

UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Climatério Feminino:
Representações, Qualidade de Vida e
Sintomatologia

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA
NA ESPECIALIDADE DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

CARLA SERRÃO

2004

Climatério feminino: Representações, Qualidade de Vida e Sintomatologia

Dissertação apresentada à Universidade do Minho, para obtenção de grau de Mestre em Psicologia, na Área de Especialização de Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Bárbara Figueiredo.

BRAGA

ÍNDICE GERAL

Resumo / Abstract

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- CARACTERIZAÇÃO DO CLIMATÉRIO FEMININO	15
1.1 Conceitos	15
1.2 Etiologia	17
1.3 Idade e factores que influenciam o início da menopausa	18
1.4 Métodos de Diagnóstico	19
1.5 Terapia Hormonal de Substituição	20
CAPÍTULO II- SAÚDE, DOENÇA E CLIMATÉRIO FEMININO	25
2.1 Saúde e doença	25
2.2 Modelos explicativos do climatério feminino	26
2.2.1 Modelo Biomédico	26
2.2.2 Modelo Sócio-cultural	28
2.2.3 Modelo Psicossocial	29
2.2.4 Modelo Biopsicossocial	31
CAPÍTULO III- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	33
3.1 Teoria das Representações Sociais	33
3.2 Representações Sociais do Climatério Feminino	38

CAPÍTULO IV- SINTOMATOLOGIA FÍSICA E PSICOLÓGICA NO CLIMATÉRIO FEMININO	43
4.1 Sintomatologia Física	43
4.1.1 Consequências precoces do climatério	45
4.1.2 Consequências tardias do climatério	51
4.2 Morbilidade psicológica	53
4.2.1 <i>Distress</i> Psicológico	53
4.2.2 Depressão	55
4.2.3 Ansiedade	59
CAPÍTULO V- QUALIDADE DE VIDA E CLIMATÉRIO FEMININO	61
5.1 Conceptualização de Qualidade de Vida	61
5.2 Climatério e Qualidade de Vida	64
5.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério Feminino	65
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO I – OBJECTIVOS, PROBLEMAS DE INVESTIGAÇÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS	69
1.1. Objectivos, Problemas de investigação e Hipóteses	69
1.1.1 Objectivos	69
1.1.2 Problemas	70
1.1.3 Hipóteses	70
1.2. Variáveis estudadas	74

CAPÍTULO II- MÉTODO	76
2.1 População e Amostra	76
2.1.1 Procedimentos de Recolha de Dados	76
2.2 Instrumentos, Estudos de Fidelidade e de Validade	78
2.2.1 Questionário Sócio-demográfico	78
2.2.1.1. Características Sócio-demográficas da amostra	78
2.2.1.2. Caracterísrticas Sócio-demográficas e análises por grupo	82
2.2.2 Inventário de Traço e Estado de Ansiedade	86
2.2.3 Inventário de Depressão de Beck	86
2.2.4 Menopause Representations Questionnaire	87
2.2.4.1 Estudo da Fidelidade do Instrumento	90
2.2.4.2 Estudo da Validade do Instrumento	92
2.2.5 Menopause- specific Quality of Life Questionnaire	95
2.2.5.1 Estudo da Fidelidade do Instrumento	97
2.2.5.2 Estudo da Validade do Instrumento	98
CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS	101
3. Tratamento estatístico	101
3.1 Resultados para a amostra total e para os dois grupos	101
3.1.1 Prevalência dos sintomas atribuídos ao climatério	102
3.1.2 Prevalência dos sintomas, segundo a etapa climatérica	103
3.1.3 Comparação dos grupos quanto à qualidade de vida	105
3.1.3.1 Qualidade de Vida e Variáveis Sócio-demográficas	106
3.1.4 Comparação dos grupos relativamente às representações do climatério	111
3.1.4.1 Representações do Climatério e Variáveis Sócio-demográficas	114

3.1.5 Comparação dos grupos em relação às Variáveis Psicológicas estudadas	115
3.1.6 Identidade do Climatério e Variáveis Sócio-demográficas	116
3.4 Resultados dos testes de hipóteses	119
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	131
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES	140
5.1 Conclusões	140
5.2 Limitações do trabalho e pistas de investigações futuras	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXOS	161
ANEXO I- Consentimento informado	162
ANEXO II- Questionário sócio-demográfico	164
ANEXO III- Questionário de Representações da Menopausa	167
ANEXO IV- Questionário específico da Qualidade de Vida na Menopausa	170
ANEXO V- Inventário de Depressão de Beck	172
ANEXO VI- Inventário de Estado-Traço de Ansiedade	177

RESUMO

A presente dissertação centra-se na fase desenvolvimental do climatério feminino.

O climatério consiste na fase de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, no qual intervêm factores fisiológicos, psicológicos e sócio-culturais.

A investigação centrou-se no estudo de duas fases climatéricas: a perimenopausa e a pós-menopausa.

Objectivos do estudo: (a) validar o MENQOL e o MRQ para a população portuguesa; (b) caracterizar a amostra em termos das variáveis em estudo (representações sociais, qualidade de vida e sintomatologias física e psicológica), visto em Portugal não existirem estudos neste âmbito sobre mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas; (c) avaliar as diferenças entre as mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas, em termos de representações sociais, das qualidades de vida e da sintomatologia; (d) e, avaliar as possíveis associações entre as variáveis em estudo. Procurando-se, permanentemente, compreender o climatério a partir das vivências e representações que as mulheres constroem sobre esta etapa desenvolvimental.

A amostra incluiu 200 sujeitos em fase perimenopáusica (n=85) e pós-menopáusica (n=115), com idades compreendidas entre os 41 e os 55 anos.

As participantes foram avaliadas segundo as seguintes variáveis: sintomatologia, representações sociais e qualidade de vida. Para isso, foram utilizados os seguintes instrumentos: instrumento de avaliação da qualidade de vida (MENQOL); questionário de representações sociais da menopausa (MRQ); Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAI); e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Resultados: nervosismo e ansiedade são as queixas que têm maior prevalência na amostra estudada; as pós-menopáusicas apresentam pior qualidade de vida sexual comparativamente com as perimenopáusicas, não se registando diferenças entre os grupos nos restantes domínios investigados; existência de uma correlação negativa entre representações sociais do climatério e a sintomatologia sexual; na globalidade, verifica-se que as mulheres climatéricas têm representações sociais positivas em relação a este processo desenvolvimental; nas pós-menopáusicas existe uma correlação negativa entre representações sociais positivas e a deterioração da qualidade de vida (em todos as áreas avaliadas); nas perimenopáusicas, somente se verifica a existência de correlações negativas entre representações sociais e sintomatologia vasomotora e psicossocial; a amostra apresenta baixos níveis de ansiedade (STAI) e depressão (BDI); e, a variável que melhor prevê as sintomatologias ansiosa, depressiva, psicossocial, sexual, física e vasomotora, são as representações sociais do climatério.

Palavras Chave: CLIMATÉRIO, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, QUALIDADE DE VIDA, SINTOMATOLOGIA, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, *DISTRESS* PSICOLÓGICO

INTRODUÇÃO

O desaparecimento da menstruação, causado pela perda progressiva da função ovárica, é designado por menopausa (López, 1997). Refere-se à paragem definitiva da menstruação e ao limite da fertilidade, assinalando o início de uma nova fase, com diversas implicações biopsicossociais (Rosuold-Brenholtz, 1995; Sheehy, 1993) que, em conjunto, constituem a chamada “síndrome climatérica” (Botell, Domínguez, & Piñero, 2001; Seguy & Martin, 1985).

O termo climatério, originado do grego “Klimater”, significa degrau e é utilizado para designar qualquer etapa vital encarada crítica (Biffi, 1991, cit. Favarato, 2000). Consiste no período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva (Gouveia da Silva, 1999) e é a designação, desde há duas décadas, considerada correcta. O climatério tem o seu começo por volta dos 40 anos, sendo dissociado em três fases: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Martins, 1996, cit. Gouveia da Silva, 1999; Oldenhave & Netelenbos, 1994).

Neste processo de transição¹, e como consequência do hipoestrogenismo, surgem vários sintomas físicos, nomeadamente: afrontamentos, suores nocturnos, fragilidade óssea, perda de elasticidade e lubrificação vaginal, problemas ao nível do aparelho genitourinário, perda da sensibilidade da pele, enxaquecas, distúrbios do sono (Silva & Silva, 1999). Existe igualmente um conjunto de consequências psicológicas, descritas em variadíssimos estudos, tais como: ansiedade, stress, depressão e irritabilidade (Bottell et al., 2001; Demetrio, 2000).

Como o climatério envolve vários aspectos, não unicamente biológicos, mas também psicológicos e sócio-culturais, tem sido perspectivado sob vários pontos de vista. Assim e de forma global, podemos referir que o climatério tem sido analisado segundo duas tradições antagónicas: uma, que classifica

¹ O climatério é uma etapa de transição, semelhante a uma segunda adolescência (onde se desencadeiam mudanças hormonais e adaptativas). Assim e relativamente à adaptação, a adolescente na puberdade, enfrenta mudanças no seu organismo e imagem corporal de forma análoga à mulher no climatério (Thonet, 1985).

esta etapa como uma doença deficitária, em contraposição de outra, que considera o climatério como um processo natural de envelhecimento.

Contudo, a maioria das investigações baseia-se no paradigma unidimensional biomédico que enfatiza a sintomatologia e a doença (Rostosky & Travis, 1996). A comunidade médica tem encarado o climatério como uma doença de deficiência (hormonal) e um acontecimento negativo na vida da mulher, desprezando a influência cultural e os factores psicossociais que a acompanham.

Durante séculos o climatério esteve associado a perturbações emocionais e físicas. Esta visão prende-se, substancialmente, com as interpretações, estereótipos, mitos e crenças associados à função menstrual. Com toda a certeza “...e em todas as épocas, a menstruação suscitou nas mulheres vergonha e um sentimento de culpabilidade, mas sempre mantendo o seu símbolo de totem de feminilidade” (Senarclens & Fischer, 1977, p. 30).

Na antiguidade, considerava-se a menstruação como um mecanismo para eliminar substâncias impuras e tóxicas. Assim, com a chegada da amenorreia, os produtos perigosos para a saúde da mulher seriam acumulados, provocando alterações do humor e até situações de loucura (López, 1997); tal como mostra o comentário seguinte “Em toda a família se conserva a recordação de uma tia que ficou louca quando da paragem da menstruação...” (Senarclens et al., 1977, p. 30). A mulher é situada, então, numa condição desfavorável em relação ao homem, sendo considerada como um ser diminuído e socialmente irrelevante como resultado da sua infertilidade (López, 1997).

Porém, não só na antiguidade é visível esta situação de desigualdade entre géneros e esta associação entre menstruação e sanidade. Exemplo disto é que até 1980, a sintomatologia ansiosa e depressiva apresentada pela mulher climatérica era diagnosticada como melancolia involuntária (American Psychiatric Association, 1987), uma perturbação própria da meia-idade. A designada melancolia de involução tem “início na pré-senilidade” e é representada por “...reacções neuróticas, depressivas e hipocondríacas...” (Schneeberger de Athayde, 1987, p. 289).

Na actualidade, e segundo alguns autores, persiste a convicção da menstruação como uma circunstância de referência para a identidade feminina, enquanto marcador da sua feminilidade, logo o ciclo menstrual “prova a sua boa saúde, a integridade do seu potencial gravídico, a sua realidade de mulher” (Lebreton, 1994, cit. Filipe, 2001, p. 84). Com efeito, a fecundidade é considerada como a principal justificação da existência da mulher e quando “...confrontada com o seu luto biológico, a mulher já não consegue sentir-se completa...” (Senarclens et al., 1977, p. 50).

Estas e outras convicções alicerçadas, por vezes, a conteúdos pejorativos e associados à observação de alguns sinais de irritabilidade, impaciência, depressão, fazem com que se promovam discursos, que consideramos quase universais, tais como: “Está na menopausa!” ou “Está na meia-idade!”.

Analogamente a este aspecto cultural, sobressai outro: o desconhecimento algo generalizado da existência de uma fase idêntica na vida sexual e reprodutiva do homem, o chamado climatério masculino. E a resposta a esta realidade pode, eventualmente, prender-se com a opinião de Senarclens e Fischer (1977) ao referirem que “...muitos homens esquecem-se de olhar a sua companheira porque, através dela, é a si mesmos que vêem envelhecer!” (p.167).

Perante um fenómeno tão especial como o climatério, têm emergido vários modelos e teorias com o objectivo de justificar e fundamentar os problemas apresentados pelas mulheres nesta fase.

Alguns autores, suportados por uma perspectiva biomédica, referem que a sintomatologia é resultado do hipoestrogenismo (baixa de concentração de estrogéneos), promovendo a ideia de que todas as mulheres deverão utilizar terapias de substituição hormonal. Argumentam que o “prosseguimento da contraceção oral para além da idade fatídica tem a vantagem de negar este destino (menopáusico e de envelhecimento) e de aumentar assim as capacidades de defesa da mulher” (Senarclens et al., 1977, p. 167).

Em contrapartida, outros argumentam que as representações sociais, crenças e as atitudes relativamente a esta etapa são a causa de toda a sintomatologia (e.g., Avis & Mckinlay, 1995). E ainda

se verifica outra perspectiva, que justifica a presença de sintomatologia como resultado de factores psicossociais que se geram nesta etapa vital (e.g., Bromberger & Matthews, 1996).

Em suma, paralelamente a uma perspectiva reducionista donexo causal entre hipoestrogenismo e sintomatologia física, têm surgido diversos modelos que pretendem equacionar o climatério no seio de factores psicológicos e sócio-culturais.

Certos estudos permitem desmistificar e contradizer a visão psicanalítica² de que este período tem um efeito negativo sobre a mulher (Demétrio, 2000), salientando que a menopausa, por si só, não tem um efeito directo no aparecimento de perturbação psicopatológica (Ballinger, 1990). Nesta linha, vários autores propõem distintos factores para legitimar o advento de sintomatologia psiquiátrica, salientando os aspectos culturais (Ballinger, 1990), a depressão prévia (Hunter, 1990b), as representações sociais (Hunter & O’Dea, 2001), as crenças e atitudes em relação à menopausa (Avis & Mckinlay, 1991; Figueiras, 1994; Filipe, 2001; Hunter, 1990b; Matthews, 1992) e os factores de stresse psicossociais (Robinson, 2002; Sarmiento & Gutiérrez, 2002).

Neste sentido a vivência do climatério não depende unicamente das características do próprio acontecimento, mas sim de um conjunto de construções/ representações sociais sobre a capacidade reprodutiva, a sexualidade, a menstruação, a fertilidade e o envelhecimento, que constroem a identidade feminina (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001).

Assim, a experiência do climatério está significativamente relacionada com as expectativas das mulheres relativamente a este evento (McKinlay, Mckinlay, & Bramilla, 1987, cit. Chornesky, 1998) e o impacto psicológico desta fase é influenciado por valores sociais (Beyenne, 1986, cit. Adekunle, 2000).

² A visão psicanalítica da menopausa foi o modelo dominante na primeira metade do século XX. Os problemas subjacentes ao processo menopáusico, eram vistos como intra-psíquicos e causados por conflitos não resolvidos acerca do facto de ser mulher. Segundo este modelo, a menopausa era considerada uma fase crítica na vida das mulheres de meia-idade, que constituía uma ameaça ao seu ajustamento e auto-controlo.

Para Deutsh (1945), a perda da vida reprodutiva, significava uma morte parcial, uma experiência traumática para mulher enquanto ser sexual.

A preocupação sobre a saúde da mulher nesta etapa tem surgido pelo agravamento dos problemas relacionados com a menopausa (doenças cardiovasculares, osteoporose) como resultado do aumento da esperança de vida. Em Portugal, a esperança de vida das mulheres situa-se nos 79 anos, e existem mais de 1 milhão e setecentas mil mulheres na pós-menopausa (Índice Nacional de Saúde, 1996); logo, a generalidade das mulheres esperar viver um terço das suas vidas na pós-menopausa (Silva et al., 1999).

A delimitação do objecto do presente estudo – Climatério Feminino: Representações Sociais, Qualidade de Vida e Sintomatologia Psicológica – resultou de um conjunto de factores que passaremos a referir com o objectivo de enquadrar e argumentar a pertinência deste estudo.

Tendo em conta vários indicadores, nomeadamente o envelhecimento progressivo da população feminina, a incidência da osteoporose e de doenças cardiovasculares, a sintomatologia física e psicológica, assim como o peso cultural inerente a este processo demonstram a urgência de avaliação deste grupo para que sejam implementadas medidas que visem o conceito abrangente da Psicologia da Saúde “...promover e proteger a saúde, prevenir e tratar a doença e analisar/ melhorar o sistema de cuidados de saúde...” (Matarazzo, 1982, cit. Ribeiro, 1998, p. 379).

Em segundo lugar, nos últimos anos, a nível mundial, desenvolveram-se várias linhas de investigação, sobretudo respeitante aos aspectos biológicos, com o objectivo de identificar sintomas e terapias, que pudessem ser utilizadas nesta fase, de forma a aumentar a qualidade de vida das mulheres. Em Portugal, de igual maneira que na maioria dos países, “embora se tenha abraçado o modelo biopsicossocial dos fenómenos de saúde e de doença, na prática, impera o modelo biomédico” (McIntyre, 1997, p. 171), sendo escassas as investigações realizadas no âmbito da psicologia que se debruçam sobre esta temática (e.g., Figueiras, 1994; Filipe, 2001).

Por último, a experiência, enquanto técnica de Planeamento Familiar, no contexto de uma organização não governamental (Associação para o Planeamento da Família) e como formadora na área da Sexualidade Humana e do Climatério e Qualidade de Vida, traduzem o nosso verdadeiro interesse pelo tema da Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher. A partir destes contextos constatamos, por um lado, que o grande apoio dado à mulher na esfera da saúde sexual e reprodutiva diz respeito apenas à sua fase reprodutiva e fértil, e por outro, a existência de lacunas ao nível do conhecimento, manifestadas, também pelos técnicos de saúde, dos aspectos biopsicossociais subjacentes a esta etapa. Este facto é igualmente referido em estudos realizados noutros países que salientam que a percepção das mulheres relativamente ao sistema de saúde é negativo e não informa sobre este processo (Mansfield & Voda, 1994).

Os técnicos de saúde estão na posição ideal para fornecer a informação e criar o contexto que suporta a definição do climatério como um período normativo de transição (Mansfield & Voda, 1993; Utian & Schiff, 1994). Todavia, a orientação remediativa subjacente ao modelo médico, reflete-se por exemplo, “na falta de treino dos profissionais de saúde acerca dos determinantes psicossociais dos comportamentos de saúde e doença” e “na inacessibilidade do utente à informação adequada” (McIntyre, 1997, p. 171). Neste sentido, vários investigadores propõem uma maior educação relacionada com esta fase desenvolvimental, por um lado, para reduzir as expectativas negativas relativamente a este evento (que influenciam uma percepção subjectiva do climatério) (Bell, 1995) e, por outro, para que as estratégias de prevenção sejam mais efectivas (Holmes-Rovner et al., 1996, cit. Martín, Hernández, Sanches, & Hernández, 2003).

Com a presente investigação, pretende-se avaliar, através de vários parâmetros, numa perspectiva biopsicossocial, o papel desenvolvido pelas representações sociais, na qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica da mulher. Para isso, foram utilizados diversos instrumentos de

avaliação de forma a analisar diferentes dimensões/ perspectivas (médica, psicossocial e psicológica), com o objectivo de tornar a intervenção no climatério mais abrangente e mais centrada nas diferenças individuais.

Do ponto de vista estrutural, esta tese é constituída por duas partes, sendo a primeira reservada ao enquadramento teórico e a segunda à investigação empírica efectuada.

O enquadramento teórico inicia-se pela caracterização da fase climatérica. Continuamente, realiza-se uma análise sucinta da evolução dos conceitos de saúde e de doença e posterior reflexão de diversos modelos explicativos do climatério. Depois, é realizada uma apresentação das particularidades do processo climatérico, relacionadas com os aspectos biológicos e psicológicos subjacentes. Em seguida, é feita uma análise do climatério relacionado com o papel das representações sociais atribuídas a esta fase etapa vital. Para ultimar, efectua-se a exposição da qualidade de vida no climatério.

A parte referente à investigação empírica divide-se em cinco capítulos, sendo o primeiro reservado aos objectivos, problemas de investigação e hipóteses. O segundo ao método e o terceiro capítulo à análise dos resultados. O quarto, refere-se à discussão dos resultados. E, finalizamos o trabalho com uma conclusão onde são realçados os resultados que consideramos mais relevantes e onde são formuladas algumas pistas para investigações futuras.

CAPÍTULO I

CARACTERIZAÇÃO DO CLIMATÉRIO FEMININO

O modelo biomédico advoga a ideia de que para cada doença existe uma causa biológica primária objectivamente identificável. Assim, no caso específico do climatério, a diminuição radical de estrogénio (ou cientificamente descrito por hipoestrogenismo) é a génese da doença, reconhecida como uma doença deficitária.

1.1 Conceitos

A menopausa tem sido definida como um evento singular, consequência da cessação das menstruações, ou como um processo que envolve os estádios da perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Hammond, 1994).

Os termos menopausa e climatério têm sido usados indistintamente para referir todo o processo que envolve vários estádios (Gannon & Ekstrom, 1993). Contudo, neste estudo, iremos utilizar o termo climatério, que consideramos mais adequado, quando nos referimos a todas as fases que este processo integra, como é possível averiguar posteriormente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) existem quatro estádios do ciclo menstrual: (a) a pré-menopausa, definida pela regularidade menstrual durante os últimos 12 meses; (b) a perimenopausa, período de tempo que vai de 2 a 8 anos que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja 12 meses consecutivos, mas os ciclos são irregulares e mais pequenos, aumentando o número de dias inter menstruações e caracteriza-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endocrinológicos, e psicológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva; (c) a menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (só pode ser

estabelecida em retrospectiva, após 12 meses consecutivos de amenorreia), resultado da perda de actividade folicular; (d) e a pós-menopausa, que se inicia um ano após a amenorreia.

Assim, e como se pode depreender pela informação supracitada, o climatério inclui os estádios de perimenopausa, de menopausa e de pósmenopausa (Oldenhave et al., 1994).

Estas definições serão as adoptadas no presente estudo.

