliar os seus momentos de felicidade ou conseguirem atingir a sua realização pessoal, pois são diariamente impostos desafios, como conseguir e manter o emprego, proteger as suas vidas da violência urbana, equilibrar as finanças, tentar manter hábitos de saúde menos comprometedores e, por fim, executar ações que promovem a integridade física, emocional e social (Diener, 2000).

No que concerne ao BEP, este centra-se fortemente sobre as formulações psicológicas construídas acerca do desenvolvimento humano e direcionadas para as capacidades para enfrentar os desafios da vida. Esta componente surgiu em detrimento das fragilidades das formulações que sustentavam o BES, e os estudos psicológicos realizados sobre a infelicidade e o sofrimento (Ryff, 1989).

Atualmente, a Psicologia tem vindo a investigar e promover condições que vão de encontro ao bem-estar pessoal, ou seja, a tentativa de prevenir o agravamento dos problemas enfrentados no dia-dia, tendo como objetivo diminuir as consequências resultantes de uma desordem mental, se for o caso. O ser humano procura sempre o seu bem-estar, como afirma Comte-Sponville (2001, p.88) “a felicidade não é um absoluto,

é um processo, um movimento, um equilíbrio, só que instável, ...uma vitória, só que frágil, sempre a ser defendida, sempre a ser continuada ou recomeçada.”

Hardy, Alves e Osis (1988) declaram que a componente psicológica na menopausa é uma fase que gera mudanças psicológicas, mesmo que seja uma transição que podem potencializar uma crise, proveniente das alterações que o organismo sofre.

Wasilewski (2004) refere que uma percentagem significativa (que pode ir até metade) de mulheres pode experimentar, durante os anos da peri e pós-menopausa, sintomas depressivos (realça-se ainda que 26% destas mulheres apresentam esta sintomatologia mais de duas vezes durante a menopausa).

Segundo Martin, Block, Sanchez, Amaud e Beyene (1993) a menopausa, deixa a mulher mais vulnerável nesta fase da sua vida, resultante muitas vezes o emergir o conflitos emocionais pré-existentes. Assim, na tentativa de ajudar a mulher, é necessário que se obtenham informações no que respeita às mudanças fisiológicas, na tentativa de compreender a menopausa, ter conhecimento, ser capaz de produzir modificações profundas ao nível da emoção, afetividade, na sua autoconfiança, entre outros.

Deste modo, Saletu et al (1996) e Brace e McCauley (1997) defendem que o bem-estar psicológico é influenciado pelos níveis de estrogénio: baixos níveis de estradiol conduzem a uma diminuição na vigilância neurofisiológica, diminuição esta que se relaciona com um aumento do humor deprimido e da manifestação de sintomas da menopausa. Sarrel (1999) também defende esta hipótese, explicando que as alterações hormonais que ocorrem depois da menopausa desempenham um papel importante na emergência de sintomas psicológicos e de alterações sexuais.

Matthews (1992) sublinha que a maior parte das mulheres não manifesta depressão na pós-menopausa, mas no caso de se verificar a presença de sintomas vasomotores, especialmente na peri-menopausa, estes podem ter um impacto significativo no bem-estar psicológico.

A proposta imposta pelos pesquisadores é conseguir introduzir o bem-estar como uma nova visão sobre o funcionamento psíquico positivo, no que concerne ao ser humano e o seu desenvolvimento. Seligman e Csikszentmihalyi (2000) apresentam pressupostos de uma psicologia positiva enfatizando a pesquisa para a experiência subjetiva positiva, com traços individuais positivos e com instituições positivas, de forma a contribuir para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e prevenir assim patologias.

2.4.1. Como Melhorar a Passagem pela Menopausa nas Mulheres

A menopausa é vista como uma fase propícia para uma reavaliação do estado de saúde e do estilo de vida. De acordo Liao e Hunter (1998) com a alteração de algumas rotinas e de crenças negativas, esta fase poderá ser benéfica e pode-se melhorar a vivência da menopausa, podendo esta ter um impacto positivo na saúde da mulher.

Num estudo realizado por Hunter e O'Dea (1999) verificou-se que as participantes acreditavam que modificando determinadas rotinas na sua vida (especificamente, fazer dieta e exercício físico, deixar de fumar) poderiam diminuir o risco de apresentarem, no futuro, doença cardiovascular e osteoporose. Esta investigação dá conta de que mulheres em risco de desenvolver determinadas doenças, tal como a osteoporose,

podem estar recetivas a abordagens preventivas que envolvam uma terapêutica (por exemplo, hormonal) conjugada com estratégias que promovam algumas mudanças no estilo de vida.

Outro aspeto a referir e a ter em atenção, são as estratégias que visam a cessação tabágica (Obermeyer et al., 1999) dado que existe uma correlação entre a ocorrência de afrontamentos e o consumo de tabaco; o consumo moderado de álcool, uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico constituem medidas eficazes, não apenas para a prevenção parcial de sintomas do climatério, mas também para a manutenção da saúde e de um bem-estar geral (Coope, 1996; International Menopause Society, 2005; Liao & Hunter, 1998; Neves-e-Castro, 2003).

A terapia de substituição hormonal (TSH) é na atualidade o recurso medicamentoso que tem maior eficácia na atenuação dos sintomas do climatério (Barlow, 2005; International Menopause Society, 2005). Contudo, se a mulher não puder ou não quiser usar TSH, outras alternativas terapêuticas deverão ser ponderadas. Neves e Castro (2003) referem que, além das terapêuticas hormonais, as mulheres no período de menopausa deverão ter acesso a estratégias não medicamentosas e outras terapêuticas medicamentosas não hormonais. Apesar da recorrência regular à terapêutica hormonal existe atualmente um claro interesse em intervenções psicológicas e multidisciplinares que sejam eficazes na atenuação dos sintomas do climatério (Short, 2003).

Coope (1996) refere que o exercício físico, o treino de respiração e outras estratégias psicológicas podem ser eficazes na redução dos afrontamentos. O autor distingue uma investigação realizada na Suécia que concluiu que mulheres (com idades compreendidas entre os 52 e os 54 anos) que faziam exercício físico manifestavam, com menor frequência, afrontamentos (22%) do que as participantes que não faziam

exercício (44%). Também McKee e Warber (2005) realçam igualmente que a prática de exercício físico tem vindo a provar-se eficaz na redução dos afrontamentos.

De uma forma mais genérica é ainda referido na literatura que a atividade física se relaciona com a redução da intensificação percebida dos sintomas do climatério e com o aumento do bem-estar psicológico (Elavsky & McAuley, 2005).

Outra técnica mencionada é a hipnose clínica que demonstrou ser eficaz na redução significativa, não só dos afrontamentos, mas também na da insónia e no aumento de qualidade de vida, num estudo piloto realizado por Younus, Simpson, Collins, e Wang, (2003), embora realçando que esta técnica não se encontra ainda suficientemente estudada no âmbito da redução dos afrontamentos durante a menopausa.

Segundo Mansfield e Voda (1997) é também de extrema importância transmitir às mulheres informação adequada sobre esta transição para a menopausa e as alterações que podem ser esperadas (antes e depois da última menstruação), dado que o desconhecimento da normalidade de alguns sintomas é fonte de mal-estar. Towey, Bundy, & Cordingley (2006) sublinham que existe neste momento um interesse crescente por intervenções psicológicas (que abordem igualmente o funcionamento social), baseadas em estratégias cognitivo-comportamentais e que focalizem, entre outros aspetos (como por exemplo, redução de afrontamentos através de técnicas de relaxamento), as crenças existentes em relação ao processo de menopausa e aos sintomas da menopausa.

Deeks (2004) enfatiza a importância de incluir uma análise dos aspetos psicossociais da mulher durante a avaliação do estado de menopausa e ponderação do tratamento, quando este se verifica necessário. Hardy e Kuh (2002) destacam a importância de explorar os acontecimentos significativos da vida atual (dado que estes

podem ter um impacto predominante na forma como a mulher vive este período de transição), no âmbito do planeamento de uma intervenção, no caso de ser manifestado mal-estar durante a menopausa.

A revisão de literatura evidencia que só um modelo bio-psico-socio-cultural pode permitir uma melhor compreensão e uma conceptualização mais abrangente do processo que é a menopausa (e do seu tratamento, quando necessário) e da experiência da mulher nos anos que precedem e sucedem esta mudança (Hardy & Kuh, 2002).

Desta forma, torna-se pertinente compreender a necessidade de explorar de forma mais compreensiva e frequente a relação entre a vivência psicológica da mulher na transição menopáusica e a experiência da menopausa.

2.6. Síntese

A menopausa é um processo de adaptação pelo qual a mulher passa para um novo estado biológico (Agil, Abike, Daskapan, Alaca, & Tuzun, 2010).

A transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo na mulher é caracterizada pelo aumento dos problemas psicológicos, somáticos, vasomotores e sintomas urogenitais (Greene, 2008). Aos problemas psicológicos, a depressão, a ansiedade, o *stress*, a irritabilidade e outros sintomas reduzem a qualidade de vida em mulheres no período da menopausa (Asbury, Chandruangphen, & Collins, 2006; Elavsky, 2009; Elavsky & McAuley, 2007; Lindh-Astrand, Nedstrand, Wyon, &

Hammar, 2004). Quando os sintomas não são tratados, afetam o bem-estar das mulheres nesta fase, assim como aumenta o risco de desenvolver insônia, doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose (Parry, 2010).

A menopausa é vista como uma entidade patológica em que o seu tratamento consiste na intervenção medicamentosa, para assim atenuar a sintomatologia física/psicológica nas mulheres com menopausa (Gonçalves & Merighi, 2005) Uma forma de atenuar a sua sintomatologia, é ter acesso de forma particularizada e individualizada a medidas de promoção e prevenção em saúde para cada mulher, como reabilitação, terapias adequadas com objetivo de uma melhor a QV e o BEP.

O julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. Subjetivamente, espera-se que o indivíduo combine diferentes aspetos de sua vida e os simplifique uma avaliação global de sua qualidade de vida; a questão é se os indivíduos realmente fazem uma síntese de tudo, ou se incluem apenas aspetos que os preocupam recentemente, ou se excluem esses aspetos da avaliação (Amore et al., 2004).

McKee e Warber (2005) afirmam que para os indivíduos, a qualidade de vida pode ser compreendida como boa ou má de acordo com a forma como cada indivíduo vivencia a sua experiência, podendo variar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende, então, da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida.

Rogerson destaca (1995) a interpretação da avaliação global da qualidade de vida é um tanto difícil, uma vez que esta pode ser explicada por diferentes fatores. Para cada

indivíduo, há uma forma de operacionalizar sua avaliação, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) defendem que uma ciência preocupada com a experiência subjetiva positiva, com traços individuais positivos e com instituições positivas possa contribuir mais para melhorar a qualidade de vida das pessoas e prevenir patologias. Acreditam e divulgam que seria possível levar cientistas e profissionais a compreender e propor alternativas que levariam indivíduos, comunidades e sociedades a desenvolver melhores programas para as mulheres com menopausa.

Assim sendo, o conceito de bem-estar, nos dias de hoje, conta com uma base teórica já desenvolvida, mas sempre que for possível deveria conseguir-se cruzar estudos com outros conceitos psicossociais positivos para integrar conhecimentos com outras disciplinas sociais capaz de responder mais satisfatoriamente ao desafio de se construir uma sociedade mais justa e solidária em que os indivíduos possam desfrutar de níveis mais elevados de bem-estar (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Feito o enquadramento teórico, avançamos para a apresentação pormenorizada e específica do estudo empírico realizado, no capítulo seguinte em que pretendemos caracterizar mulheres em menopausa relativamente ao bem-estar psicológico (EBEP) e à qualidade de vida (QV).

Segunda Parte – Estudo Empírico

Cap. III – Estudo Empírico

3.1. Introdução

Após a revisão do estado da arte do tema em estudo, delineamos o estudo empírico a ser realizado. Este estudo consiste numa avaliação do bem-estar psicológico e da qualidade de vida de uma população que se encontra na menopausa. Deste modo, foi necessário estabelecer os diferentes parâmetros a seguir no estudo, nomeadamente os objetivos, as variáveis pertinentes e o desenho do estudo.

No decorrer deste capítulo será apresentada a metodologia adotada para a realização de um estudo empírico focado na caracterização das mulheres em menopausa relativamente ao bem-estar psicológico (EBEP) e à qualidade de vida (QV). Para tal proceder-se-á à caracterização da amostra e dos materiais usados na investigação, bem como a descrição dos procedimentos efetuados a cada passo.

Posteriormente serão apresentados os resultados e a sua respetiva discussão, tendo em mente o enquadramento teórico inicial.

3.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo principal verificar se existe relação entre as diferentes dimensões da escala de bem-estar psicológico (EBEP) e a qualidade de vida (QV) nas mulheres em menopausa.

De acordo com a pesquisa efetuada sobre o estado da arte do tema, verificou-se que seria uma mais valia um estudo que após caracterização da amostra em termos sociodemográficos seguisse os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar e descrever o bem-estar psicológico (EBEP) nas suas diferentes componentes: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si, nas mulheres com menopausa;
2. Analisar a qualidade de vida (QV) em termos das dimensões: física e psicológica;
3. Analisar a relação entre a qualidade de vida nas suas dimensões física, psicológica, social e ambiental com as dimensões do bem-estar psicológico (autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si);
4. Verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida nas suas dimensões física, psicológica, social e ambiental e as variáveis sociodemográficas Estado Civil, Situação Profissional, Escolaridade, Zona de residência, Com Quem Mora e Situação Profissional;
5. Verificar se existem diferenças entre o bem-estar psicológico nas suas dimensões autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si e as variáveis sociodemográficas Estado Civil, Situação Profissional, Escolaridade, Zona de residência, Com Quem Mora.

3.2.1. Variáveis

De acordo com os objetivos propostos para este estudo empírico, selecionaram-se as variáveis principais e as secundárias. As variáveis principais dizem respeito às diferentes dimensões que podem ser encontradas ao aplicar a Escala de bem-estar psicológico (EBEP) e o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Assim sendo, para o EBEP serão consideradas as seguintes variáveis: autonomia, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas, os objetivos na vida e a aceitação de

si. Por outro lado, para o WHOQOL considerar-se-á o domínio físico, psicológico, social e ambiental.

