

Marta Isabel Varajão Correia

**“Conhecimentos e Comportamentos das  
Mulheres Menopáusicas sobre a Menopausa”**



Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2009

Marta Isabel Varajão Correia

**“Conhecimentos e Comportamentos das  
Mulheres Menopáusicas sobre a Menopausa”**



Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2009

Marta Isabel Varajão Correia

**“Conhecimentos e Comportamentos das  
Mulheres Menopáusicas sobre a Menopausa”**

Atesto a originalidade do trabalho

---

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do

grau de Licenciatura em Enfermagem.

---

## **Sumário**

A realização do presente estudo pretendeu indagar os conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa, de modo a contribuir para um melhor esclarecimento destas mulheres e sensibilizar os próprios profissionais para uma melhor efectivação de programas de educação para a saúde acerca desta temática.

Averiguou-se especificamente os seguintes aspectos: o conceito que as mulheres têm relativamente à menopausa; os conhecimentos das mulheres acerca das alterações ocorridas; as alterações adoptadas pelas mulheres no estilo de vida após a menopausa; os exames de rastreio que passaram a efectuar após entrada na menopausa; o profissional e o local onde obtiveram acompanhamento na entrada da menopausa; a importância atribuída pelas mulheres ao acompanhamento efectuado pelo profissional de saúde; a opinião das mulheres relativamente ao acompanhamento de enfermagem na menopausa; as sugestões e/ou críticas das mulheres sobre os serviços de saúde para responder às necessidade de conhecimento e de comportamento acerca da menopausa.

De modo a responder a estes aspectos, optou-se por uma abordagem predominantemente quantitativa descritiva simples, tendo como auxiliar nas questões abertas a abordagem qualitativa. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a uma amostra de 47 mulheres. O tratamento de dados consistiu na análise estatística descritiva para as perguntas fechadas e na análise de conteúdo para as perguntas abertas.

Relativamente aos resultados, realça-se que existem algumas mulheres que ainda não se encontram elucidadas quanto aos aspectos envolventes da menopausa e que 51% das mulheres não alteraram os seus comportamentos de vida.

## **Abstract**

The accomplishment of the present study intended to inquire the information about menopause and behaviours of the women on the menopause, in order to contribute for one better clarification of these women and to sensetize the proper professionals for one better concretion of programs of education for the health concerning this thematic one.

One inquired the following aspects specifically: the concept that the women have relatively to the menopause; the information of the women concerning the occurred alterations; the changes in the life style adoptees for the women after the menopause; the tracing examinations that had started to effect after entered in the menopause; the professional and the place where they had gotten accompaniment in the entrance of the menopause; the importance attributed for the women to the real accompaniment for the health professional; the opinion of the women relatively to the accompaniment of nursing in the menopause; the critical suggestions of the women about the answer of the services of health to the necessity of knowledge and behaviour concerning to the menopause they have been felt.

In order to answer to these aspects, it was opted to a simple descriptive quantitative boarding. The questionnaire was the instrument of harvest of data used, applied to a sample of 47 women. The analysis of data was the descriptive statistic analysis for the closed questions and the analysis of content for the open questions.

Relatively to the results, one ascends that some women are not elucidated about the involving aspects of the menopause and that 51% of the women had not modified their behaviour.

## **Dedicatórias**

Aos meus pais

Deixo aqui o meu enorme agradecimento por toda a luta que tiveram para que realizasse os meus sonhos, por todo o apoio, amor, carinho, e por todas as horas de ajuda em todo o meu trabalho. Foram eles que fizeram de mim o que sou hoje...

A ti... Luís Miguel, o meu amor

Agradeço todo o amor e carinho que me dás, todo o apoio, incentivo e todos os momentos que vivemos nesta já longa caminhada juntos...

Cristina

Minha grande amiga, agradeço-te toda a amizade, todo o apoio e dedicação que tiveste todo este tempo...obrigado por teres estado comigo e de me teres ajudado....

E por fim... a todas as pessoas que sempre me acompanharam durante toda a minha vida, dando-me apoio, abanões, incentivo... apesar de as vezes que nos vemos serem poucas... as que estamos juntas... agradeço...

Não existem palavras para dizer tudo o que sinto por vocês...

Simplesmente...a todos... Muito Obrigada!!!

## Agradecimentos

*Para ser grande, sê inteiro: nada*

*Teu exagera ou exclui.*

*Sê todo em cada coisa. Põe quanto és*

*No mínimo que fazes.*

*Assim em cada lago a lua toda*

*Brilha, porque alta vive*

Ricardo Reis

Aqui deixo o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que me apoiaram durante todo este processo.

De realçar o apoio, disponibilidade e orientação da orientadora Mestre Cláudia Múrias. Que sempre me mostrou o melhor caminho que deveria seguir neste processo.

Queria ainda deixar aqui o agradecimento a todas as mulheres que participaram em todo este processo, sem elas, a realização deste trabalho não era possível.

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>I – Fase Conceptual.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1. Problemática em estudo .....</b>	<b>18</b>
1.1.1. Definição do tema.....	18
1.1.2. Pergunta de partida .....	19
1.1.3. Questões de investigação.....	19
1.1.4. Objectivos.....	20
1.1.4.1. Objectivo geral .....	21
1.1.4.2. Objectivos específicos.....	21
<b>1.2.1. Dos mitos à realidade... ..</b>	<b>22</b>
<b>1.2.2. Menopausa: uma nova fase da vida da mulher .....</b>	<b>25</b>
1.2.3. Principais alterações da deficiência hormonal.....	29
1.2.3.1.2. Insónias.....	30
1.2.3.1.3. Alterações nos tegumentos e cabelo.....	30
1.2.3.1.4. Aumento de peso .....	31
1.2.3.2.2. Risco de Depressão .....	32
1.2.3.2.3. Irritabilidade .....	32
1.2.3.2.4. Falta de clareza de raciocínio .....	32
1.2.3.2.5. Fadiga .....	33
1.2.3.3. Nível Sexual .....	33
1.2.3.3.1. Perda de desejo sexual.....	33
1.2.3.3.2. Secura vaginal .....	34

1.2.3.3.3.	Atrofia vaginal.....	34
1.2.3.3.4.	Irritação vaginal.....	35
1.2.3.4.2.	Risco de Doença Cardiovascular.....	36
1.2.3.4.3.	Risco de Cancro da Mama .....	36
1.2.3.4.4.	Risco de Cancro do Ovário .....	37
1.2.3.4.5.	Risco de Cancro do Útero .....	37
1.2.3.4.6.	Risco de Doença de Alzheimer .....	37
1.2.3.4.7.	Incontinência urinária.....	37
1.2.4.	Comportamentos de saúde e estilos de vida .....	38
1.2.4.1.	Exames .....	40
<b>1.2.5.</b>	<b>Enfermagem...um pilar na vida da mulher.....</b>	<b>43</b>
1.2.5.1.	Cuidados de Saúde Primários .....	43
1.2.5.2.	Arte da enfermagem .....	44
1.2.5.3.	O papel do enfermeiro .....	46
1.2.5.4.	Educação para a Saúde .....	48
1.2.5.5.	Actualidade no acompanhamento na menopausa na zona norte de Portugal .	51
<b>II - Fase metodológica.....</b>		<b>52</b>
2.1.	Tipo de estudo .....	52
2.2.	População/Amostra.....	53
2.3.	Instrumento de colheita de dados .....	54
2.4.	Pré-teste .....	55
2.5.	Previsão e tratamento de dados .....	55
2.6.	Questões éticas de investigação.....	56

<b>III. Fase Empírica .....</b>	<b>58</b>
<b>3.1. Apresentação e Análise dos Resultados .....</b>	<b>58</b>
3.1.1. Caracterização da amostra .....	58
3.1.2. Definição de menopausa pelas mulheres menopáusicas .....	62
3.1.3. Conhecimentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa .....	62
3.1.4. Comportamentos de saúde das mulheres menopáusicas .....	66
3.1.5. Acompanhamento das mulheres menopáusicas na menopausa.....	68
3.1.6. Opinião das Utentes sobre possíveis melhorias nos serviços para colmatarem necessidade sentidas sobre conhecimentos e comportamentos acerca da menopausa..	71
3.2.3. Comportamentos de saúde das mulheres menopáusicas .....	76
<b>Conclusão.....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliografia Principal .....</b>	<b>81</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>88</b>
<b>Apêndice I – Consentimento Informado realizado pela investigadora.....</b>	<b>89</b>
<b>Apêndice II – Questionário .....</b>	<b>91</b>
<b>Apêndice III – Cronograma de actividades.....</b>	<b>98</b>
<b>Apêndice IV – Listagem de Consultas de Menopausa em Portugal.....</b>	<b>100</b>

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Idade .....	58
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Estado Civil .....	59
<b>Gráfico 3:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o número de filhos	59
<b>Gráfico 4:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Grau de Escolaridade.....	60
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Profissão .....	60
<b>Gráfico 6:</b> Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Freguesia de Residência.....	61
<b>Gráfico 7:</b> Distribuição dos dados relativos aos utentes de acordo com a idade de entrada na menopausa. ....	61
<b>Gráfico 8:</b> Gráfico de dados em relação à definição que as mulheres têm de menopausa....	62
<b>Gráfico 9:</b> Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres às alterações a nível físico na menopausa.....	62
<b>Gráfico 10:</b> Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível físico na menopausa.....	63
<b>Gráfico 11:</b> Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível psicológico na menopausa .....	63
<b>Gráfico 12:</b> Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível psicológico na menopausa .....	64
<b>Gráfico 13:</b> Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível metabólico na menopausa .....	64
<b>Gráfico 14:</b> Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível metabólico na menopausa .....	65
<b>Gráfico 15:</b> Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível sexual na menopausa.....	65
<b>Gráfico 16:</b> Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível sexual na menopausa.....	66
<b>Gráfico 17:</b> Gráfico de dados relativos à mudança de comportamentos das mulheres após entrada na menopausa .....	66
<b>Gráfico 18:</b> Gráfico de dados relativos aos comportamentos que as mulheres alteraram na entrada na menopausa .....	67

<b>Gráfico 19:</b> Gráfico de dados relativos às fontes de informação das alterações no comportamento de vida.....	67
<b>Gráfico20:</b> Gráfico de dados relativos aos exames de rastreio que passaram a realizar na menopausa.....	68
<b>Gráfico 21:</b> Gráfico de dados relativos ao acompanhamento das mulheres .....	68
<b>Gráfico 22:</b> Gráfico de dados relativo ao profissional de saúde que acompanhou a entrada na menopausa.....	69
<b>Gráfico 23:</b> Gráfico de dados relativo ao profissional de saúde e local onde as mulheres foram acompanhadas na entrada da menopausa .....	69
<b>Gráfico 24:</b> Importância acompanhamento.....	70
<b>Gráfico 25:</b> Gráficos de dados relativo aos motivos de as mulheres acharem importante o acompanhamento .....	70
<b>Gráfico 26:</b> Gráfico de dados relativo à importância do acompanhamento por parte de Enfermagem.....	70
<b>Gráfico 27:</b> Gráfico de dados relativos ao motivo da importância de Enfermagem como acompanhamento .....	71

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Análise de conteúdo referente ao modo como se sentiram as mulheres na entrada na menopausa.....	72
<b>Quadro 2:</b> Análise de conteúdo referente a sugestões para melhorar o acompanhamento das mulheres na menopausa.....	73
<b>Quadro 3:</b> Análise de conteúdo referente a críticas para melhorar o acompanhamento das mulheres na menopausa .....	74

## **Abreviaturas e Siglas**

**EOE:** Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

**EPS:** Educação para a Saúde

**FSH:** Hormona folículo-estimulante

**LH:** Hormona luteinizante

**OE:** Ordem dos Enfermeiros

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**p.:** Página

**REPE:** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SNS:** Sistema Nacional de Saúde

**THS:** Terapia Hormonal de Substituição

**UNICEF:** United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

## **Introdução**

Este trabalho monográfico surge no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, com a finalidade de obter-se o Grau de Licenciatura, emitido pela Universidade Fernando Pessoa, Unidade de Ponte de Lima.

A elaboração desta monografia foi efectuada, por uma lado, com base na motivação da investigadora, pois a redacção deste trabalho simboliza o fim do curso e o ingresso no mundo do trabalho e, por outro, sustentou-se nos objectivos académicos, os quais se relacionam, essencialmente, com a aplicação de conhecimentos teóricos apreendidos e o desenvolvimento de competências e saberes ao nível da investigação científica.

Conscientes da importância da procura de qualidade na prestação de cuidados de saúde, considerou-se pertinente abordar a temática “**Conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa**”.

A menopausa é o período da vida da mulher caracterizado pelo cessar da actividade menstrual, significando também o fim da idade reprodutiva. Devido às alterações hormonais que lhe estão associadas, dá-se sucessão a um conjunto de transformações físicas e psicológicas para às quais ainda há muita falta de informação e conhecimentos. Muitas mulheres sentem-se desorientadas nesta fase da vida e enquanto que umas aceitam com naturalidade estas mudanças, outras devido à sua própria personalidade sentem bastantes dificuldades em adaptar-se a esta nova realidade. Considera-se assim pertinente abordar este assunto, de modo a contribuir para um melhor esclarecimento destas mulheres e sensibilizar os próprios profissionais para uma melhor efectivação de programas de educação para a saúde acerca desta temática.

Assim sendo, o presente estudo tem como objectivo geral, conhecer os conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa. Como objectivos específicos, verificar qual o conceito que as mulheres têm relativamente à menopausa; saber quais os conhecimentos das mulheres acerca das alterações ocorridas na menopausa; aferir quais as alterações adoptadas pelas mulheres no estilo de vida após a menopausa; saber quais os exames de rastreio que as mulheres efectuaram após entrada na menopausa; identificar o profissional de saúde que acompanhou a mulher na entrada da menopausa; identificar o local onde as mulheres se dirigem para receber o

acompanhamento na entrada na menopausa; saber qual a importância atribuída pelas mulheres ao acompanhamento efectuado pelo profissional de saúde após entrada na menopausa; conhecer a opinião das mulheres relativamente ao acompanhamento de enfermagem na menopausa; identificar sugestões e/ou críticas referidas pelas mulheres para responder às necessidades de conhecimento e de comportamento acerca da menopausa.

Tendo em conta as características do estudo a realizar, optou-se predominantemente por uma metodologia quantitativa descritiva simples, e para as questões abertas foi utilizada a metodologia qualitativa. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, com perguntas abertas e fechadas (para a análise das primeiras foi utilizada a análise descritiva e para as segundas a análise de conteúdo), que foi aplicado a uma amostra de 47 elementos da população-alvo. A população em questão, eram mulheres entre os 45 e os 64 anos de idade que se encontrassem na menopausa, e que fossem residentes de Viana do Castelo. Para obter a amostra em questão foi utilizado o processo de amostragem não aleatório, acidental e intencional.

Relativamente aos resultados, realça-se que existem algumas mulheres que ainda não se encontram elucidadas quanto aos aspectos envolventes da menopausa e que 51% das mulheres não alteraram os seus comportamentos de vida

Ao longo do todo o percurso da investigação foram sentidas algumas dificuldades, designadamente, no referente ao tempo e prazos académicos determinados, não permitindo que tudo corresse da forma planeada, havendo, por isso, necessidade de reconstruir os planos iniciais.

Após estas breves reflexões, irá ser dada apresentação do trabalho de investigação propriamente dito, esperando que este promova nos leitores um crescente interesse pelo tema abordado, assim como, dê resposta aos objectivos preconizados.

Este trabalho está dividido em sete partes: a introdução, a fase conceptual, a fase metodológica, a fase empírica, a conclusão, a bibliografia e, por fim os anexos.

Na introdução, contextualiza-se a menopausa, caracteriza-se a sua sintomatologia e algumas das consequências, comportamentos e exames associados a esta etapa da vida,

bem como o papel que a Enfermagem pode ter na prevenção e educação para a saúde da mulher.

Na parte metodológica descreve-se os procedimentos desenvolvidos na realização deste estudo: definição da população e amostra, construção do instrumento de colheita de dados e selecção de tratamentos estatísticos de dados.

Na parte empírica, apresenta-se e discute-se os principais os resultados encontrados.

Na conclusão, apresentam-se sugestões de melhoria a aplicar aos cuidados de saúde primários e à educação para a saúde da mulher.

## I – Fase Conceptual

### 1.1. Problemática em estudo

O ponto de partida numa investigação consiste na situação que o investigador pretende analisar, e daí uma melhor explicação e compreensão do mesmo. Tal como refere Markoni e Lakatos (2007, p. 26), “o problema é uma dificuldade, teórica e prática, no conhecimento de alguma coisa de real importância, para a qual se deve encontrar uma solução.”

Neste âmbito, o investigador necessita de formular um conjunto de métodos que o levem a atingir os objectivos traçados para o seu estudo. De facto, segundo Trujiet (*cit. in* Lakatos *et al.*, 1991),

“ (...) os métodos constituem os instrumentos válidos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objectivos”.

Deste modo, para dar continuação à apresentação da problemática em estudo, irá ser definido o tema da presente investigação, as subsequentes questões, bem como os objectivos a ela inerentes.

#### 1.1.1. Definição do tema

Segundo Hill e Hill (2000, pp. 22-25), a partir de observações e de experiências pessoais pode-se escolher um tema ou domínio de investigação, isto é, pode existir uma curiosidade que incita a estudar um fenómeno em particular.

Em consonância, Markoni e Lakatos (2007, p. 25) referem que o

“ (...) tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar. O trabalho de definir adequadamente um tema pode, inclusive, perdurar por toda a pesquisa. Nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

Assim, para o presente trabalho monográfico, considerou-se pertinente realizar um estudo acerca dos **“Conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa”**.

A escolha desta temática fundamentou-se, principalmente, nas preferências pessoais da investigadora, dado o seu crescente interesse por este mundo tão fascinante de que faz parte a prestação de cuidados na área da saúde da mulher. Na verdade, a menopausa é o período da vida da mulher caracterizado pelo cessar da actividade menstrual, significando também o fim da idade reprodutiva. Devido às alterações hormonais que lhe estão associadas, vão suceder-se um conjunto de transformações físicas, psicológicas, metabólicas e sexuais para as quais, actualmente, a informação e conhecimentos das mulheres se encontra num nível ainda precário. Na realidade, o que se verifica prende-se com o facto de as mulheres se sentirem desorientadas nesta fase da vida, enquanto umas aceitam, com naturalidade estas mudanças, outras, devido à sua própria personalidade, sentem bastantes dificuldades em adaptar-se a esta nova realidade, uma vez que encaram esta fase como um tabu para a sociedade. Considera-se, assim, pertinente abordar este assunto, de modo a contribuir para um melhor esclarecimento destas mulheres e sensibilizar os próprios profissionais para uma melhor efectivação de programas de EPS acerca desta temática.

#### 1.1.2. Pergunta de partida

Após delineado o tema em investigação, reveste-se de extrema importância, neste momento, formular a pergunta de partida, pois é através desta que o investigador irá expressar todo o trabalho de investigação, isto é, elucidar claramente o que se procura analisar e compreender sobre a temática em estudo. No entanto, este deve ter em mente que deverá obedecer, sempre, a critérios de clareza, exequibilidade e pertinência (Quivy *et al.*, 2008, p. 34).

Deste modo, para o presente estudo delineou-se a seguinte pergunta de partida: **“Quais os conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa?”**.

#### 1.1.3. Questões de investigação

“As questões de investigação são, em alguns casos, a reformulação directa das declarações de finalidade, elaboradas interrogativamente a não como uma declaração.” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p.109).

Como tal, de forma a responder ao tema de investigação, foram traçadas as seguintes questões de investigação:

- Qual o conceito que as mulheres têm relativamente à menopausa?
- Quais os conhecimentos das mulheres acerca das alterações ocorridas na menopausa?
- Quais as alterações de estilo de vida que as mulheres adoptaram após a menopausa?
- Quais os exames de rastreio efectuados após a menopausa?
- Quais os profissionais de saúde que acompanharam a mulher após a menopausa?
- Qual o local onde as mulheres se dirigiram para receber o acompanhamento na entrada na menopausa?
- Qual a importância atribuída pelas mulheres ao acompanhamento efectuado pelo profissional de saúde?
- Qual a opinião das mulheres relativamente ao acompanhamento de enfermagem nesta fase?
- Quais as sugestões e/ou críticas referidas pelas mulheres para melhorar os conhecimentos e comportamentos acerca da menopausa?

#### 1.1.4. Objectivos

Para dar continuidade à execução do processo de investigação, e uma vez formuladas as questões, é fundamental definir os objectivos de estudo pois, de acordo com Ribeiro (1999, p. 24), estes “ (...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação”, ou seja, são os resultados específicos que se pretende obter com a realização do estudo.

#### 1.1.4.1. Objectivo geral

Por conseguinte, estabeleceu-se o seguinte objectivo geral:

- Indagar os conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa.

#### 1.1.4.2. Objectivos específicos

- Os objectivos específicos deste estudo definem-se por:
- Identificar o conceito que as mulheres têm relativamente à menopausa;
- Descrever os conhecimentos das mulheres acerca das alterações ocorridas na menopausa;
- Aferir as alterações adoptadas pelas mulheres no estilo de vida após a menopausa;
- Identificar os exames de rastreio que as mulheres efectuaram após entrada na menopausa;
- Identificar o profissional de saúde que acompanhou a mulher na entrada da menopausa;
- Identificar o local onde as mulheres se dirigiram para receber o acompanhamento na entrada na menopausa;
- Aferir a importância atribuída pelas mulheres ao acompanhamento efectuado pelo profissional de saúde após entrada na menopausa;
- Conhecer a opinião das mulheres relativamente ao acompanhamento de enfermagem na menopausa;

- Auscultar sugestões e/ou críticas referidas pelas mulheres para melhorar os conhecimentos e comportamentos acerca da menopausa.

## 1.2. Enquadramento teórico

### 1.2.1. Dos mitos à realidade...

De forma a compreender melhor o “peso” que a menopausa tem para algumas mulheres e para a sociedade começa-se por recuar um pouco no passado para reflectir sobre o lugar da mulher na sociedade.

Segundo Poeschl, Múrias, Costa e Silva (2001/2002) os ofícios distintos que existem entre os homens e mulheres estão relacionados com os papéis sociais que estes assumiram ao longo dos tempos. Esta diferenciação iniciou-se com a necessidade de articulação entre a família e outros factores sociais, por exemplo os meios de produção industrializados.

A partir do séc. XIX, a implementação do trabalho levou à sua divisão por sexos: sendo que os homens passaram a dedicar-se ao trabalho fora de casa e as mulheres ao cuidado e educação dos filhos (Poeschl, Múrias, Costa e Silva, 2001/2002, p. 77). Indo ao encontro do que refere Pinto (2000) a posição social da mulher naquele tempo era circunscrito ao ambiente familiar e ao trabalho doméstico, actividade económica e socialmente desvalorizada, que tornou a posição da mulher “atrás do homem” para o apoiar e criar os seus filhos.