A perimenopausa precede a menopausa e é usualmente caracterizada pela irregularidade dos ciclos menstruais ou por alterações na sua duração (Hammond, 1997; Oldenhave et al., 1994). Consiste num importante estágio, dado que as alterações físicas e emocionais que estão associadas à menopausa se iniciam 10 anos ou mais antes da cessação da menstruação (Mattews, 1992). É associada à diminuição de estradiol e progesterona e ao desenvolvimento de um conjunto de sintomas (Hee, Macnaughton, Bangah, & Burger, 1993). No entanto, é consenso geral que os sintomas que estão associados à diminuição hormonal são os afrontamentos e os suores nocturnos; os sintomas psicossomáticos, tais como, fadiga, irritabilidade e esquecimento, parecem ocorrer mais frequentemente durante esta transição (Oldenhave, Jaszman, Haspels, & Everaerd, 1993).

A fisiologia e as manifestações clínicas da transição da perimenopausa para a menopausa não são bem conhecidas; no entanto, alguns sintomas, como por exemplo os afrontamentos, parecem constituir o início da perimenopausa.

A menopausa indica o final da vida reprodutiva da mulher (Pérez, La Rosa, & Durán, 1996), pois surge quando os folículos se tornam insuficientes para produzir estrogénios nas concentrações necessárias para induzir a menstruação (Silva et al., 1999). A sua existência é certificada após ter decorrido um ano sem menstruações (Ferrer, Rodrigo, & Hernandez, 2000).

Quanto à pós-menopausa, esta consiste no período que decorre desde o final da menstruação até à morte (Silva et al., 1999).

O período que precede e acompanha a perda da capacidade reprodutiva, até à cessação definitiva da função ovárica, associa-se a um conjunto de sinais e sintomas conhecidos como Síndrome Climatérica (Rodríguez & Despaigne, 1999). A síndrome climatérica agrupa “quatro entidades fisiopatológicas: a hemorragia uterina disfuncional, o síndrome vasomotor, a síndrome psiconeurofisiológica e a atrofia genito-urinária” (Ferrer et al., 2000, p. 7).

1.2 Etiologia

A produção de folículos ováricos, células produtoras de hormonas, já está completa antes da formação total do feto, e o seu número começa a diminuir mesmo antes do nascimento (Gouveia da Silva, 1999). Desta forma, o número de folículos declina continuamente durante a vida reprodutiva da mulher, com uma taxa acelerada a partir dos 38 anos de idade, e toda a endocrinologia da menopausa basear-se-á em mudanças do número e função dos folículos ováricos (Burger, 1999).

Precedendo a menarca, o Hipotálamo envia mensagens à Hipófise para que sejam produzidas hormonas Luteinizantes (LH) e hormonas folículo estimulantes (FSH), que estimularão os ovários a produzirem hormonas femininas (estrogénio e progesterona). O estrogénio passa então a possibilitar a ovulação, dando início à vida reprodutiva que se prolongará até ao climatério.

No climatério, os ovários passam a não responder à estimulação da Hipófise acarretando alterações hormonais e ocorrendo a elevação de gonadotrofinas pituitárias, de hormonas luteinizantes e de hormonas estimulantes foliculares. Consequentemente, há um decréscimo na produção de estrogénio pelo ovário e perda da regeneração e inibição do nível hipotálamo-pituitário. Como resultado do hipoestrogenismo surgem alterações metabólicas, sinais clínicos e sintomas do climatério. Estas alterações vão verificar-se a vários níveis: morfológico, hormonal, metabólico, funcional, psíquico e cognitivo (Gouveia da Silva, 1999). Porém, outras áreas do corpo continuam a produzir estas

hormonas, muito embora a sua quantidade seja muito reduzida, comparativamente com a produção ao nível do sistema ovárico (Hammond, 1994; Kamen, 1993, cit. Huffman & Myers, 1999).

Etiologicamente, a menopausa pode resultar de intervenções médicas (histerectomia, quimioterapia, ou radiação), ou ser consequência de um processo biológico numa altura específica da vida da mulher (Huffman et al., 1999).

1.3 Idade e factores que influenciam o início da Menopausa

Existe um amplo espectro de idades na ocorrência da menopausa, pois pode ocorrer entre os 39 anos e os 59 anos (Oldenhave et al., 1994), no entanto, a média ronda os 51 anos (Rosvold- Brenholtz, 1995; Singer & Hunter, 1999).

Na população portuguesa, a média de idades em que ocorre a menopausa natural ronda os 48 anos (Silva et al., 1999).

A menopausa prematura surge aos 40 anos ou menos de idade (Coulán & Stern, 1991; Ginsburg, 1991) e a menopausa tardia prolonga-se a uma idade acima dos 55 anos (Pérez, La Rosa, & Durán 1996).

No presente estudo teve-se como referência os dados obtidos por estes autores e por esse motivo a nossa amostra abrange mulheres entre os 41 e os 55 anos de idade.

Vários investigadores tentam identificar a idade em que ocorre este evento. Assim, Haney (1986), nos trabalhos publicados entre 1964 e 1984, realizados em países desenvolvidos, refere que a idade de início da menopausa é entre os 49.1 e 50.8 anos. McKinlay, Bifano e McKinlay (1985) investigando também em países desenvolvidos, entre 1960 e 1980, mencionam que o seu início é entre 49.6 e 51.5 anos. Por sua vez, Longcope, Franz e Morello (1986), em estudos limitados aos Estados Unidos, mencionam que esta etapa situa-se entre os 49.5 e os 51.4 anos. Pérez, La Rosa e Durán (1996) verificam que em Cuba a média de idades da menopausa é de 47.9 anos. No entanto,

investigações desenvolvidas em países em vias de desenvolvimento identificam que a idade média é inferior, entre os 47.3 e os 48.2 anos (e.g., Fernández & Fernández, 1989).

Apesar dos avanços recentes no conhecimento das alterações hormonais associados à menopausa, ainda subsiste a incerteza sobre os factores que podem afectar a sua idade de início. É provável que existam factores socioeconómicos, ambientais, raciais, nutricionais ou uma combinação multifactorial que possam explicar, pelo menos em parte, as variações observadas ao nível da idade de início da menopausa.

No estudo realizado por Pérez e seus colegas (1996), observa-se um aumento da idade de início da menopausa à medida que aumenta o número de gravidezes e partos, sendo também mais tardia nas mulheres que amamentam os filhos.

Outro factor que parece influenciar a idade de início da menopausa é a presença de um padrão menstrual irregular, ou seja, mulheres que apresentam um ciclo menstrual irregular, tendem a ter uma menopausa mais tardia (Whelan, Sandler, McConnaughey, & Weinberg, 1990).

Amigoni, Morelli, Parazzini e Chatenoud (2000), num estudo realizado em Itália, concluem que as mulheres fumadoras entram em fase menopáusica mais precocemente, o que é constatado por mais autores (e.g., Hardy, Kuh, & Wadsworth, 2001; Pérez et al., 1996).

Quanto à associação entre utilização da pílula contraceptiva durante os anos férteis e a idade mais tardia da menopausa, os dados não permitem concluir que ao haver um armanejamento de ovócitos, a menopausa poderá ser mais tardia.

1.4 Métodos de diagnóstico

São vários os sintomas e sinais do hipoestrogenismo, porém, o único sintoma comum consiste na amenorreia (Akhter, 2002). Os outros sintomas podem ser classificados como perturbações neurovegetativas (afrontamentos, sudorese, palpitações, vertigens, insónias, etc.); como perturbações psicológicas (labilidade emocional, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, etc.); e como

perturbações genito-urinárias (secura vaginal, ardor vaginal, incontinência urinária, dispareunia, etc.) (Akhter, 2002; Silva et al., 1999).

Em 90% das mulheres perimenopáusicas ocorrem alterações menstruais e estas podem ser a vários níveis: ao nível da duração do ciclo (ciclos mais curtos ou mais longos), ao nível da intensidade (hipermenorreia ou hipomenorreia), ao nível da duração da menstruação (dolico-menorreias, ou períodos de *spotting* pré ou pós menstrual), e ao nível das perdas anárquicas, mais ou menos abundantes e duradoiras (Paricio, 2000). A averiguação destas alterações será a forma de diagnosticar o aparecimento da perimenopausa.

No entanto e de forma global, a análise da menopausa é essencialmente clínica e, em regra, é retrospectiva, referindo-se a mulheres entre os 45 e os 52 anos de idade; com amenorreia de pelo menos um ano de duração; e com sintomatologia vasomotora (Silva et al., 1999; Brewer, 1999).

Conjuntamente, podem ser realizados exames complementares de avaliação hormonal para se diagnosticar a menopausa (nível da Hormona Folículo Estimulante > 40 mUI/ml; nível do Estradiol < 20-30 pg/ml e nível da Prolactina < de 20ng/ml (Silva et al, 1999, p. 16). Todavia, se este teste for realizado em mulheres perimenopáusicas, os resultados podem não ser consistentes, pois nesta fase a produção de estrogénio pode aumentar e diminuir de um mês para outro (Huston et al., 2001).

1.5 Terapia Hormonal de Substituição e Climatério

O Climatério tem sido reconhecido como uma doença endócrina que necessita de terapêutica como forma de prevenção do declínio físico e mental (Cooney, 1993, cit. Kroon & Boyd, 2001). Mais de 100 sintomas foram associados a este evento (Ditkoof, Crary, Cristo, & Lobo, 1991). Porém, apenas os sintomas vasomotores parecem depender directamente da diminuição do nível de estrogénio (Barrett-Connor, 1998).

A terapia hormonal de substituição (THS) é utilizada para o tratamento destes sintomas. Todavia, a adesão a este tratamento é baixa, como podemos ver, pelos dados obtidos quer na Grã-Bretanha,

onde somente 10% das menopáusicas continuam este tratamento além de alguns meses (Hunter, 1990a; Hammond, 1994) quer em Portugal, onde se estima que apenas 5% das mulheres utilizam esta terapêutica (Teste Saúde, 1999, p. 19).

A THS tem como objectivo restaurar os níveis de estrogénio (Brewer, 1999) e os esquemas usados mais frequentemente para a obtenção de uma eficaz e segura reposição hormonal na menopausa são: estrogénio contínuo, estroprogestativo cíclico e estroprogestativo contínuo (Silva et al., 1999).

Embora a exposição que fazemos continuamente se refira aos efeitos da THS sobre várias áreas da vida da mulher, esta apreciação não será exaustiva pois o nosso trabalho não se centra neste domínio.

THS e o seu efeito ao nível da Qualidade de Vida

Utian (1989) assegura que apesar de o climatério envolver dimensões psico-sócio-culturais, a falência ovárica, incontestavelmente, deteriora a qualidade de vida, argumentando que pode ser melhorada através da THS.

Porém, Hunter (1990a) é mais prudente e encara que a THS não deve ser prescrita à priori como tratamento de problemas emocionais, mas salienta que a melhoria do sono, dos afrontamentos e da secura vaginal produzidas através da utilização destas substâncias, podem trazer benefícios emocionais secundários em muitos casos.

THS e o seu efeito ao nível da Cognição

Os resultados apresentados na literatura sobre o efeito do estrogénio na memória e cognição são encorajadores, mas, como afirmam Haskell, Richardson e Horwitz (1997), com base numa revisão bibliográfica, não é possível uma resposta definitiva sobre o efeito da reposição hormonal na

melhoria da função cognitiva em mulheres pós-menopáusicas, portadoras ou não de doenças neurodegenerativas (Alzheimer).

Já, Okhura e colaboradores (1995, cit. Gouveia da Silva, 1999), relatam que as investigações mostram que a terapêutica com estrogénios conjugados poderá melhorar a função cognitiva em mulheres com doença de Alzheimer, observando-se que a utilização prolongada desta terapêutica é associada a uma redução da incidência deste tipo de patologia, comparativamente com a população geral.

THS e o seu efeito ao nível da Função Sexual

Vários autores têm realizado investigações com o objectivo de avaliar o efeito da terapia estrogénica na função sexual. Assim e usando estrogéneo versus placebo, verificam que as mulheres que realizam esta terapêutica em comparação com as que realizam um placebo, apresentam melhorias ao nível do desejo (Dennerstein et al., 1980) da frequência masturbatória, do orgasmo (Myers et al., 1990) e da lubrificação vaginal (Nathorst-Boos, Wiklund, Mattsson, et al., 1993).

A terapia à base de estrogénios mostra também ser efectiva na melhoria da saúde vaginal e na redução da dispareunia (Dei, Verni, Bigozzi, & Bruni, 1997, cit. Rebar, Nachtigall, Avis, & Kronenberg, 2000; Nathorst-Boos et al., 1993).

THS e o seu efeito ao nível do Humor

As investigações realizadas para avaliar o efeito da THS sobre o humor são múltiplas. Klaiber e colegas (1996, cit. Demétrio, 2000), a partir de uma amostra de 38 mulheres pós-menopausicas, confirmam a existência de efeito da THS sobre o humor. Contrariamente, outros estudos de duplos cegos (Gramegna, 1996, cit. Demétrio, 2000) não permitem concluir esta assumpção.

THS no tratamento de *Distress* Psicológico

O papel da THS no tratamento no *distress* psicológico em mulheres climatéricas continua a ser uma questão pertinente na investigação actual. Com efeito, observa-se que, em mulheres que não têm ou que apresentam moderada sintomatologia depressiva, a THS permite aumentar o sentido de bem-estar, contrariamente ao que acontece nas mulheres que apresentam moderada ou severa depressão e que utilizam doses de estrogénios, onde não é encontrado nenhum efeito benéfico (Robinson, 2002). Contudo, Demétrio (2000) a partir de uma exaustiva revisão bibliográfica assegura que a literatura sugere que a THS promove a melhoria dos sintomas afectivos.

THS e riscos potenciais

Vários riscos têm sido associados à utilização de estrogéneos no climatério, e as justificações prendem-se com a quantidade e duração da utilização isolada de estrogénios. Assim, a ingestão desta “Pílula Milagrosa” pode induzir hiperplasia do endométrio e este risco pode estar aumentado com a duração do tratamento e a dose de estrogénios utilizada (Silva et al., 1999).

De acordo com Grady e colegas (1992, cit. Silva et al., 1999), na meta-análise da literatura publicada até 1992, o carcinoma do endométrio é 2.3 vezes mais frequente nas mulheres que realizaram estrogénios isolados, valor que se eleva para 8.2 vezes nas mulheres que usaram este tratamento por mais de oito anos.

Similarmente, os dados provenientes de 51 estudos (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Câncer, 1997) revelam um risco aumentado de cancro da mama com o uso da THS, verificando-se que as mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos que efectuaram este tratamento durante 5 anos apresentam um número cumulativo de cancros de dois para cada mil mulheres.

É de sublinhar que a generalidade dos investigadores concordam que a mortalidade por cancro da mama não aumenta nas mulheres submetidas a terapêutica (Cobleigh, 1994, cit. Silva et al., 1999), argumentando que isto se deve à menor agressividade dos carcinomas surgidos nestas condições e à maior vigilância clínica a que estas mulheres são sujeitas.

Quanto à prescrição da THS como medida de prevenção das doenças cardiovasculares e fracturas osteoporóticas, Akhter (2002) salienta que, dada a incerteza da utilidade deste tipo de terapêutica, não deve ser prescrito apenas com estes objectivos.

Como verificamos, através desta ampla exposição do fenómeno climatérico, esta fundamenta-se somente à luz do paradigma biomédico, promovendo a manipulação das mulheres por parte da “Industria Menopáusica” (Kronn et al., 2001), que consistentemente advoga que através da ingestão de uma pílula diária, a saúde e a “beleza” da mulher é preservada.

CAPÍTULO II

SAÚDE, DOENÇA E CLIMATÉRIO FEMININO

Não é nossa pretensão realizar uma exposição exaustiva sobre a evolução do conceito saúde e doença, mas sim produzir uma breve reflexão do conceito de saúde como um constructo com progressões históricas provenientes de diversos contextos. Com efeito, podemos entender de que forma é que esta progressão fez com que o estudo do climatério se descentrasse de um modelo de factor único proposto pelo modelo biomédico para outro que acrescenta o potencial do indivíduo e do meio na explicação dos fenómenos de saúde e de doença, proposto por Breslow (1987).

2.1 SAÚDE E DOENÇA

Durante séculos o modelo dominante de saúde e de doença fundamentou-se na perspectiva médica, a qual contextualiza a saúde e a doença por exclusão, ou seja, a saúde é a ausência de doença e vice-versa. Este modelo focaliza a sua atenção somente em causas biológicas, ignorando o facto de muitas doenças serem resultantes da interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos. Além disso, e dada a pouca utilidade e operacionalidade desta definição, emerge a carência de se constituir uma definição mais positiva e operacional de saúde. Assim, Sigerist nos anos 40 (cit. Ribeiro, 1994), com o intuito de criar uma definição mais abrangente e positiva de saúde, afirma que o indivíduo saudável é aquele “bem equilibrado corporal e mentalmente, bem ajustado ao meio físico e social, estando em controlo total dos seus recursos mentais e físicos, adaptando-se às mudanças do meio desde que não se excedam os limites normais”. Este conceito de saúde, assim como o definido, posteriormente, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948, cit. Ribeiro,

1998, p. 85), como “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas ausência de doença ou de incapacidade”, têm a virtude de abarcar tanto a dimensão mental como a social.

Ambas as definições apresentadas são equacionadas de diversas maneiras por diferentes modelos de Psicologia da Saúde e frisam a gênese da construção sócio-cultural das formas de compreensão individuais em relação aos fenómenos da saúde e da doença.

Como resultado, e como afirma McIntyre (1994) “a saúde e a doença são vistos como processos dinâmicos, em evolução constante, e explicados por uma multicausalidade, em que se considera a relevância dos factores biológicos, psicológicos e socioculturais” (p. 19).

2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO

A clarificação das relações entre o climatério e a saúde e a doença da mulher é uma tarefa difícil e inacabada, tendo esta área merecido, uma empenhada e profunda reflexão crítica.

Efectivamente, vários modelos têm emergido com o desejo de compreender a relação entre o climatério, a saúde, a doença e outros factores sobejamente articulados.

Continuamente, são enunciados e descritos alguns modelos relevantes para a compreensão da relação do conhecimento científico e do senso comum, na medida em que permite identificar quais as teorias utilizadas pelas mulheres como forma de justificação do climatério.

2.2.1 Modelo Biomédico

O modelo biomédico consubstancia-se na determinação de uma gênese biológica para qualquer doença, à qual corresponde naturalmente uma sintomatologia biológica ou física (Bergner & Gilson, 1981). Segundo Good (1996), o conhecimento médico é visto como uma representação experimental e objectiva de realidades biológicas que são as doenças, totalmente independentes dos contextos sócio-culturais de ocorrência. Nesta perspectiva, o climatério é compreendido como doença de

deficiência hormonal (Rostosky et al., 1996) e, por consequência, uma fase problemática ao nível físico e emocional. Todavia, somente existe evidência da relação entre hipoestrogenismo e afrontamentos, permanecendo inconsistente a sua conexão com a psicopatologia.

O sofrimento do climatério é adjudicado a alterações endócrinas, as quais requerem tratamento de substituição (McCrea, 1983, cit. Chornesky, 1998). Advogando-se que todas as mudanças por que passa a mulher neste estágio desenvolvimental podem ser acauteladas ou mesmo eliminadas com o uso de terapêuticas, que têm como finalidade diminuir os sintomas imediatos do climatério e prevenir as doenças cardiovasculares e ósseas (Zahar, Aldrighi, Tostes, Russomano, & Zahar, 2001). Reynolds (1997) argumenta que a conceptualização médica do climatério faz com que o tratamento usualmente oferecido a este público-alvo seja substancialmente médico (através da terapia hormonal de substituição), em detrimento de outras intervenções, tais como psicológicas ou de aconselhamento. Estas intervenções são, segundo o autor, justificadas na medida em que 15 a 20% das mulheres que experimentam sintomatologia vasomotora também apresentam considerável mal-estar. Como é indubitavelmente patente, este discurso fundamenta-se exclusivamente em aspectos orgânicos, promovendo a prédica da eterna juventude, efeito conseguido por uma “pílula quase milagrosa” que vai coibir o envelhecimento. É neste sentido que Stotland (2002) critica o próprio nome “substituição” que se dá à terapia hormonal, considerando que este apelativo acentua os receios das mulheres relativamente a esta fase.

Assim, o estudo realizado por Woods e colegas (1998, cit. Martín et al., 2003) com o objectivo de avaliar a relação entre as atitudes em relação ao climatério e os paradigmas explicativos deste evento, sugerem que as mulheres que consideram esta etapa como uma deficiência hormonal cujos sintomas podem ser tratados, patenteiam atitudes positivas em relação à terapia hormonal de substituição, considerando-a como mais eficaz e com menos riscos, comparativamente com as mulheres que não têm esta visão.

2.2.2 Modelo Sócio-cultural

Este modelo, em contraste com o supracitado, propõe o climatério como um processo natural com poucos ou nenhuns efeitos para a mulher (Hunter et al., 2001), e que os problemas advêm substancialmente da construção cultural, estando, por exemplo, associados a estereótipos e a atitudes relativamente ao envelhecimento, à perda de papéis sociais (Kaufert, 1982, cit. Hunter et al., 2001).

Embora a menopausa ocorra na meia-idade e não na terceira idade, as imagens associadas a esta fase vital são confundidas com as da velhice, constituindo o símbolo do início do envelhecimento feminino. Porém, esta associação, relaciona-se mais como uma categoria de classificação social, que com a perda das capacidades físicas e cognitivas³ (Delanoe, 1997). Além disso, e apesar da aparência da maioria das mulheres com 50 anos ser bastante boa, o estereótipo clássico da mulher no climatério, para além de ser altamente negativo, assume características do envelhecimento, como uma mulher enrugada, frágil e debilitada.