As variáveis secundárias presentes neste estudo foram selecionadas através do questionário sócio-demográfico aplicado. Deste modo, consideramos relevante a análise das seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, zona de residência e “com quem mora”. De forma a proceder-se à análise das variáveis, foi necessário operacionalizar algumas, nomeadamente:

- (a) Estado Civil, é uma variável nominal que foi operacionalizada em: “Solteira”, “Casada/União de facto”, “Separada/Divorciada” e “Viúva”.
- (b) Escolaridade, que é uma variável ordinal e foi operacionalizada em: “Ensino Primário-1º à 4º Classe”, “Ensino Básico – 5º ao 9º ano”, “Ensino Secundário – 10º ao 12º ano”, “Licenciatura”, “Mestrado”, “Doutoramento”.
- (c) Situação profissional, é uma variável nominal que foi operacionalizada em: “Estudante”, “Empregada”, “Desempregada”, “Reformada” e “Outra”.
- (d) Zona de Residência, é uma variável nominal e foi operacionalizada em: “Rural” e “Urbana”.
- (e) Com quem mora, é uma variável nominal e foi operacionalizada em: “Sozinha”, “Com o cônjuge”, “Com o cônjuge e filhos”, “Pais”, “Filhos” e “Outros”.
- (f) Nível socioeconómico (NSE), é uma variável ordinal e foi operacionalizada em: “Alto”, “Médio” e “Baixo”.

3.2.2. Desenho do Estudo

Este estudo é do tipo quantitativo, uma vez que se efetuou a análise dos resultados obtidos quantitativamente recorrendo para tal ao software adequado, o *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS) versão 19. Adicionalmente, e uma vez que decorreu num curto espaço temporal, é possível dizer que este estudo é transversal (Ribeiro, 1999).

3.3. Método

3.3.1. Participantes

O estudo foi realizado numa amostra de 115 participantes do sexo feminino, residentes em Portugal Continental. Considerou-se como critério de inclusão na amostra as mulheres estarem no momento da aplicação do questionário a passar pela menopausa. Não se pretende com estes estudo avaliar a tipologia da menopausa, pelo que os participantes não foram questionados sobre a mesma.

3.3.2. Materiais

3.3.2.1. Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sociodemográfico (Anexo I) foi formulado tendo em conta a recolha de dados pertinentes que permitam caracterizar a amostra no que diz respeito à (a) idade, (b) estado civil, (c) escolaridade, (d) situação profissional, (e) zona de residência e (f) “com quem mora”. Adicionalmente, foram também inseridas questões abertas que permitissem aos participantes expressar livremente quais os principais sintomas que experienciaram ao longo da menopausa e de que modo eles afetaram a sua vida em todas as esferas (social, pessoal e profissional). Uma outra temática relevante no

contexto da menopausa é a procura por tratamento adequado e especializado de forma a ultrapassar a sintomática associada a esta fase. Deste modo, considerou-se igualmente pertinente questionar se os participantes haviam procurado ajuda especializada e junto de quem o haviam feito. Uma vez que existe uma certa variedade de possíveis tratamentos de acordo com a sintomatologia que mais afeta a mulher, foi também questionado se haviam efetuado algum tratamento e em que consistiria. Por último, e uma vez que a menopausa poderá ainda, por vezes, ser vista como um tema tabu, consideramos relevante questionar as participantes se estas estariam devidamente informadas sobre a menopausa, ou se, pelo contrário, considera que seria necessário receberem mais informação de forma a poder ultrapassar esta fase na vida da mulher.

3.3.2.2. Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)

Segundo Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira (2007), a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (Anexo III) é utilizada para avaliar as dimensões de bem-estar psicológico. Foi desenvolvida por Carol Ryff em 1989, com o objetivo de incidir sobre o funcionamento positivo do bem-estar psicológico dos indivíduos, sendo traduzida e adaptada por Rosa Novo (2004), em que a versão experimental reduzida foi constituída através das “Scales of Psychological Well-Being” elaborada por Rosa Novo, M^a Eugénia Duarte Silva e Elizabeth Peralta, em 2004.

De acordo com Novo (2003) as escalas apresentam dois objetivos. O primeiro objetivo diz respeito a perspetivar o funcionamento mental normal do indivíduo, tendo em atenção o reconhecimento da existência de recursos psicológicos efetivos; enquanto o segundo incide sobre as dimensões do funcionamento designado como bem-estar subjetivo indo para além da felicidade e da satisfação, obtendo o construto bem-estar.

Inicialmente a escala era constituída por 120 itens, 20 por escala, passando a existir várias versões reduzidas das escalas do EBEP. A versão reduzida avalia numa escala de Likert usada por nós e é constituída por 18 itens, cujo objetivo é avaliar seis dimensões associadas ao bem-estar psicológico. Estas dimensões são: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos na vida e aceitação de si. As suas respostas são assinaladas numa escala de Likert de seis pontos (discordo completamente, discordo em grande parte, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo em grande parte e concordo completamente) referindo-se à frequência com que ocorre o bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). No que se refere à cotação dos itens, é necessário ter em atenção que existem 8 itens positivos e 10 negativos, num total de 18 itens, atribuindo assim a pontuação correta.

Esta escala encontra-se dividida em 6 dimensões, sendo que cada uma delas avalia algo em particular: **autonomia**, pretende avaliar a capacidade das pessoas para resistir a pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais. O **domínio do meio** é uma dimensão que tem como objetivo captar o sentido de domínio e de competência na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso efetivo dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive. O **crescimento pessoal** pretende identificar a perceção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal. As **relações positivas** com os outros procura identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a perceção pessoal das capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos. Os **objetivos de vida** pretende identificar em que medida os sujeitos reconhecem objetivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão

convictamente tais metas direcionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida. Finalmente temos a **aceitação de si** permite identificar, especificamente, a atitude de aceitação dos múltiplos aspetos do *self*, da vida passada, das qualidades pessoais negativas ou positivas. Estes domínios podem ser analisados em separado, mas a avaliação global do bem-estar psicológico deverá ter em atenção uma análise global de todas estas dimensões.

3.3.2.3. Questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL)

A OMS (1994) criou um instrumento de avaliação sobre vários aspetos que incidem sobre a saúde do ser humano, com um enfoque transcultural, constituído por 100 questões (*World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL-100). Contudo, mais tarde, a OMS desenvolveu a versão abreviada com 26 questões, WHOQOL-Bref, 2006. Este instrumento WHOQOL-BREF (Anexo IV) foi desenvolvido pelo grupo “*WHOQOL*”, por uma equipa de investigadores internacionais e por um painel de consultores, sendo conduzido primeiramente pelo professor Rex Billington. É de autoavaliação e diz respeito à qualidade de vida, sendo constituído por seis dimensões (físico, psicológico, nível da independência, relações sociais, ambiente e aspetos espirituais/religião/crenças pessoais). As perguntas estão organizadas por escala de resposta como por exemplo; capacidade, frequência, intensidade e avaliação, bem como estão formuladas de forma positiva. As dimensões mencionadas ao longo do texto vão de encontro com a qualidade de vida dos indivíduos (Vaz-Serra, Canavarro, Simões, Pereira & Gameiro, 2006).

É de autopreenchimento e as suas respostas serão marcadas no primeiro ponto através de uma escala de Lickert de cinco valores (nada, pouco, moderadamente,

bastante e completamente) e nas seguintes assinaladas como (muito má, má, nem boa/nem má, boa, muito boa), referindo-se à frequência com que ocorre a qualidade de vida, saúde e entre outras áreas da sua vida. No que se refere à cotação do questionário, é essencial ter em atenção o cálculo dos quatro dimensões presentes, pois é necessário transformar os resultados obtidos (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

3.3.3. Procedimento

A temática da menopausa continua a ser algo complexa e de facto, de acordo com as crenças típicas e culturais das pessoas, é possível que esta seja encarada como um processo natural da vida da mulher ou, pelo contrário, como um assunto tabu que deve ser evitado. Deste modo é possível que as pessoas não estejam a receber a informação adequada, de forma voluntária ou não. No entanto, e independentemente de se ter a informação necessária que ajude a ultrapassar as vicissitudes típicas desta fase, esta continua a ser de grandes mudanças a nível fisiológico/bioquímico, que tem sem dúvida um efeito substancial na componente psíquica da mulher.

Após a revisão bibliográfica adequada ao tema e tendo-se verificado que esta temática é um tema tão atual, sentiu-se uma necessidade de realizar este estudo com o intuito de identificar e caracterizar a qualidade de vida, bem como o bem-estar psicológico das mulheres que atravessam esta fase. Adicionalmente tentou-se identificar possíveis correlações entre estas características e alguns fatores sociodemográficos. Deste modo, selecionaram-se os instrumentos que poderiam fornecer a informação desejada.

Uma vez que se trata de um estudo realizado em campo, foi necessário solicitar a aprovação do questionário sociodemográfico à comissão de ética da Universidade

Fernando Pessoa. Adicionalmente foi requisitada a permissão de aplicação dos instrumentos aos seus respetivos autores, explicando-lhes qual o contexto do estudo.

Os instrumentos foram aplicados individualmente, sendo que alguns foram efetuados com o acompanhamento da investigadora e outros foram preenchidos sem acompanhamento. De notar que ambas as formas são possíveis e aceitáveis, desde que anteriormente tenha sido explicado ao participante o contexto do estudo e as suas aplicações futuras.

O método de recolha de dados utilizado neste estudo foi do tipo *snowball*, ou seja, iniciou-se com participantes conhecidos da investigadora ou de amigos e familiares da mesma, a quem foi solicitada a participação voluntária no estudo, seguido de amigas das participantes que também cumprissem os critérios de inclusão.

Relativamente ao questionário sociodemográfico, a questão relativa à escolaridade levantava algumas dúvidas pelo que as respostas foram validadas usando as respostas ao WHOQOL à mesma questão.

A aplicação destes instrumentos: o questionário sociodemográfico, a EBEP e o WHOQOL, permitiu recolher uma quantidade considerável de informação qualitativa e quantitativa. De forma a proceder-se à análise quantitativa elaborou-se uma base de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 19 para *Windows* e realizaram-se os testes estatísticos considerados adequados aos objetivos do estudo. Estas informações serão apresentadas de seguida.

3.4. Resultados

3.4.1. Análise dos Dados Sociodemográficos da Amostra

De forma a melhor compreender as características da amostra em estudo, efetuou-se a análise das frequências da mesma Quadro 1. É também possível dizer que a amostra é constituída por 115 mulheres com idades compreendidas entre os 42 e os 62 anos. Deste modo, é possível dizer que a amostra não possui elementos que estejam em menopausa precoce, uma vez que esta ocorre abaixo dos 40 anos (Pedro, Neto, Paiva, Osis & Hardy, 2003). Adicionalmente a média da amostra encontra-se acima dos limites da menopausa tardia uma vez que é de 55,5, ou seja, 56 anos.

A análise dos dados contidos no Quadro 1 permite verificar que a maioria da população apresenta o estado civil casado/união de facto (71,3%) e que somente 4 mulheres se encontravam solteiras no momento em que o questionário foi aplicado.

Relativamente à zona de residência, é possível verificar através da análise da Quadro 1 que a maioria, 73,9% das inquiridas vive numa zona urbana e somente 26,1% vive numa área rural. Por outro lado quando se analisa a escolaridade constata-se que a maioria tem o ensino primário, no entanto a média de escolaridade situa-se ao nível do ensino básico. Adicionalmente verificou-se que 50,4% das inquiridas encontrava-se empregada e ativa à data da realização do inquérito.

Quadro 1.

Dados sociodemográficos da amostra (N= 115).

Variável	Dados	n	%
Idade	42-56	49	43

	56-65	66	57
Estado Civil	Solteira	4	3,5
	Casada/União de Facto	82	71,3
	Separada/Divorciada	19	16,5
	Viúva	10	8,7
Zona de Residência	Urbana	85	73,9
	Rural	30	26,1
Com quem Mora	Sozinha	15	13
	Com o Cônjuge	35	30,4
	Com o Cônjuge e Filhos	49	42,6
	Pais	2	1,7
	Filhos	11	9,6
	Outro	3	2,6

Após a descrição das características sociodemográficas da amostra em estudo, procederam-se aos testes estatísticos necessários para avaliar cada um dos objetivos inicialmente propostos.

3.4.2. Análise dos Objetivos Iniciais

O primeiro objetivo para este estudo é:

“Identificar e descrever o bem-estar psicológico (EBEP) nas suas diferentes componentes: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si, nas mulheres com menopausa.”

De forma a poder avaliar e descrever as diferentes dimensões previstas na EBEP, foi necessário realizar uma análise de frequências, tal como se pode observar no Quadro 2. Uma análise aos dados contidos nesta tabela permite observar que das seis dimensões que compõem a EBEP, o valor médio mais elevado foi obtido para a dimensão objetivos de vida ($M=14,7$) e a que obteve a menor média foi a dimensão domínio do meio ($M=12,8$). Adicionalmente é ainda possível verificar que as dimensões que apresentam resultados com uma menor dispersão são o crescimento pessoal e as relações positivas ($DP= 2,6$).

A amostra que compõe este estudo apresentou um valor médio de autonomia ($M=12,9$), sendo que o valor máximo e mínimo determinados são 18,0 e 4,0, respetivamente. De acordo com estes dados a dimensão autonomia apresenta a segunda média mais baixa, ou seja, a amostra não apresenta uma elevada autonomia.

O domínio do meio apresentou o valor médio mais baixo, bem como o valor mais baixo e uma elevada dispersão dos dados. Deste modo, de acordo com os resultados obtidos verifica-se que a amostra não apresenta um elevado domínio do meio. Estes resultados serão de algum modo concordantes com a percentagem de participantes que indicou ter sofrido alterações a nível pessoal, social e profissional enquanto passava pela menopausa ($M=39,1\%$).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, verifica-se que o crescimento pessoal apresenta uma média de 14,2 e o segundo valor mais alto para o mínimo (6,0). Adicionalmente, é também possível verificar que foi uma das dimensões que apresentou uma menor dispersão dos resultados, ou seja, a amostra é relativamente coesa nas respostas que compõe este domínio.