As mulheres foram colocadas de parte pela sociedade, pois eram educadas para casar, ter filhos, e educar o cidadão de amanhã, o que correspondia ao que a Igreja, médicos e juristas preconizavam (Fernandes e Narchi, 2007, p.6). Deste modo, como refere Poeschl, Múrias, Costa e Silva (2001/2002) mesmo com a evolução dos tempos ainda existe a visão da mulher ligada directamente aos cuidados e educação dos filhos, sendo ainda atribuída nos dias de hoje, a responsabilidade na organização do lar. O corpo da mulher era, então, “ (...) visto apenas sob a óptica da reprodução, e a maternidade torna-se o principal atributo” (Fernandes e Narchi, 2007, p. 6 e 7).

Foi a partir da mobilização das próprias mulheres que a preocupação com a saúde da mulher teve o seu impulso. Principalmente por meio dos movimentos feministas que passaram a exigir decisões governamentais referentes ao acesso e aos processos de saúde (Fernandes e Narchi, 2007, pp. 92 e 93).

Ao longo do tempo, nas sociedades ocidentais a mulher entrou no mercado de trabalho sem desincumbir-se do seu lar e dos cuidados com os filhos, passando assim a apresentar problemas de saúde ocupacionais que eram apenas dos homens, tornando necessária a revisão e ampliação dos programas governamentais para além do ciclo gravídico - puerperal (Fernandes e Narchi, 2007, pp. 92 e 93).

Porém, os valores e crenças da nossa cultura continuam a valorizar muito a fecundidade das mulheres: tornar-se “sementes de sabedoria” é algo pouco feminino. Deste modo, a experiência do envelhecimento é encarada pejorativamente, determinada por crenças de inutilidade social. Este preconceito em relação à idade, leva a muitas mulheres não acreditarem na sua capacidade de se manterem fortes, atraentes e vitais ao longo de toda a vida, passando a esperar que o seu corpo e mente se deteriore com a idade. A sociedade cria colectivamente um padrão de pensamentos, comportamentos e receios de carga muito negativa sobre o envelhecimento físico feminino (Northrup, 2000, p.442).

Desta forma torna-se evidente que na sociedade ocidental, a menopausa esteja rodeada de diversos mitos, bem como de informação errada ou insuficiente (DeLorey cit. in Figueiras, 1994). Se a menopausa é muitas vezes mal vivida, é porque representa, para certas mulheres, o símbolo do envelhecimento e, para outras, um luto. O único luto que a menopausa lhe traz é o da maternidade, não o da feminilidade (Kervasdoué, 2002, p. 425).

Dependendo do grau do seu sucesso sentido na vida, a mulher pode encontrar-se numa crise que não é tanto fisiológica, mas de desenvolvimento. A menopausa confronta cada mulher com o desconhecido. A forma como lida com a menopausa vai afectar-lhe a saúde a todos os níveis (Northrup, 2000, p. 443). Com ou sem o auxílio das hormonas, toda a mulher beneficiará se entrar na menopausa de forma consciente, pronta a recolher os dons disponíveis nesta fase da vida (Northrup, 2000, pp. 482 e 483).

Segundo Slayton, a menopausa quando compreendida e apoiada fornece às mulheres o nível seguinte de iniciação ao poder pessoal, porém como parte do tabu menstrual que ainda perdura na nossa cultura a voz da mulher menopáusicas é tímida ou negada (Northrup, 2000, p. 442). Provavelmente por ser uma passagem silenciosa, a menopausa não recebe a mesma atenção que é atribuída às demais etapas. Na maioria das vezes, a mulher aprende que o seu corpo é algo íntimo e que as discussões sobre ele são tão íntimas quanto suas partes.

Segundo Doan (*cit. in* Lázaro, 2003, p. 516), as mulheres que carecem de informação sobre este período são as mais susceptíveis aos mitos que a rodeiam. O que deveria ser uma mudança natural entre a fase reprodutora e a segunda metade da vida tornou-se, devido ao desconhecimento e à falta de informação, numa situação traumática e difícil para muitas mulheres.

A crença de que distúrbios do comportamento estariam relacionados a manifestações do tracto reprodutivo feminino, embora muito antiga, persistiu nos nossos tempos. Essa crença não é totalmente contraditória. De facto, há razões para associar os anos do meio da vida a experiências negativas: aparecimento de uma doença ou limitação grave do marido, parente ou amigo; reforma; necessidade de auxiliar parentes idosos; saída dos filhos de casa. Portanto, não é surpresa que o evento da meia-idade, a menopausa, seja associada a ideias negativas (Speroff *et al.*, 1995, p. 611).

Em geral, a menopausa é muitas vezes vista pela comunidade médica como um acontecimento negativo na vida das mulheres (Avis e Mckinlay *cit. in* Figueiras, 1994). Deutsch (*cit. in* Figueiras, 1994) referiu-se à perda de capacidade reprodutiva como uma morte parcial.

Contudo, a menopausa apresenta diferentes significados sendo a resposta a este acontecimento condicionada pelo contexto cultural em que as mulheres se encontram (Figueiras, 1994). Nalgumas sociedades não ocidentais, a mulher na menopausa tem um estatuto social elevado. Por exemplo, no Rajastão (Índia), as mulheres que já passaram pela menopausa podem sair dos aposentos femininos e juntar-se aos homens para beber e conversar; no Qamant (Etiópia), uma mulher que já tenha atingido a menopausa pode pisar solo sagrado e participar noutros rituais; segundo a cultura tradicional da tribo Cree,

uma mulher que já tenha passado pela menopausa pode exercer poderes xamanísticos e desempenhar uma função directa em cerimónias religiosas (Clark, 2005, p. 6).

Assim, e de acordo com a OMS (1996), a menopausa tem implicações diferentes para as mulheres de uma sociedade desenvolvida e para outras de uma sociedade em vias de desenvolvimento, diferenciando-se segundo as condições de vida das mulheres e o seu acesso aos cuidados de saúde.

### 1.2.2. Menopausa: uma nova fase da vida da mulher

A menopausa é uma das fases da vida da mulher que não pode ser evitada, portanto torna-se essencial para a mulher adquirir o máximo de informação sobre esta etapa da vida. Desta forma, antes de abordar propriamente a menopausa e as suas consequências, é importante clarificar alguns conceitos relativamente ao ciclo menstrual da mulher.

De facto, o ciclo menstrual diz respeito a um

“conjunto de modificações periódicas (com intervalos de 24 a 28 dias) das mucosas uterina e vaginal, que ocorrem depois da puberdade até à menopausa e que são devidas à secreção de hormonas ováricas.” (Manuila, *et al.*, 2004, p.136).

Este ciclo encontra-se dividido em três grandes fases sucessivas. A primeira, a fase folicular, que se inicia no primeiro dia do ciclo até à ovulação, na qual ocorre proliferação do endométrio, desenvolvimento folicular, sob a acção da hormona foliculo-estimulante (FSH), e produção de estrogénio pelo folículo maduro. A segunda fase, corresponde à fase de ovulação, na qual o óvulo maduro se destaca do ovário e segue para a Trompa de Falópio. Por último, o ciclo cessa com a fase luteínica, que começa com a ovulação e vai até à menstruação. Nesta fase é produzida grande quantidade de progesterona sob a acção da hormona LH, que é uma hormona luteinizante, são secretados nutrientes pelas glândulas do endométrio e dá-se a formação do corpo lúteo (Carvalho, 2004, p.30).

O que acaba de ser mencionado não se verifica em todas as idades, na verdade, entre os 40 e 50 anos amadurecem centenas de folículos, enquanto milhares de outros simplesmente se degeneram, assim como baixam os níveis de produção de estrogénio e progesterona. Em consequência o ciclo menstrual torna-se irregular ou cessa por completo, dando origem à menopausa (Engelman *et al.*, 1989, p.85).

Numa primeira instância, torna-se necessário fazer uma distinção e uma clarificação acerca de dois termos, errada e frequentemente utilizados como sinónimos, e que encerram em si significações distintas: primeiramente iremos abordar o climatério e seguidamente a menopausa.

Segundo Currie (2007, p. 16) o climatério refere-se ao período em que se iniciam mudanças a nível hormonal até à paragem das menstruações, ou seja, é nesta fase que ocorre um conjunto de alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pela diminuição das hormonas. Esta é então a fase natural da vida da mulher em que se dá a transição do período fértil para o não fértil e que poderá persistir por cerca de 12 a 18 meses (Phipps *et al.*, *cit. in* Ramos e Gomes, 2005, p. 105). É durante este período que acontece a última menstruação, denominada menopausa, que apenas pode ser reconhecida um ano após a sua ausência.

De facto, a menopausa refere-se ao cessar da menstruação – derivando o termo do grego *meno* (mês, menstruo) e *pausis* (pausa). Este é um processo natural que é conhecido pelas mulheres como a «mudança de vida» (Northrup, 2000, p. 437).

A menopausa é a fase da vida da mulher em que a sua capacidade de reproduzir pára. Os ovários cessam a sua função, produzindo apenas algumas hormonas. (OMS, 1996, p. 2) Considera-se então que uma mulher se encontra na menopausa quando não é menstruada há cerca de um ano, sem engravidar, e sem sofrer de alguma doença que possa causar falha na menstruação (Vigué, 2007, p.35). Ou seja, tal como refere Ventura *et al.* (2003, p. 521) “a menopausa é diagnosticada após doze meses de amenorreia resultante da cessação permanente da função ovárica”.

O comité científico OMS recomenda as seguintes definições, segundo as etapas por que passa a mulher ao longo da sua vida:

- Menopausa: cessar permanente das menstruações, que resulta da perda de actividade folicular ovárica. É a última menstruação ocorrendo aproximadamente por volta dos 50 anos em média (+/- 5 anos) confirmando-se por um ano de amenorreia;

- Peri – menopausa: inclui o período imediatamente anterior à menopausa (quando se iniciam as manifestações a nível endocrinológico, biológico e clínico indicativas de que se aproxima a menopausa) e, como mínimo, o primeiro ano seguinte da mesma;
- Pré – menopausa: o termo é usado de forma ambígua, bem para referir-se ao ano aos dois anos que precedem imediatamente a menopausa, ou para referir-se à totalidade do período fértil anterior à menopausa;
- Pós – menopausa: refere-se ao período que começa a partir da menopausa, se bem que este momento não se pode determinar até que se tenha observado doze meses de amenorreia espontânea

(Luque *et al.*, 2006, p. 68).

A idade média do início da menopausa, que ocorre segundo Badalotti (1994, p. 95), normalmente entre os 45 e os 55 anos, não se tem vindo a alterar no decorrer deste último século. Indo ao encontro do referido pela OMS “ (...) menopausa natural tem lugar entre as idades de 45 e 55 anos”. No entanto a idade exacta da menopausa é inexacta, esta sobrevém entre os 45 e os 55 anos, considerando-se, em média, entre os 51 e os 52 anos. Actualmente nos países ocidentais, a sua instalação é mais tardia do que no século passado (Kervasdoué, 2002, p. 428).

Todavia, tal como argumentam vários autores, entre eles, Kervasdoué (2002, p. 429) e Nortrup (2000, p.453) e, em consonância com o anteriormente mencionado, a idade da entrada da menopausa não é precisa pois ela pode ocorrer muito mais cedo ou mais tarde do expectável.

Por conseguinte, existem várias denominações, tais como a menopausa artificial – que pode ocorrer devido a uma histerectomia com remoção dos ovários ou salpingooforectomia bilateral (remoção das trompas e dos ovários) – resulta em menopausa instantânea nas mulheres pré-menopáusicas, é muito diferente da menopausa fisiológica natural e deve ser tratada de forma diferente.

Existe também a menopausa precoce que se define como o enfraquecimento ovárico definitivo que sobrevém numa mulher com menos de 40 anos. Manifesta-se pela cessação das regras, sinais clínicos de carência estrogénica como os afrontamentos e uma taxa

elevada de gonadotrofinas hipofisárias no sangue. As causas são muito variadas e nem sempre são identificáveis. Algumas são evidentes, como um tratamento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia, ou ainda uma doença infecciosa como a papeira; outras são mais difíceis de descobrir: pode tratar-se de uma anomalia genética dos ovários ou de uma doença auto-imune que os destruiu.

Por último, a menopausa tardia que ocorre a partir dos 55 anos. Atinge mais particularmente as mulheres que apresentavam um excesso de peso importante, aquelas cuja última gravidez foi tardia, e as que têm fibromas. Estas mulheres parecem correr um risco acrescido de cancro da mama, e sobretudo do endométrio; por outro lado, estão menos expostas à osteoporose. Torna-se necessária uma vigilância regular ao mínimo sinal de peri-menopausa.

Se por um lado, há factores que exercem uma influência real sobre a idade de ocorrência da menopausa, como a hereditariedade, o uso de contraceptivos orais, o tabagismo, pois a nicotina exerce uma acção desfavorável nos centros nervosos superiores, na ocorrência no hipotálamo; outras situações há que, não passando de meras hipóteses ainda por comprovar, estão associadas ao desencadear da menopausa, como certas doenças ou uma má alimentação, uma última gravidez depois dos trinta anos, um número elevado de filhos ou ainda o estatuto de dona de casa (Kervasdoué, 2002, pp. 428 e 429).

Com a geração do baby boom, que se seguiu à Segunda Grande Guerra, a chegar à idade da menopausa, espera-se que a população no climatério aumente em 3,5 milhões em meados da próxima década (Northrup, 2000, p. 437). Acrescido do aumento significativo da esperança média de vida, que nos dias que correm chega aos 80 anos, faz com que cada vez um maior número de mulheres passe mais de 1/3 da sua vida na menopausa (Badalotti, 1994, p. 95).

Das mulheres que entram na menopausa cerca de 20% apresenta-se assintomática, mas outras experimentam sintomas desagradáveis causados pela descida dos níveis de estrogénio (tais como perda de desejo sexual, insónias, suores nocturnos, entre outros). Estes começam muitas vezes antes do cessar da menstruação e continuam durante alguns anos depois da menopausa (Brochie, 1989, p. 43).

Assim, torna-se de extrema importância que estas mulheres tenham conhecimento sobre todo o processo e tudo que pode ocorrer durante este, de forma a conhecerem as atitudes que podem desenvolver para atenuar os sintomas que podem ocorrer. Para Doran e Parot (2001, p.160) conhecimento consiste no “processo que coloca o sujeito em relação com o mundo e o resultado desse processo”. Os autores supracitados citam ainda Piaget que se referia ao conhecimento como a passagem progressiva do exógeno para o endógeno, ou seja, o mundo não é totalmente conhecido, só o é caso tenha sido construído pelo próprio sujeito.

### 1.2.3. Principais alterações da deficiência hormonal

A intensidade e a frequência de sintomas desconfortáveis variam segundo o indivíduo e o episódio. Os dois sintomas mais vulgarmente referidos são os afrontamentos e a vaginite atrófica. Outros problemas que podem estar associados à menopausa incluem osteoporose, maior risco de doença cardiovascular, alterações da pele, perturbações do sono, diminuição da libido, e dificuldades psicológicas (Wasaha e Angelopoulos, 1996, p.301).

#### 1.2.3.1. Nível Físico

##### 1.2.3.1.1. Afrontamentos e suores nocturnos

A vasodilatação generalizada ocorre em todo o corpo, e a temperatura cutânea sobe. Tal pode verificar-se com o aparecimento das ondas de calor que constituem um problema clássico bem conhecido, afectando 60-85% das mulheres menopáusicas. Ondas de calor e suores são sintomas vasomotores e variam, tanto em intensidade como em duração; para muitas mulheres, estes sintomas ocorrem ocasionalmente e não lhes causam muito desconforto, mas, para cerca de 20%, podem ser severas e causam uma interferência significativa no seu trabalho, sono e qualidade de vida. As mulheres são afectadas pelos sintomas vasomotores em média por cerca de dois anos, mas em cerca de 10%, os sintomas continuam por mais de 15 anos. Durante as ondas de calor, a parte superior do corpo, braços e face ficam quentes, a pele fica ruborizada e podem ocorrer suores (Currie, 2007, pp. 31 e 32).

Normalmente, existe um padrão diário de aumento e diminuição da temperatura corpórea, sendo mais baixa cerca das três horas da manhã, e mais altas no começo do entardecer. Estas pequenas mudanças geralmente não são notadas, mas as mulheres na menopausa podem sentir mais intensamente estas diferenças de temperatura. Para tentar arrefecer o corpo, ocorrem diversas reacções químicas, provocando vasodilatação com dissipação de calor através das glândulas sudoríferas (Currie, 2007, pp. 31 e 32).

A nível hormonal, os afrontamentos parecem ser uma manifestação da instabilidade do controlo hipotalâmico dos mecanismos da regularização do calor que ocorrem pela retirada do estrogénio. O mecanismo que está na origem dos afrontamentos ainda não está esclarecido; no entanto, existem algumas hipóteses evocadas como o excesso de gonadotrofinas hipofisárias (as taxas de FSH e LH no sangue aumentam claramente depois da menopausa), resultante dos esforços desesperados da hipófise para forçar a inércia dos ovários que já não segregam hormonas. Este fenómeno é, portanto, muito complexo, uma vez que testemunha uma desordem ao nível das trocas entre o hipotálamo, verdadeiro centro de comando do sistema hormonal e de regulação da temperatura, e as aminas cerebrais como a Dopamina e a Noradrenalina (Kervasdoué, 2002, pp. 433 e 434).

Os afrontamentos costumam desaparecer ao fim, mais ou menos, de um ano após a última menstruação. Parece haver um certo nível de estrogénio no sangue que provoca afrontamentos, pois acima ou abaixo desse nível eles não se dão. Esse nível é específico de cada pessoa, dado que varia de mulher para mulher (Pardal, 1995, p. 9).

#### 1.2.3.1.2. Insónias

Insónia ou sono interrompido podem ser parcialmente devidos aos suores nocturnos, e o controle destes pode levar a uma melhoria do padrão do sono. Contudo, a insónia também tem sido referida como um sintoma da menopausa, independente da presença de mudanças de temperatura, e pode começar alguns anos antes da menopausa (Currie, 2007, p. 33).

#### 1.2.3.1.3. Alterações nos tegumentos e cabelo

Outros sintomas tardios da menopausa incluem efeitos devidos às mudanças na produção de colagénio, uma proteína encontrada na pele, cabelo, unhas e tendões. O afinamento do

cabelo, a secura e o crescimento dos pêlos indesejáveis podem ser explicados pela falta de estrogénio e pelo excesso relativo de androgénio na menopausa. No entanto, a queda de cabelo pode estar mais relacionada com a idade do que com a deficiência hormonal e, nesta situação, a resposta de THS ainda não está clara. A deficiência de ferro e os problemas de tiróide também podem levar à queda de cabelo, bem como o stress (Currie, 2007, p. 39).

A produção de colagénio é afectada pela diminuição dos níveis de estrogénio; a pele torna-se mais seca, mais fina, menos elástica, mais propensa a lesões e a parestesias. Calcula-se que aproximadamente 30% do colagénio da pele é perdido durante os primeiros cinco anos após a menopausa, e depois o declínio diminui para 20% ao ano. Por muitos anos, pensava-se que um dos benefícios da THS era atrasar os efeitos do envelhecimento da pele. No entanto, este tratamento ainda gera controvérsias (Currie, 2007, p. 40).

#### 1.2.3.1.4. Aumento de peso

Durante a menopausa, existe uma tendência para aumentar de peso, os níveis de hormonais mudam, reduzindo a velocidade da taxa de metabolismo. Tal deve-se ainda ao facto de os centros do apetite e da saciedade se situarem no hipotálamo, perto dos que regulam a função ovárica. Mais do que anteriormente as gorduras vão sendo armazenadas, e muitas mulheres tanto ganham peso como mudam a forma do corpo. As causas são muito variadas e, muitas vezes, evidentes: a idade, a redução da massa magra, o aumento da massa gorda, uma predisposição genética pessoal, o ambiente familiar e socioprofissional e o stress (Kervasdoué, 2002, p. 435 e Currie, 2007, p.34).

#### 1.2.3.2. Nível Psicológico

##### 1.2.3.2.1. Alterações de humor

As alterações de humor poderão ser, na opinião de Martí (*cit. in* Ramos e Gomes, 2005,p.151), o resultado das alterações hormonais decorrentes da menopausa.

Embora algumas destas alterações possam ser devidas aos efeitos psicossociais da mudança de papel e do estilo de vida que acompanha o processo de envelhecimento das

mulheres, há, no entanto, razões para crer que sejam uma resultante directa das perturbações do sono, causadas pelos afrontamentos. As mudanças de humor, nas mulheres em peri-menopausa, também podem ser causadas pela diminuição do estrogénio no sangue, que vai afectar directamente os neurotransmissores que regulam o humor, o apetite, o sono e a percepção da dor (Wasaha e Angelopoulos, 1996, p.302).

#### 1.2.3.2.2. Risco de Depressão

A tendência para a depressão e os sentimentos de inutilidade são frequentes, particularmente nas mulheres que valorizam muito o seu papel maternal (Phipps *et al.*, *cit. in* Ramos e Gomes, 2005,p.151).

Tal como refere Guimarães e Morgado (2008, p. 31), existe uma maior incidência de depressão em mulheres peri-menopáusicas e menopáusicas do que em mulheres pré-menopáusicas

#### 1.2.3.2.3. Irritabilidade

Segundo Vantine e Doherty (*cit. in* Ramos e Gomes, 2005,p.151) a irritabilidade poderá residir na privação do sono devido aos afrontamentos e aos suores nocturnos.

Trata-se de um sintoma de aparecimento antecipado, descrito pela maioria das mulheres, podendo notar-se consideravelmente na pré-menopausa. Este sintoma é ainda acompanhado de nervosismo e labilidade emocional. Com o declive da função ovárica, altera-se todo o circuito hormonal ovárico: hipófise e hipotálamo, este último causando desordem nos seus neurotransmissores (dopamina, serotonina, adrenalina), os responsáveis por essa sensação de instabilidade emocional presente em algumas mulheres durante um certo tempo (Luque *et al.*, 2006, p.65).

#### 1.2.3.2.4. Falta de clareza de raciocínio

Muitas mulheres descrevem uma alteração peri-menopáusica no seu processo de raciocínio. Essa «falta de clareza de raciocínio» é vulgarmente descrita como a incapacidade de pensar com clareza e é considerada uma evolução normal num processo auto-limitativo de raciocínio ao longo da vida (Northrup, 2000, p. 473).

#### 1.2.3.2.5. Fadiga

Durante os anos que enquadram a menopausa, metade das mulheres sente-se cansada e queixa-se, em certos períodos, de uma grande fadiga muscular, de diminuição do tónus habitual com dificuldade de concentração, de lentidão na recuperação e de uma baixa nos desempenhos. O organismo necessita de tempo para se adaptar. A fadiga é constante em cada perturbação hormonal, sendo a menopausa uma delas (Kervasdoué, 2002, p. 438).