Com base neste modelo, tem-se tentado justificar e compreender a colossal variação transcultural de significados do climatério. Com efeito, a literatura mostra que em culturas onde o envelhecimento é valorizado, onde as mulheres mais velhas constituem modelos de sabedoria e experiência (Kerr-Corrêa, Beltrame, & Crepaldi, 1998), como é o caso da Indiana, a menopausa é considerada como uma importante passagem, em que a mulher adquire novos estatuto/ papel e privilégio (Starck, 1993, cit. Chornesky, 1998). Em oposição, na cultura Ocidental, a super valorização da juventude, faz com que a menopausa seja encarada com receio, como um passo prévio para o envelhecimento e a inutilidade, traduzindo o início de um período de vida depressivo aliado à perda de fertilidade (Benedek, 1950, cit. Chornesky, 1998) e à deterioração associada ao envelhecimento, contribuindo para a sensação de fracasso e insatisfação na menopáusica ocidental (Ballinger, 1990). A própria

³ Segundo Levet (cit. Pimentel, 2001), o conceito de envelhecimento pode referir-se a vários factores, nomeadamente: à idade cronológica (tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente) e identifica-se a partir dos 65 anos, onde a pessoa é considerada idosa, no entanto, esta idade diz muito pouco sobre cada indivíduo e não é suficiente para o definir; outro factor refere-se à idade jurídica e corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade; e, um último factor que se refere à idade física e biológica, que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece.

identificação sócio-cultural da maternidade com a identidade feminina, faz com que a infertilidade seja uma situação crítica para as mulheres que centraram a sua identidade na maternidade (Defey, 1996, cit. Filipe, 2001). Neste sentido, a própria sintomatologia vasomotorra (como por exemplo, os afrontamentos) é, muitas vezes, descrita como constrangedora na medida em que, de certa forma, revela informação pessoal sobre a idade e funcionamento reprodutivo, fazendo com que as mulheres se sintam pressionadas a ocultarem os sinais da sua idade.

Na opinião de Weber (1997, cit. Filipe, 2001), “os medos sobre o envelhecimento, que sentem as mulheres de meia-idade, excedem, de longe, as preocupações sobre afrontamentos ou secura vaginal” (p. 46)⁴. Assim, e pela primeira vez, a mulher tem de lidar com a perda da juventude (Ellman, 1996), com a perda dos importantes papéis que ocupava (Patterson & Lynch, 1988). Neste sentido, a investigação de Bart (1971, cit. Filipe, 2001) permite concluir que o aumento de sofrimento psicológico durante o climatério está relacionado com o baixo estatuto social que as mulheres idosas desempenham na sociedade.

Nesta perspectiva, o climatério consiste num período vital de mudanças que, devido a condicionalismos sociais, mitos, estereótipos, é reiterado pelo imaginário social como o episódio preliminar para o envelhecimento e a improficuidade.

Em suma, entrar na meia-idade, na sociedade ocidental, que idolatra a beleza e a vitalidade do jovem, tem efeitos ao nível emocional pela perda de valores estéticos tão prezados.

2.2.3 Modelo Psicossocial

Greene (1984) propõe uma abordagem do climatério centrada na vulnerabilidade, sendo esta influenciada tanto por factores hormonais como por factores causadores de stresse, nomeadamente: o ninho vazio, o divórcio, os lutos, conflitos ou problemas de saúde, entre outros. Neste sentido, os

⁴ Ou seja, não são tanto os factores sintomáticos que preocupam as mulheres climatéricas mas sim, as perdas contextualizadas numa cultura de género, como: a perda de fertilidade e do potencial de ter uma criança, fazendo com que a sua posição social feminina, assumida durante os seus anos reprodutivos, possa ser afectada.

estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha suportam que os factores de stresse psicossociais e a sintomatologia climatérica estão relacionados (Bromberger & Matthews, 1996; Kaufert, Gilbert, & Tate, 1992), sendo o sofrimento psicológico durante a meia-idade explicado pela sua presença.

Quanto ao chamado “síndrome do ninho vazio” definido como a fase em que os filhos deixavam a casa, Myra Hunter (1990) considera que apesar das crenças populares acerca deste fenómeno, não existem dados que suportem que este factor é gerador de stresse para as mulheres que se encontram na meia-idade.

Em relação a outros factores, como o divórcio, a separação e a viuvez, Green e Cooke (1981, cit. Hunter, 1993), com o objectivo de avaliar o impacto do climatério, analisam uma série de acontecimentos vitais e concluem que o divórcio e os lutos estão associados à sintomatologia psicológica e somática. Também Hunter (1990) e Avis e Mckinlay (1991), concluem a partir do estudo da variável estado civil, que as mulheres separadas, divorciadas, ou viúvas, parecem estar em maior risco de sofrimento psicológico e têm mais probabilidade de estarem deprimidas nesta fase, comparativamente com as solteiras e as casadas.

No entanto, muitas vezes, as mulheres em vez de atribuem o sofrimento psicológico a problemas vitais, atribuem-no ao climatério (Hunter, 1997).

Outra ideia subjacente a este modelo tem a ver com as mudanças hormonais (o hipoestrogenismo), todavia, alguns autores concluem que os factores de stresse aliados à vulnerabilidade existente nesta fase, são mais importantes para a eclosão de sintomas depressivos, do que o próprio hipoestrogenismo.

Outro factor que parece predizer a sintomatologia menopáusicas é o estatuto sócio-cultural. Gise (1995) verifica que as mulheres que apresentam um nível sócio-cultural mais baixo têm mais sintomas climatéricos, opinando que o emprego pode ser um factor protector de saúde emocional, ao

atenuar o efeito de stresse associado ao papel da maternidade, ao mesmo tempo que dá significado à vida da mulher.

2.2.4 Modelo Biopsicossocial

Este modelo emerge na tentativa de estabelecer alternativas ao modelo biomédico e sócio-cultural. O modelo biopsicossocial (Engel, 1977; Seeman, 1989), ao oferecer uma visão mais abrangente da saúde, considerando quer os aspectos biológicos, quer os cognitivos e sociais, sugere que o impacto do climatério é determinado à luz de múltiplos contextos: biológico, cultural e psicossocial. Acrescenta o potencial do indivíduo e do meio circundante na explicação dos fenómenos de saúde/doença (Breslow, 1987). Focaliza o estudo do climatério nas representações cognitivas da menopausa (Hunter et al., 2001) já que segundo os resultados de algumas investigações se conclui, por um lado, que as atitudes negativas prévias à menopausa são preditoras de sintomatologia vasomotora durante a menopausa (Avis et al., 1991) e, por outro, que as mulheres que consideram que no climatério se experenciam problemas físicos e emocionais, apresentam mais frequentemente, quando se encontram nesta fase, humor depressivo.

A diversidade de abordagens utilizadas no estudo do climatério identifica a plena urgência de se construir uma definição mais abrangente e mais contextualizada de todo este processo. Como refere Hunter e seu colega (2001), as cognições sociais das mulheres acerca deste fenómeno foram frequentemente descuradas, salientando que se mostram surpreendidos por este facto, dado a inerente natureza deste processo.

Como conclusão e interpretação destes distintos modelos justificativos do climatério, é pertinente aduzir o estudo de Figueiras (1994), no qual se averigua que as representações sociais diferem de contexto para contexto, sugerindo que as mulheres portuguesas relacionam este evento com

consequências físicas, comparativamente com as mulheres britânicas que associam esta fase à perda da feminilidade e envelhecimento.

Com efeito, e tendo estes modelos como pano de fundo, podemos conjecturar que sendo o climatério um sucesso biológico⁵ e não uma doença⁶, as mulheres podem vivenciar este momento evolutivo de forma diferente em função das atribuições em relação às alterações manifestadas, das suas atitudes relativamente a essas mudanças e das expectativas e crenças quanto aos sintomas que se devem esperar e a sua influência na saúde feminina.

⁵ O climatério consiste num sucesso biológico de redução da produção de estrogéneos (hipoestrogenismo).

⁶ Segundo o ponto de vista biomédico, a menopausa começou por ser analisada à luz de uma doença e, actualmente, como uma endocrinopatia que requer intervenção médica.

CAPÍTULO III

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A génese das representações da saúde e da doença comporta tanto as dimensões biológicas que as caracterizam, como também um conjunto de aspectos psicossociológicos.

O conhecimento actual, evidenciado pelas representações da saúde e da doença, é resultado de crenças culturalmente enraizadas, como também de informações científicas propagadas.

Neste sentido, primariamente exploraremos o conceito de representações sociais, a sua criação e partilha, para ulteriormente examinarmos alguns resultados auferidos por investigações que analisam o papel da informação científica e do senso comum na construção das representações sobre a saúde e a doença.

Seguidamente, e partindo do conhecimento científico, exploraremos a diversidade de respostas emocionais e físicas desencadeadas no climatério, fortemente influenciadas pelas dimensões sócio-culturais

3.1 Teoria das Representações Sociais

Conceito de Representação social

A representação social é definida por Moscovici como “um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social, que permite não apenas a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração das respostas” (Leyens, 1985, cit. Baptista & Mouro, 2000).

Para Jodelet (1984), uma das principais autoras deste conceito, a representação social refere-se a uma forma de pensamento social, partilhada e de carácter prático, que permite a interpretação de acontecimentos do quotidiano, informações e características do meio ambiente. Para a autora, as representações sociais constituem fenómenos complexos activados, que agem na vida social e que na sua riqueza fenomenal existem múltiplos elementos, nomeadamente: informações, crenças, valores, atitudes, imagens (Jodelet, 1989). Em termos teóricos, a representação social tem uma grande potencialidade, pois permite analisar a intersecção entre o psicológico e o social, isto é, engloba os elementos para a compreensão da relação existente entre o pensamento e o comportamento social (Jodelet, 1984). Consiste numa “modalidade de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1989, p. 36).

Efectivamente, as representações sociais são teorias criadas no quadro dos processos de interacção social orientadoras dos comportamentos e comunicação entre os indivíduos (Jodelet, 1984).

Mas, para que se construam representações sociais, existem vários factores que as sustentam e que estão na sua génese. Estes processos sociocognitivos estão intrinsecamente ligados e designam-se objectivação e ancoragem (Moscovici, 1976, cit. Vala, 2002).

“A objectivação permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas, em realidades exteriores aos indivíduos.

A ancoragem refere-se a transformação do não familiar em familiar, um processo que remete para a sociogenese das representações sociais e para a sua funcionalidade”

(Vala, 2002, p. 502)

Por sua vez, as representações sociais, precisam ser partilhadas, têm que ser comuns a diferentes indivíduos. Assim, e como é dito por Vala (1993), a comunicação e a linguagem participam na

génese e transformação das representações sociais, uma vez que as representações sociais constituem o pilar central dos actos comunicativos, o contexto significativo em que as comunicações se geram.

Por conseguinte, e como resultado do processo de formação e partilha, as representações sociais têm uma dimensão funcional que se patenteia na organização de comportamentos, das actividades comunicacionais, na reflexão e discussão diárias e na demarcação entre grupos sociais (Vala, 2002).

Em suma, a representação social é, nada mais, nada menos, que uma “...ideia socialmente autoreflexiva que está na origem das identidades sociais as quais, ao fixarem-se em determinada representação social, acabam por contribuir para uma certa cimentação e reprodução da realidade social.” (Pais, 1998, p. 20).

Representações Sociais na Saúde e na Doença

O indivíduo como um ser observador, pensador, investigador e intérprete de uma realidade, no seu papel de actor e criador de respostas inseridas num contexto sócio-cultural, tem merecido, por parte dos investigadores, alguma atenção e suscitado interesse.

Esta imagem do “homem enquanto cientista amador” (Moscovici, 1976, cit. Vala, 2002) tem incentivado, em vários contextos, a pesquisa das representações sociais relativamente a distintos objectos: doença mental (e.g., Jodelet, 1989); saúde e doença (e.g., Herzlich, 1969; Morant, 1995), entre outros.

Á luz da popularização da ciência, a representação social designa os aspectos específicos da erudição quotidiana, em cuja formação a ciência cumpre um papel basilar (Moscovici, 1976, cit. Vala, 2002).

Alguns estudos sobre as representações sociais apontam que uma das questões fundamentais analisadas neste quadro é o estatuto epistemológico das representações sociais, sendo

compreendidas como uma forma de sapiência natural, construída pela adequação de diversas modalidades de conhecimento, desde as teorias científicas às experiências e comunicação diárias (Pinto, Silva, & Lima, 2000).

Concretamente, o estudo das representações sociais da saúde e da doença indica que na compreensão destes fenómenos se integram elementos de saber biomédico e crenças provenientes de uma aceção colectiva sobre a relação do indivíduo com a sociedade (Herzlich, 1986).

Assim, de forma a tornar mais compreensível esta associação, entre conhecimento científico e senso comum, serão exploradas algumas investigações centradas no quadro da representação social dos fenómenos sobre saúde-doença e sobre a doença mental em que se verifica a integração de várias áreas do conhecimento.

Começaremos pelo segundo fenómeno, com a apresentação do estudo de Jodelet (1986). A autora realizou uma investigação em França sobre as representações sociais da doença mental. Verificou que apesar da famílias de acolhimento onde residiam indivíduos com doença mental terem conhecimentos científicos sobre esta doença, praticamente não os usavam e as suas práticas baseavam-se em sistemas de crenças, segundo as quais a doença mental se pode contagiar através de líquidos corporais e do contacto visual. Para esta comunidade, a grande preocupação residia em evitar o contágio e desta forma as práticas englobavam, por exemplo, refeições tomadas isoladamente, roupas lavadas separadamente. Segundo a autora, este esforço de “reinserção” tem um efeito paradoxal, o da exclusão social emergente (Jodelet, 1991).

Também Morant, em 1995, na investigação sobre as representações sociais dos técnicos de saúde mental, apura que são criados obstáculos no contexto de vivência destes doentes por exemplo, casas de banho independentes, salientando que estas práticas sugerem a presença de sentimentos de medo e de ameaça nos técnicos de saúde. Desta forma, podemos constatar como certas informações científicas, apesar de alteradas, parecem não ter sido integradas nas representações do senso comum.

Já relativamente à saúde-doença indicamos o trabalho desenvolvido por Herzlich (1969) que, através da utilização de entrevistas, analisa o efectivo critério que os indivíduos utilizam quando se referem à saúde e por sua vez à doença. Conclui que ambos os fenómenos estão ancorados na noção de actividade e inactividade, ou seja, a saúde diz respeito à actividade do indivíduo no domínio do meio e das relações interpessoais e, por seu turno, a doença refere-se à inactividade condicionando os vários domínios precedentemente nomeados.

Identicamente no estudo da doença, as investigações sugerem que os indivíduos constroem a sua própria representação de doença com o intuito de a compreenderem e de saberem lidar com ela. Assim, Leventall, Nerenz e Steele (1984, cit. Hunter et al., 2001), com suporte no Modelo Cognitivo de Auto-Regulação, indicam que as representações da doença determinam as reacções emocionais e comportamentais dos sujeitos face à doença. Este Modelo foi desenvolvido para avaliar quantitativamente cinco componentes das representações cognitivas da doença (identidade, consequências, duração, controlo/ cura e causas) em doentes com patologia crónica.

As representações sociais reflectem as respostas cognitivas aos sintomas e as respostas emocionais são processadas em paralelo e interactuam com essas cognições (Leventlall et al, 1984, cit. Hunter et al., 2001).

É com base na teoria de Leventlall e o Modelo Cognitivo de Auto-Regulação, que propomos explorar as cognições da mulher sobre a menopausa de forma a possibilitar “dar algumas luzes sobre as diferenças individuais na experiência da menopausa, sobre o comportamento de procura de ajuda e sobre o ajustamento” (Hunter et al., 2001, p. 67).

3.2 Representações Sociais do Climatério

Como vimos no final do sub capítulo anterior, a nossa proposta de estudo do climatério parte da definição de representações da doença de Leventhal e seus colaboradores (1984, cit Hunter et al., 2001) e da sua integração no Modelo Cognitivo de Auto-Regulação. Como então tivemos a oportunidade de salientar, a abordagem integrativa que adoptamos dirige-se igualmente ao contexto social e cultural em que se situa o processo climatérico, argumento indubitavelmente inteligível dado a natureza desse processo imbuído de significados culturais e históricos.

O climatério consiste num processo biológico, cuja construção se baseia em diversas opiniões, em diferentes tradições populares e em discursos científicos e sociais (Pelcastre-Villafuerte et al., 2001). Assim, a representação social que a mulher tem do climatério funda-se “na informação, na inferência e na experiência de uma pessoa sobre os efeitos do climatério na saúde da mulher” (Fishbein & Ajzen 1975, cit. Chávez-Ayala, Andrade-Palos, & Rivera-Rivera, 2002, p. 386). Efectivamente, as representações sociais do climatério estabelecem uma relação complexa e dinâmica entre o saber médico e o saber comum.

Apesar de perdurarem algumas divergências ao nível da conceptualização de representação social, utilizaremos a referência de Jodelet (1989), para quem, na sua riqueza fenomenal, as representações sociais são constituídas por múltiplos elementos, nomeadamente: informações, crenças, valores, atitudes, imagens.

O Estudo das Representações Sociais do Climatério

Apesar de durante séculos, o climatério ter sido estabelecido como uma etapa usualmente experimentada pelo imaginário social como um passo prévio para a inutilidade e o envelhecimento, e, por esse motivo negativo, a partir dos anos 60 têm sido publicados alguns estudos que

possibilitam arrematar que esta visão tem vindo a transformar-se, não podendo ser efectivada uma sobregeneralização destas práticas a todas as mulheres (e.g., Avis & McKinlay, 1991).

Neste sentido, várias investigações têm estudado vários fenómenos (por exemplo: atitudes, expectativas negativas, atribuições) com o objectivo de identificar as representações das mulheres em relação ao climatério e a sua relação e implicação na sintomatologia física e psicológica.

Com vista a examinar as atitudes das mulheres quanto a esta fase vital, Avis e McKinlay (1991) a partir de um estudo prospectivo com uma amostra de 2565 mulheres, concluem que 42% sentem alívio aquando da cessação menstrual, 35% relatam sentimentos neutros relativamente à amenorreia menopáusica e apenas 2,7% exprimem descontentamento pela finalização menstrual. O estudo permite apurar que as mulheres mais velhas declaram sentimentos mais positivos comparativamente com as mais jovens e que as atitudes negativas prévias à menopausa são preditoras de sintomas vasomotores ao chegar à menopausa, ou seja, altos níveis de sintomas físicos e depressão estão associados a sentimentos negativos prévios relativamente a esta fase (Avis et al., 1991).

Os mesmos autores (1995) salientam que os resultados da sua investigação confirmam que as expectativas relativamente à menopausa podem estar relacionadas com o relato de sintomatologia e que estes dados são consistentes com outras investigações (e.g., Brooks-Gunn & Ruble, 1983, cit. Avis et al., 1995). Acrescentam que as atitudes negativas “may become a self-fulfilling prophecy” (p. 48).

Achados idênticos foram encontrados por Matthews (1992) que verifica que as expectativas negativas estão relacionadas com maior frequência de sintomatologia e que, por sua vez, as expectativas positivas estão associadas a menos sintomas físicos e psicológicos.

Analogamente, Hunter (1992) conclui que as mulheres que têm crenças negativas prévias ao período menopáusico são as que referem maior sintomatologia depressiva quando se encontram nesta fase desenvolvimental.

Lopez e Silva (1999), através de uma investigação descritiva, transversal e observacional, com o objectivo de investigar as atitudes das mulheres relativamente à menopausa e sua relação com os sintomas climatéricos, a partir de questionários estruturados aplicados a 425 pacientes que recorreram ao ginecologista com história menopáusica natural, concluem que as mulheres com atitudes negativas apresentam um maior grau de fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional e depressão e que a predisposição negativa da paciente relativamente à menopausa favorece a prevalência de sintomas psicológicos.

Já Delanoe (1997), num estudo qualitativo realizado na população geral, com a finalidade de identificar as representações sociais da menopausa, destaca que as principais representações encontradas podem ser classificadas da seguinte forma: (a) Negativas: as mulheres com esta representação, caracterizam a menopausa como uma mudança problemática ligada à perda de feminilidade, ao final da capacidade de sedução, ao início do envelhecimento e à passagem ao papel de avó; (b) Ambivalentes, caracterizadas por uma representação social negativa, paradoxal a uma experiência pessoal neutra; (c) Neutras, as mulheres com esta representação são mais jovens e para elas a menopausa é pouco referida como perda de feminilidade ou como velhice e a amenorreia é sentida como alívio; e, (d) Positivas, este tipo de representação é encontrado em mulheres mais velhas (de igual forma que o resultado obtido por Avis et al., 1991), pós-menopáusicas, que consideram que a menopausa não constitui uma ameaça à sua feminilidade e sedução. As características destas mulheres englobam um nível cultural mais elevado e uma situação profissional gratificante.

Nesta mesma linha, numa investigação de carácter qualitativo, os autores concluem que a representação social da generalidade das mulheres engloba atribuição negativa relacionada com o envelhecimento e a infertilidade. Como consequência da perda da menstruação, há como que uma “sensação de mutilação...as mulheres sentem que perderam parte de si mesmas, algo que as definia e as identificava...” como mulheres (Pelcastre-Villafuerte et al., 2001, p. 411).

A saúde e o bem-estar das mulheres menopáusicas também são influenciados pelos *settings* sociais, culturais e económicos onde vivem e os estudos mostram que a sintomatologia por elas apresentada é diferente de cultura para cultura (Barrett-Connor, 1998).

Com efeito, a investigação tem corroborado que a presença ou ausência de sintomas nesta fase desenvolvimental, é distinta de cultura para cultura. Por exemplo, os sintomas vasomotores das mulheres Japonesas são descritos como mínimos (Lock, 1993, cit. Adekunle, 2000) e das mulheres Maias no México como não existentes (Beyene, 1986, cit. Adekunle, 2000), comparativamente com 80% das mulheres americanas que experimentam afrontamentos (Lock, 1993, cit. Chornesky, 1998). De igual forma, Lock (1994) ao equiparar as mulheres japonesas com as mulheres norte-americanas, averigua que as primeiras apresentam menos sintomas menopáusicos somáticos e emocionais (depressão, ansiedade, suores nocturnos e afrontamentos).

A explicação para esta disparidade de sintomatologia entre culturas pode, segundo o modelo sócio-cultural de explicação do climatério (ver cap. II), dever-se aos estereótipos relativamente ao envelhecimento. Ou seja, em culturas onde o envelhecimento é enaltecido e é visto à luz de um ganho de estatuto, o climatério consiste numa transição natural da vida, um marco biológico sem significado expressivo na experiência subjectiva de cada mulher.

Através da explanação de alguns estudos, percebemos que as representações sociais, são por isso, partilhadas por um conjunto de indivíduos. Porém, dentro de uma mesma sociedade podem existir divergentes representações para um mesmo objecto devido a clivagens entre grupos, determinadas por condições sócio-económicas e sistemas de orientação diferentes (Vala, 1993).