Os resultados contidos no Quadro 2 demonstram que muito embora o domínio relações positivas apresente um mínimo relativamente alto (6,0), a média é de 13,1 e o desvio padrão é de 2,6.

Será interessante verificar que de todas as dimensões avaliadas com a EBEP os objetivos de vida foi aquele que apresentou o valor médio mais elevado ($M=14,7$), ou seja, as inquiridas apresentavam, em média, uma maior capacidade de definir metas a alcançar que dão significado à vida.

De acordo com os dados obtidos para este estudo, é possível verificar que a aceitação de si foi o domínio analisado que apresentou o mínimo mais elevado, uma média relativamente elevada ($M=14,1$) e um desvio padrão de 2,7.

Quadro 2.

Medidas de dispersão para as diferentes dimensões da EBE.

Dimensão	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Autonomia	12,9	2,8	18,0	4,0
Domínio do Meio	12,8	3,2	18,0	3,0
Crescimento Pessoal	14,1	2,6	18,0	6,0
Relações Positivas	13,1	2,6	18,0	6,0
Objetivos de Vida	14,7	3,0	18,0	4,0
Aceitação de Si	14,1	2,7	18,0	7,0

De forma a verificar se existe alguma correlação entre as diferentes dimensões, ou seja, se ao apresentar um valor num determinado domínio implica que este estará relacionado com o de outro domínio distinto, aplicou-se a correlação de Pearson. Esta correlação permite analisar dados e inferir se existe uma correlação entre as diferentes

variáveis. Adicionalmente, e de acordo com o coeficiente de correlação (r) encontrado é possível dizer se trata de uma correlação baixa ($0,2 < r < 0,39$), moderada ($0,4 < r < 0,69$), alta ($0,7 < r < 0,89$) ou muito alta ($0,9 < r < 1$), (Ynoguti, 2011).

Os valores obtidos para a correlação de Pearson para as diferentes dimensões da EBEP encontram-se resumidos no Quadro 3. Tal como se pode observar pela análise dos dados apresentados, verifica-se que, usando um nível de significância de 0,05, existe uma correlação significativa positiva de fraca a moderada entre todas as dimensões.

A correlação mais forte é conseguida entre os objetivos de vida e a aceitação de si ($r = 0,596$), seguida do crescimento pessoal ($r = 0,448$), o domínio do meio ($r = 0,406$), crescimento pessoal, relações positivas ($r = 0,393$) e a autonomia ($r = 0,292$).

Quadro 3.

Valores para a Correlação de Pearson para as dimensões da EBEP.

	Autonomia	Domínio Meio	Crescimento Pessoal	Relações Positivas	Objetivos Vida	Aceitação Si
Autonomia		0,253**	0,228*	0,166*	0,292**	0,235**
Domínio Meio	0,253**		0,363**	0,325**	0,406**	0,495**
Crescimento Pessoal	0,228*	0,363**		0,306**	0,448**	0,365**
Relações Positivas	0,166	0,325**	0,306**		0,393**	0,254**
Objetivos Vida	0,292**	0,406**	0,448**	0,393**		0,596**
Aceitação Si	0,235**	0,495**	0,365**	0,254**	0,596**	

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Após a análise dos parâmetros relevantes para o Bem-Estar Psicológico, é necessário efetuar uma análise similar para a Qualidade de Vida, assim sendo passa-se ao próximo objetivo.

O segundo objetivo para este estudo é:

“Analisar a qualidade de vida (QV) em termos das dimensões: física e psicológica.”

De modo a avaliar a qualidade de vida em termos das dimensões física e psicológica, foi necessário analisar as medidas de dispersão para as duas dimensões, assim sendo, obtiveram-se os valores apresentados no Quadro 4. O instrumento utilizado permite transformar os dados em diferentes escalas, sendo que na tabela são apresentados os valores para a escala 0-100.

De acordo com os valores presentes no Quadro 4, as duas dimensões analisadas recorrendo ao WHOQOL 0-100, apresentam médias bastantes dispare. De facto, a dimensão psicológica apresenta uma média mais elevada ($M=36,8$) do que a física ($M=28,3$), no entanto ambas as dimensões têm dados dispersos, uma vez que os seus desvios padrões são, respetivamente, 9,4 e 8,7. Tendo em consideração esta dispersão será fácil compreender que o valor mais baixo e o mais alto obtidos tenham proveniência na dimensão Psicológica.

Quadro 4.

Medidas de dispersão para os valores transformados de WHOQOL 0-100.

Dimensão	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Físico	28,3	8,7	46,4	5,6
Psicológico	36,8	9,4	55,6	2,8

De uma forma similar ao que se efetuou para as dimensões da EBEP, pretendeu-se avaliar se existia uma correlação entre estas duas variáveis. Assim sendo, efetuou-se um teste de correlação de Pearson e verificamos que existe uma correlação significativa positiva e moderada entre a dimensão física e a psicológica ($r= 0,490$; $p < 0,05$) quando se recorre ao instrumento WHOQOL, para um nível de significância de 5%.

Uma vez que se estão a analisar os dados para o WHOQOL transformado (0-100), dividiu-se esta escala em três e obtiveram-se as seguintes subdivisões para cada domínio: “Boa Qualidade” – acima dos 66,7%, “Média Qualidade” – entre 33,3-66,7% e por último “Baixa Qualidade” – entre 0-33,3%. Após esta requalificação era necessário analisar a dispersão dos resultados, deste modo obtiveram-se os valores presentes na Quadro 5.

Constata-se que não existe nenhum indivíduo com uma boa qualidade de vida, tanto a nível físico como psicológico. Verifica-se também que a média mais alta obtida para os diferentes parâmetros foi uma qualidade de vida média a nível psicológico ($M=40,3$). Será ainda de notar que para os níveis médio e baixo, existe uma elevada dispersão de resultados, sendo mais acentuada para a baixa qualidade de vida.

Quadro 5.

Medidas de dispersão para Boa, Média e Baixa Qualidade de Vida para o domínio Físico e Psicológico.

Média				Alta			
Med	DP	Mx	Mi	Med	DP	Mx	Mi

Física	37,3	3,2	46,4	34,1	23,5	7,0	32,1	5,6
Psicológica	40,3	5,7	55,6	33,3	23,8	8,6	30,6	2,8

Após a avaliação do segundo objetivo passou-se para a análise do terceiro objetivo:

Objetivo três:

“Analisar a relação entre a qualidade de vida nas suas dimensões física, psicológica, social e ambiental com as dimensões do bem-estar psicológico (autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si.”

De forma a ser possível avaliar uma possível correlação entre a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, em todas as suas dimensões, será necessário aplicar um teste de correlação de Pearson. De acordo com os dados obtidos e contidos no Quadro 6 é possível afirmar que todas as dimensões da qualidade de vida e do bem-estar psicológico se correlacionam significativamente entre si, correlações essas positivas e que variam de fracas a moderadas. Verifica-se que não existe uma correlação significativa entre autonomia e o bem-estar ambiental. A autonomia é a dimensão que apresenta os valores de correlação mais baixos, comparativamente com as outras dimensões do bem-estar psicológico. Por outro lado, verificou-se que o valor de correlação de Pearson mais elevado foi obtido para a correlação entre o domínio do meio e a dimensão psicológica da qualidade de vida.

Após a análise do Quadro 6, é ainda possível verificar que existe uma correlação significativa positiva moderada entre as dimensões objetivos de vida e bem-estar psicológico. O facto de ser uma correlação significativamente positiva e moderada

indica que as duas variáveis variam na razão direta, ou seja, são diretamente proporcionais, isto é, à medida que aumenta a qualidade de vida psicológica, aumenta os objetivos de vida.

Quadro 6.

Teste de correlação de Pearson para as diferentes dimensões dos instrumentos usados para avaliar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida.

BEP \ QV	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Autonomia	0,183	0,306**	0,248**	0,045
Domínio Meio	0,403**	0,500**	0,392**	0,356**
Crescimento Pessoal	0,382**	0,402**	0,313**	0,314**
Relações Positivas	0,268**	0,356**	0,353**	0,317**
Objectivos Vida	0,323**	0,599**	0,409**	0,343**
Aceitação Si	0,392**	0,527**	0,383**	0,299**

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Após a obtenção destes resultados passar-se-á à análise do próximo objetivo:

O quarto objetivo deste estudo é:

“Verificar se existem diferenças entre a qualidade de vida nas suas dimensões física, psicológica, social e ambiental e as variáveis sociodemográficas Estado Civil, Situação Profissional, Escolaridade, Zona de residência, Com Quem Mora e Situação Profissional.”

De forma a poder proceder-se à análise deste objetivo, e mediante a variável utilizaram-se três testes estatísticos, a Anova *One-Way*, o teste *Post-Hoc* de Tuckey e o

teste T para amostras independentes. O nível de significância utilizado na análise de todos os testes é de 5%. As diferenças estatísticas entre as dimensões da qualidade de vida e as variáveis em estudo foram analisadas separadamente.

Através da análise do Quadro 7 é possível verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa, para $p < 0,05$, entre o estado civil e a dimensão física, psicológica, social e ambiental ($F(114)=2,7$; $F(114)=2,8$; $F(114)=3,0$ e $F(114)=3,2$, respetivamente).

O teste *Post-Hoc* de Tuckey indicou que são as mulheres viúvas que apresentam valores médios mais baixos na dimensão física, social e ambiental, relativamente às mulheres casadas. Na dimensão ambiental são também as viúvas que apresentam valores médios mais baixos, mas agora relativamente às solteiras.

Quadro 7.

Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Estado Civil.

Dimensões	Estado Civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Tukey
Físico	Solteiro	4	23,0	2,6	2,7*	0,046	23,0
	Casado	89	23,6	3,2			23,6
	Separado	19	22,3	2,6			22,3
	Viúvo	10	20,8	4,7			20,8
Psicológica	Solteiro	4	23,7	2,5	2,8*	0,042	23,8
	Casado	89	21,8	2,0			21,8
	Separado	19	22,0	3,2			22,0
	Viúvo	10	19,8	4,6			19,8
Social	Solteiro	4	11,5	1,0	3,0*	0,032	11,5
	Casado	89	11,2	1,6			11,2
	Separado	19	11,0	2,0			11,0
	Viúvo	10	9,5	2,6			9,5
Ambiental	Solteiro	4	31,2	3,5	3,2*	0,026	31,2

Casado	89	28,7	3,9	28,8
Separado	19	27,8	3,8	27,8
Viúvo	10	25,2	4,9	25,2

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

De forma a avaliar se existia uma diferença estatisticamente significativa entre as dimensões da qualidade de vida e a variável zona de residência, aplicou-se um teste T para variáveis independentes, cujos resultados se encontram resumidos no Quadro 8 a análise deste quadro permite verificar que nenhuma das dimensões apresenta uma diferença estatisticamente significativa mediante a zona de residência (rural, urbana).

Quadro 8.

Teste T para amostras independentes entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Zona de Residência.

Dimensões	Zona de Residência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Físico	Rural	30	22,7	2,7	-0,990	0,326
	Urbana	85	23,3	3,5		
Psicológica	Rural	30	21,4	2,6	-0,931	0,356
	Urbana	85	21,9	2,6		
Social	Rural	30	11,0	2,0	-0,261	0,796
	Urbana	85	11,1	1,8		
Ambiental	Rural	30	27,8	4,3	-0,936	0,354
	Urbana	85	28,6	4,0		

A análise da relação entre a variável com quem mora e as dimensões da qualidade de vida foi avaliada recorrendo à Anova *One-Way*. De acordo com os resultados obtidos, que se encontram no Quadro 9, é possível indicar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável em estudo e a dimensão psicológica ($F(114) = 3,7$).

O teste de *Post-Hoc* de Tuckey indicou que são as mulheres que moram sozinhas que apresentam valores médios mais elevados na dimensão psicológica em relação às que moram com o cônjuge e os filhos.

Quadro 9.

Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Com Quem Mora.

Dimensões	Com quem Mora	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Físico	Sozinho	15	22,9	2,1	1,5	0,20	22,9
	Cônjuge	35	23,4	2,8			23,4
	Cônjuge e Filhos	49	23,6	3,4			23,6
	Pais	2	21,0	4,2			21,0
	Filhos	11	21,0	5,0			21,0
	Outro	3	21,7	2,5			21,7
Psicológica	Sozinho	15	23,7	2,3	3,7**	0,004	21,7
	Cônjuge	35	21,4	2,1			21,9
	Cônjuge e Filhos	49	21,9	2,0			23,7
	Pais	2	19,0	7,1			19,0
	Filhos	11	19,8	4,4			19,8
	Outro	3	21,7	3,2			21,4
Social	Sozinho	15	11,5	1,9	1,9	0,10	11,3
	Cônjuge	35	11,3	1,7			11,3
	Cônjuge e Filhos	49	11,1	1,5			11,5
	Pais	2	10,0	0,0			9,6
	Filhos	11	9,6	2,9			10,0
	Outro	3	11,3	2,1			11,1
Ambiental	Sozinho	15	28,5	5,2	1,7	0,14	28,5
	Cônjuge	35	28,3	4,3			28,9
	Cônjuge e Filhos	49	28,9	3,3			33,0
	Pais	2	33,0	0,0			25,6
	Filhos	11	25,7	4,6			28,0
	Outro	3	28,0	1,0			28,3

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Uma outra variável de estudo considerada pertinente para avaliação com as dimensões da qualidade de vida foi a situação profissional. De acordo com os valores

obtidos, que podem ser observados no Quadro 10, não existe uma diferença estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

Quadro 10.

Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Situação Profissional.