#### 1.2.3.3. Nível Sexual

Na ausência de um suplemento de estrogénios, cerca de 5 ou 6 anos depois da menopausa, os tecidos genitais sofrem alterações. Os pêlos púbicos escasseiam, os grandes e os pequenos lábios adelgaçam-se e passam de um cor-de-rosa vivo a um cor-de-rosa pálido; o orifício vulvar tende a estreitar e o clítoris, menos bem protegido pelo capuz, torna-se muito mais sensível. Quanto à vagina, torna-se cada vez mais estreita e curta. As paredes perdem espessura, flexibilidade e humidade, desaparecem as secreções e a lubrificação leva mais tempo a surgir nas relações amorosas (Kervasdoué, 2002, p. 440).

Por isso, a menopausa pode afectar de várias maneiras a sexualidade feminina e os relacionamentos, podendo originar problemas sexuais. Calcula-se que os problemas sexuais acontecem em 50% das mulheres sexualmente activas, embora muitas mulheres não exponham o problema. Apesar da nossa sociedade estar mais aberta e mais capaz de discutir questões sensíveis, muitas mulheres ainda sentem vergonha de procurar ajuda quando as coisas não vão muito bem no campo sexual (Currie, 2007, pp.163 e 164).

##### 1.2.3.3.1. Perda de desejo sexual

Para o desejo e para a resposta sexual, são importantes as três hormonas ovárias – o estrogénio, a progesterona e o androgénio, como os níveis de estrogénio e progesterona caem na menopausa e o nível de androgénios cai com a idade, particularmente depois dos 40 anos, esta queda do estrogénio provoca secura e desconforto vaginal (Currie, 2007, p. 164).

É perfeitamente normal que o desejo sexual varie e diminua à medida que a mulher envelhece. Isto deve-se em parte ao próprio processo de envelhecimento, mas também a problemas de relacionamento, ao stress, ao excesso de trabalho (Vigué, 2007, p.119).

#### 1.2.3.3.2. Secura vaginal

Sob a interferência do estrogénio o revestimento da vagina mantém-se limpo, mas a partir do momento em que o nível de estrogénios baixa, as defesas do seu revestimento interior diminuem, tornando-a mais susceptível a infecções. Ao baixar o nível de estrogénio, a vagina deixa de se lubrificar convenientemente durante o acto sexual, podendo dar-se o caso de este se tornar doloroso, podendo passar a ser menos frequente (Pardal, 1995, pp. 9 e 10). Assim, esta secura e desconforto vaginais afectam o desejo e a resposta sexual (Currie, 2007,p.164).

A falta de estrogénio que causa secura vaginal e desconforto é um frequente problema da menopausa, ainda que as mulheres não os relatem suficientemente. Uma pesquisa recente mostrou que mais de metade das mulheres na menopausa e na pós-menopausa sofrem de algum sintoma vaginal, e a maioria delas não discutem os seus sintomas com um profissional de saúde (Currie, 2007, p.165).

#### 1.2.3.3.3. Atrofia vaginal

A atrofia do tecido vaginal na menopausa está associada à redução dos níveis de estrogénios. O tecido vaginal compõe-se de muitas camadas de células, após a menopausa, algumas mulheres perdem as camadas córneas exteriores do tecido vaginal, o que origina queixas de secura e irritação vaginal. No caso de algumas mulheres, a atrofia e a irritação são acompanhadas de um aumento de alcalinidade na vagina, levando ao surgimento de vaginites bacterianas (Northrup, 2000, p. 464).

A diminuição do estrogénio poderá provocar o estreitamento da vagina: a vagina fica mais pequena e estreita. Estas modificações, quando acompanhadas pela atrofia genital e secura vaginal, devido à perda de elasticidade dos tecidos do colo uterino e da mucosa da vagina, poderão ocasionar dispareunia. Os baixos níveis de estrogénio poderão, ainda, causar prurido e hemorragia inesperada, mesmo depois da menopausa e, até, alcalinidade

das secreções vaginais, que poderá ocasionar infecções vaginais (Ramos e Gomes, 2005,p.151).

#### 1.2.3.3.4. Irritação vaginal

O equilíbrio ácido-alcalino da vagina alterna entre um ambiente bastante ácido e outro que é alcalino, proporcionando infecções (Clark, 2005, p. 28).

A vagina torna-se cada vez mais estreita e curta, as paredes perdem espessura, flexibilidade e humidade, desaparecem as secreções, e a lubrificação leva mais tempo a surgir nas relações amorosas. Estas alterações têm como consequência que a vagina, menos bem protegida contra as agressões externas, se defenda mal em caso de infecção, se irrite mais facilmente, sendo fonte de pruridos e ardores, ou mesmo de perdas de sangue. A mucosa uretral não escapa a este processo, facilitando os fenómenos inflamatórios e os ardores durante a micção (Kervasdoué, 2002, p.440).

#### 1.2.3.4. Nível Metabólico

##### 1.2.3.4.1. Risco de Osteoporose

A osteoporose consiste na descalcificação dos ossos do esqueleto humano. Os ossos tornam-se menos resistentes, moles e frágeis. Esta perda da qualidade e quantidade do osso (Madureira, 2003) é incrementada pela redução dos níveis de estrogénios, que interferem no metabolismo do cálcio. Assim sendo, este processo é agravado na menopausa. Nesta linha de pensamento, Phipps *et al.* (*cit. in* Ramos e Gomes, 2005,p.151) defendem que cerca de 25% das mulheres desenvolvem osteoporose na menopausa.

As suas consequências dolorosas e invalidantes para a mulher, fazem-se sentir cerca de dez anos após a menopausa. A osteoporose inicia-se no primeiro ano a seguir ao desaparecimento da menstruação e, evoluindo lenta e insidiosamente, começa a manifestar-se 7 a 10 anos mais tarde através de dores difusas, imprecisas mas tenazes. O pulso, o colo de fémur e a coluna vertebral são as zonas mais atingidas. As fracturas do colo do fémur diminuem a esperança de vida da mulher idosa, não tanto por causa da fractura em si, mas pelas complicações que sobrevêm (Kervasdoué, 2002, p. 441).

O máximo da massa óssea atinge-se dos 30 aos 35 anos. Até à menopausa, as taxas de perdas de osso no homem e na mulher são semelhantes. Durante e depois da menopausa, acelera-se o processo da perda de massa óssea nas mulheres. Nos primeiros 5 a 10 anos depois da menopausa, o declínio é de 2% a 3% por ano, com o índice a diminuir gradualmente e a estabilizar nos anos seguintes em 0,3% a 1% anualmente. Vários factores podem predispor a mulher a desenvolver uma osteoporose (Wasaha e Angelopoulos, 1996, pp.301e 302).

Existem factores de risco difíceis de evitar por serem de ordem genética, tais como as mulheres serem de raça branca ou asiática, terem a pele clara ou os cabelos louros, serem magras, de estatura baixa e pouco musculadas, terem tido uma menopausa precoce natural ou ablação dos ovários, certas doenças que conduziram à ablação cirúrgica de uma parte do intestino ou do estômago, ou a família próxima ter historial de casos de osteoporose ou de fracturas (Wasaha e Angelopoulos (1996, p.301) e Kervasdoué (2002, p.442)).

#### 1.2.3.4.2. Risco de Doença Cardiovascular

As doenças cardiovasculares constituem, nos nossos dias, a primeira causa de mortalidade. Antes dos 50 anos atingem sobretudo os homens. Antes da menopausa, entre os 45 e os 54 anos, a afecção coronária é 15 vezes maior no homem do que na mulher. Depois, com a idade, e sobretudo com a privação estrogénica, a mulher vê o risco de desenvolver tal afecção aproximar-se do risco do homem. Os estrogénios protegem as paredes vasculares, preservando-as dos agentes que as deterioram e, além disso, induzem uma ligeira dilatação dos vasos e o aumento da permeabilidade vascular. Depois da menopausa, na ausência de estrogénios naturais, a taxa de gorduras no sangue aumenta, assim como a das lipoproteínas de baixa densidade (Kervasdoué, 2002, 448).

#### 1.2.3.4.3. Risco de Cancro da Mama

Está igualmente esclarecido que se os níveis de estrogénios forem demasiado elevados em relação à progesterona, podem resultar na proliferação de tecido mamário e na probabilidade acrescida de desenvolver um tumor anómalo. A reposição de progesterona, a níveis fisiológicos normais, ajuda a evitar esta situação inibindo os receptores de estrogénios nos tecidos que lhes são sensíveis (Northrup, 2000, p. 475).

#### 1.2.3.4.4. Risco de Cancro do Ovário

O cancro do ovário desenvolve-se, sobretudo, nas mulheres entre os 50 e os 70 anos. Globalmente, cerca de 1 em cada 7 mulheres contrai esta doença. É o terceiro cancro mais frequente do aparelho reprodutor feminino, sendo o mais perigoso porque mais mortal: morrem mais mulheres do cancro do ovário do que de qualquer outro que afecte o aparelho reprodutor (Berkow *et al.*, 2007, p. 61).

#### 1.2.3.4.5. Risco de Cancro do Útero

Apesar de ser conhecido como cancro do útero, este também se pode denominar por carcinoma endometrial. É o quarto cancro mais frequente entre as mulheres e o mais frequente do aparelho reprodutor feminino. Desenvolve-se depois da menopausa, sobretudo nas mulheres entre os 50 e os 60 anos. Pode disseminar-se tanto de forma local como geral: do útero para o canal cervical, do útero para cima até às trompas de Falópio e aos ovários, pela zona que rodeia o útero, pelos vasos e gânglios linfáticos, que transportam a linfa de todo o corpo até à corrente sanguínea, ou através da circulação sanguínea até às partes mais distantes do organismo (Berkow *et al.*, 2007, p. 58).

#### 1.2.3.4.6. Risco de Doença de Alzheimer

Existem alguns sinais de associação entre os níveis de estrogénios e a doença de Alzheimer. Embora esta incidência não seja linear, as mulheres com níveis mais elevados de estrogénios têm uma menor incidência de Alzheimer. No entanto, não há dúvida que as hormonas têm efeito sobre o funcionamento do cérebro. Há registo de algumas experiências feitas com mulheres com um grau ligeiro a moderado da doença de Alzheimer, cuja memória melhorou inicialmente com doses elevadas de estrogénios. De facto, o estradiol liga-se às áreas do cérebro associadas à memória e que são afectadas pela doença de Alzheimer: o córtex, o hipocampo e o tronco cerebral inferior. Por último, foi igualmente demonstrado que os estrogénios melhoram as ramificações das células nervosas (Northrup, 2000, 478).

#### 1.2.3.4.7. Incontinência urinária

A incidência global da incontinência urinária aumenta progressivamente com a idade, uma em cada três pessoas de idade avançada tem problemas em controlar a sua bexiga. As mulheres têm o dobro de probabilidades dos homens em serem afectadas (Berkow *et al.*, 2007, p. 84).

A incontinência provocada por esforço é a mais frequente nas mulheres, e pode ser provocada por debilidade do esfíncter urinário. A incontinência por esforço é uma perda incontrolável de urina ao tossir, fazer esforços, espirrar, levantar objectos pesados ou executar qualquer manobra que aumente bruscamente a pressão dentro do abdómen. Por vezes, as causas devem-se a alterações produzidas na uretra em resultado dum parto ou duma cirurgia pélvica. Nas mulheres pós-menopáusicas, a incontinência por esforço verifica-se pela falta da hormona estrogénica, situação que contribui para debilitar a uretra, reduzindo a resistência da urina a fluir através deste canal (Berkow *et al.*, 2007, p. 86).

#### 1.2.4. Comportamentos de saúde e estilos de vida

A definição de comportamento de saúde foi posta em causa e redefinida inúmeras vezes durante os últimos anos. Segundo Cobb (*cit. in* Ribeiro, 2005, p. 124) comportamento de saúde refere-se a “qualquer actividade empreendida por uma pessoa, que se crê saudável, com o propósito de prevenir a doença ou de a detectar num estágio assintomático”. Mais recentemente, Harris e Guten (*cit. in* Ribeiro, 2005, p. 124) definiram-no como:

“qualquer comportamento realizado por uma pessoa, independentemente do estado de saúde que tem ou pensa ter, com vista a proteger, promover ou manter, quer tal comportamento seja, ou não, objectivamente eficaz para atingir tal fim”.

Estilos de vida têm sido definidos como “agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo” (Marc Lalonde *cit. in* Ribeiro, 2005, pp.186 e 187) ou, segundo a OMS (*cit. in* Ribeiro, 2005, p. 187), como:

“conjunto de estruturas mediadoras que reflectem as actividades, atitudes e valores sociais ou como aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos factores”.

O estilo de vida da mulher na menopausa é muito importante, sendo fundamental para diminuir o risco de patologias que podem ser potenciadas pela diminuição dos níveis hormonais. Tendo em conta estes dados, a atenção à saúde da mulher deverá basear-se em aspectos preventivos e de promoção da saúde (Fernandez *et al.*, 2003).

Daí ressalta a importância de mudanças essenciais no estilo de vida da mulher, que incluem: deixar de fumar, reduzir a obesidade, reduzir as gorduras na dieta, aumentar as fibras na dieta, adoptar um regime de exercício, minimizar a exposição solar, diminuir a ingestão de álcool e de cafeína, evitar abuso de medicamentos, procurar fazer exames de rastreio e adoptar um programa de gestão de stress (Kervasdoué, 2002; Northrup, 2000; Silva e Alves, 2002; de Luque *et. al.*, 2006).

Relativamente ao vestuário, tal como refere Ramos e Gomes (2005, p. 152), deve aconselhar-se às mulheres o uso de roupa de fibras naturais, uma vez que permitem a saída do calor e da humidade. Também deve ser aconselhado vestir-se por camadas de modo a que possa retirar uma peça de roupa para se refrescar, perante a ocorrência de um afrontamento.

A cafeína tem uma acção estimulante, no entanto, quando tomado em excesso aumenta a taxa de perda de cálcio através da urina (Northrup, 2000, p. 467). A cafeína age ainda como diurético, contribui para a irritabilidade e pode ter um efeito prejudicial na densidade óssea ou agravar os sintomas da menopausa, podendo aumentar o risco de cancro da mama (Currie, 2007, p.89).

Relativamente ao consumo de álcool, estudos demonstram que o consumo em doses baixas tem benefícios para o sistema cardiovascular, no entanto em excesso pode causar lesões no fígado, aumentar o risco de osteoporose e piorar os sintomas da menopausa, podendo aumentar o risco de cancro da mama (Currie, 2007, p.92).

Para além dos efeitos prejudiciais na saúde das pessoas, tais como o aumento do risco de cancro, de enfisema, de doenças cardíacas, fumar tem também efeitos específicos na menopausa. As mulheres que fumam chegam à menopausa mais cedo do que as não-fumadoras. Fumar aumenta também o risco de osteoporose devido à diminuição da absorção do cálcio ingerido, podendo reduzir a massa óssea até 25% (Currie, 2007, p.96).

A prática de exercícios de relaxamento de forma a gerir o stress favorece a eliminação dos sentimentos geradores de tensão psíquica. Pensamentos agradáveis que provocam o bem-estar mental, o repouso e a respiração profunda poderão igualmente ser benéficos (Ramos e Gomes, 2005,p.152).

A actividade física reforça os músculos que, por sua vez, estimulam os ossos. Favorece ainda a irrigação sanguínea, fornecendo-lhes o oxigénio e as substâncias de que necessitam (Kervasdoué, 2002, p. 446). A actividade física previne o aparecimento de doenças cardiovasculares, mantém o peso corporal, combate a perda óssea e tem efeitos positivos em relação ao nível neuropsicológico e afectivo (Carvalho, 2004, p.75).

Encorajar o banho de sol frequente é também essencial enquanto comportamento saudável, pois os raios solares estimulam a produção da vitamina D e ajudam à absorção de cálcio no intestino (Carvalho, 2004, p.75).

A Terapia Hormonal de Substituição supre as hormonas que o corpo da mulher deixa de produzir após a menopausa, sendo por isso, considerada uma terapia e não um tratamento. Apesar da THS não ser a resposta para todos os problemas que a menopausa causa à mulher, pode ajudar a aliviar alguns sintomas, e pode, ainda, ajudar a prevenir efeitos tardios, como a osteoporose e as doenças cardíacas (Menopace, 2008, p. 43).

Também as opções de tratamento devem ser abordadas com as mulheres, explicando-lhes os objectivos do tratamento: a curto prazo, a melhoria da sintomatologia da menopausa e, a longo prazo, a redução do risco de doenças cardiovasculares e de fracturas (OMS, 1996).

#### 1.2.4.1. Exames

Nesta fase no acompanhamento das mulheres devem ser solicitados alguns exames que, tendo em conta os sintomas predominantes, irão permitir a identificação de doenças crónicas, o rastreio de cancro e osteoporose e escolher o tratamento adequado. Destacam-se, a mamografia, a citologia oncótica, a colposcopia, a ultra-sonografia transvaginal e abdominal, o electrocardiograma, a densitometria óssea, a radiografia ao tórax (para as tabagistas) e análises laboratoriais específicas (Carvalho, 2004, p.74).

A melhor forma de identificar a osteoporose numa fase precoce é através de um exame que se designa absorciometria de dupla energia radiológica (DEXA), também conhecido por densitometria óssea. Este permite detectar perdas mínimas de massa óssea, avaliar o estado dos ossos e a sua evolução (Clark, 2005, p.34). O osso é considerado normal quando a sua densidade está compreendida entre os números normais para uma mulher pré-menopáusicas e -1Ds (Kervasdoué, 2002, p. 445). A densitometria óssea é aconselhada às mulheres fumadoras, com história de ingestão excessiva de álcool ou história familiar de osteoporose grave (Northrup, 2000, p. 465).

O Papanicolau consiste num esfregaço em que se extraem células do colo uterino para investigar a presença de um possível cancro; através da realização deste, é possível identificar entre 80% e 85% dos cancros associados ao sistema reprodutor feminino, inclusivamente nas suas primeiras fases (Berkow *et al.*, 2007, p. 25). A partir dos 50 anos, recomenda-se que as mulheres façam este teste uma vez por ano, de forma regular, antes e depois da menopausa (Currie, 2007, p. 101).

A Colposcopia consiste na inspecção do colo uterino através de uma lente binocular de graduação dez, de forma a encontrar sinais de cancro, em geral como consequência de um resultado anormal no Papanicolau. Este é um exame indolor, que não necessita de anestesia é realizável em poucos minutos (Berkow *et al.*, 2007, p. 22).

Com o declínio da função dos ovários, os níveis da hormona folículo - estimulante (FSH) e luteinizante (LH) aumentam. Para diagnosticar a menopausa são usados as medidas de FSH (Currie, 2007,p.26).

Com o aumento da esperança média de vida, verifica-se uma maior incidência do cancro da mama, já que esta patologia é mais frequente na idade avançada, daí que o rastreio e o diagnóstico precoce sejam a melhor forma de controlar com eficácia esta doença (Carvalho, 2003, p.58). A mamografia é uma das melhores técnicas para detectar o cancro da mama nas suas primeiras fases. A mamografia sistemática, com intervalos de um a dois anos, reduz as mortes por cancro da mama em 25% a 35% nas mulheres com 50 ou mais anos que não tenham sintomas. É aconselhável que as mulheres façam mamografias, regularmente a partir dos 40 anos. Em alguns países, entre os 40 e os 49

anos é recomendado a sua realização uma vez por ano ou de 2 em 2 anos e a partir dos 50 anos, anualmente (Berkow *et al.*, 2007, p. 50).

As radiografias do tórax apresentam o contorno do coração e dos principais vasos sanguíneos, podendo assim detectar-se uma doença grave nos pulmões, nos espaços adjacentes e na parede torácica, incluindo as costelas. É ainda possível, através deste exame, detectar uma pneumonia, tumores pulmonares, um colapso do pulmão, líquido na cavidade pleural e enfisema (Berkow *et al.*, 2007, p. 19).

Um electrocardiograma é um método no qual se registam os impulsos eléctricos do coração em movimento, permitindo identificar o *pacemaker* natural que inicia as vias nervosas de condução dos estímulos, a velocidade e o ritmo cardíaco a cada novo batimento do coração. Este exame auxilia na identificação de certas perturbações, incluindo ritmos anormais, bombeamento insuficiente de sangue e oxigénio ao coração e hipertrofia do músculo cardíaco (Berkow *et al.*, 2007, p. 47).

A ultra-sonografia pélvica examina a região das mulheres desde o umbigo até ao osso púbico. Este é um exame de ultra-som que é usado na avaliação de massas pélvicas e sangramentos pós-menopausa e no diagnóstico de cistos e tumores. Através da realização deste exame, são fornecidas informações sobre o tamanho, localização e estrutura das massas. Este pode ser realizado utilizando-se a abordagem transvaginal ou transabdominal. Com o método transvaginal, um transdutor delgado, coberto e lubrificado é delicadamente introduzido na vagina. Como adjuvante é muitas vezes utilizada a ultra-sonografia abdominal que se torna útil na detecção de vários processos patológicos, incluindo colecções de líquido, massas, infecções e obstruções (Fishbach, 1996, pp. 381e 384).

No sector da prevenção primária ou secundária os profissionais de saúde e as entidades oficiais têm defendido a necessidade da realização de rastreios e actualmente a população acredita na sua importância. A crença na importância dos rastreios está enraizada nas sociedades modernas, derivando da crença, bastante difundida e propagada, que todos estamos em risco para alguma doença como consequência da alimentação que fazemos e das actividades que realizamos (Ribeiro, 2005, p.200).

### 1.2.5. Enfermagem...um pilar na vida da mulher

#### 1.2.5.1. Cuidados de Saúde Primários

Segundo Alvear *et al.* (2000), o nascimento da Enfermagem Comunitária ocorreu no ano de 1859, na Grã-Bretanha, quando foi criada a primeira organização de saúde pública pelo Rathbone.

No entanto, foi apenas a partir de 1977 que os Cuidados de Saúde Primários tiveram a atenção merecida por parte do mundo, na realização da trigésima Assembleia de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Como consequência desta assembleia, foi definido um objectivo, no qual todas as pessoas deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse uma vida produtiva tanto a nível social como económico. Foi juntamente lançado o desafio “Saúde para Todos no ano 2000” (Alvear *et al.*, 2000).

Posteriormente, no dia 12 de Setembro de 1978, decorreu a Conferência Internacional de Alma-Ata, conhecida como sendo a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, que decretou que os cuidados de saúde primários são cuidados de saúde essenciais, que se devem basear em métodos e técnicas que sejam científicos e socialmente aceites (Declaração de Alma-Ata *cit. in* Lancaster e Stanhope, 1999).

Como refere Lancaster e Stanhope (1999), em 1981, foram determinados, pela OMS, os indicadores globais que possibilitariam verificar e avaliar os ganhos em saúde trazidos pela “Saúde para todos no ano 2000”.

Em 1986, na World Health Statistics Annual, estes indicadores foram reunidos em quatro categorias: as políticas de saúde, o desenvolvimento social e económico, a prestação de cuidados de saúde e o estado da saúde.

Em termos de definição, os Cuidados de Saúde Primários segundo a OMS e a UNICEF (*cit. in* Lancaster e Stanhope, 1999) são:

“(…) cuidados de saúde essenciais baseados numa prática que utiliza métodos e tecnologia profundamente científicos e socialmente aceites e universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias, a participação integral da comunidade em que vivem com custos que a comunidade e o país podem suportar, a fim de manter em todos os estádios de desenvolvimento um espírito de auto-confiança e auto-determinação”.