Em suma, as atitudes das mulheres relativamente ao climatério indicam que estas, são fortemente influenciadas pelas dimensões sócio-culturais e económicas, implicando que em diferentes culturas existam diferentes atitudes e diversos sintomas relacionados com esta etapa desenvolvimental

(Adekunle, 2000; Chornesky, 1998). Partindo deste pressuposto, é nossa intenção explorar as representações sociais da menopausa em mulheres portuguesas e identificar a sua dimensão avaliativa e analisar o seu valor preditivo na sintomatologia, o que objectivamos na aplicação do Questionário de Representações Sociais na Menopausa de Hunter e O’Dea (2001).

CAPÍTULO IV

SINTOMATOLOGIAS FÍSICA E PSICOLÓGICA NO CLIMATÉRIO FEMININO

Sintomatologia associada ao processo Climatérico

“Mais de 100 sintomas já foram atribuídos à menopausa” (Ditkoff et al., 1991 p. 12). Contudo, são registadas acentuadas diferenças ao nível da sintomatologia climatérica, e estas devem-se, provavelmente, a discrepâncias genéticas, dietéticas, e a diferentes histórias reprodutivas, sendo os sintomas climatéricos consequência de modificações físicas, influências culturais, percepções individuais e expectativas relativamente a esta fase (Robinson, 1996).

À posteriori será apresentada a múltipla sintomatologia associada a este evento.

4.1 Sintomatologia Física

Têm sido documentados diversos factores demográficos como responsáveis pela sintomatologia climatérica, nomeadamente: mulheres que tiveram uma puberdade tardia, as nulíparas, as que geraram pela última vez após os 40 anos, as que têm um nível sócio-económico mais elevado apresentam, menos sintomatologia.

A primeira deficiência identificada no climatério corresponde à função ovárica que envolve a supressão da ovulação e a diminuição da produção estrogénica e androgénica. A esta diminuição hormonal está associada a presença de sinais e sintomas clínicos, como também à aceleração do desenvolvimento da arteriosclerose coronária e à osteoporose (Hammond, 1997).

4.1.1 Consequências precoces do Climatério

As consequências a curto prazo da menopausa instalam-se nos primeiros cinco anos e traduzem-se, em cerca de 95% dos casos, por uma sintomatologia multivariada: perturbações neurovegetativas (afrontamentos, sudorese, palpitações, náuseas, cefaleias, insónias, vertigens); perturbações genito-urinárias (secura vaginal, ardor vaginal, dispareunia, disúria, incontinência urinária); e perturbações psicológicas (ansiedade, irritabilidade, nervosismo, humor depressivo, diminuição da libido) (Silva et al., 1999).

Perturbações Neurovegetativas

“A crise vasomotora é um fenómeno neurovascular periférico compensatório que se activa de forma intermitente” (Silva et al., 1999).

Os afrontamentos são uma das primeiras manifestações do climatério, vulgarmente descritos como rápidas sensações de calor que percorrem todo o corpo e ascendem à cabeça, produzindo rubor na face, no pescoço e no peito e pertencem à categoria dos sintomas vasomotores ou sintomas do sistema nervoso autónomo. São constantemente acompanhados de sudação, palpitação e ansiedade (Ferrer et al., 2000), e constituem o sintoma mais frequente e particular nesta fase (Castelo- Branco, Sanjuán, Vicente, & Blumel, 1999).

Como referido, a etiologia dos afrontamentos deve-se ao hipoestrogenismo (Speroff, 2000) que causa uma privação hipotalâmica dos opióides, que têm como função regular o sistema termorregulador do organismo, causando a sua instabilidade (Ferrer et al., 2000). Porém, o mecanismo fisiopatológico continua a não ser perfeitamente conhecido (Gouveia da Silva, 1999).

Segundo Ferrer e colegas (2000), a fisiologia do afrontamento realiza-se por várias fases: a primeira alteração verificada é o aumento entre quatro e trinta vezes do fluxo vascular, especialmente nos

dedos das mãos; posteriormente, após dois ou três minutos, aparece uma sensação subjectiva de calor, elevando-se a temperatura corporal, que alcança o seu pico máximo cinco minutos depois, e a temperatura permanece elevada durante cerca de vinte e sete minutos. Nesta altura, a vasodilatação cutânea provoca uma diminuição da temperatura (de 0.1 a 0.9°C), o que provoca uma sensação de calafrio e posteriormente constata-se a elevação da norepinefrina e epinefrina com a finalidade de restaurar o tónus vascular.

São identificados alguns comportamentos na exacerbação do afrontamento, nomeadamente: tabagismo, consumo de bebidas quentes, de cafeína ou de álcool. Além disso, os fogachos parecem ser menos frequentes ou menos severos nas mulheres obesas (Hammond, 1997).

Os calores e suores podem, de igual forma, ser secundários a uma doença (tumores pancreáticos, distúrbios tiroideus, leucemia) (Wilkin, 1981, cit. Speroff, 2000), mas quando a situação clínica não é clara, a causa do afrontamento é a deficiência estrogénica, sendo documentada pelos elevados níveis de Hormona Folículo Estimulante (FSH) (Speroff, 2000).

Estes sintomas afectam uma alta proporção de mulheres em meia-idade: 54% no estudo de Hunter (1990b) e 68 % da amostra de Greene (1984). Esta ocorrência é mais frequente na perimenopausa (o ano que precede e sucede o final do período menstrual) (Reynolds, 1997). Blumel e colegas (1997), num estudo realizado em mulheres chilenas com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos de idade, concluem que 62% das perimenopáusicas apresentavam afrontamentos.

Os sintomas vasomotores são bastante perturbadores e são a causa mais frequente de recurso ao médico (Hammond, 1997; Hunter & Liao, 1995), sendo igualmente o motivo mais apresentado pelos médicos para a prescrição da Terapia Hormonal de Substituição (Rosenberg, Kroll, & Vandromme, 1996, cit. Huffman & Myers, 1999).

Para além dos estudos sobre sintomatologia vasomotora e a sua relação com a etapa climatérica, outras investigações têm debruçado o seu interesse sobre a comparação entre perturbação vasomotora e cultura. Assim, verifica-se que estes sintomas afectam 70% das mulheres norte-

americanas mas apenas 18% das mulheres chinesas (Guthrie, Dennerstein, Hopper, & Burger, 1996, cit. Demétrio, 2000). Mais uma vez estes dados parecem estar subjacentes a problemas que advêm substancialmente da construção cultural em relação ao envelhecimento (Delanoe, 1997). Margaret Lock (1998) salienta até, que dado os afrontamentos serem referidos tão poucas vezes como sintoma pelas japonesas, nem existe uma palavra japonesa que o descreva.

Distúrbios do Sono

As queixas ao nível do sono, principalmente o acordar nocturno, aumentam com a idade; e as mulheres mais velhas sofrem mais destes distúrbios, utilizando mais hipnóticos que os homens de igual idade (Pólo- Kantola et al., 1999).

Actualmente, sugere-se que o declínio de estrogénio endógeno tem impacto ao nível do sono, verificando-se que as queixas a este nível aumentam rapidamente depois da menopausa (Pólo-Kantola et al, 1999).

Similarmente, tem sido sugerida a associação entre distúrbios do sono e sintomas vasomotores. Todavia, o estudo levado a cabo por estes autores não permitiu corroborar esta hipótese: a qualidade do sono de 63 mulheres que apresentavam sintomas climatéricos, avaliada através da polisonografia, mostrou que a alta-frequência de sintomas vasomotores não está associada com alterações da latência do sono, nem com a percentagem de estádios do sono. Contudo, a elevada frequência de sintomatologia vasomotora, somática e psicológica é associada à qualidade de sono subjectiva debilitada (Pólo-Kantola, Erkkola & Irjala, 1999).

Outro facto postulado refere-se à fase menopáusica. Assim, e como é na perimenopausa que existe maior frequência de sintomatologia vasomotora, é também nesta etapa que as mulheres reportam mais distúrbios ao nível do sono. Desta forma, as mulheres na perimenopausa apresentam maior incidência de sono interrompido comparativamente com as pré-menopáusicas (Baker, Simpson, & Dawson, 1997, cit. Demétrio, 2000).

Em relação à terapêutica hormonal de substituição com estrogénios, esta parece diminuir as queixas sobre a qualidade do sono em mulheres pós-menopáusicas (Pólo-Kantola, Erkkola, Helenius, Irjala, & Polo, 1998).

Alterações genito-urinárias

A mucosa da vagina, da uretra e do terço inferior da bexiga têm origem embrionária comum e são tecidos dependentes de níveis de estrogénio (Silva et al., 1999), pois contêm um largo número de receptores estrogénicos. Estes, por sua vez, atrofiam quando os níveis de estrogénio estão reduzidos na perimenopausa (Hammond, 1997); subsequente a esta descida, a mucosa vaginal atrofia-se, o pH sobe e a secreção vaginal reduz-se, podendo mesmo desaparecer. Consequentemente, surge a secura vaginal com irritação, a dispareunia (dores durante o coito) e a susceptibilidade a infecções (Silva et al., 1999).

O tratamento com estrogénios mostra ter um rápido impacto ao nível da histologia vaginal, podendo, no entanto, levar meses até ao desaparecimento da sintomatologia (Greendale et al., 1999).

Outra das alterações a nível genito-urinário, diz respeito à incontinência urinária. Neste âmbito, o hipoestrogenismo reduz a troficidade da mucosa do terço inferior da bexiga e a pressão uretral baixa, tendo como resultado a incontinência urinária de esforço (Silva et al., 1999).

A incontinência deve-se ao enfraquecimento dos músculos do períneo, fazendo com que o detrusor da bexiga deixe de estar apoiado, descaindo, fazendo com que a abertura à volta da uretra se abra. Por vezes, a bexiga invade a parte anterior da vagina, causando um volume incómodo chamado de cistocelo. Na menopausa, quando os níveis de estrogéneo baixam e os tecidos começam a tornar-se mais finos, esta debilidade manifesta-se (Brewer, 1999). A falta de apoio no períneo causa um esforço adicional no esfíncter para manter a bexiga e a abertura da uretra fechadas. Um aumento súbito de pressão abdominal, provocado por uma série de comportamentos, tais como, o

levantamento de um peso, um ataque de tosse ou de riso, um espirro ou uma corrida, tem como efeito perda de urina (Brewer, 1999).

Consiste numa das alterações mais frequentes no género feminino e alguns estudos realizados na população geral encontram até 40% de incontinentes entre mulheres. Porém, somente 5% das pacientes considera este sintoma um transtorno (Sommer et al., 1990, cit. Salinas, 2000).

Os estudos realizados em mulheres menopáusicas indicam uma percentagem de incontinência urinária até 73% (Stenberg et al., 1996, cit. Salinas, 2000). Por sua vez, os estudos de coorte demonstram que as mulheres menopáusicas apresentam uma incidência de incontinência urinária duas vezes maior que antes da menopausa (Rekers et al., 1992, cit. Salinas, 2000). Porém, a partir de uma investigação conduzida numa amostra de 4000 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, Moller, Lose e Jorgensen (2000), concluem que a prevalência da incontinência urinária nas mulheres perimenopáusicas ronda os 10-15%.

Vários factores associados ao estilo de vida parecem ser precipitantes da sintomatologia do tracto urinário e da incontinência urinária, como por exemplo, o excesso de peso, as actividades que exijam grande esforço físico, o tabagismo e a postura (Nygaard, Thompson, Svengalis, & Albright, 1994).

Perturbações na esfera da Sexualidade

A sexualidade abrange o conjunto de fenómenos da vida sexual e, em geral, designa comportamentos relacionados com a actividade sexual consciente e a sua expressão funcional e afectiva, englobando várias dimensões: biológica, psicológica e social (Favarato, Aldrighi, Junior, Pires, & Lima, 2000).

Relativamente à primeira dimensão – biológica – Santos e Sala (1995) consideram que a sexualidade no climatério está comprometida pela diminuição da elasticidade e da lubrificação vaginal, pela redução da erecção clitoriana e pela dificuldade orgástica, factores que estão na génese da

dispareunia. De acordo com este parecer, o hipoestrogenismo ao causar secura vaginal e por conseguinte, o vaginismo, compromete a qualidade da relação sexual (Pearce & Hawton, 1996).

Contudo, permanece controversa a evidência do papel directo dos estrogénios e androgénios na sexualidade das mulheres climatéricas (Cawdood & Bancroft, 1996).

O estudo da sexualidade na sua dimensão psicológica e sócio-cultural também tem suscitado atenção. Nesta linha, a investigação de Lauman, Paik e Rosen (1999, cit. Blumel, Araya, Riquelme, Castro, Sánchez, & Gramegma, 2002) ressalta a importância do aspecto sócio-cultural da sexualidade, verificando que as mulheres hispânicas apresentam menos transtornos sexuais, comparativamente com as anglosaxónicas e que estas têm menos distúrbios que as afro-americanas. Similarmente, Davidson (1985) salienta que as disfunções sexuais na pós-menopausa se devem ao papel social da mulher, destacando que nas sociedades em que a mulher pós-menopáusicas tem um papel social relevante, as disfunções sexuais são menos acentuadas.

Quanto à libido sexual, Hallstrom e Samuelson (1990, cit. Lamont, 1997) descobrem que esta se mantém estável ao longo do tempo e que a idade, a qualidade do relacionamento e a saúde mental são os principais factores que contribuem para a diminuição ou para o aumento do desejo sexual.

Já Dennerstein, Dudley e Burger (2001), num estudo com mulheres australianas (n=438) entre os 45 e os 55 anos, verificam que a diminuição da resposta sexual é consequência do próprio envelhecimento e da transição para a menopausa.

Outros factores, tais como, a classe social baixa, as desordens psiquiátricas e a discórdia conjugal (Osborn, Hawton & Oath, 1988, cit. Li & Holm, 2000) têm sido associados a transtornos sexuais na perimenopausa. Porém, outros autores destacam que os preditores da diminuição de desejo sexual incluem, por um lado, a pequena frequência de coito e por outro lado, a diminuição da capacidade física (Koster & Garde, 1993, cit. Li et al, 2000).

Já Myra Hunter, na década de 90, refere que os problemas sexuais (diminuição de interesse sexual, diminuição da libido e secura vaginal) estão, sobretudo, relacionados com problemas conjugais, stresse e fase menopáusicas.

Em resumo, a literatura sugere uma alteração gradual da sexualidade numa certa percentagem de mulheres no climatério. Porém, não é clara perante a presença de transtornos sexuais, se estes são devidos exclusivamente ao envelhecimento e às mudanças biológicas, ou também fruto do contexto sócio-cultural no qual esta transição ocorre. Isto é, em culturas em que o sexo é valorizado principalmente para fins reprodutivos e o papel principal da identidade feminina é o de procriar, a actividade sexual pode ser restrita aos anos férteis sendo, assim, notório o declínio da actividade sexual com o envelhecimento da mulher.

4.1.2 Consequências tardias do Climatério

As investigações indicam que as pós-menopáusicas têm um risco elevado de desenvolvimento de doenças do coração e de osteoporose (Silva et.al., 1999).

A terapia hormonal de substituição é comumente usada para diminuir a incidência de doenças cardiovasculares e de osteoporose, todavia, este tratamento parece amplificar o risco de cancro da mama (Hammond, 1994; Oldenhave & Netelenbos, 1994).

Osteoporose

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a osteoporose (W.H.O, 1994, cit. Ferreira, 2000) consiste numa doença caracterizada pela diminuição de massa óssea e pela deterioração da microarquitatura do tecido ósseo, resultando um aumento da debilidade óssea e consequente incremento do risco de fractura.

A osteoporose consiste numa alteração metabólica ligada à redução de produção estrogénica. O osso é composto por um sistema de decomposição, absorção e reconstrução. Os osteoclastos fazem a decomposição e absorção e os osteoblastos a renovação, reparação e construção. Porém, com o hipoestrogenismo, a capacidade de reconstrução adequada desaparece. O tecido ósseo tornar-se frágil, rompendo-se facilmente. A osteoporose atinge principalmente a coluna vertebral, o colo do fémur, punhos e costelas (Melo & Wehba, 1997, cit. Gouveia da Silva, 1999) e afecta, mais de 20 milhões de mulheres a nível mundial (Hammond, 1997).

As estimativas sugerem que em Portugal, em 1995, ocorreram cerca de 7000 fracturas osteoporóticas do colo do fémur, originando casos de mortalidade e de morbilidade (Silva et al., 1999).

O hipoestrogenismo é a causa central da osteoporose pós-menopáusicas. Nos Estados Unidos verifica-se que 40% de todas as mulheres brancas com 50 anos de idade sofrerão uma ou mais fracturas osteoporóticas no resto das suas vidas, comparativamente com 13% dos homens de idêntica idade (Cooper, Campion, & Melton, 1992, cit. Silva et al., 1999).

Muitas terapêuticas têm sido avaliadas em pacientes com osteoporose. O exercício e o suplemento de cálcio à volta das 1500 mg/ dia não providenciam, contudo, um adequado tratamento para a osteoporose (Hammond, 1996, cit. Hammond, 1997).

Os factores que aumentam o risco de osteoporose incluem: amenorreia devido ao hipoestrogenismo, reduzida ingestão de cálcio, tabagismo, ingestão de álcool, estilos de vida sedentários, ter peso abaixo da média e história familiar da doença (Smith, Nance, Kang, Christian, & Johnston 1973, cit. Hammond, 1997).

Doenças Cardiovasculares

“As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte na mulher pós-menopáusicas em todo o mundo desenvolvido” (Silva et al., p. 21) e a sua incidência aumenta, logo que se alcança a menopausa (Vietez, Mato, Boullosa, Illa, Marquez, & Pérez, 2000).

Os resultados auferidos por Matthews, Kuller, Sutton-Tyrrell e Chang (2001) indicam que a meia-idade aumenta substancialmente o risco de uma doença cardiovascular. As alterações lipídicas encontram-se elevadíssimas entre a perimenopausa e os primeiros anos de pós-menopausa.

A incidência de enfarte do miocárdio, no género feminino, apresenta um incremento exponencial a partir dos 50 anos; inversamente do observado previamente à menopausa, em que as mulheres estão relativamente protegidas devido à presença de estrogéneos (Silva et al., 1999). Os estudos provam que a administração de estrogénios e progestativos diminuem o risco de doença cardiovascular (Greendale et al., 1999).

Exemplos disso são algumas investigações retrospectivas que concluem que o uso da THS pode diminuir a incidência de doenças coronárias de 30 a 70% (Akhler, 2002). A THS parece reduzir o risco de doenças coronárias em mulheres obesas, hipertensas ou com história prévia de enfarte do miocárdio. Porém, estes dados foram colocados em questão, por pelo menos dois estudos, até hoje: o Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERS), numa amostra 2.763 mulheres com doença coronária (Hulley et al, 1998, cit. Akhter, 2002) e o Women's Health Initiative (WHI), um estudo de prevenção coronária primária, em cerca de 27 mil mulheres (Lenfant 2000, cit. Akhter, 2002). No estudo HERS concluiu-se que a THS não teve quaisquer resultados na incidência do enfarte do miocárdio nem na morte; o estudo WHI, após dois anos de follow up, lançou o aviso de que as mulheres no grupo hormonal tinham um risco superior de situações cardiovasculares, de acidente vascular cerebral e de tromboembolismo venoso.

No trabalho de revisão bibliográfica de Richard's e Giles (2000), conclui-se que os factores de risco biológico são, entre outros, a hipertensão arterial, a diabetes, o tabagismo, e a menopausa. Relativamente aos factores de risco psicológico, identifica-se que no género feminino a depressão, a ansiedade constituem factores de maior risco para a mortalidade coronária. Quanto ao risco social, os autores destacam a pertença a uma classe social baixa, um reduzido nível educacional, a ausência de suporte social e ser doméstica, como factores de maior risco de mortalidade coronária.

4.2 Morbilidade Psicológica

Além dos múltiplos estudos realizados, as conclusões têm sido muito similares: não existem evidências empíricas consistentes quanto aos efeitos do climatério na morbilidade psicológica. Porém, alguns autores continuam a salientar que o hipoestrogenismo tem um efeito ao nível da sintomatologia psíquica e psicossomática. Assim, tem sido documentada uma variedade de sintomas, nomeadamente a insónia, a cefaleia, a irritabilidade, a diminuição da memória e o humor depressivo (Jaszmann, 1973; McKinlay & Jefferys, 1974, cit. Demétrio, 2000).

Outros investigadores ponderam que os factores psicossociais são mais significativos na determinação de sintomas psíquicos do que o hipoestrogenismo (Avis, Brambilla, Mckinlay, & Vass, 1994; Ballinger, 1990; Hunter, 1990b).

Neste sub capítulo inclinar-nos-emos, exclusivamente, sobre os fenómenos que nos propomos estudar, nomeadamente: o *distress*, a depressão e a ansiedade. Para continuamente debater o tema da qualidade de vida no climatério.

4.2.1 *Distress* Psicológico⁷

Os sintomas de *distress* psicológico que incluem: a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, a insónia e fadiga têm sido largamente articuladas com o evento menopáusico (Busch & Zonderman, 1994). Embora as alterações correlativas com o climatério estejam bem documentadas, vários anos de pesquisa falharam na produção de evidências empíricas consistentes quanto aos efeitos do climatério no *distress* psicológico, porque a maior parte dos estudos falharam na sua preditividade (Busch et al, 1994). Esta inconsistência de resultados deve-se, presumivelmente, ao uso de amostras não randomizadas, ao uso de medidas pouco específicas na avaliação dos sintomas, à inadequada

⁷ Neste estudo, o *distress* psicológico foi analisado não a partir de um questionário específico, mas sim a partir de um conjunto de inquéritos que permitiram avaliar estas variáveis (ansiedade, depressão, irritabilidade, insónia e a fadiga) separadamente.

definição do status menopáusico (Dennerstein & Burrows, 1978; Utian, 1980, cit. Busch et al., 1994) e à inclusão na amostra de mulheres que estão a fazer a terapia hormonal de substituição.

Além disso, todos estes estudos suportam o estereótipo cultural de que o evento menopáusico está associado a considerável mal-estar psicológico e que este persiste durante os anos pós-menopáusicos (Busch et al, 1994).

Assim, e na tentativa de justificar a presença de mal-estar, vários autores utilizaram amostras representativas de forma a compararem o mal-estar nas diferentes etapas do climatério; porém e uma vez mais, os resultados foram inconsistentes. Por exemplo, Rybo e Westerberg (1971, cit. Busch et al., 1994) não encontram diferença ao nível da variável irritabilidade entre mulheres pré-menopáusicas e pós-menopáusicas.