Dimensões	Situação Profissional	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Físico	Empregado	58	23,6	3,0	1,4	0,25	23,6
	Desempregado	18	21,8	4,9			21,8
	Reformado	23	22,9	2,8			22,9
	Outra	16	23,1	2,9			23,1
Psicológica	Empregado	58	22,0	2,3	1,9	0,13	22,0
	Desempregado	18	21,1	3,9			21,1
	Reformado	23	22,3	2,0			22,3
	Outra	16	20,6	2,6			20,6
Social	Empregado	58	11,0	1,7	0,31	0,82	11,0
	Desempregado	18	11,2	2,1			11,2
	Reformado	23	11,3	1,6			11,3
	Outra	16	10,9	2,2			10,9
Ambiental	Empregado	58	28,3	4,1	1,1	0,34	28,2
	Desempregado	18	27,4	3,9			27,3
	Reformado	23	29,6	4,5			29,7
	Outra	16	28,1	3,3			28,1

De acordo com o estudo prévio efetuado na literatura existente na temática, foi considerado pertinente a análise estatística da possibilidade da existência de uma diferença estatisticamente significativa entre a variável de estudo escolaridade e as dimensões da qualidade de vida. Os resultados obtidos encontram-se resumidos no Quadro 11. Após a análise dos mesmos é possível verificar a escolaridade apresenta uma diferença estatisticamente significativa, para um nível de significância de 0,05, com a dimensão ambiental ($F(114)=5,3$).

O teste *Post-Hoc* de Tuckey indicou que as mulheres com o ensino universitário apresentam valores médios mais elevados de qualidade de vida na dimensão ambiental relativamente aquelas que apenas têm o ensino primário e o básico.

Quadro 11.

Anova One-Way entre as dimensões da Qualidade de Vida e a variável de estudo Escolaridade.

Dimensões	Escolaridade	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Físico	Ensino Primário	50	22,9	3,0	1,3	0,27	22,9
	Ensino Básico	24	22,2	4,2			22,2
	Ensino Secundário	15	23,9	3,7			23,9
	Ensino Universitário	26	23,9	2,7			23,9
Psicológica	Ensino Primário	50	21,3	2,6	1,2	0,32	21,4
	Ensino Básico	24	21,4	2,8			21,4
	Ensino Secundário	15	22,3	1,7			22,3
	Ensino Universitário	26	22,3	2,9			22,4
Social	Ensino Primário	50	11,0	1,9	0,20	0,90	11,0
	Ensino Básico	24	11,0	1,7			11,0
	Ensino Secundário	15	10,9	1,6			10,9
	Ensino Universitário	26	11,3	1,9			11,3
Ambiental	Ensino Primário	50	27,5	4,0	5,3**	0,002	27,5
	Ensino Básico	24	27,0	3,4			27,0
	Ensino Secundário	15	29,5	3,7			29,5
	Ensino Universitário	26	30,7	4,1			30,7

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Após a análise destes dados tornou-se necessário proceder-se à avaliação estatística do último objetivo proposto para este estudo.

“Verificar se existem diferenças entre o bem-estar psicológico nas suas dimensões autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, objetivos de vida e aceitação de si e as variáveis sociodemográficas Estado Civil, Situação Profissional, Escolaridade, Zona de residência e Com Quem Mora”.

À semelhança do que foi efetuado para o objetivo anterior é necessário verificar se existe uma diferença estatisticamente significativa para um nível de significância de 0,05 entre as dimensões existentes na escala psicológica de bem-estar com as variáveis sócio-demográficas previamente selecionadas (estado civil, zona de residência, com quem mora e escolaridade). Neste sentido, aplicou-se os testes *T*, Anova, Post-Hoc e o *Tukey*.

Os resultados obtidos para a variável estado civil com as dimensões do bem-estar psicológico podem ser observados no Quadro 12. De acordo com a análise dos mesmos, é possível de verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável estado civil e as dimensões crescimento pessoal e objetivos de vida ($F(114)=3,6$ e $F(114)=6,6$, respetivamente).

O teste *Post-Hoc* de Tuckey indicou que as mulheres solteiras apresentam valores médios mais elevados na dimensão crescimento pessoal do bem-estar relativamente às viúvas. Relativamente à dimensão objetivos de vida, o teste post-hoc indicou que são as solteiras que apresentam valores médios mais elevados relativamente às viúvas, e ainda as casadas e separadas com valores médios mais elevados em relação às viúvas.

Quadro 12.

Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Estado Civil.

Dimensões	Estado Civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	Tukey
Autonomia	Solteiro	4	12,5	3,7	2,2	0,096	12,5
	Casado	82	12,8	2,7			12,8
	Separado	19	14,3	2,9			14,3
	Viúvo	10	11,7	3,4			11,7
Domínio do Meio	Solteiro	4	14,5	2,9	1,1	0,36	14,5
	Casado	82	12,9	2,9			13,0
	Separado	19	12,9	4,6			11,9
	Viúvo	10	12,0	2,9			12,0
Crescimento Pessoal	Solteiro	4	17,2	0,96	3,6	0,015	17,2
	Casado	82	14,2	2,5			14,2
	Separado	19	14,0	2,6			14,0
	Viúvo	10	12,4	2,9			12,4
Relações Positivas com os outros	Solteiro	4	13,0	3,8	0,42	0,737	13,0
	Casado	82	13,1	2,5			13,1
	Separado	19	13,7	2,5			13,7
	Viúvo	10	12,6	3,5			12,6
Objetivos de Vida	Solteiro	4	16,2	2,2	6,6**	0,00	16,2
	Casado	82	15,0	2,4			15,0
	Separado	19	15,1	3,6			15,1
	Viúvo	10	11,0	4,4			11,0
Aceitação de Si	Solteiro	4	16,5	1,0	1,8	0,16	16,5
	Casado	82	14,1	2,5			14,1
	Separado	19	14,0	3,1			14,0
	Viúvo	10	12,9	3,0			12,9

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Adicionalmente, efetuou-se um teste T para amostras independentes para a variável zona de residência e as dimensões do bem-estar psicológico. Os resultados encontram-se presentes no Quadro 13. A análise destes valores permite dizer que somente existe uma diferença estatisticamente significativa entre a zona de residência e o crescimento pessoal ($t=-2,4$), sendo assim as mulheres vivem no meio urbano aquelas que apresentam valores médios mais elevados nesta dimensão do bem-estar.

Quadro 13.

Teste T para amostras independentes entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Zona de Residência.

Dimensões	Zona de Residência	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Autonomia	Rural	30	13,0	2,9	0,080	0,94
	Urbana	85	12,9	2,9		
Domínio do Medo	Rural	30	13,2	2,9	0,94	0,35
	Urbana	85	12,6	3,3		
Crescimento Pessoal	Rural	30	13,0	3,0	-2,4*	0,022
	Urbana	85	14,5	2,3		
Relações Positivas com os Outros	Rural	30	12,7	3,0	-1,1	0,29
	Urbana	85	13,3	2,4		
Objetivos de Vida	Rural	30	14,7	3,0	-0,028	0,98
	Urbana	85	14,7	3,0		
Aceitação de Si	Rural	30	14,3	2,7	0,60	0,55
	Urbana	85	14,0	2,7		

Nota. * $p<0,05$ ** $p<0,01$.

De forma a avaliar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável com quem mora e as dimensões do bem-estar psicológico aplicou-se uma Anova *One-Way*. Os resultados encontram-se resumidos no Quadro 14. A análise dos mesmos permite verificar que existe uma diferença significativa entre a variável com

quem mora e as dimensões domínio do meio e objetivos de vida ($F(114)=2,6$ e $F(114)=3,4$, respetivamente).

O teste *Post-Hoc* de Tuckey indicou que são as mulheres que vivem sozinhas que apresentam valores médios mais elevados na dimensão domínio do meio em relação às que vivem com os filhos.

Ainda, em relação à dimensão objetivos de vida o teste *Post-Hoc* indicou que as são mulheres que moram sozinhas e com o cônjuge e os filhos apresentam valores mais elevado, do que aquelas que moram apenas com os seus filhos.

Quadro 14.

Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Com quem Mora.

Dimensões	Com quem Mora	n	M	DP	F	p	Tukey
Autonomia	Sozinho	15	14,3	2,6	0,92	0,474	14,3
	Cônjuge	35	12,9	2,6			12,9
	Cônjuge e Filhos	49	12,6	2,8			12,5
	Pais	2	12,5	2,1			12,5
	Filhos	11	13,0	3,9			13,0
	Outro	3	12,7	3,8			12,7
Domínio do Meio	Sozinho	15	14,5	2,8	2,6*	0,027	14,5
	Cônjuge	35	12,9	2,9			12,9
	Cônjuge e Filhos	49	12,8	2,7			12,8
	Pais	2	8,5	7,8			8,5
	Filhos	11	10,9	3,8			10,9
	Outro	3	11,0	7,0			11,0
Crescimento Pessoal	Sozinho	15	15,0	1,9	1,7	0,14	15,0
	Cônjuge	35	13,8	2,8			13,8
	Cônjuge e Filhos	49	14,2	2,5			14,2
	Pais	2	16,0	2,8			16,0
	Filhos	11	12,5	2,6			12,5
	Outro	3	15,7	3,2			15,7
Relações Positivas com os	Sozinho	15	14,1	2,6	1,3	0,27	14,1
	Cônjuge	35	12,6	2,3			12,6
	Cônjuge e Filhos	49	13,4	2,5			13,4

Outros	Pais	2	14,5	2,1			14,5
	Filhos	11	12,2	3,7			12,2
	Outro	3	14,0	2,0			14,0
	Sozinho	15	15,7	2,6		0,006	15,7
	Cônjuge	35	14,9	2,2			14,8
Objetivos de Vida	Cônjuge e Filhos	49	15,0	2,6	3,4		15,0
	Pais	2	11,0	8,4			11,0
	Filhos	11	11,9	4,8			11,9
	Outro	3	16,3	2,1			16,3
	Sozinho	15	15,0	2,5			15,0
	Cônjuge	35	14,0	2,5			14,0
Aceitação de Si	Cônjuge e Filhos	49	14,0	2,6	0,50	0,78	14,0
	Pais	2	13,5	3,5			13,5
	Filhos	11	13,4	2,5			13,4
	Outro	3	14,0	4,3			14,0

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Adicionalmente pretendeu-se avaliar as variáveis situação profissional e os domínios do bem-estar psicológico. Para tal efetuou-se uma Anova *One-Way* e os seus resultados encontram-se sistematizados no Quadro 15. A análise dos dados permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas, para um nível de significância de 0,05.

Quadro 15.

Anova *One-Way* entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo

Situação Profissional.

Dimensões	Situação Profissional	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
Autonomia	Empregado	58	12,9	3,0	0,53	0,66	12,9
	Desempregado	18	13,6	2,1			13,6
	Reformado	23	12,7	2,3			12,7
	Outra	16	12,4	3,6			12,4
Domínio do Meio	Empregado	58	12,9	3,0	0,29	0,83	13,0
	Desempregado	18	12,1	4,1			12,1
	Reformado	23	12,8	3,2			12,8
	Outra	16	13,0	3,0			12,9

Crescimento Pessoal	Empregado	58	14,7	2,3	2,2	0,090	14,7
	Desempregado	18	13,7	3,0			13,7
	Reformado	23	13,8	2,9			13,8
	Outra	16	13,0	2,3			13,0
Relações Positivas com os Outros	Empregado	58	13,6	2,3	2,4	0,075	13,6
	Desempregado	18	12,5	2,7			12,6
	Reformado	23	13,3	2,3			13,3
	Outra	16	11,9	3,4			11,9
Objetivos de Vida	Empregado	58	15,3	2,6	2,6	0,059	15,3
	Desempregado	18	13,2	4,0			13,2
	Reformado	23	14,2	3,0			14,2
	Outra	16	14,9	2,8			14,9
Aceitação de Si	Empregado	58	14,3	2,6	1,1	0,364	14,3
	Desempregado	18	13,0	3,6			13,0
	Reformado	23	14,1	2,1			14,1
	Outra	16	14,2	2,6			14,2

Por último pretendeu-se analisar a possibilidade de existir uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e os domínios do bem-estar psicológico. Os resultados desta análise encontram-se sumarizados no Quadro 16. De acordo com estes dados é possível afirmar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável escolaridade e o domínio relações positivas com os outros ($F(114)=4,8$).

O teste de *Post-Hoc* de Tuckey indicou que as mulheres com o ensino universitário apresentam valores médios mais elevados na dimensão do bem-estar relações positivas com os outros relativamente às que possuem o ensino primário e básico.

Quadro 16.

Anova One-Way entre as dimensões do Bem-Estar Psicológico e a variável de estudo Escolaridade.

Dimensões	Escolaridade	n	M	DP	F	p	Tukey
Autonomia	Ensino Primário	50	13,0	2,6	0,28	0,84	13,0
	Ensino Básico	24	12,5	3,3			12,5
	Ensino Secundário	15	13,4	2,6			13,4
	Ensino Universitário	26	12,9	3,1			12,9
Domínio do Meio	Ensino Primário	50	13,1	2,9	0,61	0,61	13,1
	Ensino Básico	24	12,5	3,6			12,5
	Ensino Secundário	15	13,2	2,7			13,2
	Ensino Universitário	26	12,1	3,7			12,1
Crescimento Pessoal	Ensino Primário	50	13,6	2,8	2,0	0,11	13,6
	Ensino Básico	24	14,1	2,5			14,1
	Ensino Secundário	15	15,4	2,1			15,4
	Ensino Universitário	26	14,4	2,4			14,4
Relações Positivas com os Outros	Ensino Primário	50	12,8	3,0	4,8**	0,003	12,8
	Ensino Básico	24	11,9	2,0			12,0
	Ensino Secundário	15	14,1	2,0			14,1
	Ensino Universitário	26	14,3	1,9			14,3
Objetivos de Vida	Ensino Primário	50	14,8	2,7	1,1	0,33	14,8
	Ensino Básico	24	14,1	3,6			14,1
	Ensino Secundário	15	15,9	1,8			15,9
	Ensino Universitário	26	14,5	3,4			14,5
Aceitação de Si	Ensino Primário	50	14,4	2,4	0,76	0,52	14,4
	Ensino Básico	24	13,4	3,4			13,4
	Ensino Secundário	15	14,3	2,4			14,3
	Ensino Universitário	26	13,9	2,5			13,9

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

3.5. Discussão

Este capítulo refere-se à discussão dos resultados apresentados anteriormente. Deste modo, de acordo com os objetivos de estudo definidos e analisados anteriormente, efetuou-se uma apreciação crítica e respetiva interpretação dos resultados obtidos de acordo com a revisão bibliográfica realizada.