Navarro (1995) refere que os Cuidados de Saúde Primários existem para aumentar o nível de saúde das populações, promovendo a sua saúde. O seu objectivo principal é proporcionar a resolução de problemas de saúde, através da criação de condições para as populações intervirem de forma consciente, empenhada e informada em relação aos factores do meio físico e social que influenciam o seu bem-estar.

A Enfermagem Comunitária é uma prática globalizante, continuada, e de complementaridade. Esta é exercida em diferentes locais da comunidade e dirigindo-se a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida. A sua actividade centra-se na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo assim para a prevenção de doenças e suas consequências. Determina o fornecimento de informação de saúde aos indivíduos, tendo em conta o seu contexto social, económico e político (Correia *et al.*, 2001).

Nos Cuidados de Saúde Primários, a relação utente/profissional de saúde é extremamente importante; as relações humanas devem basear-se na confiança e respeito, tornando-se, indispensável criar uma forma de comunicação eficaz. Segundo Andrade (2001,p.23),

“(…) se a comunicação entre estes for deficiente, o indivíduo desinteressar-se-á, à partida, mais facilmente do regime preventivo (...), a percepção do indivíduo em relação à simpatia e à acessibilidade do profissional de Saúde, quer a convicção de que é tratado com respeito e tido em alta estima, influenciam, positivamente, o grau de adesão do sujeito”.

Poder-se-á dizer que a enfermagem comunitária é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões. Procura trabalhar com as famílias de forma a ajudá-las a desenvolverem capacidades para o desempenho adequado e eficiente das suas funções (Carvalho e Carvalho, 2006, p.39).

#### 1.2.5.2. Arte da enfermagem

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), regulamentado no Decreto-lei n.º 161/96 (*cit. in* OE, 1996), a enfermagem representa:

(…) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e, aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que

mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Em conformidade com o anteriormente mencionado, o Ministério da Saúde formulou o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril (*cit. in OE, 1996*), através do qual alega que os cuidados de enfermagem são caracterizados por se basearem numa interacção enfermeiro/utente, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o indivíduo; identificarem os problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular; recolherem e apreciam os dados sobre cada situação; formularem diagnósticos de enfermagem; elaborarem e realizarem planos para a prestação de cuidados; executarem correcta e adequadamente os cuidados de enfermagem e efectuarem a avaliação desses mesmos cuidados.

Tal como refere Reis *et al.* (2002), a enfermagem é considerada, para além de uma profissão, uma arte, sendo que o seu desenvolvimento e conhecimento estão relacionados com a pessoa humana, especialmente no que diz respeito aos seus valores e necessidades, permitindo, assim, a relação de ajuda na satisfação das suas necessidades fundamentais.

Indo ao encontro de Faria (1992, p.7), a enfermagem é a mais antiga das artes e a mais nova das profissões, ela surge ao mesmo tempo que a própria humanidade e deriva dos sentimentos de carinho e auxílio.

A firmeza dos cuidados pode ser perspectivada no sentido holístico, nas suas dimensões física, química, psicológica, biológica, social, cultural e espiritual, do qual o enfermeiro se co-responsabiliza pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (EOE, artigo 83, alínea a), ou orientando para outro profissional mais diferenciado para responder ao problema do utente quando ultrapasse a sua competência (EOE, artigo 83, alínea b), assegurando, desta forma, a continuidade dos cuidados (EOE, artigo 83, alínea d).

Deste modo, Collière (1989), defende que a Enfermagem constitui uma área de desenvolvimento onde se cruzam os conhecimentos humanísticos com os conhecimentos técnicos e científicos, em que ambos convergem para a prestação de cuidados ao indivíduo, no sentido de o ajudar e apoiar a ultrapassar algumas limitações, que não sejam só situações de doença.

A enfermagem, como disciplina do cuidado, deve manter os seus valores, nomeadamente, assistir o indivíduo para que recupere, mantenha ou melhore o seu estado de saúde, evitando a doença, encontrando o conforto e preservando a sua dignidade e individualidade enquanto pessoa. A enfermagem tem o talento, o conhecimento e a iniciativa para fazer a diferença nos cuidados de saúde, agenciando as inovações necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados empregues aos utentes (Potter e Perry, 2004, p. 18-19).

Elliot (1990, p. 17) refere que o conhecimento do profissional “ (...) deve formar-se num complexo e prolongado conhecimento na acção (saber fazer) e de reflexão na e sobre a acção (saber pensar e investigar) ”. Deste modo, a formação em enfermagem só tem sentido na articulação entre o “ (...) mundo do saber e o mundo do fazer” (Malglaive, 1991, p. 166). O saber agir envolve as tomadas de decisão e exige um pensamento reflexivo. O querer agir pressupõe a motivação para a acção, a intervenção e o reconhecimento. Por sua vez, o poder agir subentende a existência de contextos favoráveis ao desenvolvimento de competências (Figueira, 2004, p. 20).

#### 1.2.5.3. O papel do enfermeiro

Segundo o artigo 80º do Código deontológico da/o Enfermeira/o,

“O enfermeiro sendo responsável para com a comunidade na prevenção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a)conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido; b)Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; c)colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”(Amaral et al.,2003,p.45).

Na vertente da humanização dos cuidados, o enfermeiro tem o dever de dar atenção ao utente e família como uma totalidade (EOE, artigo 89, alínea a) e contribuir para a criação de um ambiente apropriado ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa humana (EOE, artigo 89, alínea b).

O papel da/o enfermeira/o é fundamental no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade. Segundo Carreira (2003), a profissão de Enfermagem tem sofrido, nas últimas décadas, importantes e

profundas transformações na forma de pensar, mas, fundamentalmente, no seu modo de agir e interagir com os utentes/doentes e família. De acordo com Amaral et al. (2003,p.9),

“(...) o contributo fundamental dos enfermeiros é o de assegurar os cuidados de enfermagem. Tal facto implica que a respectiva acção se centre não na doença, mas na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida”.

Como menciona Correia et al. (2001), a/os enfermeira/os cuidam de indivíduos, famílias ou grupos; no domicílio, em organizações comunitárias, no centro de saúde, acompanhando-os ao longo do seu ciclo de vida, estando próximos dos seus anseios, medos, problemas ou preocupações.

O profissional de enfermagem tem de possuir conhecimentos e ter capacitação em diversas áreas. O papel primordial do enfermeiro deverá ser, o de proporcionar cuidados e conforto, promover a saúde e prevenir doenças, assim como, preocupar-se com o doente como um todo (Potter e Perry, 1996).

Durante a sua formação inicial, o enfermeiro não consegue adquirir todos os conhecimentos necessários para a totalidade da sua carreira profissional. A rápida desactualização dos conhecimentos adquiridos e as frequentes mudanças do tipo de função a executar, submetem os enfermeiros à adaptação constante de conhecimentos. Além da evolução das ciências e das técnicas, a própria prática profissional levanta problemas que exigem reflexão e estudo, o que implica formação continua (Sousa *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.44). Já Collière (*cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.45) tinha afirmado que, quer a formação inicial, quer a formação permanente, desempenham um papel fundamental na evolução dos cuidados de enfermagem, visto gerarem condutas, comportamentos e atitudes.

O papel do enfermeiro no auxílio ao paciente para formar hábitos de saúde positivos é o de professor e facilitador. Informando como o corpo funciona e como os hábitos são formados e modificados, este aumenta o nível de conhecimento do paciente em relação ao impacto dos seus comportamentos sobre a saúde. O enfermeiro deve explicar os princípios psicológicos da mudança, fornecendo informações sobre os riscos de saúde, e deve ainda elogiar essas mudanças e os comportamentos e decisões direccionados para a saúde. Tal estímulo aumenta a probabilidade do comportamento ser aceite (Potter e Perry, 2005, p.361). Neste sentido, o papel do enfermeiro na comunidade consiste em

possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e ritmos de aprendizagem, num processo de crescimento e desenvolvimento (Carvalho e Carvalho, 2006, p.40).

No que se refere à orientação das mulheres menopáusicas, o empenho dos enfermeiros é de primordial importância na perspectiva de uma melhor qualidade de vida na meia-idade, visto que a interação utente/enfermeiro e a influência dos meios de comunicação assumem relevância no que se refere à garantia da informação e, concludentemente, à motivação das mulheres para procurarem assistência nesta fase da vida (Fernandes e Narchi, 2007, p. 218).

Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar (Carvalho e Carvalho, 2006, p.3).

#### 1.2.5.4. Educação para a Saúde

A educação para a saúde constitui um elemento fundamental nos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças (Enfermagem *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.40). Assim, e de acordo com a perspectiva de Redman (2003), a educação para a saúde assenta na capacidade de os seres humanos se adaptarem a novas situações, consistindo numa forma de transmissão de conhecimentos teóricos e de competência que deve ser aprendida e praticada.

A definição de promoção de saúde que tem sido utilizada foi adoptada na carta de Ottawa em 1986, e alega que este é o “processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar” (Ribeiro, 2005, p.184).

No entanto, este conceito foi sendo reformulado ao longo dos anos, daí a existência de vários conceitos inerentes a este. Para Díaz e Revuelta (2001, p.33), “(...) a promoção da saúde é um conceito que enfatiza os recursos sociais e pessoais”. Em contrapartida, Green e Kreuter (*cit. in* Russel, 1996) definem promoção de saúde como uma combinação planeada de suportes políticos, organizacionais e educacionais para acções e condições de vida que conduzam à saúde do indivíduo, grupos ou comunidades.

Deste modo, Watson (2002) refere que a/os enfermeira/os deverão ir ao encontro do outro e das suas necessidades, de forma a acompanhá-lo na promoção da sua saúde, devendo olhar a pessoa como um todo, único e integrado num determinado ambiente, pois só assim será possível cuidar a pessoa de forma holística.

Tal como Watson, Carcel (*cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.17) também refere que a educação e a saúde exigem uma visão holística, englobando a pessoa nas suas várias dimensões, em constante interacção com o meio envolvente. Assim, a EPS deve ser um processo holístico, porque, ao pretender aumentar a saúde das pessoas, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que lhes permitam adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças. A perspectiva holística considera o ser humano como uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual que se encontra em constante interacção consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio ambiente (Casanova *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.18).

Concordando com Damásio (*cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.18), o ser humano é um todo e não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental. O ser humano participa activamente na sua própria construção e evolução, constituindo uma totalidade de interacção entre as suas várias dimensões; qualquer perturbação, numa dimensão, perturbará a globalidade que constitui o ser humano.

Assim, educar as pessoas para a saúde é criar condições para estas se transformarem, saberem o porquê das coisas, demonstrar-lhes que podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos relacionados com a sua saúde (Carvalho e Carvalho, 2006, p.23)

Tones e Tilfor (*cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.25) mencionam que a

“ educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida “

Em relação à mulher menopáusicas, a assistência de enfermagem deveria ser implementada num contexto interdisciplinar, no qual a educação e a promoção da saúde

fossem prioridades, sempre com o objectivo de lhes resgatar a autonomia e a qualidade de vida (Fernandes e Narchi, 2007, p. 219).

As educações para a saúde são essenciais nesta fase uma vez que promovem a mudança no comportamento e estilo de vida. O profissional de saúde oferece informações que permitem à utente tomar novas decisões em relação às práticas de saúde. O enfermeiro e a utente em conjunto realizam um plano de acção relativo à sua saúde e bem-estar (Potter *et. al*, 2005, p. 361).

Tal como refere Gonçalves e Merighi *cit. in* Fernandes e Narchi (2007, p. 219),

“Assim como a menarca, a menopausa é experienciada individual e subjectivamente pela mulher. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem atender às necessidades dos pacientes com base em cada caso, avaliar os sinais e sintomas associados com a menopausa considerar a complexidade que envolve a totalidade dos indivíduos.”

A ideia de doença que medeia a menopausa provoca nas mulheres a sensação que esta transição lhes é desfavorável. Dessa forma, a pouca informação sobre o assunto afecta a percepção que as mulheres têm quanto à experiência da menopausa (Fernandes e Narchi, 2007, p. 219).

Actualmente a/os enfermeira/os formam uma comunidade profissional e científica da maior importância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia da acessibilidade da população a cuidados de saúde de qualidade, especificamente cuidados de enfermagem (Decreto Lei n.º 104/98, *cit. in* Carvalho e Carvalho, 2006, p.42).

No entanto, as evidências disponíveis indicam que a procura de cuidados de saúde é influenciada por muitos factores e pela relação entre eles. A negação pode ter uma parte de responsabilidade. Outros factores de motivação como as necessidades económicas para os cuidados misturam-se com as crenças e com valores acerca da prioridade da saúde (Redman, 2003, p.11). Ribeiro (2005, p.154) refere ainda como os responsáveis pelas doenças, a influência dos factores hereditários, do estatuto socioeconómico e de outros factores que as pessoas não controlam.

#### 1.2.5.5. Actualidade no acompanhamento na menopausa na zona norte de Portugal

Actualmente, como averiguou a investigadora através de pesquisa no terreno na zona norte de Portugal, não existem centros de saúde a fazer a consulta da menopausa, existindo apenas a ideia ou plano de implementação. A única consulta que os centros de saúde têm destinado às mulheres que já não se encontram menstruadas, normalmente, designa-se por “Rastreio”, pois tem como principal objectivo a realização do Papanicolau.

Relativamente aos hospitais, apenas alguns possuem este tipo de serviço disponível. O Hospital de São Marcos em Braga é um dos poucos que o faz, o que significa que todas as pessoas que não tenham possibilidades económicas de acesso a este hospital, não poderão usufruir do devido acompanhamento. Consultando o site da Sociedade Portuguesa de Menopausa, podem-se encontrados todos os hospitais que efectuem estas consultas (Apêndice IV).

## II - Fase metodológica

Segundo Fortin (2003, p. 40), a fase metodológica centra-se na determinação por parte do investigador, dos métodos a utilizar e na escolha do desenho de investigação apropriado.

Assim e tal como refere o autor anteriormente citado (2003, p. 132) o desenho de investigação representa um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação. Sendo um conjunto de directrizes associadas ao tipo de estudo que define a forma de colher e analisar os dados, de forma a assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo.

Irá, de seguida, ser mencionado, o tipo de estudo, a população/amostra, assim como o instrumento utilizado para a colheita de dados.

### 2.1. Tipo de estudo

Tendo em conta as características da presente investigação, considerou-se pertinente empregar predominantemente uma abordagem quantitativa, referindo-se como um estudo do tipo descritivo simples, na qual se irá quantificar os dados relativos aos conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa e para auscultar as opiniões das mulheres, uma abordagem qualitativa.

Optou-se por uma abordagem quantitativa, uma vez que este método compreende a recolha sistemática de informação numérica, em condições de muito controlo (Polit Beck e Hungler, 2004, p. 29), e por se basear em factos objectivos observáveis, acontecimentos ou fenómenos que existem, independentemente do pesquisador, por permitir um processo ordenado, no decorrer de toda a investigação, por existir objectividade, predição, controlo e generalização de resultados (Fortin, 2003, p.22).

Ainda segundo a mesma autora (Fortin, 2003, p. 164), um estudo descritivo simples baseia-se, principalmente, na descrição de fenómenos ou de um conceito respeitante a uma determinada população, com o objectivo de deliberar as características dessa mesma população ou através de uma amostra significativa. Uma vez que se pretende descrever conhecimentos e comportamentos, bem como a opinião das utentes face à problemática

em questão pois, só assim, se conseguirá ter uma noção exacta de como as mulheres realmente se sentem em relação à menopausa.

## 2.2. População/Amostra

Numa investigação, um dos pontos essenciais é a definição da população em estudo. Hulley *et. al* (2008, p. 46) definem população como “ (...) um conjunto completo de pessoas que apresentam determinadas características em comum (...)”.

Na verdade, estudar toda a população seria uma condição bastante complexa, uma vez que o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar os dados para cada um dos casos da população, pelo que, nestes casos, só é possível determinar uma parte de todos os casos que constituem a população, ou seja, uma amostra. Neste sentido, Almeida e Freire (2007, p. 113) afirma que a amostra “ (...) o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população”. Porém, quando o investigador selecciona a amostra deve ter a noção que esta deve ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Desta forma, devem ser definidos critérios de elegibilidade para a respectiva inclusão no estudo. Critérios esses que constituem as características que delimitam a população de interesse (Polit, Beck e Hungler, 2008, p. 224). Assim, cabe ao investigador estabelecer esses critérios, permitindo, deste modo, aferir se um elemento seria ou não membro da população em questão.

Neste sentido, estabeleceram-se como critérios de inclusão para este estudo os que a seguir se enumeram: mulheres com capacidade de leitura e de escrita; mulheres que não tenham estudos nem trabalhem na área da saúde; que tenham idade entre os 45 e os 64 anos, uma vez que, segundo a OMS, a entrada na menopausa se situa entre os 45 e os 55 anos; até aos 64 anos, pois tal, como refere Zimerman (2000, p.34) “A Organização Mundial de Saúde considera idoso todo o indivíduo com 65 anos de idade, ou mais (...)”. Além destes critérios, pressupõe-se, também, que as mulheres se encontrem na menopausa e que sejam habitantes da cidade de Viana do Castelo.

Após definida a população, o investigador deve definir o processo de amostragem a utilizar no estudo. Assim sendo, para o presente estudo, e tendo em conta as características do mesmo, considerou-se pertinente utilizar o processo de amostragem não aleatório, acidental e intencional. Segundo este processo de amostragem não probabilístico, os sujeitos são facilmente acessíveis e estão presentes no local onde se irá realizar o estudo e, por consequência incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho pretendido (Fortin, 2003, p. 208). De acordo com Almeida & Freire (2007, p. 114 e 115), a amostra não aleatória acidental deverá, “ (...) permitir que qualquer individuo possua a mesma probabilidade de integrar a amostra (...)”.

Neste contexto, a amostra para este estudo é constituída por 47 elementos da população-alvo. Sendo que deverão ser mulheres que tenham idade entre os 45 e os 64 anos, que se encontrem na menopausa e que sejam habitantes da cidade de Viana do Castelo.

### 2.3. Instrumento de colheita de dados

A escolha do instrumento de colheita de dados depende dos objectivos delineados, assim nesta investigação optou-se por um questionário de aplicação directa enquanto instrumento de recolha de dados nesta população.

O questionário, como instrumento, pressupõe a necessidade de respostas escritas por parte dos sujeitos. Segundo Quivy (2008, p. 188) este,

“Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas [...] às suas opiniões [...] ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores”.

Neste sentido, o questionário aplicado foi construído recorrendo quer a perguntas abertas quer a perguntas fechadas, com base na bibliografia pesquisada. Este tipo de questionário é vantajoso quando se deseja obter informação qualitativa para complementar a informação quantitativa, sendo distintas apenas na forma como a resposta é dada (Hill e Hill, 2000, pp. 93-95).

O questionário foi dividido em três momentos: a primeira parte descreve as características da população, a segunda parte avalia os conhecimentos e comportamentos

das mulheres na menopausa e uma terceira parte onde se solicita uma reflexão sobre o apoio dado nesta etapa incluindo o trabalho de enfermagem. (Apêndice II)

A aplicação decorreu nos dias 25 e 26 de Fevereiro, das 11 às 12 h e das 15 às 17 horas.

#### 2.4. Pré-teste

No seguimento do processo de investigação, após a construção de um questionário, torna-se necessário testá-lo antes da sua utilização definitiva, através da realização de um pré-teste.

A realização do pré-teste é útil, pois serve para verificar se o questionário apresenta fidedignidade, ou seja, qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados; validade, pois os dados recolhidos são necessários à pesquisa, e operatividade, uma vez que, o vocabulário deverá ser acessível e de significado claro. O pré-teste permite, também, fazer uma estimativa sobre os futuros resultados (Marconi e Lakatos, 2007, p. 100).

Neste sentido, o pré-teste foi aplicado a 8 mulheres menopáusicas da população - alvo que se encontrava numa rua da cidade de Viana do Castelo no dia 20 de Fevereiro. Após a sua aplicação, o investigador teve o cuidado de aferir o nível de compreensão, por parte das inquiridas, bem como dos termos aplicados, através das respostas obtidas pelas mesmas. Houve a necessidade de reformular algumas questões.

Aplicou-se novamente o questionário a uma amostra de sujeitos pertencentes à população em estudo, não sendo necessário fazer mais nenhuma modificação. Não se incluiu nenhum destes questionários obtidos durante os pré-testes, na amostra final do estudo.

#### 2.5. Previsão e tratamento de dados

Os dados recolhidos durante a investigação não respondem, por si só, ao estudo. Tal como argumentam Polit & Hungler (1995, p. 225), “esses dados precisam ser processados e analisados, (...), de modo que possam ser detectadas tendências e padrões de relação.”

Deste modo, tendo em conta a estrutura do instrumento de colheita de dados ter por base perguntas abertas e fechadas, a análise de dados incidiu sobre duas vertentes, a análise

estatística descritiva para as perguntas fechadas e a análise de conteúdo para as perguntas abertas.

A análise estatística descritiva, que tal como alegam Polit, Beck e Hungler (2004, p. 312), “ (...) permite que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica. (...) é usada para descrever e sintetizar os dados.”.

De acordo com Bardin (2008, p. 45 e 46), a análise de conteúdo,

"A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. (...) é uma busca de outras realidades através das mensagens. (...) visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares".

## 2.6. Questões éticas de investigação

Qualquer investigação que se efectua junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Muitas das metodologias utilizadas na investigação científica, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos demais que participem na investigação

Assim esta investigação teve por base, três princípios éticos, o princípio de respeito à dignidade humana; o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p. 243-245).

O princípio do respeito à pessoa exige que o investigador obtenha consentimento informado, que protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade durante toda a investigação. “Segundo este princípio, os participantes de pesquisas não são fontes passivas de dados, mas indivíduos cujos direitos e bem-estar devem estar preservados” (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p.243). Deste modo, as participantes tiveram oportunidade de decidir livremente a sua participação nesta investigação, bem como de desistir a qualquer momento, durante a mesma.

O princípio da beneficência exige que a pesquisa seja fundamentada cientificamente e que seja possível aceitar os riscos possíveis. Os riscos, incluem não somente danos físicos, mas também psicológicos, como quebra de confidencialidade, discriminação. Esses riscos podem ser minimizados, ao fazer o rastreio dos possíveis participantes, excluindo aqueles indivíduos susceptíveis a efeitos adversos (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p. 243). Nesta investigação, antes do preenchimento do questionário, foi explicado às participantes o objectivo do estudo.