Já Jaszmann (1973, cit. Demétrio, 2000) encontrou uma altíssima prevalência de fadiga, irritabilidade e depressão nas mulheres perimenopáusicas, comparativamente com as mulheres pré-menopáusicas e pós-menopáusicas.

Também, Polit e LaRocco (1980) referem uma elevada prevalência de sintomas na perimenopausa e na pós-menopausa, mas não comparam com o grupo de mulheres pré-menopáusicas, pelo que, não pode ser concluído que o status climatérico aumenta a sintomatologia.

No estudo realizado por Bush e Zonderman (1994), que inclui uma amostra de 3.049 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos, em diferentes estádios (pré-menopáusicas, perimenopáusicas, pós-menopáusicas naturais e pós-menopáusicas cirúrgicas), conclui-se que não existe uma clara evidência de que o status menopáusico está relacionado com o mal-estar psicológico. Além disso, confirmam que não há aumento de depressão, de mal-estar psicológico e de alteração do sono, associado à transição entre fases. Assim, as mulheres pré-menopáusicas comparativamente com as perimenopáusicas e as pós-menopáusicas não relatavam maior mal-estar psicológico e a menopausa cirúrgica não tem efeito sobre o estado psicológico do sujeito.

4.2.2 Depressão

Contrariamente ao transtorno disfórico pré-menstrual e ao *Blues*, não existe consenso sobre a existência de uma verdadeira síndrome afectiva associada ao climatério.

Todavia, Schmidt e Rubinow (1991) realçam ser imaturo rejeitar a existência de uma verdadeira “Síndrome Afectivo” directamente relacionada com o climatério. Outorgam a polémica gerada em torno do tema, justificando a falta de rigor metodológico, a interpretação selectiva dos resultados e a falta de uma nosologia clara (psiquiátrica e endocrinológica) no planeamento dos estudos.

Porém, antes de exemplificar alguns estudos, é pertinente, na relação entre climatério e depressão, abordar a questão da prevalência deste sintoma na população feminina. Como apresentam os estudos epidemiológicos, a prevalência de transtornos depressivos nas mulheres é maior comparativamente com os homens, sabendo-se que esta diferença entre géneros inicia-se na adolescência e não na menopausa (Kessler, McGonagle, & Swartz, 1993, cit. Speroff, 2000).

Este risco aumentado para um primeiro episódio depressivo nas mulheres resulta na razão mulher/homem em 2:1 ao longo da vida, e coincide com o início das flutuações cíclicas hormonais, sugerindo que a exposição mensal a estas variações desempenham algum papel no pico de risco para a depressão, encontrado na idade reprodutiva da mulher (Joffe & Cohen, 1998).

Desta forma e perante os resultados supracitados, não podemos referir, claramente, que o climatério gera depressão.

Nesta linha, de maneira a justificar a ocorrência de depressão no climatério, o antecedente de transtornos depressivos tem sido identificado como o principal agente de risco (Avis et al., 1994; Hunter, 1990b; Kaufer et al., 1992), sugerindo-se que a depressão não se restringe unicamente a aspectos específicos do climatério.

Corroborando esta convicção, vários autores salientam que a severidade dos sintomas auto referenciados durante o período perimenopáusico está expressivamente relacionado com as características da personalidade, verificando, por exemplo, que as mulheres que apresentavam um

score elevado na escala de depressão tinham estado deprimidas nos anos pré-menopáusicos (Mathews, Wing, Kuller, Meilahn, Kensey, Costello, & Cagguila, 1990, cit. Chornesky, 1998; Hay, Bancroft, & Johnstone, 1994).

Outro argumento prende-se com as fases do processo climatério, justificando-se que a perimenopausa, com repentinas oscilações hormonais, parece ser o período de maior vulnerabilidade para o surgimento de sintomas depressivos (Stwart, Boydell, & Derzko, 1992). Nesta fase, como o ciclo menstrual, se encontra irregular, pode contribuir para o aparecimento destes sintomas, seja directamente pelo desequilíbrio hormonal, seja secundariamente aos sintomas físicos ou dificuldade de adaptação a essa nova etapa da vida que se aproxima (“síndrome do ninho vazio”, reavaliação dos papéis sociais, infertilidade, etc.) (Demétrio, 2000).

Com este fundamento como pano de fundo, alguns investigadores salientam ser evidente a relação entre as diferentes fases climatéricas, o humor depressivo e a irritabilidade. Por conseguinte, verifica-se um aumento significativo do humor depressivo e da irritabilidade na perimenopausa e pós-menopausa, em comparação a pré-menopausa (Hunter & Whitehead, 1989, cit. Demétrio, 2000). O aparecimento destes sintomas é a queixa que motiva 50% das 95 admissões consecutivas de todas as clínicas de menopausa em Edinburgo num período de 6 meses (Hay et al., 1994), conclui-se que a prevalência de episódios depressivos é de 45% no período da perimenopausa.

Estes dados são corroborados pelo estudo de Hunter, Battersby e Whitehead (1986), a partir de uma amostra de 850 mulheres pré-menopáusicas, perimenopáusicas e pós-menopáusicas, com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, representativa da população em geral do Sudeste de Inglaterra. Esta investigação demonstra que a incidência de humor depressivo é de 25 a 30% e que a prevalência de depressão é significativamente superior entre as mulheres perimenopáusicas e as pós-menopáusicas, do que entre as mulheres pré-menopáusicas (Hunter et al., 1986).

Na busca de outras variáveis, tais como, o status sócio-demográfico, o suporte social, os estilos de vida, saúde física, status menopáusicos e os sintomas depressivos, Avis e McKinaly (1991), numa

investigação prospectiva longitudinal com uma amostra de 2565 mulheres, seguidas durante cinco anos, constatam que a depressão prévia consiste no factor mais importante na predição de depressão na menopausa.

Além da história de depressão, confirmada pelos estudos supramencionados, Avis e colegas (1994) numa investigação que analisa os efeitos da menopausa sobre a depressão, encontram que a perimenopausa prolongada (pelo menos de 27 meses⁸), consiste num factor que se associa melhor ao aumento de sintomas depressivos, que a própria menopausa.

Quanto à predominância de factores psicossociais relacionados com a depressão no climatério salienta-se: o estatuto marital (viúvas, divorciadas, separadas, apresentam maiores valores em depressão), as expectativas relativamente a este evento, os níveis baixos de educação e a associação com doenças físicas (Avis et al., 1995).

Assim, os estudos prospectivos validam que os factores psicossociais são preditores da depressão durante a menopausa e circunscrevem: passado de depressão, crenças negativas relativamente a este acontecimento vital, eventos negativos stressantes (tais como lutos) (Andrews & Brown, 1995; Holte, 1992).

Anteriormente, Hunter (1990b), numa investigação prospectiva, referente à natureza dos sintomas psicológicos e somáticos de mulheres na pré-menopausa (acompanhadas por três anos), verifica que no final deste período as mulheres que se encontram na pré-menopausa ou na perimenopausa ou na pós-menopausa apresentam sintomas (afrontamentos e depressão) significativamente piores em relação à avaliação inicial. O argumento apresentado pela autora é que a depressão, como sintoma, é melhor justificada em 51% dos casos por factores psicossociais tais como a depressão prévia (síndrome), as crenças negativas e o nível sócio económico, do que pelo hipoestrogenismo ou por crenças estereotipadas relativamente a esta fase do ciclo vital.

⁸ Na medida em que as oscilações hormonais são prolongadas no tempo.

Para esclarecer a relação de causalidade entre climatério e depressão, Nicol-Smith (1996) revê trinta anos de estudos epidemiológicos (artigos publicados desde 1966 até 1996) e conclui que não existem evidências empíricas suficientes de que a menopausa causa depressão. Por consequência, Petticrew, numa carta escrita à autora (1997), critica o seu trabalho, salientando que apenas revisa os estudos que incluem a relação menopausa causa depressão, não considerando os que não contemplam esta relação, somente se baseia em estudos de língua inglesa (tendo excluído todos os outros) e selecciona exclusivamente investigações heterogêneas (grupos clínicos e não clínicos). Por sua vez, Nicol-Smith (1997) em resposta a esta carta, contesta que os estudos epidemiológicos revistos, que não permitem confirmar a relação de causalidade entre depressão e menopausa, não devem servir de esmorecimento a futuras investigações porque a ausência de uma relação de causalidade não significa todavia que não possa existir uma associação verdadeira entre menopausa e estado de humor.

Como referem Ferrer e colegas (2000) citando o estudo de Studd (1996), está demonstrado que a depressão ocorre em momentos de alteração hormonal, existindo uma tríade de desordens afectivas hormonodependentes designadamente: depressão pós-parto, depressão pré menstrual e depressão menopáusicas. Por conseguinte, as mulheres perimenopáusicas com este tipo de transtorno afectivo apresentam na sua anamnese, depressão pós parto e que esta se activa com o período pré menstrual. Esta depressão cíclica piora com a idade, chegando a sua maior severidade dois ou três anos depois da menopausa, melhorando com o tratamento estrogénico.

Conforme é sugerido por Schmidt e Rubinow (1991) a identificação ou não de uma síndrome afectiva somente será possível através de estudos epidemiológicos longitudinais que acompanhem as mulheres ao longo das fases climatéricas, sendo necessário a caracterização clínica e sua correlação com as condições hormonais, sintomas físicos e o meio social das mulheres nesta fase desenvolvimental. Os autores salientam que, nestas investigações, deve ser realizada uma adequada caracterização da etapa menopáusicas, identificação da relação das alterações do humor e do

comportamento com os sintomas físicos produto do hipoestrogenismo e caracterização da síndrome afectiva como aparecida pela primeira vez e associada a este evento.

Como conclusão, e dado que o género feminino apresenta duas vezes maior incidência de depressão endógena que o género masculino (BirKhauser, 2002), logo parece-nos pertinente para a saúde pública o estudo desta variável na nossa amostra.

4.2.3 Ansiedade

Quanto à relação entre climatério e ansiedade, poucos estudos a consideraram, todavia é relevante a exploração desta variável, tendo em conta o consenso de opiniões da Sociedade Norte Americana da Menopausa (2000), o qual sugere a “necessidade de realizar a avaliação da ansiedade, distinguindo a ansiedade normal (do dia a dia) da patológica (que necessita de intervenção farmacológica e ou psicoterapêutica). A ansiedade deve ser diferenciada de outras condições psiquiátricas, tais como perturbações obsessivo-compulsivas, perturbação de pânico e distúrbio de stresse pós-traumático.” (p.11).

Assim, há evidência de distúrbios de ansiedade nesta fase vital, porém, estes são menos comuns do que as perturbações depressivas, e parecem aumentar durante a perimenopausa (Hay, Bancroft, & Johnstone, 1994).

Ferrer e seus colegas (2000) salientam que durante o climatério, o aumento da actividade noradrenergica se correlaciona com os transtornos de ansiedade (irritabilidade, cólera).

Num estudo descritivo e transversal, Bottel, Domínguez e Piñero (2001), com uma amostra de 105 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos (57 perimenopáusicas e 48 pós-menopáusicas), aferem que a ansiedade está presente em 50,8% das perimenopáusicas e em 64,5% nas pós-menopáusicas. Concluem que nesta amostra há uma incidência significativa de sintomas psicológicos em que a ansiedade, a irritabilidade e a depressão, são os mais frequentes, também nas pós-menopáusicas.

Na investigação desenvolvida por Conboy, O'Connell e Domar (2000), com o objectivo de relacionar a sintomatologia física e vasomotora com a presença de ansiedade, numa amostra de 448 mulheres, os resultados mostram uma relação positiva entre os scores do questionário de qualidade de vida na menopausa (*Menopause Quality of Life* de Hilditch, Lewis, Peter, Maris, Ross, Franssen, Guyatt, Norton, & Dunn, 1996) e os scores do questionário de Ansiedade de Spielberger (STAI). Assim, justifica-se a utilização de programas que tenham como objectivo reduzir o stress nesta fase da vida (Crawford & Hooper, 1973). A educação e a informação sobre esta fase desenvolvimental auxiliam na diminuição da sintomatologia ansiosa durante neste período (O'Connor, Tugwell, Wells et al., 1998, cit. Conboy et al., 2000).

De forma semelhante, outros factores, tais como os sócio-culturais e familiares são mais relevantes na etiologia da doença mental nas mulheres climatéricas do que as alterações fisiológicas. Isto é justificado, na medida em que tanto a ansiedade como a depressão destas mulheres não respondem à terapia estrogénica, mas em alguns casos respondem a antidepressivos (Ballinger, 1990).

CAPÍTULO V

QUALIDADE DE VIDA E CLIMATÉRIO

Neste capítulo será apresentado o conceito de qualidade de vida, as investigações que têm sido realizadas a nível internacional e que pretendem avaliar a qualidade de vida das mulheres no climatério, bem como apresentar alguns instrumentos que são utilizados para avaliar a qualidade de vida no climatério.

5.1 Conceptualização de Qualidade de Vida

O reconhecimento progressivo de que a finalidade dos cuidados de saúde visa aumentar a esperança de vida e promover a qualidade de vida, leva à necessidade de se encontrarem formas de avaliação desta entidade.

A expressão “qualidade de vida” foi utilizada pela primeira vez em 1920 por Pigou, no livro “The Economics of Welfare” onde sugere a necessidade da assistência governamental para as classes mais desfavorecidas. A expressão foi formalmente usada em 1964, por Lyndon B. Johnson, num dos seus discursos, sendo posteriormente utilizada pela comunidade científica (Mercier, 1987, cit. Zahar, Aldrighi, Tostes, Russomano, & Zahar, 2001).

O crescimento de popularidade deste termo levou à “necessidade de o estudar, de o aprofundar, levando ao desenvolvimento de medidas que a pudessem quantificar” (Ribeiro, 1998, p. 172). Conceptualmente, a qualidade de vida é considerado um termo vago, subjectivo e pouco definido, onde cada investigador tende a interpreta-lo de forma diferente (Spilker, 1990).

Para Cramer (1993, cit. Ribeiro, 1994), a qualidade de vida consiste no “bem-estar físico, mental e social, completo e não apenas a ausência de doença” parecendo, como salienta Ribeiro (1994) que qualidade de vida e saúde são sinónimos.

Já Patrick e Deyo (1989, cit. Ribeiro, 1994) consideram que a qualidade de vida consiste num conceito abrangente que engloba a duração de vida, a invalidez, os estados funcionais, a percepção e as oportunidades sociais.

Para outros autores (Goldberg & Huxley, 1996, cit. Barbosa & Ribeiro, 2000), a questão da qualidade de vida tem em atenção não o “Quanto” se vive, mas sim “Como” se vive.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1994, cit. Zahar, et al., 2001), qualidade de vida, é a “percepção que uma pessoa tem da sua vida, no contexto de valores em que vive em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses”. Nesta definição enfatizam-se dois elementos essenciais: por um lado, o seu carácter subjectivo, enunciado como um sentimento pessoal, um juízo ou comparação; e por outro, o seu carácter multidimensional, envolvendo, entre outros, aspectos físicos, afectivos, cognitivos, sociais, económicos (Ortiz, Mariño, Méndez, Oiarde, & Blumel, 2000).

Apesar de nenhuma definição ter sido universalmente aceite, tem sido estudada como sendo a percepção subjectiva que o indivíduo tem do seu bem-estar físico, psicológico e social. Assim e de acordo com Ribeiro (1994), o paradigma contém um agregado de características operacionais que fazem com que seja manifestamente divergente das variáveis consideradas pelo modelo biomédico (agregados à disfunção).

Neste sentido, o paradigma da Qualidade de Vida reúne um conjunto de características manifestamente diferentes de outros paradigmas que se encontram subjacentes ao modelo médico. Com efeito, Schipper, Clinch e Powell (1990) definem quatro propriedades subjacentes à Qualidade de Vida:

(1) A Qualidade de Vida é multifactorial, ou seja, consiste numa variável constituída por múltiplos domínios (tais como: estado psicológico, interacção social, funcionamento físico e sensações somáticas) que devem ser reflectidos na sua avaliação.

(2) A Qualidade de Vida baseia-se numa medida de percepção pessoal, onde deve ser enfatizada a auto-avaliação/auto-percepção do sujeito.

(3) A Qualidade de Vida varia com o tempo, contrariamente à maioria das medidas fisiológicas, pelo que é indispensável efectuar medições ao longo do tempo.

(4) A Qualidade de Vida é subjectiva.

Como é facilmente compreensível, nesta perspectiva são considerados os aspectos positivos da funcionalidade do indivíduo, inversamente ao modelo biomédico tradicional de identificação da disfunção.

Dada a característica multifactorial da qualidade de vida, têm sido propostos diversos domínios/componentes ao longo dos tempos. Seguidamente e sucintamente serão apresentados alguns exemplos de domínios sugeridos com o intuito de fazer a sua avaliação.

O estudo de Campbell, Converse e Rodgers (1976, cit. Ribeiro, 1994) permitiu identificar doze domínios representativos da qualidade de vida: saúde, casamento, vida familiar, amizades, habitação, emprego, comunidade, fé, actividades de lazer, situação financeira, participação em organizações e governo. Para Spilker (1983, cit. Ribeiro, 1994) a qualidade de vida é avaliada através de dois aspectos: aspectos ambientais da qualidade de vida (por exemplo, qualidade da água e do ar, qualidade da escolaridade, oportunidades culturais, etc.) e os aspectos da qualidade de vida relacionada com a doença (tais como: capacidade/ disponibilidade física, estado psicológico, estatuto social, económico, etc.). Já Fallowfield (1990) considera que para ser satisfatório o funcionamento do indivíduo é necessário avaliar quatro domínios: (1) domínio psicológico, o qual defende que para um funcionamento saudável, este tem de ser isento de ansiedade e depressão e com capacidade de coping adequada à situação; (2) domínio social, reflectindo a importância do suporte social do indivíduo com doença; (3) domínio ocupacional que integra a capacidade e vontade de trabalhar, assim como a capacidade para cuidar das tarefas domésticas; e (4) domínio físico, que abrange a dor, mobilidade, sono, apetite e satisfação sexual.

5.2 Climatério e Qualidade de vida

Na literatura médica há inúmeros trabalhos que relacionam a qualidade de vida e o climatério. A maioria deles avalia o impacto da Terapia Hormonal de Substituição sobre os sintomas da menopausa, em estudos de curta duração (Marquis, 1999, cit. Zahar et al., 2001).

Na relação entre qualidade de vida e climatério, alguns autores consideram a qualidade de vida como uma medida de bem-estar (Dennerstein, Dudley, & Burger, 1997) ou pela utilização dos serviços de saúde por parte mulheres em fase perimenopáusicas (McKinlay & McKinlay, 1987, cit. Suling & Karyn, 2000); outros limitam o seu foco e definem a qualidade de vida nas mulheres perimenopáusicas como a simples ausência de sintomatologia associada a esta fase (Limouzin-Lamothe, Mairon, & Gal, 1994, cit. Zahar et al., 2001).

Relativamente aos estudos realizados tendo como objectivo avaliar a qualidade de vida das mulheres em fase climatérica, Blumel e seus colegas (2000) utilizando uma amostra de 481 mulheres entre os 40 e os 59 anos, verificam deterioração considerável na qualidade de vida, concluindo que a menopausa é a responsável pela perda de qualidade de vida, independentemente da idade e das variáveis sócio-demográficas (status conjugal, habilitações literárias, paridade, sexualidade)⁹.

De igual maneira, Ortiz e colegas (1999), a partir dos resultados obtidos por uma amostra de 430 menopáusicas entre os 40 e os 59 anos, concluem existir deterioração da qualidade de vida.

Analogamente, Blumel e colaboradores (1998) analisam os efeitos do climatério na qualidade de vida (n=481), separadamente em quatro grupos: pré-menopáusicas, perimenopáusicas, pós-menopáusicas precoces e tardias. Concluem que as mulheres chilenas péri e pós-menopáusicas apresentam uma qualidade de vida (nos quatro domínios: vasomotor, psicossocial, físico e sexual) significativamente mais pobre comparativamente com as pré-menopáusicas. Os autores completam estes achados, referindo que as alterações na qualidade de vida são consequência dos sintomas relacionados com menopausa nas quatro dimensões avaliadas pelo questionário.

⁹ Todavia, estes resultados vão contra outros estudos apontados anteriormente.

Já Li e Holm (2000) realizam um estudo com os objectivos de descrever a frequência de sintomas e mal-estar associado com a perimenopausa, examinar as alterações na qualidade de vida relacionada com esta fase e identificar a relação existente entre sintomas da perimenopausa e qualidade de vida. A amostra é composta por 214 mulheres perimenopáusicas com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos, e são excluídas as utilizadoras de THS e de contraceptivos orais. Os resultados indicam que o único e significativo preditor da qualidade de vida é a frequência de sintomas psicossomáticos. Relativamente à associação entre qualidade de vida e sintomatologia climatérica, várias investigações têm sido desenvolvidas com a finalidade de identificar esta assumpção. Assim, Groeneveld, Bareman, Baresntsen, Dokter, Drogendijk e Hoes, (1996, cit Li et al., 2000) num estudo com uma amostra de 2729 mulheres, encontra que os sintomas vasomotores não estão relacionados com a qualidade de vida, em mulheres perimenopáusicas, ou seja as mulheres que reportam queixas vasomotoras não consideram que têm uma menor qualidade de vida.

5.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério

Distintos instrumentos têm sido construídos com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de pacientes com distintos problemas de saúde; dividem-se em dois grupos, os genéricos e os específicos (Guyatt, 1995; Barr, 1995 cit. Favarato, 2000). Os instrumentos genéricos têm como objectivo reflectir o impacto de uma doença na vida de doentes numa ampla variedade de populações e consideram os aspectos relativos à função, disfunção, desconforto físico e emocional.

Já os instrumentos específicos avaliam a forma individual e específica de determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando uma maior capacidade de detecção de melhoria ou não do aspecto em estudo. A sua principal característica baseia-se na sensibilidade às alterações, isto é, possui a capacidade de detectar mudanças numa determinada intervenção. Neste sub-capítulo, propomo-nos apresentar distintos instrumentos específicos que têm como objectivo medir a

qualidade de vida no processo climatérico. Com efeito, os principais instrumentos de avaliação são os seguintes:

- O Womens's Health Questionnaire (WHQ) foi desenvolvido em Inglaterra, em 1986, por Hunter, Battersby, Whitehead, cuja finalidade central é avaliar a saúde da mulher na fase pré e pós menopausa. Este questionário foi validado na Suécia (Wiklund, 1993) em França (Limouzin-Lamothe et al., 1994) e no Brasil (Rodrigues da Silva, 1998).