Após a análise dos dados sociodemográficos efetuou-se a análise dos objetivos propostos para este estudo. Assim sendo, o **primeiro objetivo** passava por caracterizar o bem-estar psicológico (EBEP) nas suas dimensões: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, relações positivas, objetivos de vida e aceitação de si. De acordo com os resultados obtidos neste estudo foi possível observar que dos diferentes domínios que compõem a Escala de Bem-Estar Psicológico o que obteve a maior média foi os objetivos de vida, seguido da aceitação de si. De facto, tendo em conta que a qualidade de vida reflete a perceção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão a ser satisfeitas ou negadas e que tal se reflete nas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização (OMS), seria de antever que a amostra em estudo apresentasse uma elevada qualidade de vida. Efetivamente, somente cerca de 18% da amostra indicou ter tido problemas depressivos durante a menopausa. Tendo em conta que estudos como o de Wasilewski (2004) indicaram que uma percentagem significativa (que pode ir até metade) de mulheres pode experimentar, durante os anos da peri e pós-menopausa, sintomas depressivos, o facto de a amostra deste estudo apresentar uma percentagem tão baixa de sintomas depressivos poderá estar relacionada com um elevado bem-estar psicológico. É ainda interessante ressaltar, que muito embora a menopausa venha geralmente acompanhada de uma sintomatologia muito complexa e

problemática no dia-a-dia das mulheres (Amore et al., 1997 & Dendrite, 2006), 46% das inquiridas neste estudo revelaram que esta é somente uma fase normal na vida das mulheres e que deve ser encarada como tal. O que, de facto, será um indicador de um elevado bem-estar psicológico. Adicionalmente, verificou-se que 56,5% dos indivíduos que compõem a amostra deste estudo têm habilitações literárias acima da instrução primária, o que segundo Obermeyer et al. (1999, 2002) estará correlacionado com uma menor frequência de depressão, dificuldade em dormir, perdas de memória e irritabilidade. Efetivamente este resultado não será surpreendente quando enquadrado no contexto da menopausa. Esta fase da vida da mulher é repleta de alterações hormonais que proporcionam emoções como a irritabilidade, mudanças de humor, ansiedade, nervosismo, mau-estar generalizado, bem como a sensação de calores que além de incómoda é de certo modo considerada como um embaraço. De facto, as participantes do estudo, quando questionadas sobre a sintomatologia indicaram estes fatores como predominantes, com percentagens relativas de 24,3% (irritabilidade); 24,3% (mudanças de humor); 9,6% (ansiedade); 13,9% (nervosismo); 10,4% (mau-estar generalizado) e 61,7% (sensação de calores).

De forma a avaliar se existia uma correlação entre as diferentes dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico efetuaram-se os respetivos testes estatísticos para um nível de confiança de 95%. De acordo com os resultados obtidos existe uma correlação positiva entre moderada a fraca entre as diferentes dimensões com a exceção das relações positivas. A dimensão relações positivas encontra-se correlacionada com todas as outras dimensões, com a exceção da autonomia. De facto, este resultado indica, no contexto da menopausa que, por exemplo, um indivíduo que apresente uma elevada autonomia, também apresentará um elevado domínio do meio, crescimento pessoal,

objetivos na vida e aceitação de si. A dimensão relações positivas remete-se a uma procura de identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a perceção pessoal das capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos. Por outro lado, a dimensão autonomia pretende avaliar a capacidade das pessoas para resistir a pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais. O facto de não haver uma correlação entre estas duas dimensões, neste estudo que versa sobre a menopausa, indica que muito embora muitas das participantes deste estudo tenham indicado que sentiram alterações a nível da capacidade de relações interpessoais devido à sintomatologia associada à menopausa e que portanto este seja um dos domínios da EBEP que apresente uma média relativamente elevada e uma menor dispersão dos resultados, tal não implica que apresentem uma elevada/baixa capacidade para resistir às pressões sociais a que se sentem expostas.

A menopausa é acompanhada de diversas alterações fisiológicas e psicológicas. De facto, Hardy et al., (1988) declara que a componente psicológica na menopausa é um período que gera mudanças psicológicas e que pode potencializar uma crise. Deste modo, será de antever que a nível da qualidade de vida se verifique uma elevada incidência da componente psicológica. De facto, de acordo com os resultados obtidos, a componente psicológica da escala de qualidade de vida é prevalente em relação à física, sendo no entanto de notar que ambas as dimensões apresentam elevados desvios padrões. Assim sendo, verifica-se uma elevada dispersão dos resultados para ambas as dimensões, o que poderá estar correlacionado com a dispersão observada entre os indivíduos que consideram a menopausa um processo natural, onde indicam não ter sentido grandes alterações a nível da qualidade de vida, e os indivíduos que consideram

esta fase como algo de terrível. Adicionalmente, será ainda de referir que muito embora exista uma grande dispersão de resultados nas duas dimensões, as respostas centram-se na qualidade de vida média e alta, sendo que não existia nenhum indivíduo na qualidade de vida baixa.

Relativamente ao **segundo objetivo** que passava pela análise da qualidade de vida (QV) em termos das dimensões: física e psicológica, verificou-se que as médias obtidas para estas dimensões são relativamente baixas, indicando que efetivamente as mulheres durante a menopausa apresentam um decréscimo da sua qualidade de vida. Estas observações vão de encontro com dados publicados anteriormente por Blumel et al (2000) e Brito et al (2010).

Adicionalmente, observou-se uma correlação positiva e moderada entre as duas dimensões da qualidade de vida: físico e psicológico. De facto, e tal como já foi referido, a componente psicológica é muito afetada pelas alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do processo, pelo que este resultado é perfeitamente consistente com os dados publicados sobre a menopausa (De Lorenzi et al, 2005; Filho & Costa, 2008).

O **terceiro objetivo** referia-se a uma análise da possibilidade da existência de uma correlação entre a qualidade de vida entre o bem-estar psicológico. De forma a avaliar uma possível correlação entre estes dois parâmetros em todas as suas dimensões, efetuaram-se os devidos testes e verificou-se que algumas das dimensões apresentam correlações positivas e lineares entre moderadas a fracas. Nos resultados obtidos para esta correlação será interessante verificar que somente não existe uma correlação entre a Autonomia e os domínios Físico e Ambiental da qualidade de vida. Efetivamente, seria de esperar que um indivíduo que apresenta uma elevada capacidade de resistir às

pressões sociais apresenta-se também uma elevada qualidade de vida a nível ambiental e física (Silva, 2009). No entanto, tal não se verifica.

Relativamente ao **quarto objetivo** pretendeu-se avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas. De forma a simplificar a metodologia aplicada, analisaram-se separadamente a relação entre estas e as diferentes dimensões da qualidade de vida. De acordo com os resultados obtidos verificou-se que o estado civil apresenta uma diferença estatisticamente significativa ao longo das diferentes dimensões. De facto, verifica-se que as mulheres viúvas apresentam valores mais baixos a nível da qualidade de vida física, social e ambiental, relativamente às mulheres casadas. Adicionalmente, constatou-se que as mulheres viúvas apresentam uma qualidade de vida psicológica e ambiental inferior às mulheres solteiras. De uma forma empírica, estes dados são compreensíveis. As mulheres solteiras e casadas não experimentaram o trauma da morte do conjugue, o que poderá estar relacionado com uma melhor qualidade de vida, nas suas diferentes dimensões.

Por outro lado verificou-se que a variável zona de residência não se encontra estatisticamente relacionado com nenhuma das dimensões da qualidade de vida. Deste modo, o facto de as mulheres viverem em zonas rurais ou em zonas urbanas não tem qualquer influência da qualidade de vida. Este facto estará de certo modo em contradição com a perspetiva comumente aceite de que a qualidade de vida é superior em zonas rurais. No entanto, tal não se verificou neste estudo.

Uma das outras variáveis em estudo foi “com quem mora”. Os resultados obtidos para esta variável são efetivamente interessantes. De acordo com os dados obtidos existe uma diferença entre a dimensão psicológica e esta variável sociodemográfica. Empiricamente seria de imaginar que a qualidade de vida está relacionada com a

variável com quem mora. No entanto é interessante verificar que são as mulheres que vivem sozinhas que apresentam uma maior qualidade de vida psicológica. De facto, de uma forma empírica, seria mais fácil de aceitar que a qualidade de vida psicológica fosse melhor para pessoas que vivem acompanhadas, devido ao apoio intrínseco que estas podem receber dos seus companheiros. No entanto, são as mulheres que vivem sozinhas que apresentam os valores mais elevados, o que poderá ser indicador da existência de um bom suporte psicológico destas comparativamente as restantes mulheres deste estudo.

Relativamente à variável situação profissional, verificou-se que esta não apresentava uma diferença estatisticamente significativa para as diferentes dimensões da qualidade de vida, ou seja, independentemente da Situação Profissional das mulheres (empregadas, desempregadas, reformada ou outra) a qualidade de vida permanece relativamente constante. Este resultado é interessante, na medida em que de uma forma empírica seria de imaginar uma melhor qualidade de vida psicológica para as mulheres empregadas ou reformadas, relativamente às desempregadas. No entanto, neste estudo que versa sobre as mulheres na menopausa, não parece existir esta tendência.

Por último analisou-se a relação entre a variável escolaridade com as dimensões da qualidade de vida. De acordo com os resultados obtidos entre a escolaridade e a qualidade de vida ambiental. Efetivamente, a qualidade de vida ambiental é superior para as mulheres com ensino universitário, quando comparados com os valores para o ensino primário e o básico. Deste modo, verifica-se que existe uma maior qualidade de vida Ambiental para mulheres mais instruídas.

O **quinto objetivo** e último objetivo pretendia avaliar a relação entre as dimensões do bem-estar psicológico com as variáveis sociodemográficas selecionadas. À

semelhança do que foi feito para o objetivo anterior as variáveis foram analisadas em separado.

De acordo com os resultados obtidos verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável estado civil e as dimensões crescimento pessoal e objetivos de vida. De facto, observou-se que tanto a nível do crescimento pessoal como de objetivos de vida as mulheres solteiras apresentam valores de bem-estar psicológico superiores às mulheres casadas e viúvas. Este resultado está em concordância com o obtido para a qualidade de vida das mulheres solteiras. Deste modo reforça a teoria de que estas apresentam um suporte adicional que não se encontra correlacionado com o estado civil, que lhes permite ter uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico. Adicionalmente, testou-se a possibilidade de uma relação entre a variável zona de residência e as dimensões do bem-estar psicológico. Os dados obtidos permitiram afirmar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre viver numa zona rural ou numa zona urbana e a dimensão crescimento pessoal. Efetivamente, as mulheres que vivem em zonas urbanas apresentam valores médios mais elevados de crescimento pessoal, comparativamente com as mulheres que vivem numa zona rural. Este facto, poderá estar de algum modo relacionado com as limitações de oportunidades que levam a um enriquecimento do crescimento pessoal nas zonas rurais em relação às zonas urbanas.

Uma outra variável em estudo era a com quem mora. Após a aplicação dos testes estatísticos apropriados verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável em causa e as dimensões domínio do meio e objetivos de vida da escala de bem-estar psicológica. De facto, os resultados obtidos permitiram inferir que as mulheres que vivem sozinhas apresentam valores médios mais elevados na dimensão domínio do meio em relação às mulheres que vivem com os filhos.

Adicionalmente, as mulheres que vivem sozinhas ou com o conjugue têm valores médios mais elevados na dimensão objetivos de vida do que as mulheres que vivem com os filhos. Os valores obtidos para as mulheres solteiras e a dimensão domínio do meio está de acordo com os valores obtidos anteriormente para a qualidade de vida, indicando que efetivamente, as mulheres solteiras na menopausa têm um mecanismo próprio de captar o sentido de domínio e de competência na forma de lidar com o meio superior às mulheres que vivem acompanhadas. Relativamente aos valores obtidos para a dimensão objetivos de vida será de novo interessante verificar que as mulheres que vivem sozinhas ou com o conjugue têm valores mais elevados do que as que vivem com os filhos. Tal facto nas mulheres que vivem com o conjugue poderá estar empiricamente relacionado com a possibilidade de o conjugue auxiliar a traçar metas que direcionam o comportamento e dão um sentido significativo à vida.

Relativamente aos resultados obtidos para a variável situação profissional, observou-se que esta variável não se encontra estatisticamente relacionada com o bem-estar psicológico. Este resultado não deixa de ser verdadeiramente interessante, na medida em que, empiricamente, seria de prever que as pessoas que tivessem uma situação profissional mais estável (empregadas) apresentassem valores médios de bem-estar psicológico mais elevados do que os desempregados.

Por último analisou-se a variável escolaridade e a sua relação com os diferentes domínios do bem-estar psicológico. De acordo com os dados obtidos, verificou-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre esta variável e o domínio relações positivas com os outros. De facto, observou-se que as mulheres com ensino universitário apresentam valores médios mais elevados do que as mulheres que possuem o ensino primário e o básico.

3.6. Síntese

A evolução tecnológica e mental tem tido um efeito substancial sobre a forma como a sociedade vê e vivencia a menopausa. De facto, atualmente existe uma maior consciencialização para as problemáticas e vicissitudes desta fase da vida da mulher, sendo que o número de investigações sobre como minimizar os seus efeitos nefastos no dia-a-dia da mulher, tem vindo a crescer quase exponencialmente. Neste sentido é muito pertinente a avaliação da qualidade de vida e do bem-estar psicológico das mulheres que estão a atravessar a menopausa, no sentido de poder avaliar quais as dimensões que são mais afetadas e de que modo fatores ambientais, nomeadamente algumas variáveis sociodemográficas, interferem neste processo.