O princípio da justiça pressupõe que os benefícios e “bónus” da pesquisa sejam distribuídos de forma justa. Daí que grupos vulneráveis, como aqueles com acesso reduzido aos serviços, com poder decisório limitado ou indivíduos institucionalizados, quando não possuem capacidade de decidir livremente se querem ou não participar de uma pesquisa, estas não devem ser incluídas no estudo. O princípio de justiça também exige acesso equitativo aos benefícios da pesquisa (Lo *cit.in* Hulley *et al*, 2008, p.244). A forma de abordar as mulheres e as condições para estas darem resposta ao questionário foi realizada da mesma forma para todas elas. Durante a investigação foi pedido para não colocar o nome, nem nenhum aspecto que pudesse identificar a participante em nenhum lugar do questionário. Foi ainda pedido para não juntar o consentimento informado (Apêndice I) ao questionário, mantendo desta forma o anonimato da participante.

### III. Fase Empírica

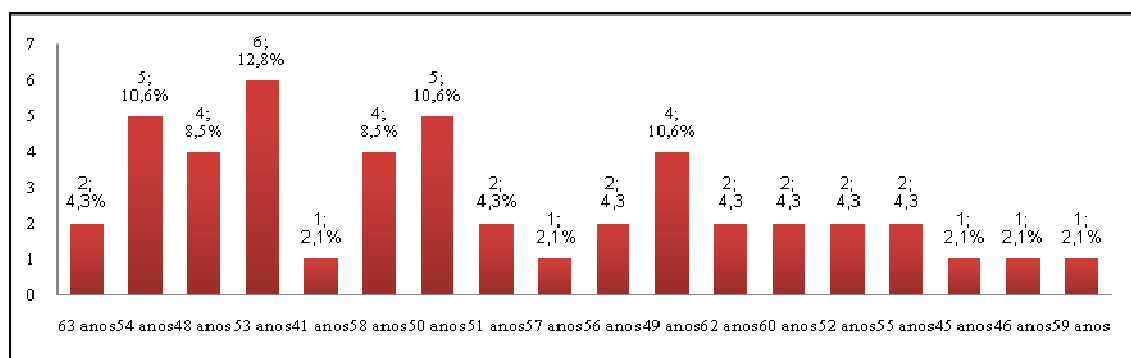
#### 3.1. Apresentação e Análise dos Resultados

Após a colheita de dados, a próxima etapa consiste na apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, tendo como objectivo obter um retrato da amostra, não devendo esta ser generalizada. Assim, e tal como referido anteriormente, a análise dos dados irá ser efectuada recorrendo à estatística descritiva, para as perguntas fechadas, e à análise de conteúdo, para as perguntas abertas.

Numa fase inicial da apresentação e análise dos resultados, irá ser realizada a caracterização dos sujeitos da amostra, seguida dos dados relativos aos conhecimentos e comportamentos que as mulheres adoptaram ao longo desta fase da sua vida, de forma consecutiva, os dados relativos ao acompanhamento que tiveram e, por último, os dados relativos às críticas e sugestões das utentes em relação ao que é, ou pode ser feito nesta fase, tendo, como vertente, a análise de conteúdo. Desta forma, os dados irão ser apresentados e analisados de acordo com a ordem estabelecida nos questionários.

##### 3.1.1. Caracterização da amostra

**Gráfico 1:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Idade

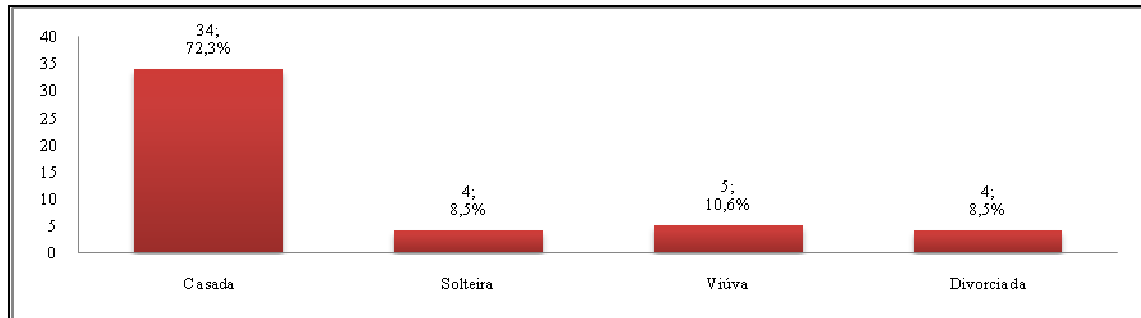


Como se pode constatar no gráfico I, a amostra presente nesta investigação é constituída por 2 (4,3%) mulheres de 63 anos; 5 (10,6%) mulheres de 54 anos; 4 (8,5%) mulheres de 48 anos; 6 (12,8%) mulheres de 53 anos; 1(2,1%) mulher de 41 anos; 4 (8,5%) mulheres de 58 anos; 5 (10,6%) mulheres de 50 anos; 2 (4,3%) mulheres de 51 anos; 1 (2,1%) mulher de 57 anos; 2 (4,3%) mulheres de 56 anos; 4 (8,5%) mulheres de 49 anos; 2 (4,3%) mulheres de 62; 2 (4,3%) mulheres de 60; 2 (4,3%) mulheres de 52; 2 (4,3%)

mulheres de 55 anos; 1 (2,1%) mulher de 45; 1 (2,1%) mulher de 46 e 1 (2,1%) mulher de 59 anos.

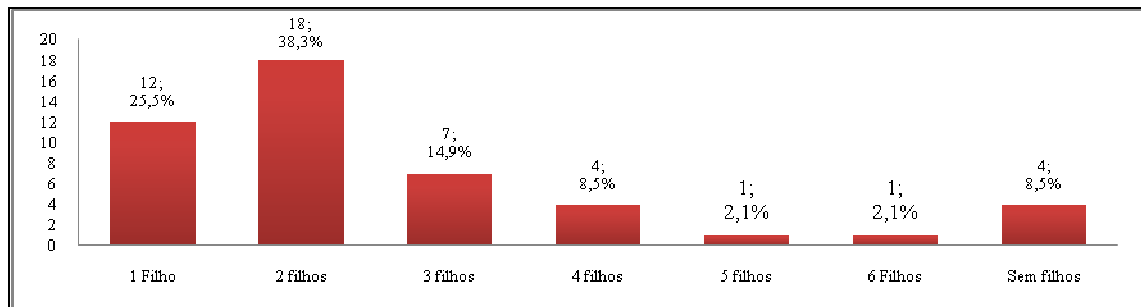
A média de idade é de 50 anos, 41 anos é a idade mínima, e 63 anos a idade máxima das mulheres questionadas.

**Gráfico 2:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Estado Civil



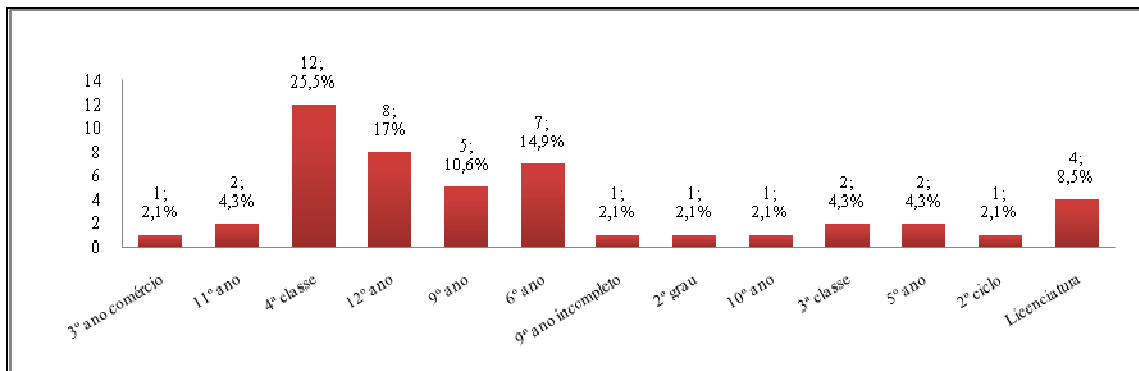
De acordo com o gráfico 2, pode-se analisar que 34 (72,3%) mulheres são casadas; 4 (8,5%) são solteiras; 5 (10,6%) viúvas e 4 (8,5%) são divorciadas.

**Gráfico 3:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o número de filhos



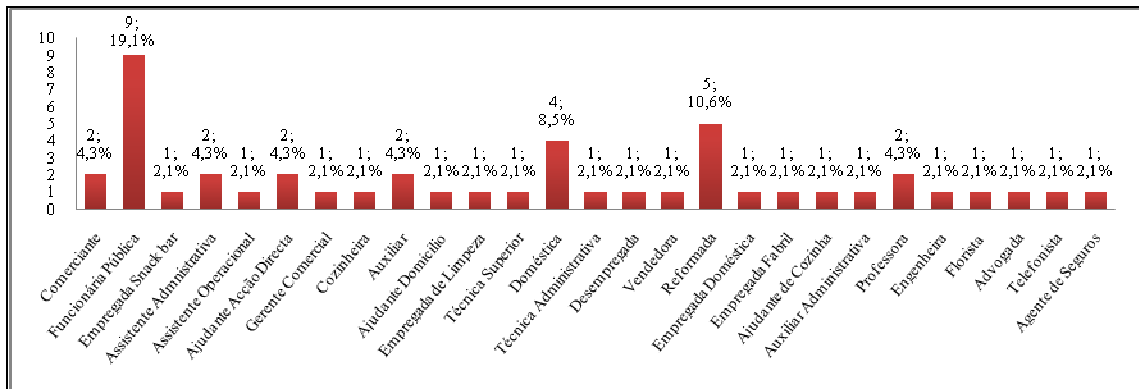
Tal como se pode verificar pelo gráfico 3, 12 (25,5%) das mulheres têm um filho; 18 (38,3%) têm 2 filhos; 7 (14,9%) têm 3 filhos; 4 (8,5%) têm 4 filhos; 1 (2,1%) tem 5 filhos; 1 (2,1%) tem 6 filhos e 4 (8,5%) não têm filhos.

**Gráfico 4:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Grau de Escolaridade



Relativamente ao grau de escolaridade, aferiu-se que 1 (2,1%) mulher tem o 3º Ano do Comércio; 2 (4,3%) têm o 11º Ano; 12 (25,5%) têm a 4ª Classe; 8 (17%) têm o 12º Ano; 5 (10,6%) têm o 9º Ano; 7 (14,9%) têm o 6º Ano; 1 (2,1%) tem o 9º ano incompleto; 1 (2,1%) mulher tem o 2º Grau; 1 (2,1%) tem o 10º Ano; 2(4,3%) têm a 3ª Classe; 2(4,3%) têm o 5º Ano; 1 (2,1%) tem o 2º Ciclo e 4 (8,5%) são Licenciadas.

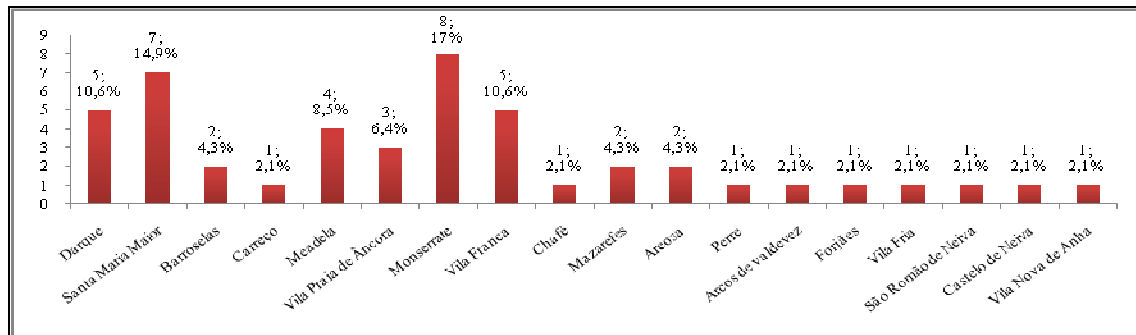
**Gráfico 5:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Profissão



No respeitante à profissão das mulheres questionadas, pode-se observar que 2,1% (1) das mulheres desempenham diversas profissões: Empregada de Snack-Bar; Assistente Operacional; Gerente Comercial; Cozinheira; Ajudante de Domicílio; Empregada de Limpeza; Técnica Superior; Técnica Administrativa; Desempregada; Vendedora; Empregada Doméstica; Empregada Fabril; Ajudante de Cozinha; Auxiliar Administrativa; Engenheira; Florista; Advogada; Telefonista e Agente de Seguros; 4,3% (2) das mulheres são Comerciantes, Assistentes Administrativas; Ajudante de Acção

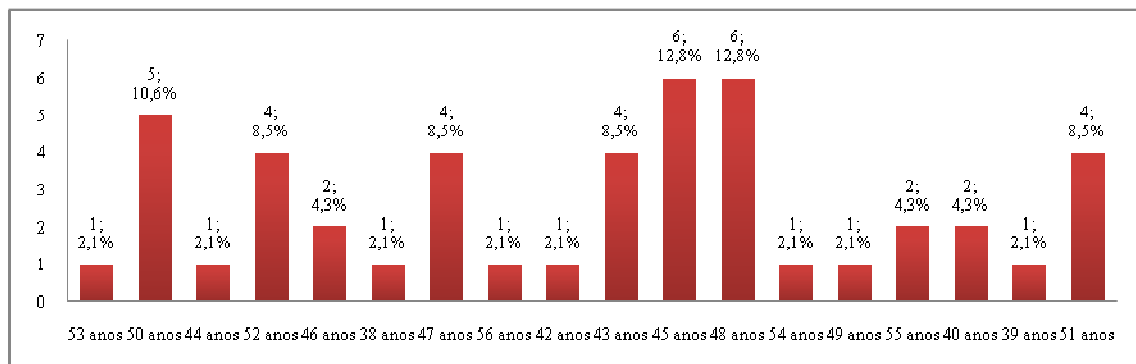
Directa; Auxiliar e Professora; 8,5% (4) são domésticas; 10,6% (5) estão na reforma e, por fim, 19,1% (9) das mulheres são Funcionárias Públicas.

**Gráfico 6:** Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Freguesia de Residência



No que respeita à freguesia de residência das mulheres questionadas, pode-se observar que 2,1% (1) das mulheres são de Carreço, Chafé, Perre, Arcos de Valdevez, Forjães, Vila Fria, S. Romão do Neiva, Castelo de Neiva e Vila Nova de Anha; 4,3% (2) são de Barroselas, Mazarefes e Areosa; 6,4% (3) são de Vila Praia de Âncora; 8,5% (4) são da Meadela; 10,6% (5) são de Darque e Vila Franca; 14,9% (7) são de Santa Maria Maior e, por fim, 17% (8) são de Monsserrate.

**Gráfico 7:** Distribuição dos dados relativos aos utentes de acordo com a idade de entrada na menopausa.

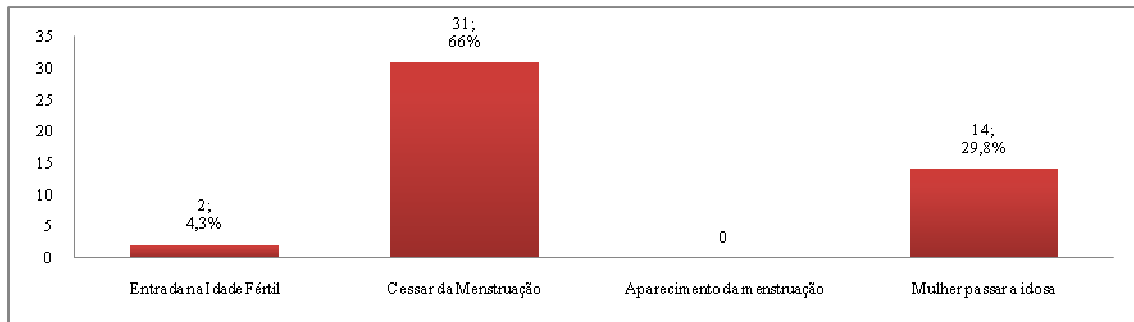


Como se pode constatar no gráfico 7, sobre as idades da entrada na menopausa, das mulheres questionadas 2,1% (1) entrou na menopausa aos 53 anos; 10,6% (5) aos 50 anos; 2,1% (1) aos 44 anos; 8,5% (4) aos 52 anos; 4,3% (2) aos 46 anos; 2,1% (1) aos 38 anos; 8,5% (4) aos 47 anos; 2,1 (1) aos 56 anos; 2,1% (1) aos 42 anos; 8,5% (4) aos 43 anos; 12,8% (6) aos 45 anos; 12,8 (6) aos 48 anos; 2,1% (1) aos 54 anos; 2,1% (1) aos 49

anos; 4,3% (2) aos 55 anos; 4,3% (2) aos 40 anos; 2,1% (1) aos 39 anos e, por fim, 8,5% (4) entraram na menopausa aos 51 anos.

### 3.1.2. Definição de menopausa pelas mulheres menopáusicas

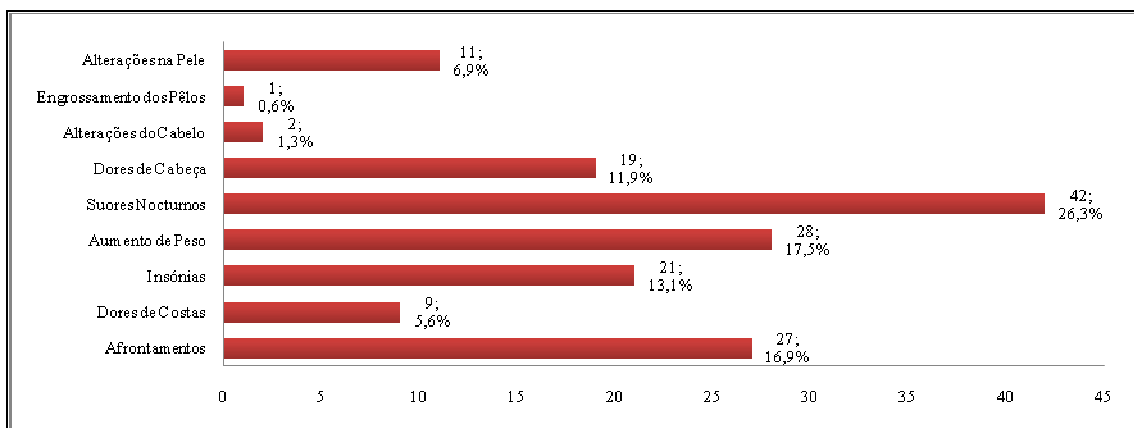
**Gráfico 8:** Gráfico de dados em relação à definição que as mulheres têm de menopausa



Em relação à definição que as mulheres têm sobre a menopausa, pode-se afirmar que 4,3% (2) consideram que é a entrada na idade fértil; 66% (31) consideram que é o cessar da menstruação; 29,8% (14) consideram que é a mulher passar a idosa. De salientar que nenhuma das mulheres considerou a definição de menopausa como sendo o aparecimento da menstruação.

### 3.1.3. Conhecimentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa

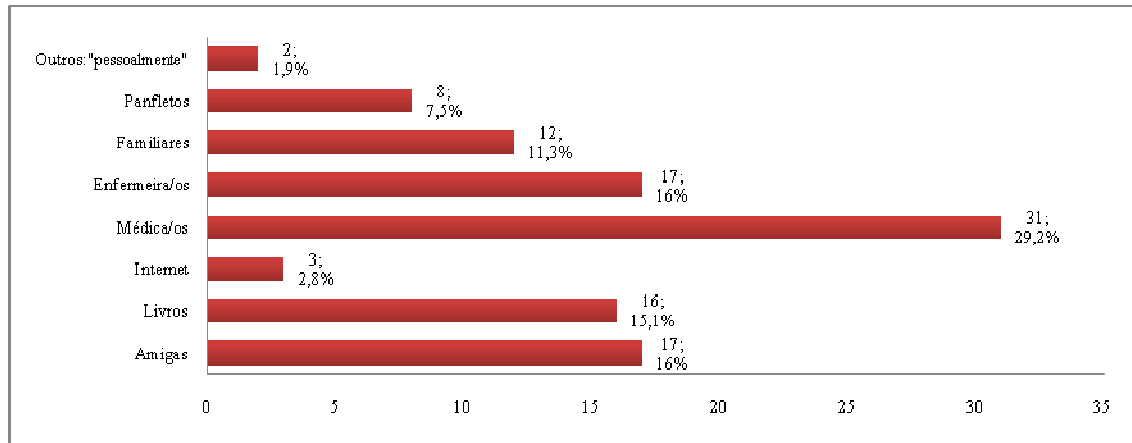
**Gráfico 9:** Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres às alterações a nível físico na menopausa



Como se pode apurar pelo gráfico 9, os sintomas que as mulheres conhecem a nível físico devido às alterações hormonais na menopausa são 6,9% (11) as alterações na pele; 0,6%

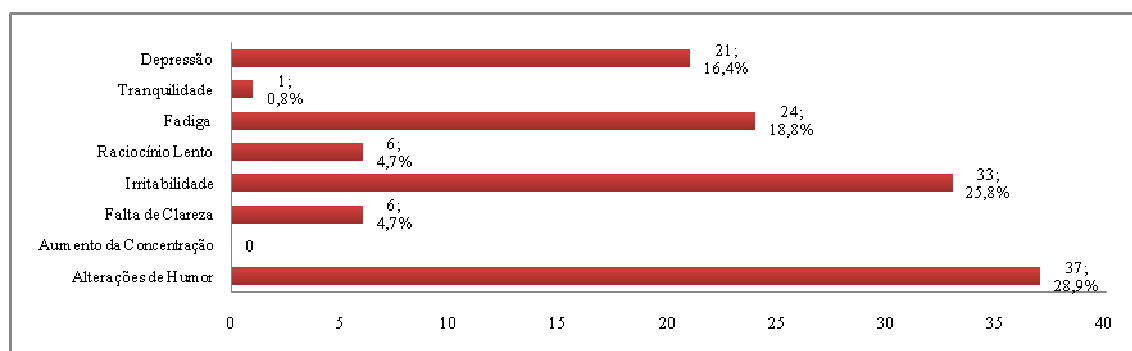
(1) o engrossamento dos pêlos; 1,3% (2) as alterações do cabelo; 11,9% (19) as dores de cabeça; 26,3% (42) os suores nocturnos; 17,5% (28) o aumento de peso; 13,1% (21) as insónias; 5,6% (9) as dores de costas e, por fim, 16,9% (27) os afrontamentos.

**Gráfico 10:** Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível físico na menopausa



No que concerne às fontes de informação utilizadas pelas mulheres sobre as alterações a nível físico na menopausa, como se pode verificar pelo gráfico 10, 16% (17) destas informaram-se pelas amigas; 15,1% (16) pelos livros; 2,8% (3) pela internet; 29,2% (31) pela médica/o; 16% (17) pela enfermeira/o; 11,3% (12) pelos familiares; 7,5% (8) pelos panfletos e 1,9% (2) pessoalmente.