É composto por trinta e seis itens e dividido em nove dimensões: somática, humor depressivo, ansiedade e medo, dificuldades cognitivas, função sexual, sentir-se ou não atraente, distúrbios do sono e sintomas vasomotores.

A utilização deste questionário levou à comprovação da sua eficácia e credibilidade em vários estudos (Zahar et al., 2001).

- O Quality of Life-Post-Menopausal Estrogen/ Progestin Intervention (QOL-PEPI), foi construído com o objectivo de avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde de mulheres na menopausa utilizadoras de THS. Foi desenvolvido por Irmã Mebame (cit. Zahar et al, 2001) de forma a analisar os efeitos de quatro tipos de terapia hormonal de substituição em mulheres com risco de doenças cardiovasculares. Este questionário é composto por 14 itens e investiga aspectos relacionados à ansiedade, depressão, humor e função sexual.

- O Menopause Global Health Status Indicator, foi desenvolvido a partir de cinco instrumentos: The Women's Health Questionnaire, The Psychological General Well Being Index, The Jenkins Sleep Dysfunction Scale e The McCoy Sex Scale. Composto por cento e doze itens que avaliam diversas dimensões: psicológica, física, cognitiva, emocional e social.

- O Menopausia e Calidad de Vida foi criado por Bermejo, Segarra, Bascuñana e Vizcaíno (2001) e consiste no primeiro questionário específico para avaliar a qualidade de vida da mulher menopáusicas em Espanha. Contém 37 itens estruturados em 5 dimensões: saúde física, saúde mental, relações sexuais, relações de casal e suporte social. O valor de alfa Cronbach para a escala global é de 0.84 e relativamente às dimensões este valor oscila entre .71 e .86.

- O Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), criado por Hilditch e colegas (1996), consiste num questionário composto por vinte e nove itens, auto administrado e estruturado através de uma escala de Likert. Os itens estão divididos em quatro dimensões: vasomotora, física, psico-social e sexual. Os resultados de consistência interna variam de .81 e .89 em cada uma das dimensões. Este foi o questionário por nós utilizado.

O estudo desta variável - qualidade de vida das mulheres em fase climatérica - pode fornecer um contributo relevante para a intervenção, no âmbito da Psicologia da Saúde, no sentido de permitir recolher dados que possam vir a ser úteis para elaborar programas de Promoção da Saúde e consequente melhoria da qualidade de vida (The North American Menopause Society, 2000).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I

OBJECTIVOS, PROBLEMAS DE INVESTIGAÇÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS

Neste capítulo pretende-se apresentar as questões de investigação, as hipóteses a testar e sua fundamentação e descrever as variáveis do estudo.

1.1. OBJECTIVOS, PROBLEMAS DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

O desenvolvimento do processo de investigação orientou-se principalmente no sentido de encontrar respostas para quatro questões e testar seis hipóteses principais.

1.1.1 Objectivos:

Os principais objectivos da investigação são:

Primeiro: Caracterizar a amostra em termos das variáveis em estudo (representações sociais, qualidade de vida e sintomatologia física e psicológica), visto não existirem em Portugal dados neste âmbito sobre mulheres peri e pós-menopáusicas.

Segundo: Avaliar a existência de diferenças entre as mulheres perimenopáusicas/ pós-menopáusicas, em termos de representações sociais, da qualidade de vida e da sintomatologia física e psicopatológica.

Terceiro: Avaliar possíveis associações entre as variáveis em investigação.

1.1.2 Problemas:

Este estudo levanta os seguintes problemas:

Questão 1 – Que relação existe entre representações do climatério e a sintomatologia física e psicopatológica da mulher?

Questão 2 - Existe relação entre qualidade de vida no climatério e a sintomatologia física e psicopatológica da mulher?

Questão 3 - Que diferenças existem ao nível das representações sociais, da qualidade de vida, e da sintomatologia psicopatológica e física entre mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas?

Questão 4 - Tendo em conta as variáveis independentes do nosso estudo, quais as que melhor contribuem para explicar a variação na representação do climatério em mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas?

1.1.3 Hipóteses:

Quanto às hipóteses:

Hipótese 1- Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais do climatério e a presença de sintomatologia física.

Avis e McKinlay (1991), a partir de um estudo prospectivo com uma amostra de 2565 sujeitos, apuram que as atitudes negativas prévias à menopausa, são preditoras da existência de sintomatologia vasomotora ao chegar à menopausa.

Também Mattews (1992) verifica que as expectativas negativas (por exemplo, as mulheres que acreditavam que iriam experimentar sintomas vasomotores) estão relacionadas com o relato de sintomatologia física.

Hipótese 2 – Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais do climatério e a presença de sintomatologia psicológica.

O estudo de Avis e McKinlay (1991) permite verificar que as atitudes negativas prévias à menopausa são preditoras de sintomas ao chegar à menopausa, pois a depressão está associada a sentimentos negativos relativamente a esta fase. Também, Hunter (1990b) confirma que as mulheres que pensam que na menopausa se experienciam sintomas emocionais, apresentavam maiores queixas de humor depressivo quando se encontram nesta etapa desenvolvimental.

De igual forma, Jiménez e Pérez (1999) encontram que as mulheres com atitudes negativas relativamente a esta fase desenvolvimental, experimentam maior grau de fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional e depressão.

Wilbur e seus colegas (1995), numa amostra composta por 149 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos, verificam que as atitudes negativas estão relacionadas com sintomas psicológicos, especificamente com maiores pontuações nas escalas de depressão.

Em suma e segundo vários autores (Avis, Brambilla, Mackinlay, & Vass, 1994; Hunter, 1992; Matthews, 1992), a menopausa parece ter um efeito mais negativo nas mulheres que acreditam antecipadamente que esta fase trará problemas emocionais, como de uma profecia auto-cumpridora se tratasse.

Hipótese 3 – Prevê-se uma relação positiva entre os sintomas avaliados pelo questionário de qualidade de vida no climatério e a sintomatologia física e psicológica da mulher.

Blumel e Castelo- Branco (2001) realizam um estudo com uma amostra de 481 mulheres entre os 40 e os 59 anos de forma a avaliar o impacto da cessação da função ovárica sobre a qualidade de vida. Os autores verificam uma deterioração considerável na qualidade de vida nas mulheres climatéricas, concluindo que a menopausa é a responsável por esta situação. Estes dados são corroborados por Ortiz

e seus colegas (1999), que verificam a associação entre a qualidade de vida e o climatério, isto é o climatério diminui a qualidade de vida da mulher.

Analogamente, Blumel e seus colaboradores (1998) ao analisarem os efeitos do climatério na qualidade de vida numa amostra de 481 mulheres chilenas, separadas por quatro grupos: pré-menopáusicas, perimenopáusicas, pós-menopáusicas precoces e tardias, concluem que as mulheres chilenas peri e pós-menopáusicas apresentam uma qualidade de vida (nos quatro domínios: vasomotor, psicossocial, físico e sexual) significativamente pobre comparativamente com as pré-menopáusicas.

De igual forma, as investigações de O'Connell e Domar (2000) apontam no sentido de existir uma relação positiva entre os scores do questionário de qualidade de vida na menopausa (MENQOL - Hilditch et al., 1996) e o questionário de Ansiedade de Spielberger (STAI), ou seja, a mais sintomas (vasomotores, psicossociais, físicos e sexuais) está associada maior ansiedade.

Hipótese 4 – Espera-se uma relação positiva entre a história de depressão e a presença de sintomatologia depressiva no climatério.

A investigação revela que a história de depressão é um dos principais factores de risco para a ocorrência de depressão no climatério (Avis et al., 1994; Mattews, 1990, 1992). Neste sentido, as mulheres que têm história de depressão correm maior risco de desenvolver este tipo de psicopatologia durante este estágio do ciclo desenvolvimental (Mattews, 1992).

Parece ser evidente a relação entre as diferentes fases climatéricas, o humor depressivo e a irritabilidade, verificando-se um aumento significativo destes sintomas na etapa climatérica comparativamente com a fase anterior (Hunter & Whitehead, 1989).

Hipótese 5 – Prevê-se a existência de diferenças entre o grupo perimenopáusico e pós-menopáusico, ao nível das representações, da qualidade de vida, da sintomatologia psicopatológica e física.

Relativamente às representações sociais, Delanoe (1997) verifica que as mulheres pós-menopáusicas apresentam representações mais positivas comparativamente com as mais jovens. Similares conclusões foram auferidas por Avis e Mckinlay em 1991 e por Wilbur e seus colegas (1995), que verificam que as mulheres pós-menopáusicas apresentam atitudes mais positivas relativamente a esta fase desenvolvimental.

Quanto à qualidade de vida, Ortiz e seus colegas (1999), a partir de uma amostra de 430 mulheres divididas por grupos pré, peri e pós-menopáusicas, verificam que a qualidade de vida tanto ao nível psicossocial, como vasomotor e físico está mais deteriorada na perimenopausa que na pós-menopausa. Em relação à sintomatologia psicopatológica, Jaszmann (1973) encontrou uma altíssima prevalência de fadiga, irritabilidade e depressão nas mulheres perimenopáusicas comparativamente com as mulheres pré-menopáusicas e pós-menopáusicas. De igual forma, no estudo realizado por Matthews (1992), verifica-se que os níveis de depressão são mais elevados no período perimenopáusico que pós-menopáusico.

Outros estudos (e.g. Blumel, Roncagliolo, Gramegna, Tacla, & Sepúlveda, 1997; Ortiz, Mariño, Méndez, Oiarde, Juan, & Blumel, 1999) destacam o facto de sintomatologia climatérica do tipo psíquico aumentar antes da menopausa (ou seja, na périmenopausa) e diminuir na pós-menopausa. O argumento apresentado por Stewart, Boydell e Derzko (1992) para esta prevalência, deve-se ao facto da perimenopausa ser um período onde se observa uma elevada oscilação hormonal, realidade que não acontece no período pré ou pós-menopáusico.

Porém e relativamente à ansiedade, Botell, Dominguez e Piñero (2001), verificam que esta desordem afectiva é mais elevada nas mulheres pós-menopáusicas (64,5%) que nas perimenopáusicas (50,8%).

Hipótese 6 – Pretendemos saber de entre as variáveis do estudo, quais as que melhor contribuem para explicar a variância na qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual), identidade e sintomatologias ansiosa e depressiva em mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas.

Análises Exploratórias:

Tendo em conta as múltiplas variáveis referidas pelos autores como importantes para a compreensão da sintomatologia psicológica, o estudo é complementado com as seguintes análises exploratórias:

1. Que variáveis sócio-demográficas estão relacionadas com a sintomatologia climatérica?
2. Qual a relação existente entre comportamentos de Saúde e representações do climatério?

1.2. VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função das questões de investigação, das hipóteses e das análises exploratórias precedentemente formuladas.

1) Variáveis Independentes e Dependentes

O objecto de estudo é a etapa climatérica identificada como perimenopáusicas ou pós-menopáusicas, correspondentes aos 2 grupos estudados.

Quanto às variáveis centrais do estudo, constituindo o núcleo das questões de investigação, elas são dependentes ou independentes consoante a análise que se pretende realizar e são as seguintes:

- a) Representações do climatério
- b) Qualidade de Vida
- c) Ansiedade
- d) Depressão

2) Variáveis sócio-demográficas

Foram estudadas variáveis sócio-demográficas que se consideravam relevantes para a caracterização da amostra de forma a permitir a análise exploratória das relações destas com a adaptação a esta fase desenvolvimental:

- a) Idade
- b) Estado civil
- c) Número de filhos
- d) Escolaridade
- e) Situação profissional actual

3) Variáveis Médicas e Psicossociais

As variáveis que seguidamente se apresentam foram incluídas no questionário sócio-demográfico com a finalidade de caracterizar a amostra em termos clínicos e psicossociais.

- a) Fase climatérica
- b) Terapêuticas no climatério
- c) Doença crónica
- d) Estilos de vida (Prática de exercício físico; tabagismo; ingestão de álcool e cálcio)
- e) História de problemas emocionais
- f) Comportamentos de saúde (exames médicos)
- g) Fontes de informação

CAPÍTULO II

MÉTODO

Na presente investigação, optamos pelo uso da metodologia quantitativa, que requer uma concepção global positivista, hipotético-dedutiva, particularista, orientada para os resultados (Carmo & Ferreira, 1998). Neste sentido, os objectivos da investigação centram-se, essencialmente, em encontrar relações entre variáveis e fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico.

Assim, o nosso estudo envolve um desenho observacional descritivo de comparação entre grupos (Ribeiro, 1999) perimenopáusico e pós-menopáusico, com a finalidade de obter informação acerca da população em estudo e descrever as diferenças encontradas entre os grupos estudados.

Em seguida, é identificada e caracterizada a população em estudo ao nível de diversas variáveis sócio-demográficas.

2.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram seleccionados sujeitos inscritos nos Centros de Saúde de Matosinhos-Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

2.1.1. Procedimentos de recolha de dados

Após terem sido delineados os princípios básicos respeitantes à realização do estudo, foi realizada uma reunião com a equipa da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, com o objectivo de apresentar o estudo e identificar a possibilidade de a amostra a ser seleccionada, pertencer aos Centros de Saúde de Matosinhos e Hospital Pedro Hispano.

Posteriormente, realizou-se uma apresentação do estudo e dos seus objectivos, nos diversos Centros de Saúde, com as equipas médicas locais.

É importante assinalar que a população estudada não abrangeu utentes da consulta da Mulher da Menopausa, englobando-se somente aquelas que assistiam a uma consulta de medicina familiar dos

Centros de Saúde, por diversas razões: tanto pela saúde pessoal (não exclusivamente ginecológica), como acompanhantes de doentes. A selecção foi realizada desta forma, com a intenção de evitar que o pedido de atenção médico fosse centrado em sintomas do climatério.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística – amostragem de conveniência, utilizando-se um grupo de indivíduos que estavam disponíveis em determinado momento (Carmo & Ferreira, 1998).

Os médicos realizaram a recolha da amostra dentro das suas consultas de medicina geral. Perante o seu consentimento, a investigadora esclareceu as participantes quanto aos objectivos do estudo, regras de confidencialidade e relevância da sua participação. As utentes que satisfaziam os critérios de inclusão e que deram o seu consentimento informado (Anexo I), preencheram os questionários na presença da investigadora (Anexos II, III, IV, V e VI).

A carta de apresentação que acompanhava os questionários continha informação sobre a identificação do investigador e os objectivos da investigação, que eram explicados antes da passagem dos questionários (Anexo I).

Procedeu-se à recolha dos dados entre os meses de Janeiro e Maio (2003).

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes:

1. Mulheres com idades compreendidas entre os 41-55 anos.
2. Mulheres, que se encontrassem na perimenopausa (isto é, com alterações menstruais durante o último ano), ou na pós-menopausa (amenorreicas há mais de um ano).
3. Alfabetizadas e com facilidade na leitura e interpretação dos questionários, correspondendo usualmente à escolaridade mínima de 1º ciclo. Voluntárias com escolaridade inferior foram incluídas quando demonstrassem perfeita alfabetização.
4. Que tenham demonstrado compreensão dos objectivos e assinado o consentimento informado.

Não foram seleccionadas mulheres que apresentassem os seguintes critérios de exclusão:

1. Mulheres histerectomizadas parcialmente/ totalmente¹⁰.
2. Menopáusicas prematuras (com 40 anos ou menos)¹¹.
3. Menopáusicas tardias (mais de 55 anos).
4. Mulheres que tomassem a pílula anticoncepcional.

De acordo com estes critérios foram inquiridas 210 mulheres. Destas, 10 foram excluídas, pois 6 estavam a tomar contraceção e 4 eram histerectomizadas.

2.2 INSTRUMENTOS, ESTUDOS DE FIDELIDADE E DE VALIDADE

Procedimentos

A todos os participantes no estudo foi administrado um questionário que incluía questões relativas à informação sócio-demográfica. Os instrumentos de avaliação psicológica consistiram em versões portuguesas adaptadas do Inventário do Traço e Estado de Ansiedade (STAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI), e versões traduzidas e adaptadas do Questionário de Qualidade de Vida na Menopausa e do Questionário de Representações da Menopausa.

A selecção dos instrumentos baseou-se na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas suas qualidades psicométricas. Para os instrumentos que não estavam aferidos para a população portuguesa, foram determinadas as qualidades psicométricas na amostra estudada.

Continuamente, são descritos os instrumentos utilizados e as suas características psicométricas na amostra portuguesa e as análises estatísticas realizadas.

¹⁰ As mulheres histerectomizadas parcialmente/ totalmente foram excluídas, na medida em que as investigações indicam que estes sujeitos apresentam atitudes face à menopausa mais negativas do que aquelas que têm uma menopausa natural (e.g., Avis et.al., 1991).

¹¹ As menopáusicas prematuras foram excluídas da investigação pois, as conclusões de várias investigações sugerem que a menopausa precoce consiste num factor de stresse crónico associado a depressão severa (e.g., Wood, 1996, cit. Singer & Hunter, 1999).

2.2.1 Questionário sócio-demográfico (Serrão, 2003)

Permitiu recolher vários dados sócio-demográficos (idade, etnia, número de filhos, estado civil, escolaridade, situação profissional) e outras informações de ordem médica / psicossocial, como história de perturbações emocionais, prática de exercício físico, comportamentos de saúde e fontes de de informação (Anexo II).

2.2.1.1 Caracterização sócio-demográfica da amostra

Apresentamos seguidamente as principais características sociais e demográficas da amostra de mulheres que foi alvo do presente estudo, tal como se pode observar no Quadro 1.

A amostra é constituída por 200 sujeitos do género feminino que se encontram em diferentes etapas climatéricas: oitenta e cinco mulheres (42,5%) são perimenopáusicas e cento e quinze (57,5%) encontram-se na fase pós-menopáusicas. Os sujeitos têm idades compreendidas entre os 41 e os 55 anos de idade ($M= 50,71$ e $DP= 3,38$) e são na sua maioria de etnia caucasiana (98,5%). A grande maioria (82,5%) refere ser casada ou viver em união de facto. As restantes são solteiras (6%), divorciadas (6%) e 11 (5,5%) são viúvas. Quase metade dos sujeitos não ultrapassou o primeiro ciclo (47,5%) e somente 19 mulheres (9,5%) possuem um grau académico ao nível do bacharelato ou licenciatura. Relativamente à situação profissional, verifica-se que metade da amostra está a trabalhar, 33% é doméstica, 10% está desempregada e 7% é reformada/ inválida. O número de filhos varia entre zero e três ou mais filhos, porém quase metade das mulheres tem dois filhos (49%) e somente 11 (5,5%) refere ser nulípara.

A maioria das mulheres (68,5%) não apresenta doença crónica. Em relação aos cuidados preventivos é de salientar que a maior parte dos sujeitos realiza anualmente ou bianualmente exames, sendo que 65% refere realizar palpação mamária, 63% ecografia mamária; 87% o exame Papanicolaou e 75,5% das mulheres o exame ginecológico.

Relativamente à terapêutica vulgarmente utilizada nesta fase vital verifica-se, que a maioria das mulheres (71,5%) não utiliza terapia hormonal de substituição.

Quanto à dieta e hábitos alimentares é de salientar que 87% das mulheres ingerem diariamente produtos à base de cálcio e somente 22,5% refere ingerir álcool. Quanto ao tabagismo, somente 10,5% das mulheres são fumadoras.

Em relação às práticas de saúde positivas, uma pequena percentagem (26%) da amostra refere praticar exercício físico.

Relativamente à presença de problemas emocionais, 29% das mulheres indica já ter recorrido à consulta de médico de família por este tipo motivo, 36% já utilizaram algum tipo de medicação e 24,5% já foram consultadas em consulta de psiquiatria.

Em relação ao conhecimento que as mulheres têm desta fase vital somente 5,5% mencionam ausência de qualquer informação sobre esta etapa. Quanto às fontes de informação, a grande maioria (94,5%) refere que esta foi obtida através: de técnicos de saúde/médicos (67,5%); de jornais e revistas (56,5%); da Televisão (44%); e de familiares/ vizinhos e amigos (38%).

Quadro 1

Caracterização sócio-demográfica e questões de rastreio da amostra

(n=200)

Variáveis	n	%
Etnia		
Caucasiano	197	98,5
Negro	3	1,5
Estado civil		
Solteira	12	6
Casada/ União de facto	165	82,5
Separada/ Divorciada	12	6
Viúva	11	5,5
Nº de Filhos		
0	11	5,5
1	47	23,5
2	98	49
3 ou mais	44	22
Escolaridade		
1º Ciclo	95	47,5
2º Ciclo	32	16
3º Ciclo	37	18,5
Ensino Secundário	17	8,5
Ensino Superior	19	9,5
Situação profissional		
Empregada	100	50
Doméstica	66	33
Desempregada	20	10
Reformada	14	7
Terapêuticas no climatério		
THS	54	27
Outras	3	1,5
Nenhuma	143	71,5
Doença Crónica		
	63	31,5
Estilos de vida		
Exercício físico	52	26
Tabagismo	21	10,5
Consumo de álcool	45	22,5
Alimentação rica em cálcio	174	87

2.1.1.2 Caracterização sócio-demográfica e análise por grupos

Nos quadros que se seguem, apresentamos os resultados das análises da etapa climatérica (perimenopáusicas versus pós-menopáusicas) em função de algumas características sócio-demográficas do sujeito (idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, situação profissional, terapêuticas no climatério, doença crónica e comportamentos de saúde).

A associação entre a etapa climatérica e as diferentes variáveis em análise foi estudada por meio do teste de Qui Quadrado. Os resultados significativos são apresentados na parte inferior do Quadro 2, sendo posteriormente destacados.

Relativamente às fontes de informação, estas são explanadas posteriormente, de forma a tornar a sua leitura mais simples e clara.