De acordo com os resultados encontrados para este estudo sobre os efeitos da menopausa na qualidade de vida e no bem-estar psicológico das mulheres, é possível indicar que de todas as variáveis sociodemográficas selecionadas para este estudo existem três fundamentais: estado civil, com quem mora e escolaridade. De facto, estas variáveis encontram-se correlacionadas com várias dimensões da escala de bem-estar psicológico, bem como da qualidade de vida. Deste modo, é possível dizer que uma das abordagens possíveis para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar psicológico das mulheres durante a menopausa poderá passar por um controlo sobre estas variáveis.

A menopausa é um evento biológico que ocorre de forma natural e espontânea. Este evento caracteriza-se pelo término da menstruação, ou seja, todo o processo biológico feminino que possibilita a conceção. De facto, esta fase biológica da mulher costuma surgir após os 40 anos, com a exceção dos casos de menopausa precoce e da menopausa iatrogénica. De uma forma geral os autores dividem a menopausa em três fases distintas e consecutivas: a pré-menopausa, a perimenopausa e a menopausa. Cada uma destas

fases é caracterizada por um conjunto próprio de sintomas e processos biológicos. A menopausa está intimamente relacionada com o sistema endócrino, pelo que não será surpreendente verificar que cada uma das fases que a caracterizam são derivadas de alterações hormonais que se verificam em outros sistemas biológicos. Estas alterações a nível fisiológico acabam por ter um impacto mais ou menos significativo na dimensão psicológica dos indivíduos.

Tendo em atenção os resultados obtidos para este estudo, seria uma mais valia para a área do estudo da menopausa, um estudo mais extenso onde se contemplassem estas variáveis e outras que não tivessem sido testadas, nas diferentes fases da menopausa. Desta forma, seria possível auxiliar as mulheres antes, durante e após a passagem por esta etapa biológica obrigatória.

Conclusão Geral

A função das mulheres na sociedade das últimas décadas mudou drasticamente, com muitas mulheres a terem de gerir as suas carreias a tempo integral e, ao mesmo tempo, cuidar das tarefas domésticas. Na atualidade, a imagem da mulher moderna é a de ser capaz de lidar com o trabalho, ter crianças, entre outras. De facto, de forma a poder manter esta dicotomia entre a mulher empresária e a doméstica exige muito trabalho e capacidade mental, no entanto, quando se inicia a menopausa, este equilíbrio fisiopsicológico estabelecido até então, sofre alterações. Quando se inicia a menopausa verifica-se alterações no quotidiano que têm impacto no seu bem-estar psicológico e qualidade de vida.

É necessário existir um forte apoio nesta fase, através de uma atitude positiva, conhecimento, poder e confiança, de forma a poder superar esta transição com efeitos menos dramáticos na sua QV e BEP.

Nesta linha de pensamento, a introdução do conceito de QV foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho da saúde. Devido à sua natureza abrangente e por estar relacionado ao próprio indivíduo, tem um valor intrínseco e intuitivo. Adicionalmente, está relacionado com umas das necessidades básicas do ser humano, o que é o de viver bem e de sentir-se bem (Aristóteles, 2003). Definir a QV ou os seus conceitos (felicidade e bem-estar) é uma busca da operacionalização deste constructo e de desenvolvimento através de um importante avanço em novas tecnologias de desenvolvimento de instrumentos, bem como de modelos teóricos, para além da consciência de que os aspetos sociais e transculturais são excessivamente relevantes e necessitam de ser incorporados (Falloefield, 1990).

A OMS definiu a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”, em outras palavras, é o domínio do bem-estar humano.

A contribuição da saúde ou a satisfação com a mesma é o fator mais importante para bem-estar humano. Pois quando nos referimos à QV é usado de diversas formas. No entanto, no domínio da saúde, repensar na QV é essencial, pois o argumento de que melhor a saúde contribui para a melhora da QV ou bem-estar.

Desta forma, o conceito de QV deve se restringir à avaliação ou à satisfação subjetivas com um conjunto de domínios específicos que são considerados os mais importantes pelas pessoas em geral, tais como: saúde, relações pessoais, capacidade de realizar tarefas diárias, condições de vida, a vida em geral e em particular.

Ao longo das últimas décadas, existem diversos instrumentos para avaliar a QV e a qualidade de vida relacionada com a saúde e o bem-estar dos indivíduos, independentemente das diferenças culturais e sociais inerentes a cada população. Recentemente tem-se pesquisado desenvolver instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida (Gill e Feinstein, 1994). Na sua grande maioria esses instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (WHOQOL GROUP, 1995; Bullinger, 1994).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (WHOQOL GROUP, 1995).

De entre eles, destacamos o Questionário WHOQOL-BREF que tem como principal objetivo avaliar vários aspectos que incidem sobre a saúde do ser humano, com um

enfoque transcultural, constituído por 100 questões (*World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-100*).

O desenvolvimento do WHOQOL-100 seguiu metodologia descrita em outras publicações (Orley, 1994) envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas (Fleck, Leal & Louzada, 1999) tendo sido desenvolvida uma versão brasileira. Bullinger (1994) este instrumento WHOQOL-BREF foi desenvolvido pelo grupo “*WHOQOL*”, por uma equipa de investigadores internacionais e por um painel de consultores, sendo conduzido primeiramente pelo professor Rex Billington.

Neste trabalho propôs-se avaliar o bem-estar psicológico e a qualidade de vida de uma população que se encontra na menopausa. Deste modo, foi necessário estabelecer os diferentes parâmetros a seguir no estudo, nomeadamente os objetivos, as variáveis pertinentes e o desenho do estudo. Estas características dizem respeito à caracterização das mulheres em menopausa relativamente ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida.

Os resultados alcançados mostram os efeitos da menopausa na qualidade de vida e no bem-estar psicológico das mulheres. Através dos resultados deste estudo, foi possível verificar que das variáveis sociodemográficas selecionadas para este estudo, o estado civil, com quem mora e a escolaridade foram as que apresentaram um maior número de relações com as diversas dimensões do bem-estar psicológico e qualidade de vida. De facto, estas variáveis encontram-se correlacionadas significativamente com várias dimensões, tanto da escala de bem-estar psicológico como da qualidade de vida.

Tendo em atenção os resultados obtidos para este estudo preliminar, seria uma mais valia para a área do estudo da menopausa, um estudo mais extenso onde se contemplassem estas variáveis e outras que não tivessem sido testadas, nas diferentes

fases da menopausa. Desta forma, seria possível auxiliar as mulheres antes, durante e após a passagem por esta etapa biológica obrigatória.

Na aplicação do questionário sociodemográfico denotou-se que as mulheres detinham pouca informação acerca da menopausa, demonstraram alguma preocupação, vergonha, insegurança, tristeza, e até algum meio em responder às questões elaboradas, pois por vezes não compreendiam o que estava escrito. Por outro lado, algumas mulheres afirmaram que devia existir mais estudos sobre a menopausa, com o intuito de estarem mais informadas sobre o este fenómeno. Desta forma, seria possível a sua preparação para esta etapa, permitindo-lhe assim não entrar num estado de ansiedade e depressão.

Uma das dificuldades encontradas na realização deste estudo, foi o facto de muitas das mulheres em menopausa não conseguirem por vezes descreverem o que sentiam no momento ou durante esta fase. Assim sendo, é possível dizer que o mundo atravessa uma conjuntura socioeconómica que é necessário repensar nos estilos de vida. Permite-nos refletir sobre as intervenções possíveis neste contexto, mais concretamente junto das mulheres em menopausa.

Este processo implica, uma reflexão sobre o estado atual e o que se espera atingir, indo de encontro ao equilíbrio alcançado no modo de vida, bem como importará compreender que as mulheres em menopausa consigam uma adaptação saudável e que promova o desenvolvimento positivo nas culturas e nas sociedades onde estão inseridas.

É importante existir apoio às mulheres, no sentido de encontrar informação detalhada sobre uma das fases mais naturais da vida das mulheres, mas que por vezes muito as preocupa. Poderá recorrer a tratamentos como a THS, advém de benefícios que

têm como objetivos aliviar os sintomas vasomotores, melhoria dos sintomas psíquicos, a manutenção da massa óssea, podem reduzir problemas urogenitais, reduzem a incidência do cancro do cólon, para assim manter a qualidade de vida.

Algumas recomendações possíveis para um melhor confronto nas mulheres em menopausa, como tais, explicar o que está passando no seu corpo durante a menopausa e pós menopausa, ocupação mental, exercício físico, alimentação adequada (consumo moderado de vinho tinto e abundante de: peixe, vegetais, frutos, soja, leite, alho, chocolate, entre outros), manter o índice de massa corporal dentro dos limites normais, manter o perímetro normal da cintura, abstenção do tabaco, manter a pressão arterial normal, manter os lípidos sanguíneos nos valores normais e exame mamário (palpação, inspeção mamográfica).

Desta forma, é de conhecimento geral que o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade têm contribuído para um envelhecimento global da população. Como consequência, há uma percentagem cada vez maior da população feminina que está em pós-menopausa. Atualmente, as mulheres viverão cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa. Além de novos problemas com que irão deparar-se, sob os pontos de vista psicológico, social e financeiro, irão sentir os efeitos da privação das hormonas sexuais femininas sobre vários órgãos. Isto resultará em riscos aumentados de doença ao nível cardiovascular, ósseo e psíquico.

Os tratamentos adequados de compensação hormonal permitem dar "mais anos às suas vidas e mais vida aos seus anos", como tem sido dito e provado repetidas vezes. Lamentavelmente, só cerca de 15% das mulheres que iniciaram um tratamento o mantêm após um ano, o que significa que a grande maioria da população feminina não está a ser corretamente tratada e protegida. Isto deve-se, sobretudo, à falta de informação e à desinformação. Neste aspeto, a responsabilidade cabe-nos a nós,

médicos, porque não sabemos ainda dar a informação suficiente, não se verifica apenas em Portugal.

Mais especificamente e futuramente, as intervenções realizadas no âmbito com as mulheres em menopausa é direcionado para a ações de formação como os Congressos, Workshops e Simpósios com Menopausa em Portugal, como por exemplo o Congresso: “Comunicado da International Menopause Society sobre o Dia Mundial da Menopausa”, “O Congresso Mundial de Menopausa”, Workshops como “Curso de diagnóstico de Osteoporose IOF com certificação de densitométrica.” e “Endoscopia, Neuropatologia, Estética Íntima Feminina”; dando particular atenção aos aspetos relacionadas com as dúvidas existentes sobre esta etapa e existindo assim maior motivação para uma nova aprendizagem e formação específica por parte das mulheres nos seus contextos e perante a sociedade.

O estudo efetuado pode ser considerado um estudo preliminar, uma vez que se focou em Portugal continental e numa amostra de 115 indivíduos, no entanto, os dados obtidos a partir deste estudo permitiram verificar que existe uma diminuição da qualidade de vida e do bem-estar psicológico das mulheres durante a menopausa e que algumas variáveis sociodemográficas podem desempenhar um papel fundamental para diminuir estes efeitos nefastos na vida das mulheres. De facto, as variáveis: estado civil, com quem mora e a escolaridade têm um impacto estatisticamente significativo em várias dimensões da qualidade de vida e do bem-estar psicológico, sendo portanto algo a ter em consideração numa abordagem terapêutica a nível psicológico.

Não obstante da natureza preliminar do estudo, verificaram-se algumas limitações ao mesmo sobre as quais pensamos ser importante refletir, na medida em que a tomada de consciência das mesmas serve de ponto de partida para novas e futuras investigações neste campo de investigação. Uma das limitações prende-se com a natureza autoadministrativa que pode levar a uma determinada vulnerabilidade a enviesamentos, como, por exemplo, a resposta ao acaso (e.g., escolher sempre a alternativa central, ou os dois extremos alternadamente), ou a tendência central (e.g., utilização da alternativa central) (Morreira, 2004). Estes estilos de resposta poderiam acontecer maioritariamente no questionário sociodemográfico, uma vez que algumas questões são de difícil compreensão e ambíguas.

Uma outra limitação deste estudo refere-se ao tamanho reduzido da amostra, bem como a sua heterogeneidade, impossibilitando as generalizações. Seria pertinente em futuros estudos a amplificação da amostra, bem como uma amostra/grupos mais homogéneos no que concerne à idade; estado civil; fases da menopausa, visando assim a criação de planos de intervenção junto das mulheres na menopausa.

Depois de explorada esta temática, surgem novas ideias que poderiam ser úteis para futuras investigações. Seria então pertinente explorar outras variáveis importantes, e que segundo a literatura se encontram relacionados com a menopausa, a QV e o BSP, destacando-se a religião; historial de doenças; atividade física, autoestima, qualidade do relacionamento conjugal, bem como o funcionamento sexual dos cônjuges.

A realização desta investigação foi muito gratificante, em particular devido à pouca exploração que esta temática tem vindo a ter em Portugal, o que acaba por constituir um aspeto inovador e diferenciador. Contudo, devido a este aspeto foi um desafio a realização desta investigação devido à escassez de bibliografia que envolvesse a QV e o

bem-estar psicológico com a menopausa, o que exigiu da nossa parte empenho e dedicação relativamente à exploração desta temática, que por si só contribui de forma positiva para o enriquecimento académico e pessoal.

Deste modo, parece-nos evidente a necessidade de se fazer mais investigação nesta área, para que os resultados obtidos ajudem na adaptação da mulher nesta fase de menopausa, na promoção de uma QV de vida melhor e satisfatória, bem como repercussões positivas no BEP.