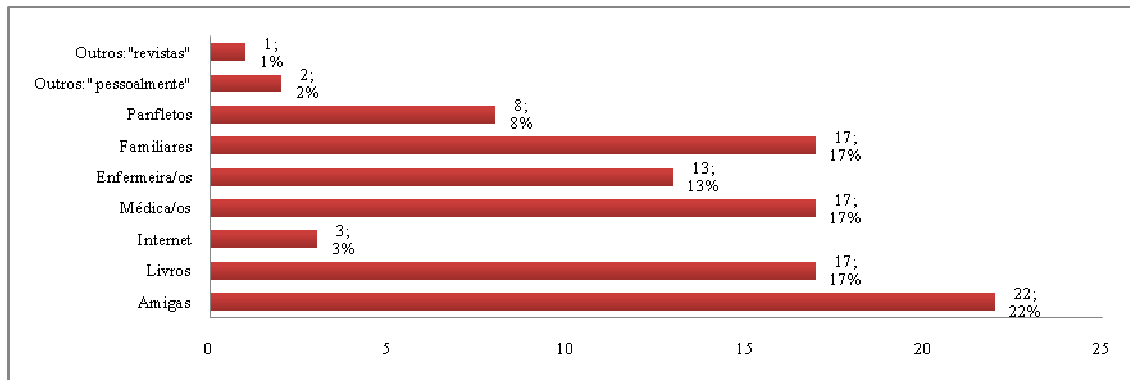
**Gráfico 11:** Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível psicológico na menopausa



Tal como se pode verificar pelo gráfico 11, os sintomas que as mulheres conhecem a nível psicológico devido às alterações hormonais na menopausa são, respectivamente, 16,4% (21) a depressão; 0,8% (1) a tranquilidade; 18,8% (24) a fadiga; 4,7% (6) o

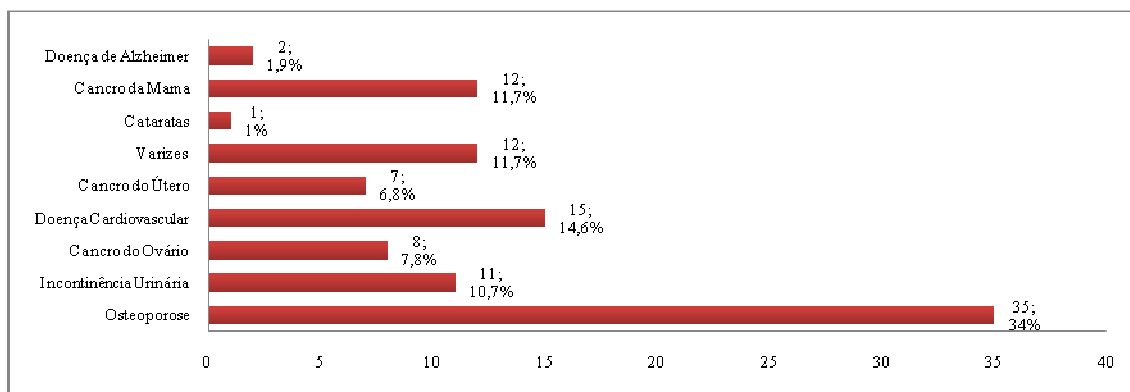
raciocínio lento; 25,8% (33) a irritabilidade; 4,7% (6) a falta de clareza; 28,9%(37) as alterações de humor. Por último, nenhuma mulher seleccionou o aumento de concentração.

**Gráfico 12:** Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível psicológico na menopausa



Analisando o gráfico 12, verifica-se que as fontes de informação que as mulheres utilizaram sobre as alterações a nível psicológico na menopausa foram 22% (22) as amigas; 17% (17) os livros; 3% (3) a internet; 17% (17) o/a médica/o; 13% (13) o/a enfermeira/o; 17% (17) os familiares; 8% (8) panfletos; 2% (2) referem que foi pessoalmente e, por fim, 1% (1) refere ter sido através de revistas.

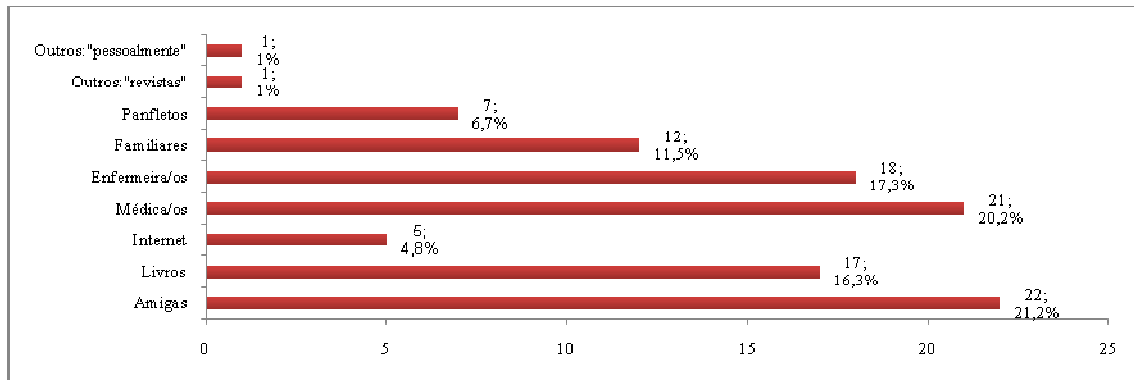
**Gráfico 13:** Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível metabólico na menopausa



Em relação aos conhecimentos que as mulheres possuem sobre os sintomas que ocorrem a nível metabólico devido às alterações hormonais na menopausa, temos respectivamente, 1,9% (2) refere a doença de Alzheimer; 11,7% (12) o cancro da mama; 1% (1) as

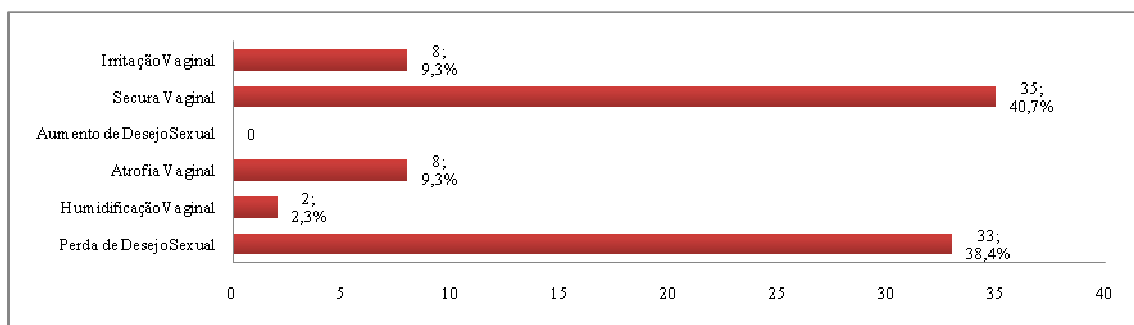
cataratas; 11,7% (12) as varizes; 6,8% (7) refere o cancro do útero; 14,6% (15) a doença cardiovascular; 7,8% (8) o cancro do ovário; 10,7% (11) a incontinência urinária e 34% (35) referem a osteoporose.

**Gráfico 14:** Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível metabólico na menopausa



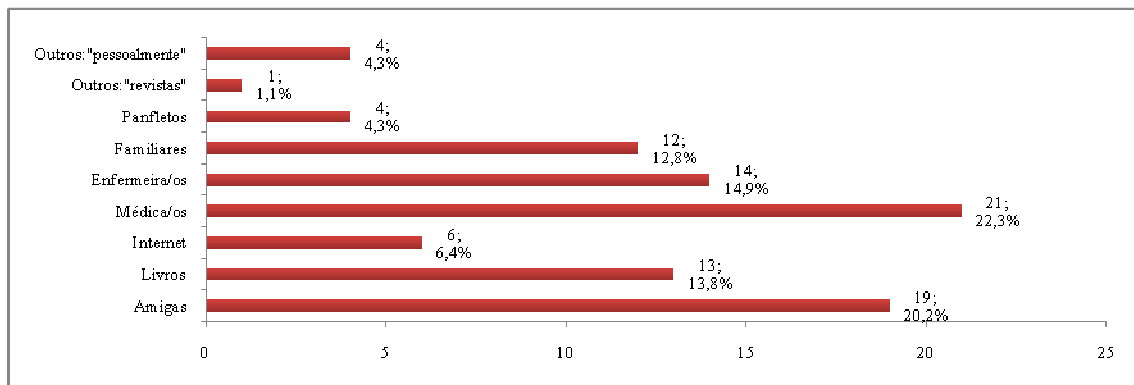
As fontes de informação referidas pelas mulheres para obtenção de conhecimento sobre alterações que ocorrem a nível metabólico na menopausa foram 1% (1) pessoalmente; 1% (1) revistas; 6,7% (7) panfletos; 11,5% (12) familiares; 17,3% (18) enfermeira/o; 20,2% (21) médica/o; 4,8% (5) internet; 16,3% (17) livros e, por fim, 21,2% (22) mulheres referiram ter sido através de amigas.

**Gráfico 15:** Gráfico de dados relativos aos conhecimentos das mulheres das alterações a nível sexual na menopausa



Tal como se verifica no gráfico 15, os sintomas que as mulheres conhecem a nível sexual devido às alterações hormonais na menopausa são: 9,3% (8) a irritação vaginal; 40,7% (35) a secura vaginal; 9,3% (8) a atrofia vaginal; 2,3% (2) a humidificação vaginal; 38,4% (33) a perda de desejo sexual e, finalmente, nenhuma mulher referiu o aumento de desejo sexual.

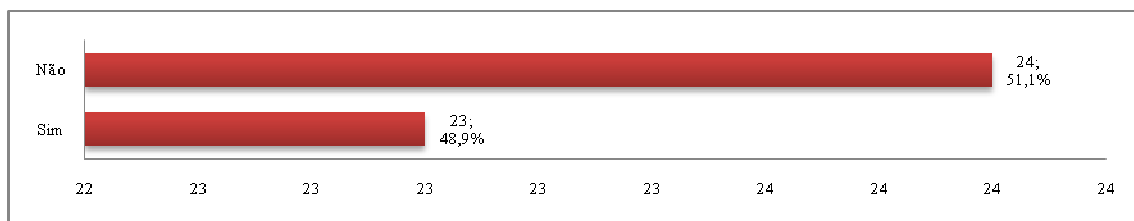
**Gráfico 16:** Gráfico de dados relativos às fontes de informação relativas às alterações a nível sexual na menopausa



As fontes de informação que as mulheres utilizaram para se informarem sobre as alterações a nível sexual na menopausa foram 4,3% (4) pessoalmente; 1,1% (1) as revistas; 4,3% (4) os panfletos; 12,8% (12) os familiares; 14,9% (14) enfermeira/o; 22,3% (21) médica/o; 6,4% (6) internet; 13,8% (13) livros e, por fim, 20,2% (19) refere ter sido com as amigas.

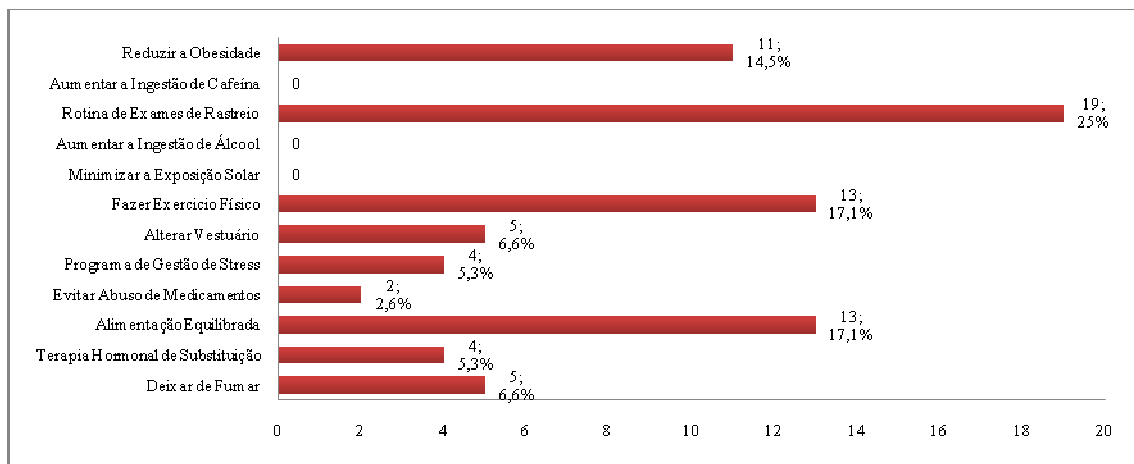
### 3.1.4. Comportamentos de saúde das mulheres menopáusicas

**Gráfico 17:** Gráfico de dados relativos à mudança de comportamentos das mulheres após entrada na menopausa



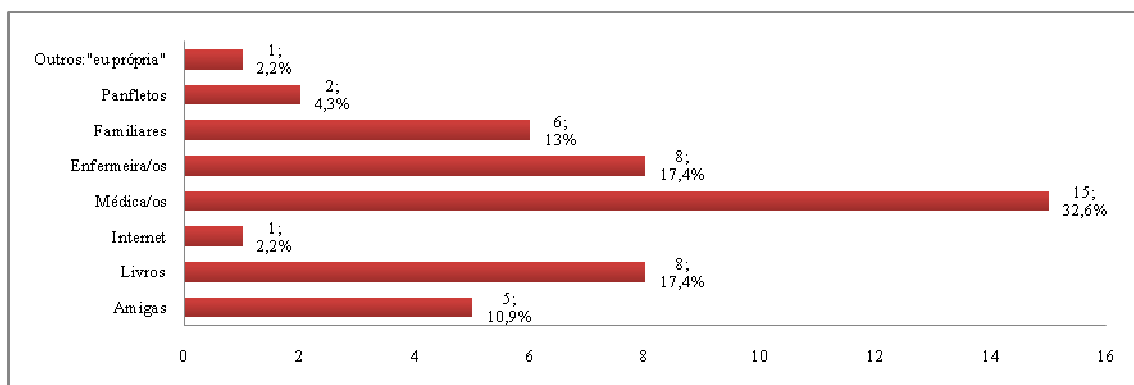
Observando o gráfico 17, pode-se verificar que, após a entrada na menopausa, 51,1% (24) das mulheres não alteraram os seus comportamentos de vida e apenas 48,9% (23) o fizeram.

**Gráfico 18:** Gráfico de dados relativos aos comportamentos que as mulheres alteraram na entrada na menopausa



Os comportamentos que as mulheres questionadas referiram ter alterado após a entrada na menopausa foram, propriamente, 14,5% (11) reduzir a obesidade; 25% (19) fazer uma rotina de exames de rastreio; 17,1% (13) fazer exercício físico; 6,6% (5) alterar o vestuário; 5,3% (4) seguiu um programa de gestão de stress; 2,6% (2) evitar o abuso de medicamentos; 17,1% (13) fazer uma alimentação equilibrada; 5,3% (4) iniciar a terapia hormonal de substituição; 6,6% (5) deixar de fumar. É de salientar que nenhuma mulher referiu ter aumentado a ingestão de cafeína ou de álcool, nem ter minimizado a exposição solar.

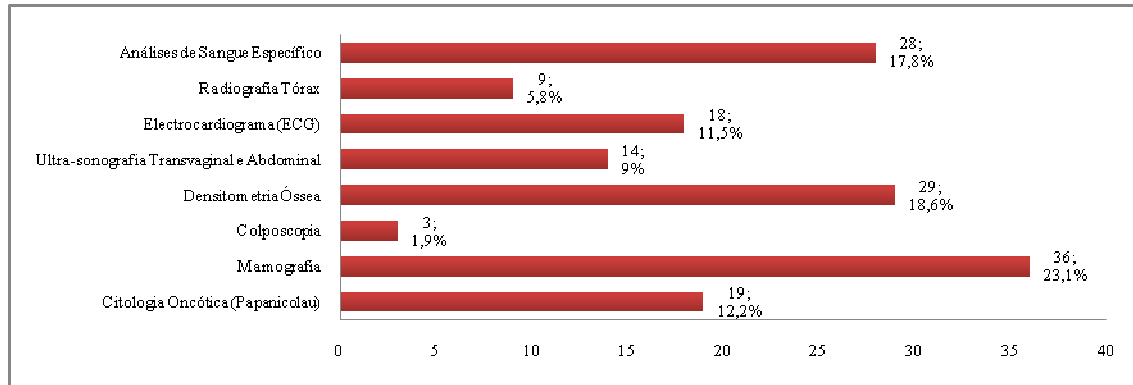
**Gráfico 19:** Gráfico de dados relativos às fontes de informação das alterações no comportamento de vida



As fontes de informação que as mulheres utilizaram para alterar o seu comportamento de vida foram: 2,2% (1) por ela própria; 4,3% (2) através de panfletos; 13% (6) pelos

familiares; 17,4% (8) por enfermeira/o; 32,6% (15) médica/o; 2,2% (1) pela internet; 17,4% (8) pelos livros e 10,9% (5) pelas amigas.

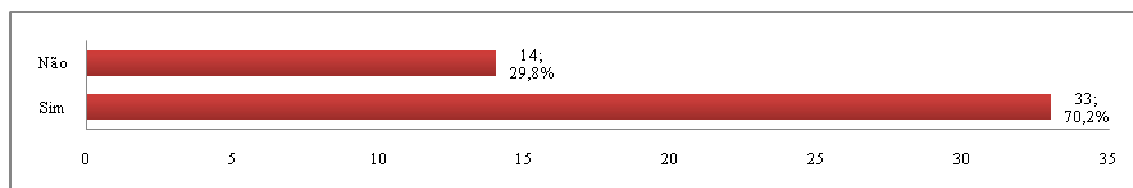
**Gráfico20:** Gráfico de dados relativos aos exames de rastreio que passaram a realizar na menopausa



Os exames de rastreio que as mulheres passaram a realizar na menopausa, tal como se pode aferir pelo gráfico 20, foram: 17,8% (28) das mulheres realizaram análises de sangue específico; 5,8% (9) a radiografia tórax; 11,5% (18) o electrocardiograma (ECG); 9% (14) a Ultra-sonografia transvaginal e abdominal; 18,6% (29) a Densitometria óssea; 1,9% (3) a Colposcopia; 23,1% (36) a Mamografia e, 12,2% (19) das mulheres referiram ter realizado a citologia oncótica (Papanicolau).

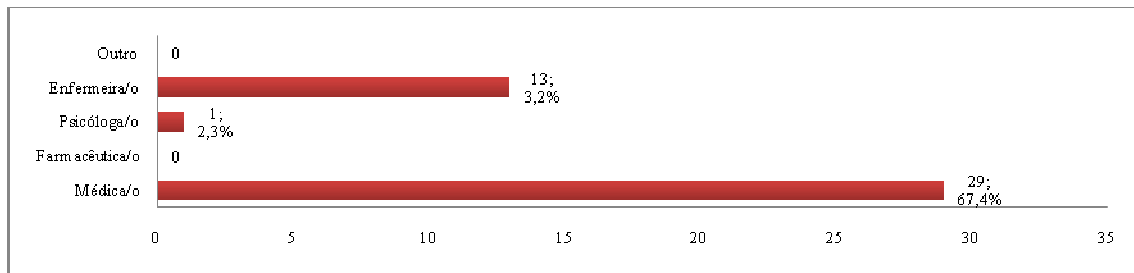
### 3.1.5. Acompanhamento das mulheres menopáusicas na menopausa

**Gráfico 21:** Gráfico de dados relativos ao acompanhamento das mulheres



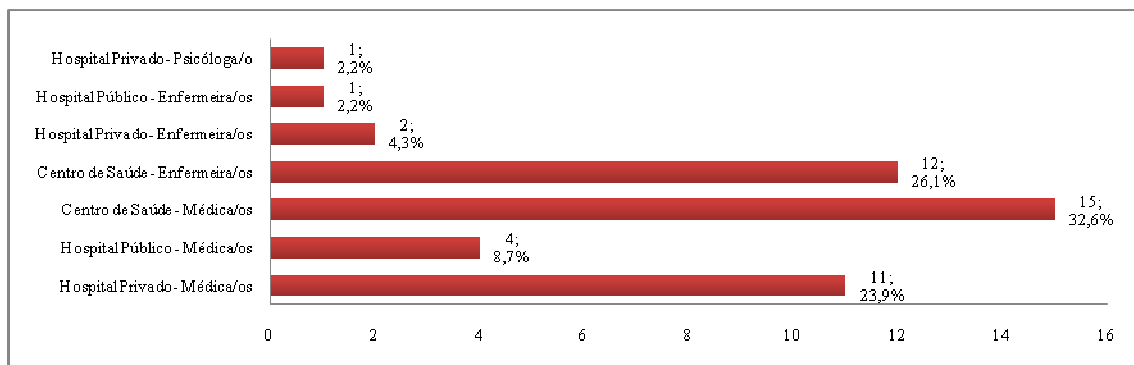
Das mulheres questionadas, aferiu-se que 29,8% (14) destas não tiveram acompanhamento durante a entrada na menopausa, enquanto que 70,2% (33) das mulheres tiveram esse acompanhamento.

**Gráfico 22:** Gráfico de dados relativo ao profissional de saúde que acompanhou a entrada na menopausa



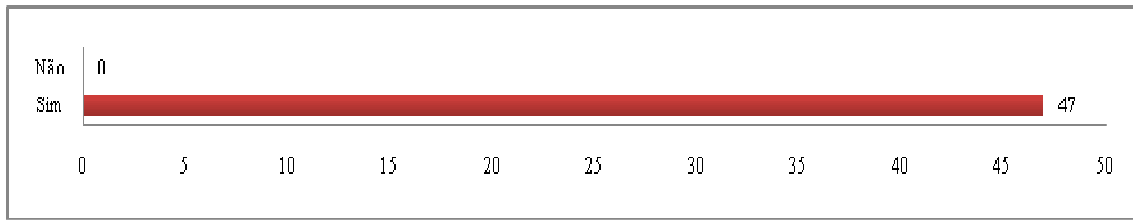
Como se pode verificar pelo gráfico, 3,2% (13) das mulheres tiveram acompanhamento na entrada da menopausa com enfermeira/o; 2,3% (1) por uma psicóloga; 67,4% (29) referiram ter sido pela médica/o, não houve referência a nenhum outro profissional de saúde.

**Gráfico 23:** Gráfico de dados relativo ao profissional de saúde e local onde as mulheres foram acompanhadas na entrada da menopausa



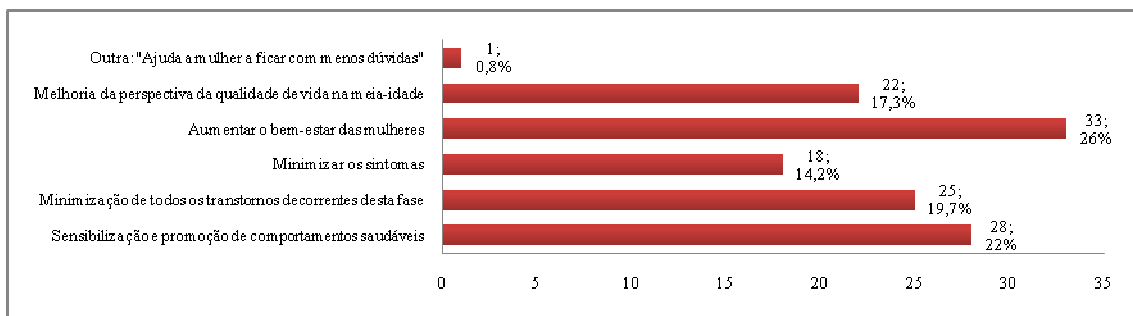
Relativamente ao local/profissional de saúde de acompanhamento das mulheres na entrada da menopausa, 2,2% (1) referiram ter sido com uma psicóloga/o num hospital privado; 2,2% (1) com uma enfermeira/o num hospital público; 4,3% (2) com uma enfermeira/o em hospital privado; 26,1% (12) com uma enfermeira/o no centro de saúde; 32,6% (15) com a/o médica/o no centro de saúde; 8,7% (4) com a/o médica/o num hospital público e, por fim, 23,9% (11) com a/o médica/o num hospital privado.