Quadro 2
Resultados da análise da Etapa Climatérica em função
das variáveis do questionário sócio-demográfico
(n=200)

Variáveis sócio-demográficas		Grupos			
		Perimenopáusicas		Pós-menopáusicas	
		n	%	n	%
Idade ¹	41-44	8	9,4	0	0
	45-48	29	34,1	15	13,1
	49-52	39	45,8	42	36,5
	53-55	9	10,5	58	50,4
Estado civil	Solteira	4	4,7	8	7,0
	Casada/união de facto	71	83,5	94	81,7
	Separada/divorciada	5	5,9	7	6,1
	Viúva	5	5,9	6	5,2
Número de filhos	Nenhum	6	7,1	5	4,3
	1	19	22,4	28	24,3
	2	40	47,1	58	50,4
	3	12	14,1	15	13
	4 ou mais	8	9,4	9	7,8
Escolaridade	1ºciclo	38	44,7	57	49,6
	2ºciclo	12	14,1	20	17,4
	3ºciclo	21	24,7	16	13,9
	Secundário	6	7,1	11	9,6
	Bacharelato	4	4,7	1	0,9
	Licenciatura	4	4,7	10	8,7
Situação profissional	Empregada	40	47,1	60	52,2
	Doméstica	31	36,5	35	30,4
	Desempregada	8	9,4	12	10,4
	Reformada	6	7,1	8	7,0
Terapêuticas no Climatério ²	THS	15	17,6	39	33,9
	Outras	2	2,4	1	0,9
Doença Crónica	Asma/bronquite	9	10,6	4	3,5
	Doença cardíaca	2	2,4	1	0,9
	Outras	18	21,2	29	25,2
Medicação por problemas emocionais		26	30,6	46	40,0
Consulta de psiquiatria ³		14	16,5	35	30,4
Palpação Mamária		56	65,9	74	64,3
Mamografia		76	89,4	104	90,4
Ecografia mamária		53	62,4	73	63,5
Papanicolaou		77	90,6	97	84,3
Exame ginecológico		66	77,6	85	73,9
Exercício Físico		30	35,2	22	19,1
Tabagismo		5	5,9	16	13,9
Consumo de álcool		21	24,7	24	20,8
Ingestão de cálcio		75	88,2	5	4,3

Idade¹ $\chi^2(1) = 52,95$; $p=.000$

Terapêuticas no climatério² $\chi^2(1) = 7.000$; $p=.030$

Consulta de Psiquiatria³ $\chi^2(1) = 5,152$; $p=.023$

Idade

Para procedermos à presente análise agrupámos os sujeitos em quatro grupos etários (41-44 anos, 45- 48 anos, 49-52 anos e 53-55 anos). Os resultados da análise da etapa climatérica em função da idade indicam, que à medida que a idade avança, aumenta a probabilidade de ser pós-menopáusicas. O teste de Qui Quadrado revela uma dependência significativa ($\chi^2(1) = 52.95$; $p=.000$), entre a idade e a fase climatérica, sendo que a maior percentagem de mulheres pós-menopáusicas se encontra no grupo dos 53-55 anos (N=58), ou seja no grupo com mais idade.

THS

Como se pode verificar através dos dados representados no Quadro II, a maioria das mulheres em fase climatérica não utilizam qualquer terapia de substituição (71,5%) e somente 27% fazem terapia hormonal de substituição, sendo esta prática mais frequente nas mulheres pós-menopáusicas (72,2%) que nas perimenopáusicas (27,8%). O teste de Qui Quadrado declara uma dependência entre fase climatérica e utilização de THS ($\chi^2(1)= 7.000$; $p=0.03$).

Consulta de Psiquiatria

Ao considerarmos a distribuição da amostra e o recurso a uma consulta de psiquiatria, verificamos que são as pós-menopáusicas as que mais recorreram a este tipo de tratamento (30,4%) comparativamente às peri-menopáusicas. Porém, mais de metade da amostra nunca recorreu a este serviço. O teste de Qui Quadrado mostra uma dependência entre pertencer ao grupo pós-menopáusico e ter recorrido a uma consulta de psiquiatria ($\chi^2(1) = 5,152$; $p=.023$).

Fontes de informação

Quanto à informação adquirida relativamente ao climatério, verifica-se que quase toda a amostra (94,5%) refere possuir informação sobre esta fase desenvolvimental. Porém, em ambos os grupos

verifica-se que a informação é maioritariamente obtida a partir de técnicos de saúde, tanto no grupo perimenopáusico (62,4%) como no pós-menopáusico (71,3%), seguida dos jornais/ revistas/ livros, fonte que é nomeada por 56,5% das perimenopáusicas e das pós-menopáusicas.

Quadro 3

Fontes de Informação

Fontes de Informação	Grupos			
	Perimenopáusico		Pós- menopáusico	
	n	%	n	%
Jornais/revistas/livros	48	56.5	65	56.5
Médicos/ técnicos de saúde	53	62.4	82	71.3
Amigos/ Familiares/ Vizinhos	38	44.7	38	33
Televisão	37	43.5	51	44.3
Outros	18	21.2	11	9.6
Nenhuma Informação	6	7.1	5	4.3

Análise por informação

A associação dos cuidados de saúde com a fonte de informação (via técnicos de saúde versus não via técnicos de saúde) foi investigada igualmente através do teste Qui Quadrado. Os resultados significativos são descritos no Quadro 4 e indicam uma dependência entre os cuidados preventivos e a fonte de informação ter sido realizada através de técnicos de saúde. Por exemplo, verifica-se que as mulheres que obtêm informação via técnicos de saúde realizam mais cuidados preventivos comparativamente com aquelas que recebem informação sobre esta fase vital a partir doutra fonte informativa.

Quadro 4

Percentagem de cuidados de saúde por informação

Cuidados preventivos	Técnicos de saúde				χ^2	p
	Sim n	%	Não n	%		
Palpação Mamária	102	51	28	14	20.34	.000
Mamografia	128	64	52	26	10.70	.001
Ecografia mamária	93	46.5	33	16.5	6.18	.013
Papanicolaou	122	61	52	26	4.17	.041
Exame ginecológico	114	57	37	18.5	17.96	.000

2.2.2 Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

Para determinar o traço e o estado de ansiedade utilizou-se uma versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do “State-Trait Anxiety Inventory- STAI” (Spielberg, Gorus, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983, cit. Silva, 2003).

Outro trabalho desenvolvido com este instrumento foi realizado por Silva e seus colegas (2000, cit. Silva, 2003) e os resultados de alfa permitem “reforçar a ideia de que a forma portuguesa do STAY-Y detem boas qualidades psicométricas” (Silva, 2003, p. 59).

O inventário é de auto-aplicação e é constituído por 40 itens. Os primeiros itens correspondem à avaliação do estado de ansiedade e os últimos 20, ao traço de ansiedade. As respostas são dadas numa escala *Likert* de 4 pontos (1= “Não”; 2= “Um pouco”; 3= “Mais ou menos; e 4= “Muito”). O valor 4 indica a existência de uma elevada ansiedade em 10 itens da sub-escala Estado de Ansiedade e onze itens da sub-escala relativa ao Traço de Ansiedade. Nos restantes itens, os valores encontram-se invertidos e a opção 4 indica a ausência de ansiedade (Anexo VI).

Para obter os valores do Estado e Traço de Ansiedade, somam-se os valores dos vinte itens que constituem cada escala, cujos máximos e mínimos são de 80 e 20.

Um dos três estudos publicados com este inventário, refere-se à investigação realizada por Silva e Campos (1998, cit. Silva, 2003) numa amostra de estudantes do ensino secundário. Os valores dos coeficientes de *alfa*, para a escala Estado de Ansiedade, foram de .90 (grupo de rapazes) e .89 (grupo de raparigas); e para a escala Traço de Ansiedade, os valores foram de .90 (grupo de rapazes) e .88 (grupo de raparigas).

2.2.3 Inventário de Depressão de Beck - Beck Depression Inventory (BDI)

O Inventário Depressivo de Beck é uma escala depressiva de auto-avaliação, cujos resultados foram inicialmente publicados por Beck e seus colegas (1961, Serra & Abreu, 1973).

O Inventário é constituído por 21 grupos de sintomas, que incluem uma série de questões, dispostas do menos grave para o mais grave, de forma a localizar cada sintoma dentro de quatro categorias: inexistente (0), leve (1), moderado (2) e grave (3). Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição da libido (Anexo V).

A pontuação é obtida pela soma aritmética dos resultados de cada grupo sintomático. Além disso, similarmente permite reconhecer se existe ou não quadro depressivo, e em caso afirmativo, avaliar se este é leve, moderado, ou grave.

O valor mínimo da escala é zero, representando a ausência total de sintomatologia depressiva e o máximo é de 63, isto é, quanto mais elevado for o valor do resultado, mais grave é a depressão.

Segundo a aferição realizada por Vaz Serra e Pio Abreu (1973), para a população portuguesa, a escala apresenta uma correlação altamente significativa.

2.2.4 Menopause Representations Questionnaire (MRQ)

O climatério pode apresentar vastas implicações médicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, considerámos como uma das variáveis do estudo as representações sociais que este processo trás aos sujeitos inquiridos, optando pela utilização de um questionário de Representações da Menopausa como instrumento de medida, atendendo à abrangência e simplicidade de resposta.

O *Menopause Representations Questionnaire* (MRQ) foi um instrumento construído por Hunter e O’Dea (2001), baseado no *Modelo Cognitivo de Auto-Regulação* (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) que foi desenvolvido para avaliar quantitativamente as cinco componentes das representações cognitivas de doença (identidade, consequências, duração, controlo/cura e causas) em doentes com patologia crónica. Para o estudo das representações da menopausa, Hunter e seu colega, com base

neste modelo, utilizaram apenas quatro dos componentes propostos, tendo eliminado a variável “causas da doença”, visto a menopausa não poder ser considerada uma patologia.

Seguidamente, é realizada uma breve descrição do *Menopause Representations Questionnaire* original e das suas características psicométricas e sua validade para a população portuguesa.

A- Versão original

Como supracitado, o MRQ foi construído de acordo com o *Modelo de Auto-Regulação* de Leventhal e os itens foram seleccionados a partir de um estudo piloto, que englobou entrevistas semi-estruturadas com a finalidade de explorar quatro componentes da doença: identidade, duração, consequências e controlo/ cura. Esta informação qualitativa foi usada para desenvolver o instrumento MRQ.

O questionário é composto por 37 itens que reflectem a representação social dos sujeitos relativamente ao climatério e compreende as seguintes áreas:

1. Identidade - Refere-se ao número e natureza dos sintomas que a pessoa associa ao climatério. Esta escala é composta por vinte itens que pretendem medir os indicadores significativos de perturbações físicas, psicológicas e sexuais associadas ao climatério, tais como: calores, suores nocturnos, dificuldades em dormir, ansiedade, depressão, secura vaginal, interesse sexual, entre outras.
2. Consequências - É uma escala formada por nove itens, subdivididos em três sub-escalas: impacto (5 itens), alívio (2 itens) e nova fase (2 itens). Permite identificar de que forma é que os sujeitos consideram este evento.

3. Duração (Dimensão temporal) - Relaciona-se com a percepção da duração deste evento. Esta sub-escala tem quatro itens que se encontram categorizados em curto (pouco tempo) e longo (muito tempo).

4. Controlo/cura - Diz respeito às expectativas que os sujeitos têm sobre este evento e o controlo sobre as situações subjacentes a esta etapa. Esta sub-escala é composta por quatro itens.

Deste modo, no MRQ, a sub-escala *Identidade*, corresponde aos sintomas centrais, aos quais os sujeitos respondem, de acordo com uma escala *Likert* de 3 pontos (0, 1, 2), em que 0 corresponde à ausência de sintomas, 1 à incerteza relativamente a determinado sintoma e o 2 à existência de determinado sintoma que está relacionado com o seu climatério. Esta sub-escala é cotada pela soma dos itens, variando de 0 a 40.

De acordo com os autores, os itens das restantes três sub-escalas: consequência (impacto, alívio, nova fase), duração (muito tempo, pouco tempo) e controlo/ cura, são cotadas numa escala *Likert* de 5 pontos, variando de “*concordo totalmente*” a “*discordo totalmente*”, consoante os scores do *Questionário de Percepção da Doença* (Weinman, Petrie, Moss-Moris, & Horne, 1996). Os resultados das sub-escalas são obtidos pela soma de todos os itens que constituem cada sub-escala, divididos pelo número de itens (Anexo III).

Relativamente às características psicométricas do MRQ, de acordo com os autores, os coeficientes de fidelidade encontrados numa amostra de mulheres em fase climatérica, revelam valores elevados e médios de consistência interna. O coeficiente de alfa de consistência interna de *Cronbach* nas sub-escalas foi o seguinte: *identidade*, $\alpha=.79$; *consequências*: impacto, $\alpha=.78$, alívio, $\alpha=.63$, nova fase, $\alpha=.60$; *controlo/cura*, $\alpha=.63$; *duração*: muito tempo, $\alpha=.60$, pouco tempo, $\alpha=.72$. Quanto à fidelidade teste-reteste, os valores obtidos nas escalas *consequência* variam de $\alpha=.84$ a $\alpha=.90$; *controlo/cura* ($\alpha=.92$); e *duração* varia entre $\alpha=.54$ e $\alpha=.55$, às quatro semanas.

Em termos de correlações entre as sub-escalas do MRQ, os autores verificaram que as mulheres que percebem o climatério como um evento negativo, tendem a acreditar que esta etapa durará muito tempo ($\alpha=.26$, $p < 0.05$) e não é considerada como uma *nova fase* ($\alpha=.032$, $p < 0.01$). O controlo sobre o climatério foi correlacionado significativamente com a percepção do climatério como uma mudança positiva ($\alpha=.23$, $p < 0.05$). As mulheres que atribuíram muitos sintomas ao climatério vêem esta fase como uma consequência negativa ($\alpha=.036$, $p < 0.01$).

Este questionário foi traduzido por Serrão e Pereira (2002) e adaptado por Serrão, Martins e Figueiredo (2003) para a população portuguesa.

B- Características psicométricas na amostra portuguesa

A versão do MRQ utilizada neste estudo foi a versão original dos autores. As características psicométricas deste instrumento na versão portuguesa foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade. Desta forma, com base nesta investigação psicométrica, foram realizadas alterações à escala no sentido de melhorar a sua fidelidade e validade. A versão final do MRQ foi utilizada nos testes de hipóteses.

2.2.4.1 Estudo da Fidelidade do Instrumento

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do *alfa* de Cronbach.

O *alfa* é de .53 e as correlações dos itens com o total variam entre .20 e .53 (Quadro 5).

Quadro 5

Coefficientes de consistência interna de Cronbach do

Menopause Representations Questionnaire – versão dos autores (17 itens)

(n=200)

Sumário da escala: Média=54,14 Desvio Padrão=6,15

Alfa de Cronbach: .53

	Média se eliminado	Var. se eliminado	Desvio padrão se eliminado	Correlação com o total	Alfa se o item for eliminado
MRQ1	50,8900	34,5909	,1206	,4548	,5269
MRQ2	50,7750	31,9642	,2842	,2029	,4884
MRQ3	51,6100	34,0984	,2330	,2043	,5031
MRQ4	51,8850	34,7857	,1432	,4996	,5205
MRQ5	50,0250	37,3612	-,0412	,3873	,5530
MRQ6	51,6700	32,3227	,3075	,5287	,4848
MRQ7	51,2050	38,4754	-,1258	,2626	,5642
MRQ8	49,8000	36,2915	,0711	,3793	,5312
MRQ9	51,4350	34,3274	,2491	,4048	,5016
MRQ10	52,0850	34,1284	,2800	,3481	,4968
MRQ11	50,9700	34,8132	,1382	,2013	,5216
MRQ12	50,6600	33,4517	,1824	,2409	,5134
MRQ13	51,2050	33,4603	,2868	,3294	,4928
MRQ14	50,1250	34,8436	,1967	,3958	,5105
MRQ15	51,3150	33,7947	,2859	,3272	,4944
MRQ16	50,5050	34,2512	,2416	,2480	,5023
MRQ17	50,0800	34,5865	,2204	,4972	,5064

Avaliou-se separadamente a consistência interna da primeira escala - Identidade, com resultados bastante satisfatórios, de .84, revelando valor de consistência interna superior à encontrada pelos autores. De igual forma, avaliou-se a precisão da segunda sub-escala, com resultados que variaram entre o satisfatório e o insatisfatório. A estimativa do *alfa* de Cronbach para a consistência interna foi de .75, para “impacto”, .71 para “controlo/cura”, .61 para “nova fase”, .43 para alívio, .49 para “pouco tempo” e -.51 “para muito tempo”. Todas as sub-escalas obtiveram uma consistência interna inferior à dos autores, excepto as sub-escalas controlo/cura e nova fase que revelam um valor superior ao encontrado por Hunter e O’Dea (2001).

Verifica-se, portanto, que alguns coeficientes de fidelidade obtidos neste estudo são diferentes dos obtidos pelos autores da escala.

Como há itens com correlações baixas ($<.50$) e negativas (itens referentes à componente duração-pouco tempo), decidimos avaliar a validade do constructo.

2.2.4.2 Estudo da Validade do Instrumento

Para investigar a validade do constructo, decidiu-se proceder a uma análise factorial para inquirir da validade do pressuposto da multidimensionalidade.

A análise factorial confirmatória a seis factores (à semelhança da escala original) explicou 65,2% da variabilidade.

Também realizamos uma análise factorial exploratória, tendo sido extraídos cinco factores (o critério de extracção usado foi o componentes principais com rotação varimax), já que o *eigenvalue*, que representa a variância dos factores em cada variável/ sub-escala, foi superior a 3.00 nos cinco factores. Assim, a solução multidimensional explica cerca de 60% da variabilidade, o que não parece ser um decréscimo significativo. Conclui-se que a solução multidimensional a cinco factores, diferente do que os autores propõem, é a que melhor explica a variância das respostas.

Para isso recodificamos o factor que se apresenta negativo: o item 7 “*A minha menopausa durará muito tempo*” e foram revistos os domínios da escala de cinco factores.

A organização dos itens da escala é apresentada no quadro seguinte.

Quadro 6

Estrutura Factorial do Instrumento:

Menopause Representations Questionnaire

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
6	.827				
4	.781				
10	.735				
1	.607				
5	-.535	.333			
12	.352				
17		.841			
8		.808			
14		.660			
16		.447			
9			.836		
13			.665		
15				.762	
3				.696	
7				-.439	
2					.758
11					.701
Var. Explic.	22.331	13.841	8.592	7.672	6.994

Como se pode observar pelo Quadro supracitado (Quadro 6), na solução multidimensional a cinco factores, o Factor 1 (que explica 22,3% da variabilidade) é composto por seis itens (com os pesos factoriais entre parêntesis): item 6 (.827), item 4 (.781), item 10 (.735), item 1 (.607), item 5 (-.535), item 12 (.352). Na solução Varimax, o Factor 1 resulta essencialmente da saturação dos itens referentes ao domínio Consequências: impacto negativo. Tem, também, correlação alta com este Factor um item do domínio Controlo/cura- o item 5 (“*De uma forma geral, sinto que estou a lidar razoavelmente bem com a minha menopausa*”), no entanto, consideramos que este item é mais adequado no Factor 2, visto se referir à componente controlo/ cura.

Todos os itens do domínio consequências - impacto negativo apresentam uma correlação sólida com o Factor 1, tornando claro que o constructo predominantemente avaliado é o impacto negativo que a menopausa traz à mulher. Os itens pertencentes a este domínio têm em comum o facto de

avaliarem o grau em que a menopausa é experienciada, trazendo repercussões na vida do indivíduo, na sua auto-estima, auto-imagem, auto-confiança.

O Factor 2 (explica 13,8% da variabilidade) foi determinado por todos os itens da sub-escala de controlo/cura (proposto pelos autores): 5 (.333), 8 (.808), 14 (.660), 16 (.447) e 17 (.841). Como referido previamente, o item cinco (“*De uma forma geral, sinto que estou a lidar razoavelmente bem com a minha menopausa*”) é integrado neste Factor, embora apresente uma saturação forte com o Factor 1, porque parece ser mais adequado na relação que este item tem com o controlo/cura ou *coping*.

O Factor 3, explicando uma variância de cerca de 8,6% foi determinado por dois itens: 9 (.836) e 13 (.665), fortemente saturados na dimensão Consequências: nova fase.

O Factor 4, explicando uma variância de 7,7% foi determinado pelos itens 3 (.696), 7 (-.439) e 15 (.762). É lícito afirmar que o constructo avaliado nesta escala é a duração, porém, a existência de um item (“*A minha menopausa durará muito tempo*”) com correlação negativa com o Factor, justifica-se pois os outros dois itens, 15 e 3 (“*A minha menopausa durará pouco tempo*” e “*A minha menopausa durará cerca de uma ano*”) determinam pouco tempo, ao contrário do item 7 que refere a muito tempo.

Factor 5 explica uma variância de cerca de 7 % e foi determinado pelos itens: 2 (.758) e 11 (.701). Os itens saturados no Factor 5 provêm da sub-escala Consequências: alívio e designam o alívio do risco de engravidar e o alívio da finalização das menstruações.

Com efeito, parecem ter sido encontradas cinco sub-escalas com os *alfas* de Cronbach de, respectivamente, .74, .72, .61., .48, .42: valores elevados para as primeiras duas sub-escalas

compostas por cinco itens cada, a terceira sub-escala apresenta um valor de *alfa* razoável e as restantes duas sub-escalas apresentam alfas de *Cronbach* insatisfatórios.

Para procedermos à análise das representações sociais, os itens que estavam a medir de forma inversa (itens:1, 4, 6, 10, 12) foram invertidos, realizamos o somatório da escala e dividimos pelo número de itens total, ou seja 17. Assim, e como se trata de uma escala likert de 5 pontos, quanto maior é o valor (5) mais elevadas são as representações positivas; e inversamente, quanto menor é o valor, mais elevadas são as representações negativas.

2.2.5 Menopause-specific Quality of Life Questionnaire (Hilditch, Lewis, Peter, Maris, Ross, Franssen, Guyatt, Norton, & Dunn, 1996).

O *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* de Hilditch e colegas (1996) foi desenvolvido a partir de diversos questionários de qualidade de vida e com base na experiência clínica de vários investigadores. Surgem 106 sintomas divididos em várias áreas: física, emocional, social, vida profissional e sexual. Quanto ao domínio *vida profissional* e como os sujeitos associam poucas queixas ao trabalho profissional, os autores eliminam esta área. Desta forma, surgem quatro domínios, físico, vasomotor, psicossocial e sexual, repartidos por 29 itens.