Referências Bibliográficas

- Aburdene, P., & Nasbitt, J. (1993). *Megatendências para as mulheres*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Abdo, C. H. N., Oliveira, J. W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2002). Perfil sexual da população brasileira: resultados do estudo do comportamento sexual do brasileiro. *Revista Brasil Médica*, 59(4), 250-7.
- Agil, A., Abike, F., Daskapan, A., Alaca, R., & Tuzun, H. (2010). Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, and quality of life in postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology International*, 7, 274-261.
- Albuquerque, I. (2006). *O florescimento dos professores: projetos pessoais, bem-estar subjetivo e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Amore, M., Donato, P. D., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C., & Aloysio, D. D. (2004). Psychological status at the menopausal transition: an italian epidemiological study. *Maturitas*, 48, 115-124.
- Andrews, F. M., & Witey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press.
- Antunes, A. (1999). Tratamento hormonal de substituição e sexualidade na menopausa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 121-125.
- Antunes, S., Marcelino, O., & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da Menopausa. Climatério da Menopausa, *Revista Portuguesa Clinica*. Lisboa: Dossier, Climatério e Menopausa, 19, 353-7. Disponível em

<http://pt.scribd.com/doc/71321315/Fisiopatologia-da-menopausa>. Consultado 18 de Junho de 2013.

Aristóteles, A. (2003). *Ética*. São Paulo: Edipro.

Asbury, E. A., Chandruangphen, P., & Collins, P. (2006). The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*, 13, 561-567.

Associação Brasileira de Climatério – SOBRAC. (2004). *Terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa*, 5-39.

Barata, R. B. (1997). Condições de vida e situação de saúde. *Saúde Movimento*. Abrasco, Rio de Janeiro. Bausell, R. B. (1998) Quality-of-life assessment in outcomes research. *Evaluation & The Health Professions* 21(2), 139-140.

Bauman, Z. (2003). *Comunidade: a busca por uma segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira Brewer, S. (1999). *A menopausa*. Lisboa: Editorial Presença.

Bergner, M., Bobbit, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.

Berni, N. I. O., Luz, M. H., & Kohlrausch, S. C. (2007). Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Revista Brasil de Enfermagem*, 60(3), 299-306.

Berger, G., & Forster, E. (2001). An Australian study on the sociocultural context of menopause: directions for contemporary nursing practice. *Contemporary Nurse*, 11(2-3), 271-282.

- Binfa, L., & Blumel, M. (2001). Obesidad, estrógenos y la salud de la mujer. *Revista Children Obstetrics Gynecology*, 66(4), 340-350.
- Brace, M., & McCauley, E. (1997). Oestrogens and psychological well-being. *Annals of Medicine*, 29, 283-290.
- Brewer, S. (1999). *A menopausa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, N., Tavares, N., Macedo, L. & Gonçalves, B. (2010). Avaliação da qualidade de vida de pacientes climatéricas em uma unidade de saúde. *Rev para med*. 23(2), 1-7.
- Blumel, J., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., Cumsille, M. & Sanjuan, A. (2000). Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*, 34(1), 17-23.
- Brody, J. A., & Grant, M. D., Frateschi, L. J. (2000). Reproductive longevity and increased life expectancy. *Age Ageing*, 29, 75-8.
- Buckler, H. (2005). The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *The Journal of the British Menopause Society*, 11 (2), 61-65.
- Bullinger, M. (1994). Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, p 33-40.
- Byyny, R .L., & Speroff, L. (1996). *Climatério: guia clínico de atendimento à mulher idosa*. Rio de Janeiro: Revinter Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas E.V., Py L., Neri A. L. , Cançado F. A. X., et al., editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp.56-71.

- Campos, A. P. M. (2006). Envelhecimento feminino: bicho de sete cabeças?. In Falção, D. V. S., & Dias, C. M. S. B. Maturidade e velhice (1ª ed.), *Pesquisa e intervenções psicológicas*, pp. 17-34. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cedars, M., & Evans, M. (2003). Menopause. In Scott, J., Gibbs, R., Karlan, B., & Haney, A. *Danforth's Obstetrics and Gynecology* (9ª ed.), Filadélfia: Lippincott Williamms & Wilkins.
- Chaby, L. (1995). *A menopausa*. Lisboa: Collection Dominos.
- Cavadas, L. F. (2010). Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Ata Médica Portuguesa*. Lisboa: Artigos de Revisão, 23, 227-236.
- Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M., & Silva, P. T. (2001). Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Ata Médica Portuguesa*, 23, 277-236.
- Cícero, M. T. (1999). *Saber envelhecer e a amizade*. Porto Alegre: L&PM.
- Collins, A., & Landgren, B. M. (2002). Longitudinal research on the menopause- methodological challenges. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81, 579-580.
- Comte-Sponville, A. (2001). *A felicidade, desesperadamente*. SP: Martins Fontes.
- Coope, J. (1996). Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas*, 23, 159-168
- Cruz, I.B.M., & Schwanke C. H. A. (2001). Reflexões sobre biogerontologia como uma ciência generalista, integrativa e interativa. *Estud Interdiscip Envelhec*, .3:7-36. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4666/2585>.
- Consultado a 13 de Junho de 2013.
- Currie, H. (2007). *Tudo sobre menopausa*. São Paulo: Editora LTDA.

- Daley, A., MacArthur, C., Stokes-Lampard, H., McManus, R., Wilson, S., & Mutrie, N. (2007). Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *The British Journal of General Practice*, 57, 130-135.
- Daley, A., MacArthur, C., McManus, R., Stokes-Lampard, H., Wilson, S., Roalfe, A., & Mutrie, N. (2006). Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacological interventions in symptomatic menopausal women. *Climacteric*, 9, 336-346.
- Daoud, I. (2000). *Encontros e desencontros na existência da mulher durante o climatério*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC.
- Deeks, A. A. (2003). Psychological aspects of menopause management. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 17(1), 17-31.
- Del Priori, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora Senac.
- De Lorenzi, D. R. S., Baracat, E. C., Saciloto, B., & Padilha, J. I. (2006). Fatores associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Revista Médica Brasil*, 52(5), 312-7.
- De Lorenzi, D. R. S., Danelon, C., Saciloto, B., & Padilha, J. I. (2005). Fatores indicadores de sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 27(1), 12-9.
- De Lorenzi, D. R. S., Basso, E., Fagundes, P. O., & Saciloto, B. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Revista Brasil Ginecologia e Obstetrícia*, 27(8), 479-84.

- Diener, Ed & Oishi, S. (s.d.). Are scandinavians happier than Asians? Issues in comparing nations on subjective well-being politics and economics of Asia. *Haupapange*, NY: Nova Science Publishers.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 1(55), 34-43.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diniz, G. S. R., & Santos, C. V. M. (2006). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. In Falcão D. V. S., & Dias, C. M. S. B. Maturidade e velhice (1ª ed.), *Pesquisa e intervenções psicológicas* (pp. 35-56). São Paulo: Casa do Psicológico.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 132-142.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2009). Personality, menopausal symptoms, and physical activity outcomes in middle-aged women. *Personality and Individual Differences*, 46, 123-128.
- Elavsky, S. (2009). Physical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *Menopause*, 16, 265-271.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 132-142.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3/4), 374-385.

- Favarato, S., & Aldrighi, J. M. (2001). A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Revista Médica Brasil*, 47(4), 339-349.
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade na mulher. *Psicologia* 19(1), 13-17.
- Fallowfield, L. (1990). *Quality of life: the missing measure in Health care*. Nova York: Souvenir Press.
- Fernandes, C. E. (2011). Climatério: Guideline. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH)*. São Paulo. Boletim (SBRH), 13.
- Fernandes, E. (1996). Qualidade de vida no trabalho. *Como medir para melhorar*. Bahia: Casa da Qualidade.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. M. (2010). Preliminary analysis of the psychological well-being in portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043.
- Filho, E. & Costa, A. (2008). Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(3), 113-120.
- Fleck M .P. A., Leal O.F., & Louzada S. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. ABP/APAL*, 3(15), 332-787.
- Fleck, M. (Coord.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, F., Wender, M., Castro, J., & Mattiello, S. (2002). Climatério. In Freitas, F., Menke, C., Rivoire, W., & Passos, E. (4ª ed.), *Rotinas em Ginecologia*, pp.443-460. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Freitas, K. M., Silva, A. R. V., & Silva, R. M. (2004). Mulheres vivenciando o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade. *Acta Scientiarum*, 26(1), 121-128.
- Galinha, I. C. (2006). *Factores contextuais, temperamentais e cognitivos do bem-estar subjectivo: satisfação com a vida; afecto positivo; afecto negativo; saúde mental; ansiedade; depressão; stress; padrões de comparação; e eventos de vida e variáveis socio-demográficas*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Genazzani, A. R. (2001). Controversial issues in climacteric medicine cardiovascular disease and hormone replacement therapy. *Maturitas*, 38(3), 263-71.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-26.
- Gonçalves, R., & Merighi, M. A. B. (2005). O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido. *Revista Brasil de Enfermagem*, 58(6), 692-7.
- Gonçalves, A., Canário, A., Cabral, P., Silva, R., Spyrides, M., Giraldo, P. & Jr. J. (2011). Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia-idade: estudo de base populacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33(12), 408-413.
- Greer, G. (1994). *Mulher, Maturidade e Mudança*. São Paulo: Augustus.
- Gracia, C.R., Samuel, M. D., Freeman, E.W., Lin H. M. S., Langan E. M. S. W., & Kappon S. (2005). Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *North Am Menopause*, 12,128-35.
- Greene, J. G. (2008). Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*, 61, 78-84.
- Grings, A. C., Kühne, J., Gomes, A. P., Jacobsen, T., Cascaes, A. C., & Lara, G. M. (2009). Riscos e Benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em

- mulheres na menopausa. *Revista Brasileira de Análises Clínicas (RBAC)*. Rio de Janeiro, 41(3), 229-233.
- Guillemin, M. (2000). Blood, bone, women and HRT: co-constructions in the menopause clinic. *Australian Feminist Studies*, 15(32), 191-203.
- Hayward, C. S., Kelly, R. P., & Collins, P. (2000). The roles of gender, the menopause and hormone replacement on cardiovascular function. *Resist Cardiovascular*, 46(1), 28-49.
- Hardy, E., Alves, G., & Osis, & M. J. D. (1988). Climatério, implicações sociais. *Feminina*, 20, 313-320.
- Hardy, R., & Kuh, D. (2002). Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social Science and Medicine*, 55(11), 1975-1988.
- Hlatky, M. A., Boothroyd, D., Vittinghoff, E., Sharp, P., & Whooley, M. A. (2002). Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) trial. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 591-597.
- Hornquist, J. O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), 57-61.
- Hunter, M., Battersby, R., & Whitehead, M. (1986). Relationship between psychological symptoms, somatic complains and menopausal status. *Maturitas*, 8(3), 217-228.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symotoms: psychosocial aspects. *Bailieres Clin Endocrinol Metabolism*, 7(1), 33-45.

- Hunter, M. S., & O’Dea, I. (1999). Perception of future health risks in mid-aged women: estimates with and without behavioural changes and hormone replacement therapy. *Maturitas*, 33, 37-43.
- Hurt, W., Amesse, L., & Randolph, J. (2005). Menopausa. In Berek, J. *Tratado de Ginecologia* (10^a ed.), pp. 1035-1057. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Consultado a 21 de Maio de 2013.
- Jacobsen, B.K. (2003). Age at menopause seems to have a moderate effect on mortality rate. *Am J Epidemiol*, 9, 157-923.
- Jeckel-Neto, E. A., & Cunha, G. L. (2002) *Teorias biológicas do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.13-9.
- Joffe, H., Hall, J. E., Soares, C. N., Hennen, J., Reilly, C. J., Carlson, K., & Cohen, L.S. (2002). Vasomotor symptoms are associated with depression in perimenopausal women seeking primary care. *Menopause*, 9, 392-398.
- Kaufert, P. A. (1982). Anthropology and the menopause: the development of a theoretical framework. *Maturitas*, 4, 181-193.
- Kluthcovsky, A. C., & Kluthcovsky, F. A. (2007). *O WHOQOL-bref, um instrument para avaliar a qualidade de vida: uma revisão sistemática*, 1-12.
- Liao, K. L. M., & Hunter, M. S. (1998). Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas*, 215-224.
- Lindh-Astrand, L., Nedstrand, E., Wyon, Y., & Hammar, M. (2004). Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas*, 48, 97-105.

- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
- Lorenzi, D. S., Baracat, E. C., Saciloto, B., & Padilha, I. (2006). Factores associados à qualidade de vida após menopausa. *Revista Associação Médica Brasil*, 52(5), 312-370.
- Luft, L. (2003). *Perdas e ganhos* (14ª ed). Rio de Janeiro: Record.
- Maldonado, M. T., & Goldin, A. (2004). *Maturidade*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil Ltda.
- McKee, J., & Warber, S. L. (2005). Integrative therapies for menopause. *Southern Medical Journal*, 98(3), 319-326.
- Mankowitz, A. (1987). *A menopausa, tempo de renascimento*. São Paulo: Editora Paulinas.
- Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1997). Women-centered information on menopause for health care providers: finding from the midlife women's health survey. *Health Care for Women International*, 18 (1), 55-72.
- Martin, M. C., Block, J. E., Sanchez, S.D., Amaud, C. D., & Beyene, Y. (1993). Menopausa sem sintomas: a endocrinologia das Índias Maias. *Am Obstetrics and Gynecology*, 168, 1839-1845.
- Margis, R., Cordioli, A. V. (2001). Idade adulta: meia-idade. In Elzirk, C. L., Kapczinski, F., Bassols, M. A. S. *Ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica* (pp.159-67). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Matthews, K. A. (1992). Myths and realities of the menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54, 1-9.
- Mendonça, E. A. P. (2004). *Representações sociais como objetos de práticas educativas na promoção de saúde no climatério-menopausa*. Rio de Janeiro: Fundações Oswaldo Cruz.