**Gráfico 24:** Importância do acompanhamento



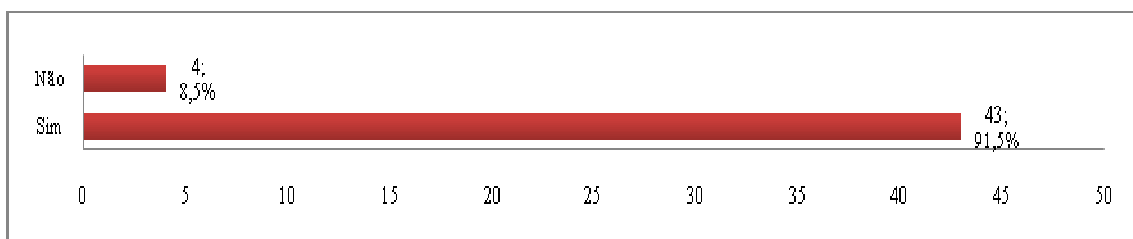
Como se pode aferir no gráfico 24, todas as mulheres inquiridas (100%) consideram importante o acompanhamento na entrada desta etapa da vida.

**Gráfico 25:** Gráficos de dados relativo aos motivos de as mulheres acharem importante o acompanhamento



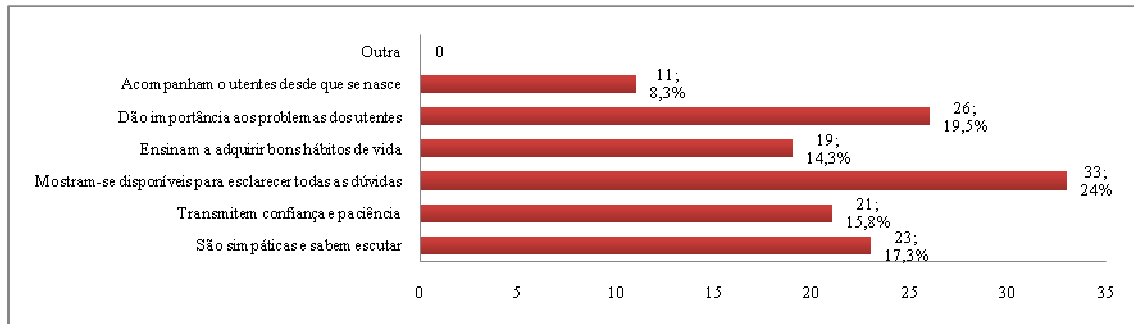
De acordo com o gráfico 25, podemos constatar que 0,8% (1) das mulheres questionadas considera importante o acompanhamento, pois as ajuda a ficar com menos dúvidas; 17,3% (22) expressa que melhora a perspectiva da qualidade de vida na meia-idade; 26% (33) argumenta que contribui para o aumento do bem-estar das mulheres; 14,2% (18) porque minimiza os sintomas; 19,7% (25) afirma que auxilia na minimização de todos os transtornos decorrentes desta fase e, por fim, 22% (28) porque ajuda na sensibilização e promoção de comportamentos saudáveis.

**Gráfico 26:** Gráfico de dados relativo à importância do acompanhamento por parte de Enfermagem



Tal como se verifica no gráfico 26, 8,5% (4) não acham importante o acompanhamento por parte de enfermagem nesta fase; no entanto, 91,5% (43) acham que é importante.

**Gráfico 27:** Gráfico de dados relativos ao motivo da importância de Enfermagem como acompanhamento



Como se pode constatar no gráfico 27, 8,3% (11) das mulheres admite ser importante o acompanhamento de enfermagem, porque esta equipa acompanha o utente desde que nasce; 19,5% (26) porque dão importância aos problemas dos utentes; 14,3% (19) porque ensinam a adquirir bons hábitos de vida; 24% (33) por estes se mostrarem disponíveis para esclarecer todas as dúvidas; 15,8% (21) porque a equipa de enfermagem transmite confiança e paciência e, por último, 17,3% (23) porque são simpáticas e sabem escutar.

### 3.1.6. Opinião das Utentes sobre possíveis melhorias nos serviços para colmatarem necessidade sentidas sobre conhecimentos e comportamentos acerca da menopausa

Após a colheita dos dados qualitativos, torna-se necessário codificá-los. Neste sentido, Holsti (*cit. in* Bardin, 2008, p. 129) declara que a codificação dos dados é o processo através do qual os dados são transformados e agregados em unidades, as quais possibilitam uma descrição precisa das características referentes ao conteúdo. Para esta codificação, foi necessário empregar os pilares que assentam neste processo, especificamente, o recorte, a enumeração e a classificação das categorias. Assim sendo, após as duas primeiras fases, procedeu-se à classificação das categorias, ou seja, à categorização que, segundo Bardin (2008, p. 145), consiste numa

“ (...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As

categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) (...).”

Como conseguinte, procedeu-se à subsequente categorização que é apresentada seguidamente, no Quadro 1, no Quadro 2 e no Quadro 3.

**Quadro 1 – Análise de conteúdo referente ao modo como se sentiram as mulheres na entrada na menopausa**

Categoria	Sub-Categoria	Unidade de Registo	Unidade de contexto	Score
Forma das mulheres encararem a Menopausa	Sentimentos	Sentimentos Positivos	“Foi uma entrada encarada de forma natural, dai que não me senti menos mulher do que até ali” (Q3, p.2.2.L.1) “Senti-me no estado normal pois faz parte do ciclo da vida” (Q4, p.2.2.L.1) “Bem porque fui sendo enformada” (Q9, p.2.2.L.1) “Senti-me com naturalidade” (Q10, p.2.2.L.1) “Foi natural, não senti nada” (Q17, p.2.2.L.1) “Calma para enfrentar uma situação que considero normal!” (Q19, p.2.2.L.1) “Bem porque fui sendo enformada” (Q9, p.2.2.L.)	18
		Sentimentos Negativos	“Foi complicado devido à falta de informação existente.” (Q46, p.2.2.L.1) “Dores de cabeça, tonturas, cansaço e aumento de peso” (Q12, p.2.2.L.1) “Fragil quando confrontada com situações mais complicadas.” Alterações de humor e irritabilidade” (Q21, p.2.2.L.1) “Muito mal” (Q31, p.2.2.L.1) “Senti que fiquei mais irritada, tudo me chateava, fiquei com calores e suava mais.” (Q43, p.2.2.L.1) “Senti-me bastante cansada, com muitos calores, foi uma fase difícil.” (Q47, p.2.2.L.1)	26

Tal como se pode verificar pelo quadro1,na análise das respostas das inquiridas imergiu uma categoria: forma das mulheres encararem a menopausa. As mulheres tiveram diferentes formas de entrar na menopausa, enquanto umas não tiveram qualquer problema, outras, no entanto, tiveram dificuldades. Deste modo, pode-se averiguar nas diferenças significativas que existem de mulher para mulher.

**Quadro 2:** Análise de conteúdo referente a sugestões para melhorar o acompanhamento das mulheres na menopausa

Categoria	Sub - categoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Opinião das mulheres sobre o que pode ser feito para melhorar o acompanhamento	Assistência de enfermagem	Formação específica	<p>“No âmbito da menopausa julgo que a “Enfermagem” tem um papel relevante e, como tal os profissionais de saúde deveriam investir com formação específica para suprir as lacunas existentes, (...)”(Q13, p.5.L.1)</p> <p>“(…) os técnicos de saúde devem promover esclarecimentos às mulheres nesta fase da vida, principalmente nas áreas onde a educação sexual e a informação não chega”(Q3, p.5.L.3)</p> <p>“Devíamos estar mais informadas. No meu caso a médica tirou-me todas as dúvidas, no entanto, para que eu me lembra-se de tudo, deveria trazer algum documento para casa, uns papeis onde depois pudesse ler tudo com calma.”(Q44, p.2.2.L.1)</p>	3
		Educação para a Saúde	<p>“ (...) realizar sessões de esclarecimentos sobre a menopausa, e sobre os efeitos do uso terapia hormonal de substituição”(Q7, p.5.L.1)</p> <p>“Devia haver sessões de informação”(Q9, p.5.L.1)</p> <p>“Procurarem dar mais informação, através de, por exemplo, panfletos, cartazes informativos (...) ” (Q43, p.5.L.1)</p>	3
		Acompanhamento	<p>“ (...) Penso que é indispensável ter alguém para nos ouvir seja enfermeiro ou psicólogo (...)”(Q14, p.5.L.2)</p> <p>“ (...) as mulheres que acho que não conseguem sozinhas, devem pedir ajuda a uma enfermeira ou ao médico de família”(Q15, p.5.L.3)</p> <p>“Mais acompanhamento nos hospitais e centros de saúde. (...)”(Q17, p.5.L.1)</p> <p>“Deveria ser obrigatória uma consulta anula, no medico de família. Com acompanhamento de enfermagem. (...)”(Q26, p.5.L.1)</p>	4

No que se refere à opinião das mulheres, tal como se pode verificar pelo quadro 2, em relação às sugestões de forma a melhorar o acompanhamento, surgiu a categoria: opinião das mulheres sobre o que pode ser feito para melhorar o acompanhamento. As unidades que se podem verificar referem-se à formação específica que os profissionais devem ter, que devem realizar a educação para a saúde e que deveria haver mais acompanhamento.

**Quadro 3:** Análise de conteúdo referente a críticas para melhorar o acompanhamento das mulheres na menopausa

Categoria	Sub - categoria	Unidade de registo	Unidade de contexto	Score
Críticas das mulheres sobre o acompanhamento	Assistência de enfermagem	Falta de Empatia	<p>“As enfermeiras tem algumas que são (...) muito antipáticas não sorriem para as pessoas são muito importantes (...)”(Q12, p.5.L.1)</p> <p>“(...) porque às vezes sinto que não querem saber de mim, devem pensar que sou mais uma velha a ocupar-lhes tempo. (...)”(Q28, p.5.L.2)</p>	2
		Falta de Informação	<p>“Devia haver mais informação, as vezes não querem saber das nossas dúvidas querem o dinheiro ao fim do mês sem serem bons profissionais e mais não digo”(Q32, p.5.L.1)</p> <p>“Deveria haver mais informação, o que nos dizem é quase nada, não chega para esclarecer todas as nossas dúvidas. Por vezes se perguntamos fazem de conta que não ouvem (...)”(Q40, p.5.L.1)</p> <p>“Na minha opinião os profissionais de saúde dão mais importância às mulheres enquanto estão na idade fértil. Estes deviam investir mais na informação necessária para as mulheres que se encontram na menopausa.”(Q45, p.5.L.1)</p>	3
		Falta de Acompanhamento	<p>“Determinadas mulheres não tem devido acompanhamento”(Q11, p.5.L.1)</p>	1

No que se refere à opinião das mulheres, tal como se pode verificar pelo quadro 3, em relação às críticas de forma a melhorar o acompanhamento, surgiu a categoria: críticas das mulheres sobre o acompanhamento. As unidades que se podem verificar referem-se à falta de empatia, falta de informação e a falta de acompanhamento que existe.

### 3.2. Discussão dos Resultados

#### 3.2.1. Definição de menopausa pelas mulheres menopáusicas

Relativamente à definição que as mulheres têm sobre a menopausa, apurou-se que a maioria das mulheres (66%) reconhece a menopausa como o cessar da menstruação. No entanto, ainda existem 29,8% que considera ser a passagem a idosa. Para algumas

mulheres esta pode ser uma fase positiva; no entanto para outras, esta fase pode ser vista de forma negativa, com perdas, menos femininas, pouco atractivas a nível sexual, com menos vigor físico e menor capacidade de produzir, sentindo-se velhas (Carvalho, 2004, pp. 72 e 73). Ainda nesta vertente, é de salientar que nenhuma das mulheres inquiridas referiu a menopausa como sendo o aparecimento da menstruação.

### 3.2.2. Conhecimentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa

Em relação aos conhecimentos que as mulheres têm sobre as alterações que ocorrem aos vários níveis devido às alterações hormonais, averiguou-se que ainda existem algumas crenças, bem como, alguns desconhecimentos nesta área. Pensa-se que todas estas lacunas se devem, por um lado, à pouca informação existente e, por outro, a dificuldades económicas, facto que leva muitas vezes a uma inacessibilidade aos serviços de saúde.

Relativamente ao nível físico, 26,3% das mulheres identificaram os suores nocturnos, 17,5%, o aumento de peso, 16,9% os afrontamentos e 13,1% as insónias. É de salientar que 11,9% referiu as dores de cabeça; no entanto, não existe nenhum estudo que comprove que estas estejam relacionadas com a menopausa. A nível psicológico, 28,9% identificaram as alterações de humor como uma alteração interligada à menopausa; 25,8% a irritabilidade, 18,8% a fadiga e 16,4% a depressão. É de ressaltar que uma mulher referiu a tranquilidade. Como menciona Northrup (2000, p.442), se as mulheres encararem esta fase de forma positiva, estas vão ter oportunidade de se manterem saudáveis, envelhecendo com poder, força e beleza. Em relação ao nível metabólico, 34% das inquiridas referiu a osteoporose, 14,6% a doença cardiovascular e, em igual percentagem seleccionaram o cancro da mama e as varizes. No que concerne às varizes, não existe nenhuma evidência que esta esteja directamente relacionada com a menopausa. Apenas 1,9% das inquiridas seleccionou a doença de Alzheimer. Tal como refere Northrup (2000, p.477), não sendo a falta de clareza de raciocínio sentida por muitas mulheres na peri-menopausa, um sintoma da doença de Alzheimer, é importante compreender que factores estão associados a essa doença. Alguns estudos sugerem que, entre 28 a 50% da população com mais de oitenta e cinco anos irá sofrer de algum tipo de demência. Por último, a nível sexual 40,7% das mulheres apontou como sintoma a secura vaginal e 38,4% referiu a perda de desejo sexual. Ainda, neste nível, é de mencionar que duas das inquiridas referiram a humedificação sexual como um sintoma associado a esta fase da vida.

No que se refere às fonte de informação que as mulheres utilizaram de forma a obter conhecimentos sobre esta fase da sua vida, é de referir que as maiores percentagens referem as amigas e médicos, mantendo estes dois grupos sempre os dois primeiros lugares. Segundo Adam (1994, p.27), “(...) para algumas pessoas, a sua imagem mental da enfermagem é a da assistência ao médico, para outras, a sua “óptica pessoal” revela “uma profissão autónoma”. Em relação ao nível sexual, destacam-se uma grande percentagem, em relação aos outros níveis, dado que, as mulheres enunciam que a fonte de informação a este respeito se deve fundamentalmente a uma aprendizagem pessoal. Por ser considerada uma passagem silenciosa, a menopausa não recebe a mesma atenção que as outras etapas da vida. A mulher aprende que o seu corpo é íntimo e que não deve ser discutido com outros, não conseguindo muitas vezes ultrapassar as suas dúvidas (Gonçalves e Merighi, *cit. in* Fernandes, Narchi, 2007,p. 219).

### 3.2.3. Comportamentos de saúde das mulheres menopáusicas

Na entrada da menopausa, verificou-se que apenas 48,9% das inquiridas alterou o seu estilo de vida na entrada desta. Destas, 25% referem realizar exames de rastreio rotineiramente, em igual percentagem, 17,1% mencionam praticar exercício físico, assim como, uma alimentação equilibrada e 14,5% iniciaram processo para reduzir a obesidade. De facto, estes dados estão em consonância com Pardal (1995, p. 12), pois este considera que

“A menopausa deverá levar a mulher a manter estilos de vida saudáveis e preocupar-se especialmente com: manter o peso mais ou menos ideal para a sua altura; fazer exercício físico; e ter uma alimentação equilibrada em quantidade e qualidade”.

Em relação à informação acerca dos aspectos que deveriam alterar com a entrada na menopausa, as mulheres alegam que as adquiriram com o seu médico (32,6%). Em igual percentagem, 17,4% referem que esta informação se sustentou no pessoal de enfermagem, bem como, nos livros. Relativamente, aos exames de rastreio que as mulheres afirmam realizar, 23,1% seleccionaram a mamografia, 18,6% a densitometria óssea e 17,8% análises de sangue específico. O diagnóstico clínico da menopausa pode ser necessária e desejada, daí a confirmação laboratorial. O pico de LH no meio do ciclo pode ser confundido com gonadotrofinas elevadas que estão associadas com a menopausa. No entanto, os níveis persistentes da hormona FSH acima de 40mIU/ml são

indicativos de deficiência endógena de estrogénio e, conseqüentemente, menopausa (Wall *et al.*, 1997, p.150).

#### 3.2.4. Acompanhamento das mulheres menopáusicas na menopausa

Na verdade, 70,2% das mulheres inquiridas admitem ter tido acompanhamento nesta etapa da sua vida. Destas 67,4% referem ter tido acompanhamento através do seu médico e 3,2% através do enfermeiro. Quanto aos locais deste acompanhamento, as mulheres recorriam essencialmente ao Centro de Saúde, respectivamente, 32,6% para apoio médico e 26,1% para apoio de enfermagem. O que se constatou, também, prende-se com o facto de 23,9% das inquiridas recorrerem a um hospital privado.

Em conseqüente, todas as mulheres inquiridas referem que o acompanhamento é importante. Os motivos desta opinião são variadíssimos, para 26% aumenta o seu bem-estar, para 22% este acompanhamento permite uma sensibilização e promoção de comportamentos saudáveis e, finalmente, para 19,7% permite a minimização de todos os transtornos decorrentes desta fase. Assim como a menarca, a menopausa é experienciada individual e subjectivamente pela mulher. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem atender às necessidades dos pacientes com base em cada caso, avaliar os sinais e sintomas associadas com a menopausa e considerar a complexidade que envolve a totalidade do indivíduo (Fernandes e Narchi, 2007, p. 219).

Em relação ao acompanhamento por parte de equipa de enfermagem, 91,5% referem que este é importante. Os motivos desta opinião para 24% das inquiridas baseia-se na premissa que a equipa de enfermagem mostra-se disponível para esclarecer todas as dúvidas, para 19,5% os enfermeiros dão importância aos problemas dos utentes e para 17,3% estes são simpáticos e sabem escutar. De acordo com Pacheco (2002, p. 45), “o desejo de prestar bons cuidados de enfermagem (...) passa pelo conhecimento de nós próprios e pela consciência da importância do outro.” É deste modo, que a enfermagem se torna “ (...) decididamente humana, feita de «pequenas coisas» (...)”. São estas «pequenas coisas» que proporcionam ao utente o sentimento de confiança, consideração e de valorização enquanto pessoa que vive uma experiência delicada, são estas «pequenas coisas» que dão sentido à vida, fazem acender a luz ao fundo do túnel, fazem renascer a esperança. Por tudo isto, são estas «pequenas coisas» que constituem a essência da prática dos cuidados de enfermagem (Honoré, 2004, p. 68).

### 3.2.5. Opinião das Utentes sobre possíveis melhorias nos serviços para colmatarem necessidade sentidas sobre conhecimentos e comportamentos acerca da menopausa

Analisando as respostas das mulheres relativamente a este aspecto, verificou-se que como sugestões, salienta-se o facto de as mulheres considerarem que os enfermeiros deveriam ter mais formação específica sobre a área, realizarem sessões de informação sobre o assunto e haver mais acompanhamento nos hospitais e centros de saúde. Como críticas, destaca-se o facto de as utentes considerarem que os enfermeiros não têm paciência, nem humanismo, que existe uma falta de interesse por parte dos profissionais.

De facto, conhecer a opinião dos utentes é deveras essencial, uma vez que, é a partir deste saber que os profissionais e a instituição de saúde podem ter consciência de todos os cuidados que prestam aos utentes e, assim, aperfeiçoar ou adoptar novos comportamentos e atitudes, melhorando, por um lado, a qualidade dos cuidados prestados e, por outro, promovendo o aumento dos níveis de satisfação dos utentes (Melo, 2001, p. 29).

## **Conclusão**

Chegado ao momento de reflectir sobre o trabalho realizado, sente-se necessidade de começar por elaborar algumas sugestões, no sentido de contribuir para a promoção do contacto estabelecido entre o profissional de enfermagem e os utentes.

Deste modo, e, tendo em conta a opinião expressa pelas utentes face ao contacto entre este e o enfermeiro, considera-se relevante sugerir que os profissionais de enfermagem alicercem a sua prestação de cuidados tendo sempre como horizonte o cuidar numa visão holística e humanística do utente. Como referido precedentemente na contextualização, devem ser desenvolvidos esforços com a finalidade de acabar com o atendimento mecanicista, frustrante e quase sempre impessoal que caracteriza os cuidados de saúde primários.

Neste âmbito, o enfermeiro comunitário apresenta um papel determinante, uma vez que, constituindo o profissional de saúde que estabelece o primeiro contacto com o utente, deve procurar em toda a excelência do acto profissional, efectuar o atendimento de forma empática, promovendo a expressão de sentimentos, deve comunicar com o utente tendo em consideração as suas características individuais, deve fornecer todas as explicações inerentes quer aos procedimentos efectuados. Só assim, o enfermeiro pode atenuar sentimentos como a ansiedade, o receio pelo desconhecido, a agressividade ou impaciência do utente e família, para além, de aumentar a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde, bem como, ao contacto que estabelece com o enfermeiro.

Considera-se igualmente importante, garantir processos contínuos de informação aos utentes, como por exemplo através de placards, folhetos e mesmo através dos profissionais de saúde, para que deste modo, os utentes utilizem os serviços de saúde de forma adequada. Assim sendo, os utentes devem ter conhecimento das verdadeiras finalidades de cada instituição prestadora de cuidados para, deste modo, poder deliberar qual o local mais apropriado, que melhor responda às necessidades que apresenta num determinado momento. De facto, desta forma tornar-se-á possível restaurar a finalidade para a qual os cuidados de saúde primários subsistem, isto é, proporcionar atendimento aos utentes de forma a sensibilizá-los e a promover a sua saúde, proporcionando um

atendimento mais eficaz, visto os utentes passariam a poder usufruir deste serviço com conhecimentos.

Para um melhor entendimento de como todas estas didácticas estão a ser empregues pelos profissionais de enfermagem, nada melhor do que realizar um estudo, com o objectivo de saber os conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa e a opinião das utentes, relativamente ao acompanhamento dado nesta fase da sua vida. Assim sendo, após a colheita, análise e discussão dos resultados obtidos, é de realçar que, ainda existem mulheres que ainda não se encontram elucidadas quanto aos aspectos envolventes da menopausa.