- Mishra, V. N., Devanshi, N. M. (2011). Exercise beyond menopause: dos and don'ts. *Journal of Midlife Health. India: Review article*, 2(2), p. 51-56. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296386/?report=reader><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3296386/?report=reader>. Consultado a 12 de Maio de 2012.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de corpo e alma: aspetos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 17(2), 177-187.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Women in body and soul: bio-psicossocial factors in menopause. *Psicol Reflex Crit*, 17:177-87.
- Mori, M. E., Coelho, V. L. D., & Estrella, R. C. N. (2006). Sistema único de saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no distrito federal, Brasil. *Caderno de Saúde Pública, Rio Janeiro*, 22(9), 1825-1833.
- Mosquera, J. J. M. (1978). *Vida adulta: personalidade e desenvolvimento*. Porto Alegre: Sulina.
- Navarro, A. (2003). Fisiologia del climaterio. Cronologia. Fenomenologia. Mecanismo. In Roura, L. *Tratado de Ginecologia, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción* (1ª ed.), pp. 136-147. Madrid: Editora Médica Panamericana, S.A.
- Nelson, D. B., Sammel, M. D., Freeman, E. W., Lin, H., Gracia, C. R., & Schmitz, K. H. (2008). Effect of physical activity on menopausal symptoms among urban women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40, 50-58.
- Néri, A. L. (2003). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In Néri, A. L. (5ª ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 199-345). Campinas: Papirus.

- Néri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In Néri, A. L. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea Editora- SP.
- Neto, J. (2002). *Mulheres no climatérico: nível de informação, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia: Ribeirão Preto.
- Neves-e-Castro, M. (2003). Menopause in crisis postwomen's health initiative? A view based on personal clinical experience. *Human Reproduction*, 18 (12), 2512-2518.
- Northup, C. M. (2006). *A sabedoria da Menopausa*. Lisboa: Estrela Polar.
- Nobre M.R.C., Lemos C.L.N., Domingues R.Z.I., & Gabriades R.H.N. (1994). Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. *Qualimetria*, 6, 56-9.
- North American Menopause Society. (2000). *Basics facts about menopause*. Disponível em <http://www.menopause.org/aboutm/facts.html>. Consultado a 5 de Fevereiro de 2013.
- Obermeyer, C. M., Ghorayeb, F., & Reynolds, R. (1999). Symptom reporting around the menopause in Beirut, Lebanon. *Maturitas*, 33, 249-258.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). Investigaciones sobre la menopausia em los anos noventa. *Serie de Informes Técnicos, Ginebra*, 866.
- Orley, J. (1994). The World Health Organization (WHO) Quality of Life Project. In: Trimble M, Dodson W. *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press, 99-108.

- Palacios, S. (1996). *Climatério y menopausa*. Madrid: Mirpal.
- Parry, B. L. (2010). Optimal management of perimenopausal depression. *International Journal of Womens Health*, 2, 143-151.
- Pedro, A. O., Neto, A. M. P., Paiva, L. H. S., Osis, M. J., & Hardy, E. (2003). Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(1),17-25.
- Pedro, A. O., Pinto-Neto, A. M., Costa-Paiva, L., Osis, M. J., & Hardy, E. (2003). Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 484-90.
- Perls T. T., & Fretts, R. C. (2001). The evolution of menopause and human life span. *Ann Hum Biol*, 28, 237-45.
- Pinkerton, J. V., & Zion, A. S. (2006). Vasomotor symptoms in menopause: where we've been and where we're going. *Journal of Women's Health*, 15(2), 135-145.
- Prétat, J. R. (1997). *Envelhecer: os anos de declínio e a transformação da última fase da vida*. São Paulo: Paulus.
- Ramos, D. (1998). *Vivo a menopausa naturalmente*. São Paulo: Augustus.
- Riff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C., & Singer, B. H. (2006). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychology well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Rogerson, R. J. (1995). Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc. Sci. Med.*, 41(10):1373-82.
- Rozenbaum, H. (1998). Why menopause became a public health problem? *Therapy*, 53(1), 49-59.

- Roura, L. C. (2003). Patologia del climaterio. Sociedade espanola de ginecologia y obstetríciar. *Tratado de Ginecologia, Obstetrícia y Medicina de la reproducción*, 1374-7. Espanha.
- Ryan, R. M., & Deci, E. R. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). The structure of psychological well being revisited. *Journal of Personality and Social Pyschology*, 69, 719-727.
- Santos, L. V. (1995). *Menopausa: construindo uma nova identidade*. São Paulo: departamento de enfermagem. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
- Sanches, M., & Roel, I. (2001). El processo de envejecimiento em la mujer. *Revista Tiempo*, 8, 12-20.
- Sánchez, A. (2003). Patologia del climaterio. Patologia cronológica. In Roura, L. *Tratado de Ginecologia, Obstretrícia y Medicina de la Reproducción* (1ª ed.) (pp. 1374-1382). Madrid: Editora Medica Panamericana, S.A.
- Saletu, B., Brandstätter, N., Metka, M., Stamencovic, M., Anderer, P., Semlitsch, H. V., Heytmanek, G., Huber, J., Grunberger, J., Linzmayer, L., Kurz, C., Decker, K., Binder, G., Knogler, W., & Koll, B. (1996). Hormonal, syndromal and EEG mapping studies in menopausal syndrome patients with and without depressions compared with controls. *Maturitas*, 23, 91-105.
- Sarrel, P. M. (1999). Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 180, 319-324.

- Schering (2005). *Um novo olhar sobre a menopausa*. Disponível em http://www.schering.pt/html/pt80_downloads/gyn_andro/pdf/Livro_Menopausa.pdf. Consultado a 26 de Janeiro de 2013.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 26(1), 15-23.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Siqueira, M. M. M, & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sharee, T. (2012). Til menopause do us part: why are couples seeking divorce after decades of marriage? Disponível em <http://madamenoire.com/205729/til-menopause-do-us-part-why-are-couples-seeking-divorce-after-decades-of-marriage/>. Consultado a 15 de Fevereiro de 2013.
- Skouby, S. O. (2004). Health in the menopause: advances in management. *International Congress Series*, 12(66),151-155.
- Short, M. (2003). Menopause, mood and management. *Climateric*, 6 (2), 33-36.
- Smith, K., & Judd, H. (1994). Menopause e postmenopause. In Decherney, A., & Pernoll, M. *Current Obstetric e Gynecologic Diagnostic e Tratment* (8ª ed.), (pp. 1030-1049). Londres: Prentice Hall International.
- Tamayo, A. (2004). Introdução. Em A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp.11-16). Porto Alegre: Artmed.
- Teoman, N., Ozcan, A., & Acar, B. (2004). The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas*, 47, 71-77.
- The WHOQOL Group. (1994) The development of the WorldHealth Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J., Kuyken,

- W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag, p. 41-60.
- The WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Towey, M., Bundy, C., & Cordingley, L. (2006). Psychological and social interventions in the menopause. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(4), 413-417.
- Umland, E. M. (2008). Treatment strategies for reducing the burden of menopause associated vasomotor symptoms. *Manage Care Pharm*, 14(3), 14-19.
- Varela, P. (2006). *Ansiosa-Mente: chaves para reconhecer e desafiar a ansiedade*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Vigeta, S. M. G., & Brêtas, A. C. P. (2004). A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não de terapia de reposição hormonal. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20(6), 1682-1689.
- Wall, R. (1993). Menopausa. In Frederickson, H., & Wilkins-Haug, L. *Segredos em Ginecologia e Obstetrícia* (pp. 124-129). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.

Wasilewski, B. W. (2004). Homeopathic remedies as placebo alternatives – verification on the example of treatment of menopause-related vegetative and emotional disturbances. *Science and Engineering Ethics*, 10, 179-188.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1067.

World Health Organization (1994). Quality of life - An annotated bibliography disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf (Acedido em 28 Março de 2012).

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Helath Organization*. Geneve: World Heealth Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf. Consultado a 15 de Maio de 2013.

World Health Organization Quality Of Life Assessment Group (1996). *Whats is Quality of Life? World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum*.

World Health Organization (2009). *A snapshot of the Health of Young people in Europe: A report prepared for the European Commission conference on youth Health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf. Consultado a 7 de Junho de 2013.

Ynoguti, C. 2011. Probabilidade, Estatística e Processos Estocásticos. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~marcelo/INE5118.html>. Consultado a 10 em Maio de 2013.

Younus, J., Simpson, I., Collins, A., & Wang, X. (2003). Mind control of menopause.

Women's Health Issues, 13(2), 74-78.

Zahar, S. E. V., Aldrighi, J. M., & Tostes, M. A. (2001). Avaliação da qualidade de vida na menopausa. *Reprod Clim*, 16(3), 163-172.

Anexos

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sócio-Demográfico

Por favor, em cada pergunta, coloque uma cruz (X) no quadrado respectivo.

Em algumas perguntas, agradeço que, para além disso, escreva algumas informações.

Caso se engane, pode riscar e escrever à frente a resposta correcta.

1. Data de Nascimento: ____ (D) / ____ (M) / ____ (A)

2. **Sexo:** () Feminino () Masculino

3. **Idade:** _____ anos

4. **Estado Civil:** 1. Solteiro () 2. Casado(a)/União de facto ()

3. Separado(a)/Divorciado(a) () 4. Viúvo(a) ()

4. **Escolaridade:** Último ano de escolaridade concluído com sucesso _____ anos(s)

1. Ensino Básico (1º ano – 9º ano) ()

2. Ensino Secundário (10º anos – 12º ano) ()

3. Ensino Universitário: 3.1 Bacharelato ()

3.2 1º Ciclo/Licenciatura ()

3.3 2º Ciclo/Mestrado ()

3.4 3º Ciclo/Doutoramento ()

5. **Situação profissional:** 1. Estudante () 2. Empregado(a) () 3. Desempregado(a) ()

4. Reformado(a) () 5. Outra ()

6. **Zona de residência:** 1. Rural () 2. Urbana ()

7. **Tem filhos?**

() Sim. Quantos? _____ (favor completar)

() Não

8. **Com quem mora?**

() Sozinho(a)

() Com o cônjuge

() Com o cônjuge e filhos

() Pais

() Filhos

() Outro(s): _____(favor completar)

9. **Considera que está em menopausa?**

Sim () Não ()

Se sim responda as seguintes questões:

9.1. Que sintomas tem sentido? (Por favor descreva o máximo possível de sintomas)

9.2. Considera que estes sintomas tiveram impacto em alguma área da sua vida?

Sim () Não ()

9.2.1. Se sim em qual (quais)?

9.3. Procurou ajuda médica?

Sim () Não ()

9.3.1 Com que médico?

Médico de Família ()

Ginecologista ()

Unidades de Saúde ()

Outro (Por favor descreva qual)

9.4. Está a fazer alguma medicação para o efeito?

Sim () Não ()

9.4.1. Se sim, qual?

9.5. Considera que esta informada sobre este assunto?

Sim () Não ()

9.6. Qual a sua perceção relativamente à menopausa?

10. Gostaria de estar mais informada sobre a menopausa? Porquê?

11. Fez algum tratamento para a menopausa?

Sim () Não ()

Qual? (Por favor descreva)

Muito Obrigada pela sua disponibilidade e atenção!

Anexo II – EBEP

EBEP*

As afirmações que a seguir se apresentam pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a). Leia cuidadosamente cada uma delas e, em seguida, escolha a resposta que melhor se aplica a si próprio(a). Deverá indicar o número que corresponde ao seu grau de concordância/discordância com cada uma das afirmações, observando as seguintes possibilidades:

1 – Discordo Completamente	4 – Concordo Parcialmente
2 – Discordo em Grande Parte	5 – Concordo em Grande Parte
3 – Discordo Parcialmente	6 – Concordo Completamente

		Resposta (1,2,3,4,5ou6)
1.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	
2.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	
3.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	
4.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	
5.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	
6.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	
7.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	
8.	Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a conseguir fazer tudo o que é preciso fazer.	
9.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	
10.	Sinto que tiro imenso partido das minhas amizades.	
11.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	
12.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	
13.	Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	
14.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	
15.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	
16.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	
17.	Em última análise, olhando para trás, não tenho bem a certeza de que a minha vida tenha valido muito.	
18.	Em muitos aspectos sinto-me desiludido(a) com o que alcancei na vida.	

* Versão Experimental Reduzida (2004) construída a partir das *Scales of Psychological Well-Being* (Ryff, 1989) por Rosa Novo (FPCE-UL), M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

**ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO:
(Versão Reduzida)**

Chave de Cotação

ITENS

- **Autonomia**
Itens Positivos: 1
Itens Negativos: 7; 13

- **Domínio do Meio**
Itens Positivos: 8
Itens Negativos: 2, 14

- **Crescimento Pessoal**
Itens Positivos: 3; 9
Itens Negativos: 15

- **Relações Positivas com os Outros**
Itens Positivos: 10
Itens Negativos: 4; 16

- **Objectivos na Vida**
Itens Positivos: 11
Itens Negativos: 5; 17

- **Aceitação de Si**
Itens Positivos: 6; 12
Itens Negativos: 18

COTAÇÃO

Itens Positivos: atribuir a pontuação directa correspondente à resposta dada

Itens Negativos: inverter a pontuação: 1→6; 2→5; 3→4; 4→3; 5→2; 6→1

Os itens negativos estão assinalados com * na Folha de Cotação

ESCALAS DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO – VERSÃO REDUZIDA

FOLHA DE COTAÇÃO

(*) Itens Negativos: inverter pontuação: 1→6; 2→5; 3→4; 4→3; 5→2; 6→1

Nº Item	Escala 1	Escala 2	Escala 3	Escala 4	Escala 5	Escala 6
1						
2*						
3						
4*						
5*						
6						
7*						
8						
9						
10						
11						
12						
13*						
14*						
15*						
16*						
17*						
18*						
Total	1-	2-	3-	4-	5-	6-

1-Autonomia

2-Domínio do Meio

3-Crescimento Pessoal

4-Relações Positivas

5-Objectivos na Vida

6 Aceitação de Si

BEP Total = (1)____ + (2)____ + (3)____ + (4)____ + (5)____ + (6)____ = _____

Anexo III – WHOQOL

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

Avaliação do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
	1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>
	5 ^o -6 ^o anos	<input type="text"/>
	7 ^o -9 ^o anos	<input type="text"/>
	10 ^o -12 ^o anos	<input type="text"/>
	Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>	

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
	Casado(a)	<input type="text"/>
	União de facto	<input type="text"/>
	Separado(a)	<input type="text"/>
	Divorciado(a)	<input type="text"/>
	Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Avaliação do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

Avaliação do Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5