É claro que, para a realização deste trabalho monográfico se sentiram dificuldades, pois correspondeu ao primeiro trabalho desta envergadura com a vertente de investigação associada à inexperiência do investigador, o que se revelou um grande e importante desafio, que degrau a degrau se tentou ultrapassar, sempre com o auxílio da orientadora científica. Contudo, constituiu uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que, permitiu desenvolver competências e saberes na área de investigação, obrigando a investigadora a manifestar uma atitude crítico-reflexiva acerca da actual situação do SNS, mais especificamente, a nível dos cuidados de saúde primários, bem como da excelência dos cuidados de enfermagem e da importância de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o utente.

Finalizando, considera-se que o presente estudo poderá constituir uma ferramenta útil para posteriores trabalhos de investigação, podem detectar falhas que subsistem nos cuidados de saúde primários quanto ao contacto que se estabelece entre o utente e o enfermeiro. Poderão perspectivar-se novos estudos de investigação nesta área ou, de forma mais abrangente, noutros aspectos que considerem relevantes para avaliar o desenvolvimento de actividades dos cuidados de saúde primários em relação à menopausa.

Na verdade, só procurando e averiguando a opinião dos utentes em relação aos profissionais de enfermagem, se poderá ter a noção de como realmente o enfermeiro exerce toda a sua profissão e, assim, tentar mudar aspectos que se encontrem menos bons, tendo sempre como horizonte, que uma prestação de cuidados de qualidade é sinónimo de um nível crescente de satisfação dos utentes.

## **Bibliografia Principal**

- Adam, Evelyn. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa, Instituto Piaget
- Almeida, Leandro S.; Freire, Teresa. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilíbrios
- Alvear, M. ; Bes, G.; Garcia, S.; Moreno, S.; Ramón, A. E Tormo, M. (2000). *Enfermería Comunitaria 3 – Actuacion en enfermería comunitaria. Sistemas y programs de salud*. Madrid, Macgraw-Hill Interamericana
- Amaral, M.; Carvalho, C.; Germano, A.; Martins, C.; Nunes, L. e Vieira, M. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos enfermeiros.
- Andrade, M.C.P. (2001). Psicologia da saúde: contributos para uma abordagem interdisciplinar da educação para a saúde, *Referência*, (7/Novembro), pp.17-25
- Badalotti, Mariangela. (1994). Prevenção dos Distúrbios do Climatério In: Poli, Marcelino E. H.. *Ginecologia preventiva*. Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 92-98
- Bardin, L.. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70 Lda
- Berkow, Robert; Beers, Marck H; Fletcher, Andrew J.. (2007a). *Enciclopédia Médica*. Vol. 1, p. 47. Matosinhos. Merck Sharp & Dohme
- Berkow, Robert; Beers, Marck H; Fletcher, Andrew J.. (2007b). *Enciclopédia Médica*. Vol. 2, p. 19. Matosinhos. Merck Sharp & Dohme
- Berkow, Robert; Beers, Marck H; Fletcher, Andrew J.. (2007c). *Enciclopédia Médica*. Vol. 3, pp. 22,25,50,58 e 61. Matosinhos. Merck Sharp & Dohme

- Berkow, Robert; Beers, Marck H; Fletcher, Andrew J.. (2007c). *Enciclopédia Médica*. Vol. 8, pp. 84 e 86. Matosinhos. Merck Sharp & Dohme
- Brochie, Janet.. (1989). A Menopausa. *Nursing*. Ano 1, n.º 2 (Jan.), pp.42-44
- Carreira, S. M. C.. (2003). Relações enfermeiro/doente. *Nursing*, (181/Outubro), pp.30-34
- Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, praticas e necessidades de formação*. Lusociência, Loures
- Carvalho, David. (2003). Mamografia «obrigatória» a partir dos 50 anos. *Medicina e saúde*. Ano 6, n.º65, (Março),pp.58-59
- Carvalho, Geraldo Mota. (2004). *Enfermagem em Ginecologia*. Editora Pedagógica e Universitária, São Paulo
- Clark, Jan. (2005). *Menopausa natural*. São Paulo, Editorial Estampa
- Collière, M. F.. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Paje, P. e Vitorino, P.. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, (2), pp. 77-82
- Currie, Heather. (2007). *Tudo sobre menopausa*. São Paulo, Editora Andrei.
- Díaz, C. A. D. e Revuelta, C. C. (2001). *Promocion de la salud y cambio social*. Barcelona, Masson

- Doran, Roland; Parot, Françoise. (2001). *Dicionário de psicologia*. Climepsi editores, Lisboa
- Engelman, Donald A.; Ruber, Stanley Joel; Slaykin, Harold C.; Thomas, Lewis. (1989). *O corpo humano – o ciclo da vida*. Alfragide, Ediclube
- Faria, J. F. (1992). História da enfermagem, *Profissional*, (1/Agosto), pp.7-9
- Fernandes, Rosa; Narchi, Nádia. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher*. Lisboa. Artes médicas
- Fernández, F.; Rodriguez, A.; Rodriguez, L. (2003) Medidas complementares e alternativas en la menopausia. In: Roura, L.. *Tratado de Ginecologia, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. 1ª edição Madrid editorial Medica Panamericana, S.A., pp. 1399-1407
- Figueira, F. (2004). Valores universais na prática de enfermagem; competências e aperfeiçoamento. *Ordem dos Enfermeiros*, Nº 15.
- Figueiras, M. (1994). Cultural and cognitive factors in symptom appraisal concerning menopause. *Psicologia*. 12 (2/3), pp. 363-374
- Fishbach, Frances. (1996) *Manual de enfermagem – exames laboratoriais e diagnósticos*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Guimarães, Sílvia; Morgado, Carolina. (2008) Depressão e Menopausa. In: Menopace. *Revista Saúde e bem-estar: Menopausa*. Lisboa. Editora Represse

- Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew. (2000) *Investigação por questionário*. Lisboa. Sílabo
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures. Lusociência.
- Hulley, Stephen B. ; Cummings, Steven R.; Browner, Warren S.; Grady, Deborah G.; Newman, Thomas B. (2008) *Delineando a pesquisa clínica : Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre. Artmed
- Kervasdoué, Anne. (2002). *As idades da vida - A Mulher*. Lisboa. Edições Cetop.
- Lancaster, J. e Stanhope, M. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa, Lusociência.
- Lázaro, A. (2003) Educación para la salud para mujeres en la etapa perimenopausica. In: González, M. *La Educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid, Editora Diaz de Santos, pp. 513-524
- Luque, Pilar J.; Jiménez, Araceli M.; Alvarado, Maria A.; Jiménez, Pilar B.; Inchausti, Felisa S. (2006) Climatério e Menopausa – Anatomia e fisiologia. *Revista de Enfermería Rol*, vol. 29, n.º 1(enero),pp. 65-68
- Luque, Pilar J.; Jiménez, Araceli M.; Alvarado, Maria A.; Jiménez, Pilar B.; Inchausti, Felisa S. (2006) Alteraciones en la menopausia. *Revista de Enfermería Rol*, vol. 29, n.º 4 (Abril), pp. 64-66
- Manuila, L.; Manuila, A.; Lewalle, P.; Nicoulin, M. (2004) *Dicionário Medico*, Climepsi editores, Lisboa
- Marconi, Marina de Andrade; Lakatos, Eva Maria. (2007) *Técnicas de pesquisa : planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo. Atlas

- Menopace (2008) Para Não Remediar. *Revista Saúde e bem-estar - Menopausa* Lisboa. Editora Represse
- Navarro, M.F. (1995). Educação para a saúde e os profissionais de saúde comunitária, *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 13 (4/Outubro – Dezembro), pp.77-83
- Northrup, Christiane. (2000) *Corpo de Mulher – Sabedoria de Mulher*. Lisboa. Editora Sinais de Fogo, Cap. 14
- Ordem dos Enfermeiros (1996). REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> [consultado em 11.04.2009]
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Reflexões – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/> [consultado em 11.04.2009]
- Organisation mondiale de la santé (1996). *Recherche sur la menopause: Bilan de la décennie 90 – support d'un Groupe scientifique de l'OMS*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé
- Pardal, Maria. (1995). A menopausa. *Colecção Informar as Mulheres*. Vol. 7
- Pinto, T. (2000) *O ensino industrial feminino oitocentista: a escola Damião de Góis em Alenquer*. Lisboa, Edições Colibri
- Poeschl, G.; Múrias, C.; Costa, E. e Silva, A. (2001/2002) Representações das tarefas familiares. *Cadernos de consulta psicológica*, n 17/18, pp.161-170.

- Polit, Denise F. ; Beck, Cheryl Tatano; Hungler, Bernardette P. (2004) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed,.
- Potter, P. e Perry, A. (1996). *Grande tratado de enfermagem pratica – clínica e pratica hospitalar*, São Paulo, Livraria Santos Editora
- Potter, P. e Perry, A. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S. A.
- Potter, Patricia; Perry, Anne. (2005). *Grande tratado de enfermagem prática - clínica e prática hospitalar*. São Paulo. Editora Livraria Santos, 3ª Edição, p. 361
- Quivy, Raymond, Campenhoudt, Luc Van.(2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gradiva
- Ramos, Cátia, Gomes, Cláudio. (2005) Menopausa... um fim e um começo. *Servir* , Vol. 53, nº. 3 (Maio-Jun.), pp.150-153
- Redman, Barbara K.. (2003) *A prática da educação para a saúde*. Lusociencia, camarate
- Ribeiro, José L.P.. (2005) *Introdução à psicologia da saúde*. Editora quarteto, Coimbra
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa. Direcção geral de saúde.
- Silva, Luísa Ferreira; Alves, Fátima. (2002) *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto. Edições Afrontamentos

- Speroff, Leon; Glass, H. Robert; Kase, G. Nathan. (1995) *Endocrinologia Ginecologia Clínica e Infertilidade*. São Paulo. Editora Manole
- Ventura, Teresa; Alves, Paula Brandao; Sousa, Rita; Gomes, António; Tavares, Ana Paula; Siopa, Sonia; Ferreira, Estevão. (2003) Menopausa e comunidade. Experiencia na Unidade Funcional de Caldas da Rainha. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. Vol. XXVI, n.º10 (Nov.)
- Vigué, Jordi. (2007) *Enciclopédias de saúde - Saúde da mulher*. Reza a história
- Wall, Robert E.; Okuda, Donna E.. (1997) Menopausa In: Frederickon, Helen L.; Haug, Louise Wilkins. Segredos em Ginecologia e Obstetrícia. Porto Alegre. Editora Artes Médicas
- Wasaha, Susan; Angelopoulos, Frances M.. (1996) O que todas as mulheres devem saber sobre a menopausa. *Servir*, vol. 44. N.º 6 (Nov./Dez.), pp. 298-307
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures, Lusociência.
- World Health Organization (1996) Progress in Human Reproduction Research – Research on Menopause. [Em linha]. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_866\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866_fre.pdf) [consultado em 11.04.2009]
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice e aspectos Biopsicossociais*, Porto Alegre, Artmed.

## **Apêndices**

**Apêndice I – Consentimento Informado realizado pela investigadora**

## Consentimento Informado

Sou a Marta Isabel Varajão Correia, aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, e venho pedir a sua colaboração para a realização de um estudo, que faz parte do plano curricular desta licenciatura.

Com este estudo pretende-se recolher a opinião e os conhecimentos das mulheres sobre a Menopausa, por isso, se tiver dúvidas, reflecta e escolha a alternativa que lhe parecer melhor: nunca se esqueça interessa-nos a SUA opinião e os SEUS conhecimentos. Desta forma poderá ajudar a melhorar a formação de Enfermagem: transmitindo as suas necessidades enquanto utente de serviço de saúde!

Por favor, leia com atenção e responda a todas as questões. O que interessa é a sua opinião e os seus conhecimentos sobre a menopausa, por isso, se tiver duvidas, reflecta e escolha a alternativa que lhe parecer melhor.

Não se esqueça de que a sua participação é estritamente voluntária, podendo a qualquer momento desistir de colaborar.

Por favor, leia com atenção e responda a todas as questões.

Este estudo tem um carácter científico, estando garantido o anonimato, a confidencialidade e a protecção de riscos.

Após apresentação do trabalho fica a garantia que todos os dados irão ser destruídos.

Assinatura do Investigador \_\_\_\_\_ (Marta Correia)

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

## **Apêndice II – Questionário**

# Questionário

**CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS DAS  
MULHERES MENOPAUSICAS SOBRE A MENOPAUSA**



Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima

Licenciatura em Enfermagem

2009

Questionário nº \_\_\_\_\_

Questionário de Opinião

Sou a Marta Isabel Varajão Correia, aluna do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, e venho pedir a sua colaboração para a realização de um estudo, que faz parte do plano curricular desta licenciatura.

Com este estudo pretende-se recolher a opinião e os conhecimentos das mulheres sobre a Menopausa, por isso, se tiver dúvidas, reflecta e escolha a alternativa que lhe parecer melhor: nunca se esqueça interessa-nos a SUA opinião e os SEUS conhecimentos. Desta forma poderá ajudar a melhorar a formação de Enfermagem: transmitindo as suas necessidades enquanto utente de serviço de saúde!

Não se esqueça de que a sua participação é estritamente voluntária, podendo a qualquer momento desistir de colaborar.

Por favor, leia com atenção e responda a todas as questões.

Este estudo tem um carácter científico, estando garantido o anonimato, a confidencialidade e a protecção de riscos.

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO**

**Para fins estatísticos, pedimos que complete as seguintes informações:**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Distrito: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 4. Filhos: Sim  \_\_\_\_\_ (número) Não
5. Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_ 6. Profissão: \_\_\_\_\_
7. Com que idade entrou na menopausa? \_\_\_\_\_

## PARTE II – CONHECIMENTOS SOBRE A MENOPAUSA

2.1. Das várias opções que se seguem escolha **somente uma** de modo a responder à questão: “O que é para si a menopausa?”

Menopausa é entrada na idade fértil

Menopausa refere-se ao cessar da menstruação, após 12 meses sem menstruação

Menopausa é o aparecimento da menstruação

Menopausa é a mulher passar a idosa

Outra: \_\_\_\_\_

2.2. Como se sentiu na entrada da menopausa?

---

---

---

---

Nas perguntas que se seguem irão surgir vários sintomas relacionados com o corpo humano: alguns sintomas estão associados à menopausa, outros não. Em cada pergunta, por favor, escolha quais os sintomas que considera associados à menopausa.

**2.3. Quais as alterações que ocorrem a nível físico na menopausa?**

Afrontamentos  Aumento de peso  Alterações do cabelo

Dores de costas  Suores nocturnos  Engrossamento dos pêlos

Insónias  Dores de cabeça  Alterações na pele

2.3.1. Através de quem ou onde obteve esta informação?

Amigas  Médica/os  Familiares

Livros  Enfermeira/os  Panfletos

Internet  Outros: \_\_\_\_\_

**2.4. Quais as alterações que ocorrem a nível psicológico na menopausa?**

- Alterações de humor       Irritabilidade       Tranquilidade
- Aumento da concentração       Raciocínio lento       Depressão
- Falta de clareza       Fadiga

2.4.1. Através de quem ou onde obteve esta informação?

- Amigas       Médica/os       Familiares
- Livros       Enfermeira/os       Panfletos
- Internet       Outros: \_\_\_\_\_

**2.5. Quais as alterações que ocorrem a nível metabólico na menopausa?**

- Osteoporose       Doença cardiovascular       Cataratas
- Incontinência urinária       Cancro do útero       Cancro da mama
- Cancro do ovário       Varizes       Doença de Alzheimer

2.5.1. Através de quem ou onde obteve esta informação?

- Amigas       Médica/os       Familiares
- Livros       Enfermeira/os       Panfletos
- Internet       Outros: \_\_\_\_\_

**2.6. Quais as alterações que ocorrem a nível sexual na menopausa?**

- Perda de desejo sexual       Atrofia vaginal       Secura vaginal
- Humidificação vaginal       Aumento de desejo sexual       Irritação vaginal

2.6.1. Através de quem ou onde obteve esta informação?

- Amigas       Médica/os       Familiares
- Livros       Enfermeira/os       Panfletos
- Internet       Outros: \_\_\_\_\_

### PARTE III – COMPORTAMENTOS NA MENOPAUSA

3.1 Quando entrou na menopausa, alterou o seu comportamento de vida? Sim  Não

3.1.1. Se **SIM** em que aspectos?

- |                                  |                          |                              |                          |
|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Deixar de fumar                  | <input type="checkbox"/> | Fazer exercício físico       | <input type="checkbox"/> |
| Terapia Hormonal de Substituição | <input type="checkbox"/> | Minimizar a exposição solar  | <input type="checkbox"/> |
| Alimentação equilibrada          | <input type="checkbox"/> | Aumentar ingestão de álcool  | <input type="checkbox"/> |
| Evitar abuso de medicamentos     | <input type="checkbox"/> | Rotina de exames de rastreio | <input type="checkbox"/> |
| Programa de gestão de stress     | <input type="checkbox"/> | Aumentar ingestão de cafeína | <input type="checkbox"/> |
| Alterar vestuário                | <input type="checkbox"/> | Reduzir a obesidade          | <input type="checkbox"/> |

3.1.2. Estas alterações de comportamento foram indicação de quem?

- |          |                          |               |                          |            |                          |
|----------|--------------------------|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Amigas   | <input type="checkbox"/> | Médica/os     | <input type="checkbox"/> | Familiares | <input type="checkbox"/> |
| Livros   | <input type="checkbox"/> | Enfermeira/os | <input type="checkbox"/> | Panfletos  | <input type="checkbox"/> |
| Internet | <input type="checkbox"/> | Outros:       | _____                    |            |                          |

3.2. Quais os exames de rastreio que passou a realizar após a entrada na menopausa?

- |                                  |                          |   |                          |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Citologia oncótica (Papanicolau) | <input type="checkbox"/> | Ultra-sonografia transvaginal e abdominal | <input type="checkbox"/> |
| Mamografia                       | <input type="checkbox"/> | Electrocardiograma (ECG)                  | <input type="checkbox"/> |
| Colposcopia                      | <input type="checkbox"/> | Radiografia tórax                         | <input type="checkbox"/> |
| Densitometria óssea              | <input type="checkbox"/> | Análises de sangue específico             | <input type="checkbox"/> |

### PARTE IV – ACOMPANHAMENTO

4.1. Teve algum acompanhamento, na entrada da menopausa? Sim  Não

4.1.1. Se **SIM**, por parte de quem é que teve esse acompanhamento?

- |             |                          |                |                          |              |                          |
|-------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Médica/o    | <input type="checkbox"/> | Farmacêutica/o | <input type="checkbox"/> | Enfermeira/o | <input type="checkbox"/> |
| Psicóloga/o | <input type="checkbox"/> | Outro:         | _____                    |              |                          |

4.1.2. Em que local recebeu este acompanhamento? (refira o nome de hospital, nome de centro de saúde, etc.)

---

4.2. Acha importante este acompanhamento? Sim  Não

4.2.1. Se **SIM**, porquê?

- Ajuda na sensibilização e promoção de comportamentos saudáveis
- Ajuda na minimização de todos os transtornos decorrentes desta fase
- Ajuda a minimizar os sintomas
- Ajuda a aumentar o bem-estar das mulheres
- Ajuda na melhoria da perspectiva da qualidade de vida na meia-idade
- Outra: \_\_\_\_\_

4.3. Considera importante o acompanhamento de Enfermagem nesta fase? Sim  Não

4.3.1. Se **SIM**, porquê?

- As enfermeiras são simpáticas e sabem escutar
- As enfermeiras transmitem confiança e paciência
- As enfermeiras mostram-se disponíveis para esclarecer todas as dúvidas
- As enfermeiras ensinam a adquirir bons hábitos de vida
- As enfermeiras dão importância aos problemas dos utentes
- As enfermeiras acompanham o utente desde que se nasce
- Outra (s) \_\_\_\_\_

5. Nas linhas que se seguem, deixe as suas sugestões e/ou críticas, que, no seu entender, contribuam para melhorar os conhecimentos e os comportamentos das mulheres acerca da menopausa.

---

---

---

---

---

*O seu questionário termina aqui.*

*Obrigado pela colaboração!*

### **Apêndice III – Cronograma de actividades**

Período de Tempo		2008		2009						
Actividades		Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	
Elaboração do cronograma de actividades	Actv. Plan.	■								
	Actv. Exec.	■								
Revisão do manual de elaboração de trabalhos científicos	Actv. Plan.	■								
	Actv. Exec.									
Ajustes do questionario	Actv. Plan.									
	Actv. Exec.	■	■							
Aplicação Pré-teste	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■						
Análise dos resultados do Pré-teste	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■						
Colheita dos dados	Actv. Plan.		■	■						
	Actv. Exec.		■	■						
Tratamento de dados	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■						
Análise dos dados quantitativos	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■	■					
Análise dos dados qualitativos	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■	■					
Interpretação dos resultados	Actv. Plan.			■						
	Actv. Exec.			■	■					
Revisão bibliográfica	Actv. Plan.			■	■					
	Actv. Exec.			■	■					
Discussão dos resultados	Actv. Plan.				■					
	Actv. Exec.				■					
Elaboração do Power point	Actv. Plan.				■					
	Actv. Exec.				■					
Defesa oral	Actv. Plan.					■				
	Actv. Exec.					■				
Ajustes na matriz teorica	Actv. Plan.					■	■	■	■	
	Actv. Exec.					■	■	■	■	
Correcções e ajustes do trabalho monografico	Actv. Plan.					■	■	■	■	
	Actv. Exec.					■	■	■	■	

- Actividades Planeadas
- Actividades Executadas

## **Apêndice IV – Listagem de Consultas de Menopausa em Portugal**

### **Consultas de Menopausa**

- Hospital Garcia da Orta (Almada)
- Hospital Fernando Fonseca (Amadora)
- Hospital Distrito de Aveiro (Aveiro)
- Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro)
- Hospital de São Marcos (Braga)
- Hospital Distrito de Cascais (Cascais)
- Hospitais da Universidade de Coimbra (Coimbra)
- Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra)
- Hospital do Espírito Santo (Évora)
- Hospital Distrital de Faro (Faro)
- Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães)
- Hospital Sousa Martins (Guarda)
- Hospital D. Estefânia (Lisboa)
- Hospital Egas Moniz (Lisboa)
- Hospital de Santa Maria (Lisboa) às 3ª e 5ª feiras
- Hospital São Francisco Xavier (Lisboa)
- Maternidade Alfredo Costa (Lisboa)
- Hospital de Ponta Delgada (Ponta Delgada)
- Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre)
- Hospital Hospital de São João (Porto)
- Hospital do Terço (Porto)
- Hospital Geral de Santo António (Porto)
- Hospital P. Hispano (Porto)
- Maternidade Júlio Dinis (Porto)

- Hospital de Santo Tirso (Santo Tirso)
- Hospital de Vila Nova de Gaia (Vila Nova de Gaia)
- Hospital São Teotónio (Viseu)

<http://www.spmenopausa.pt/122/articles/?a=1&aid=1>