No seguimento apresentamos, brevemente, uma descrição do *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* (MENQOL) original e as suas características psicométricas.

A- Escala Original

O MENQOL (Anexo IV) foi concebido para avaliar a qualidade de vida das mulheres no climatério e é composto por quatro sub-escalas que avaliam diferentes domínios:

1. Vasomotor – Diz respeito à sintomatologia vasomotora associada ao climatério, nomeadamente, os afrontamentos, as transpirações nocturnas e mais transpiração que o normal (3 itens).
2. Psicossocial – Avalia sintomas psicológicos e a relação interpessoal (7 itens).

3. Físico – Relaciona-se com a sintomatologia física, nomeadamente, dores musculares/ articulares e lombares, dificuldades ao nível do sono, diminuição da energia, resistência física e incontinência urinária (16 itens).

4. Sexual – Avalia os sintomas associados à esfera sexual: alteração da libido, secura vaginal durante o coito e evitamento a ter relações sexuais (3 itens).

Apesar do MENQOL ser um questionário de auto-resposta, importa colocar especial ênfase no esclarecimento de que a escolha realizada para cada item, corresponde àquilo que melhor descreve a forma como aquele problema afectou a mulher no *último mês*.

Deste modo, o MENQOL é composto por 29 itens, subdivididos em várias sub-escalas, não existindo uma pontuação global, mas sim para cada domínio específico. Assim, se a resposta é “*Não*” assinala-se a pontuação 1, se a resposta é “*Sim*” e é zero, pontua-se 2, se a resposta é Sim e 1, pontua-se 3 e assim sucessivamente até “*Sim*” e 6, a qual se pontua com 8.

Neste sentido, a informação colhida permite o cálculo dos resultados de cada área e que quanto mais elevado for o resultado obtido, pior é a qualidade de vida.

Relativamente às características psicométricas do MENQOL, de acordo com os autores, os coeficientes de fidelidade encontrados, numa amostra de 88 mulheres, revelam valores elevados de consistência interna. O coeficiente de alfa de *Cronbach* nas sub-escalas foi o seguinte: físico, $\alpha=.87$; vasomotor, $\alpha=.82$; psicossocial, $\alpha=.81$; e sexual, $\alpha=.89$.

O inventário foi traduzido por Serrão e Pereira (2002) e adaptado por Serrão, Martins e Figueiredo (2003) para efeitos deste estudo.

B-Características psicométricas na amostra portuguesa

As características psicométricas do *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* foram determinadas por uma avaliação de fidelidade e validade.

2.2.5.1 Estudo da Fidelidade do Instrumento

Para avaliar a consistência interna do questionário, aplicou-se o *alfa* de Cronbach.

O alfa é bastante elevado .92 e as correlações dos itens com o total variam entre .26 e .73 (Quadro VII). Uma análise dos itens revela que quatro itens (QV15, QV20, QV21, QV23) apresentam uma correlação mais baixa do que o critério estabelecido (.40). Decidiu-se manter estes itens, pois na análise subsequente, estes apresentam uma boa saturação factorial (ver Quadro 7).

Quadro 7

**Coefficientes de consistência interna de Cronbach do
Menopause Quality of Life Questionnaire – versão dos autores (29 itens)
(n=200)**

Sumário da escala: Média=93,18 Desvio Padrão=39,27

Alfa de Cronbach: .92

	Média se Eliminado	Var. se eliminado	Desvio Padrão se eliminado	Correlação com o total	Alfa se o item for eliminado
QV1	90,4200	1453,5413	,4586	,5122	,9214
QV2	89,7800	1441,8509	,4938	,5786	,9209
QV3	90,0850	1435,5757	,5469	,5930	,9201
QV4	90,9350	1453,8098	,4725	,4719	,9212
QV5	88,8850	1412,7958	,6954	,6136	,9180
QV6	89,7700	1445,1629	,5075	,4493	,9207
QV7	90,0300	1434,6624	,5546	,4796	,9200
QV8	90,0750	1428,8536	,5914	,6012	,9195
QV9	90,4350	1470,0661	,4024	,4193	,9221
QV10	90,3950	1448,2000	,5312	,4396	,9204
QV11	89,2300	1427,4946	,5536	,4027	,9200
QV12	88,6800	1409,8167	,6437	,5902	,9186
QV13	89,0850	1408,5907	,7186	,6980	,9177
QV14	90,1100	1431,7466	,5559	,4727	,9200
QV15	90,3300	1448,6242	,4972	,3946	,9209
QV16	89,7400	1427,4496	,6344	,6972	,9190
QV17	89,4900	1424,2009	,6697	,7151	,9185
QV18	89,7750	1414,8788	,7002	,7276	,9180
QV19	90,1250	1440,8737	,5250	,4660	,9205
QV20	89,6850	1469,1716	,3372	,2685	,9233
QV21	91,3400	1496,8989	,3109	,3664	,9230
QV22	90,6600	1483,3210	,3576	,4336	,9226
QV23	90,1300	1466,8875	,3428	,3530	,9233
QV24	88,8950	1420,2553	,5984	,5077	,9194
QV25	89,8300	1447,9911	,4407	,4490	,9218
QV26	90,3000	1436,3417	,5488	,4547	,9201
QV27	90,2400	1446,4647	,4489	,6335	,9217
QV28	90,3850	1445,9264	,4878	,5579	,9210
QV29	90,3400	1452,0547	,4544	,5625	,9215

Separadamente, avaliou-se a precisão das quatro sub-escalas propostas pelos autores: vasomotor (.82), físico (.88), psicossocial (.79) e sexual (.78), observando que todos eles têm uma excelente correlação. Comparativamente com os valores de consistência interna apresentados, pelos autores, nesta amostra encontrou-se uma consistência mais elevada na sub-escala física, igual consistência na sub-escala vasomotora e as restantes obtiveram uma consistência interna inferior.

2.2.5.2 Estudo da Validade do Instrumento

Decidiu-se proceder a uma análise factorial para inquirir da validade do pressuposto de quadridimensionalidade. Assim, a análise confirmatória a quatro factores explicou cerca de 51% da variabilidade (Quadro 8) e reproduz na totalidade a estrutura do questionário.

Quadro 8

Estrutura Factorial do Instrumento Menopause Quality of Life Questionnaire

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
QV1		.711		
QV2		.762		
QV3		.787		
QV4	.382			
QV5	.445	.454		
QV6	.366		.432	
QV7	.580			
QV8	.604			
QV9	.252	.608		
QV10	.606			
QV11	.396		.404	
QV12	.582			
QV13	.671			
QV14	.253	.536		
QV15			.410	
QV16	.737			
QV17	.741			
QV18	.669			
QV19			.554	
QV20			.498	
QV21			.666	
QV22			.582	
QV23	.506			
QV24	.603			
QV25	.425			
QV26	.476			
QV27				.827
QV28				.652
QV29				.803
Var. Explic.	32.911	7.428	5.523	5.026

De igual forma realizamos uma análise factorial exploratória, tendo sido extraídos 7 factores (o critério de extracção usado foi o de componentes principais com rotação varimax), já que o *eigenvalue*, que representa a variância dos factores em cada variável/ sub-escala, foi superior a 1.00 nos 7 factores. A solução de sete factores explica cerca de 63% da variabilidade, o que não parece ser um acréscimo significativo.

Análise e interpretação dos Factores obtidos

Quanto ao grau de uniformidade e coerência existentes entre os itens que compõem o primeiro Factor constituído por 18 itens, apresenta uma explicação de cerca de 33% da variância dos itens.

Na solução *Varimax* o Factor 1 resulta da saturação de 10 itens referentes à sub-escala qualidade de vida física e de 5 itens da sub-escala qualidade de vida psicossocial. Todos os itens da sub-escala qualidade de vida física e psicossocial apresentam uma correlação sólida com o Factor 1, no entanto, o item 6 apresenta uma saturação mais elevada com o Factor 3, porém, consideramos mais adequada a sua localização neste Factor.

A correlação sólida com o Factor 1 torna claro que os constructos qualidade de vida física e psicossocial estão correlacionados nesta amostra, parecendo necessário atribuir um significado a este novo factor. Parece que a qualidade de vida física dos elementos de uma forma directa está correlacionada com a qualidade de vida psicossocial, ou seja, se a qualidade de vida física for elevada (representada pela presença de mais sintomas) a qualidade de vida psicossocial também será elevada (identificada pela existência de mais sintomas psicossociais).

O Factor 2 explica cerca de 7,4% da variância e é constituído por três itens da sub-escala vasomotora 1 (.711), 2 (.762), 3 (.787); por 2 itens da sub-escala psicossocial: 5 (.454) e 9 (.608); e um item da sub-escala física: 14 (.536). Este factor remete-nos para a presença de sintomatologia

vasomotora, psicossocial e física, logo, valores elevados na qualidade de vida vasomotora indicam maior ansiedade, impaciência e distúrbios do sono.

O Factor 3 (explicando 5,5% da variabilidade) é constituído por cinco itens: 15 (.410), 19 (.554), 20 (.498), 21 (.666) e 22 (.582) e explica 42% da variância. Todos os itens têm saturação apenas neste Factor. Porém estes itens foram propostos pelos autores como pertencentes à sub-escala Qualidade de Vida Física, fenómeno que não é observado nesta amostra.

O Factor 4 (explicando 5% da variabilidade foi determinado por três itens 27 (.827), 28 (.652) e o 29 (.803). Este factor é bastante explícito no seu padrão de saturação e confirma a sub-escala Qualidade de Vida Sexual proposta pelos autores. Todos os três itens estão fortemente saturados nesta dimensão, confirmando-a como uma medida clara deste constructo.

Em suma, a análise factorial por nós retirada nesta amostra não parece ser muito congruente e relevante do ponto de vista conceptual. Neste sentido, optamos pela análise factorial da escala original.

De realçar, que quanto mais elevado é o resultado em cada um dos quatro factores (qualidades de vida: vasomotora, psicossocial, física e sexual), maior é a sintomatologia apresentada, logo, isto implica a existência de uma menor qualidade de vida no parâmetro em estudo.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DOS RESULTADOS

3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e os procedimentos estatísticos foram efectuados a partir do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 11,5 para Windows.

No tratamento dos dados, foram realizados vários testes paramétricos ou não paramétricos, tendo sempre em conta a análise pretendida e respeitando os pressupostos da sua utilização. Neste sentido, à medida que são apresentadas as várias análises, a utilização específica de determinado teste é continuamente justificada.

3.1 Resultados para a amostra total e para os dois grupos investigados

Dado que não existem estudos em Portugal sobre mulheres nesta fase do ciclo vital (exceptuando, as investigações realizadas por Figueiras, 1994 e Filipe, 2001), consideramos relevante examinar como é que a amostra se situa relativamente às variáveis em estudo.

Assim, primariamente, avaliamos a prevalência da sintomatologia climatérica na amostra total. Em seguida, realizamos a mesma análise, mas em função da etapa climatérica em que o sujeito se encontra. Posteriormente, foi efectuada a comparação entre os grupos relativamente às diversas variáveis em estudo, nomeadamente, qualidade de vida, representações sociais, dimensões psicológicas e as variáveis sócio-demográficas.

3.1.1 Prevalência de sintomas atribuídos ao climatério

Para avaliar a prevalência dos sintomas apresentados pela amostra, analisamos os resultados obtidos a partir do *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* de Hilditch e colegas (1996). Este questionário apresenta-nos um conjunto de sintomas, vulgarmente associados ao processo climatérico. A frequência sintomatológica é exposta no Quadro 9.

Quadro 9

Caracterização da amostra total ao nível da prevalência de sintomas

(n=200)

<i>Sintomas</i>	n	%
Nervosismo/ ansiedade	158	79
Dores ósteo-musculares	150	75
Cansaço/ esgotamento físico	147	73,5
Dores lombares	146	73
Menor resistência física	140	70
Flatulência, gases, inchaço abdominal	134	67
Menor força física	129	64,5
Falta de energia	127	63,5
Perda de memória	124	62
Aumento de peso	118	59
Transpiração nocturna	113	56,5
Aumento do hábito urinário	110	55
Menor actividade	107	53,5
Secura da pele	105	52,5
Dificuldade em dormir	103	51,5
Aumento da transpiração	102	51
Tristeza	101	50,5
Necessidade de estar só	101	50,5
Impaciência	95	47,5
Dores de cabeça ou nuca	95	47,5
Retenção de líquidos	94	47
Incontinência urinária de esforço	91	45,5
Alterações da pele, rugas, manchas	90	45
Evitamento das relações sexuais	87	43,5
Afrontamentos	86	43
Alterações no desejo sexual	84	42
Secura vaginal	81	40,5
Descontentamento com a vida	55	27,5
Aumento de pelos na face	45	22,5

Relativamente aos sintomas apresentados pela amostra total, é de destacar que 79% das mulheres relata sentir-se bastante nervosa/ ansiosa nesta etapa desenvolvimental.

Em seguida, os sintomas apresentados pelas mulheres estão associados à qualidade de vida física, especificamente: dores musculares (75%), cansaço físico (73,5%), dores lombares (73%), menor resistência física (70%). Quanto à sintomatologia vasomotora, verifica-se que a maioria das queixas se centram nas transpirações nocturnas (56,5%), seguida do aumento de transpiração (51,5%) e finalmente, nos afrontamentos, que estão presentes em 43% da amostra.

Em relação à vida sexual, é de salientar que nos três itens (*“Evitar ter relações sexuais”*; *“Alterações no desejo sexual”*; *“Secura vaginal”*) que a avaliam, cerca de 40% da amostra indica alterações significativas.

3.1.2 Prevalência dos sintomas atribuídos ao climatério, segundo a etapa climatérica

De igual forma e através da análise do questionário supracitado, consideramos pertinente a pesquisa sintomatológica nos diferentes grupos (perimenopáusico/ pós-menopáusico). Para comparar os grupos, utilizamos o teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes (Quadro 10).

Assim, e tendo em conta cada fase climatérica, no quadro seguinte observa-se que a sintomatologia própria da menopausa (afrontamentos, transpiração nocturna) diminui à medida que se chega à pós-menopausa.

Pode ver-se que os principais sintomas psicossociais dizem respeito à ansiedade, presente em 76,5% das perimenopáusicas e em 80,9% das pós-menopáusicas: Quanto à tristeza, à impaciência e menor actividade predominam nas pós-menopáusicas.

Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos seguintes sintomas: dores de cabeça ou nuca, aumento de peso, alterações do desejo sexual e secura vaginal, sendo o grupo perimenopáusico o que apresenta mais queixas ao nível dos dois primeiros sintomas citados, e as pós-menopáusicas apresentam maior prevalência de sintomatologia sexual

(nomeadamente, alteração da libido e secura vaginal), comparativamente com o grupo perimenopáusico.

Quadro 10

Caracterização dos grupos segundo a sintomatologia associada ao climatério

(n=200)

Sintomas	Grupos			
	Perimenopáusico		Pós-menopáusico	
	n	%	n	%
Afrontamentos	41	48,2	45	39,1
Transpiração nocturna	49	57,6	64	55,7
Aumento da transpiração	41	48,2	61	53
Descontentamento com a vida	24	28,2	31	26,9
Nervosismo / Ansiedade	65	76,5	93	80,9
Perda de memória	48	56,5	76	66
Menor actividade	43	50,6	64	55,7
Tristeza	42	49,4	59	51,3
Impaciência	36	42,3	59	51,3
Necessidade de estar só	45	53	56	48,7
Flatulência, gases, inchaço abdominal	58	68,2	76	66
Dores musculares/ articulares	63	74,1	87	75,6
Cansaço/ esgotamento físico	63	74,1	84	73
Dificuldade em dormir	41	48,2	62	53,9
Dores de cabeça ou nuca *	47	55,3	48	41,7
Menor força física	58	68,2	71	61,7
Menor resistência física	56	65,9	84	73
Falta de energia	55	64,7	72	62,6
Secura da pele	41	48,2	64	55,6
Aumento de peso **	58	68,2	60	52,2
Aumento de pelos na face	20	23,5	25	21,7
Alterações da pele, rugas, manchas	19	22,3	51	44,3
Retenção de líquidos	19	22,3	55	47,8
Dores lombares	59	69,4	87	75,6
Aumento do hábito urinário	49	57,6	61	53
Incontinência urinária de esforço	43	50,6	48	41,7
Alterações no desejo sexual ***	30	35,3	54	47
Secura vaginal ****	26	30,6	55	47,8
Evitamento das relações sexuais	37	43,5	50	43,5

* Teste de Mann-Whitney, Z= -.189, p=.029

** Teste de Mann-Whitney, Z=.011, p=.011

*** Teste de Mann-Whitney, Z=-1.64, p=.050

**** Teste de Mann-Whitney, Z= -2.44, p=.07

3.1.3 Comparação dos grupos quanto à Qualidade de Vida

A sintomatologia apresentada no Quadro 10 agrupa-se no *Menopause-specific Quality of Life Questionnaire* (Hilditch et al., 1996) em quatro domínios: vasomotor, psicossocial, físico e sexual. Como referido anteriormente, no capítulo de descrição dos instrumentos, à medida que aumentam os sintomas, diminui a qualidade de vida no respectivo domínio.

Para a realização desta análise, não houve a necessidade de verificação da normalidade das distribuições pelo facto do *n* ser superior a 30, com base no teorema do limite central, tendo sido utilizado o Teste *t*.

Assim, e a partir dos dados expressos no Quadro 11, verificamos que são as pós-menopáusicas, as que apresentam médias mais elevadas nas sub-escalas psicossocial e sexual, porém nos domínios vasomotor e físico são as perimenopáusicas, as que apresentam valores mais altos.

Ao serem comparados os dois grupos (perimenopáusicas e pós-menopáusicas), verificamos que só há diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida sexual, sendo as pós-menopáusicas as que reportam maior sintomatologia associada a esta área, implicando menor qualidade de vida sexual.

Quadro 11

Caracterização dos grupos segundo a sintomatologia apresentada

(n=200)

Sub-escalas	Grupos					
	Perimenopáusico		Pós- menopáusico		t	p
Qualidade de Vida	Média	D-P	Média	D-P		
Sintomas vasomotores	4.54	1.18	4.47	1.23	.36	ns
Sintomas psicossociais	10.56	2.05	10.80	1.98	-.84	ns
Sintomas físicos	25.28	3.91	25.00	3.65	.52	ns
Sintomas sexuais	4.09	1.07	4.38	1.23	-1.72	.040

3.1.3.1 Qualidade de Vida e Variáveis Sócio-Demográficas

Com o objectivo de verificar a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos analisados, foram cruzadas as seguintes variáveis: qualidades de vida e algumas variáveis sócio-demográficas (estado civil, situação profissional, THS, recurso a consulta de psiquiatria, recurso a consulta de médico de família por problemas emocionais e utilização de medicação por problemas emocionais).

Após a realização de um *split file* com o objectivo de dissociar os dois grupos climatéricos, foi realizado a estatística inferencial paramétrica (teste One Way ANOVA) para as variáveis estado civil, escolaridade e situação profissional e o test t foi realizado para as restantes variáveis de forma a analisar o nível de significância.

Assim e como se pode observar no Quadro 12, a única diferença estatística significativa da qualidade de vida em função do estado civil, regista-se ao nível das pós-menopáusicas e refere-se à sintomatologia sexual.

O passo seguinte consistiu em analisar de que forma é que esta diferença se registava, para isso foi utilizado o teste post-hoc de Bonferroni, concluindo-se a existência de diferenças significativas entre as mulheres casadas, as solteiras e as viúvas, ou seja, as pós-menopáusicas casadas apresentam menor qualidade de vida sexual comparativamente com as solteiras e as viúvas.

Quadro 12

Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida em função do estado civil (teste One Way ANOVA)

<i>Grupos</i>	<i>Qualidade de Vida</i>	Gl	F	p
Perimenopáusicos	Sintomas vasomotores	3	.340	ns
	Sintomas psicossociais	3	1.76	ns
	Sintomas físicos	3	.458	ns
	Sintomas sexuais	3	.883	ns
Pós-menopáusicos	Sintomas vasomotores	3	1.85	ns
	Sintomas psicossociais	3	1.08	ns
	Sintomas físicos	3	.63	ns
	Sintomas sexuais	3	7.02	.000

No que se refere à situação profissional (Quadro 13), a única diferença significativa da qualidade de vida em função da situação profissional, regista-se ao nível do grupo pós-menopáusico e refere-se à sintomatologia vasomotora. Todavia, ao analisar de que forma é que a situação profissional estava implicada na sintomatologia vasomotora, foi realizado o teste post-hoc de Bonferroni, concluindo-se a inexistência de diferenças significativas em função da variável em estudo.

Quadro 13

Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida em função da situação profissional (teste One Way ANOVA)

<i>Grupos</i>	<i>Qualidade de Vida</i>	GI	F	p
Perimenopáusico	Sintomas vasomotores	3	.005	ns
	Sintomas psicossociais	3	.05	ns
	Sintomas físicos	3	.73	ns
	Sintomas sexuais	3	.58	ns
Pós-menopáusico	Sintomas vasomotores	3	2.79	.043
	Sintomas psicossociais	3	2.01	ns
	Sintomas físicos	3	2.37	ns
	Sintomas sexuais	3	1.07	ns

Quanto às restantes variáveis (THS, recurso a consulta de psiquiatria, recurso a consulta de médico de família por problemas emocionais e utilização de medicação por problemas emocionais), foi realizada a sua análise a partir da utilização do teste t.

Assim, e como se pode verificar no Quadro 14, no grupo perimenopáusico registam-se diferenças significativas entre as mulheres que utilizam a terapia hormonal de substituição (THS) e as que não a utilizam ao nível da sintomatologia física, isto é, as utilizadoras de THS, apresentam menos sintomas físicos comparativamente com as que não realizam nenhuma terapia de substituição. Quanto às pós-menopáusicas, conclui-se que as mulheres que realizam a THS apresentam médias mais baixas ao nível da sintomatologia vasomotora quando comparadas com as mulheres que não efectuam este tratamento.

Quadro 14

Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida
em função da utilização da THS (Test t)

<i>Grupos</i>		THS	n	Média	D-P	t	p
Perimenopáusico	Sintomas vasomotores	Sim	15	3.22	.89	-1.35	ns
		Não	68	3.59	.97		
	Sintomas psicossociais	Sim	15	8.94	2.96	-.698	ns
		Não	68	9.29	1.73		
	Sintomas físicos	Sim	15	21.61	5.28	-1.90	.037
		Não	68	24.30	3.10		
Sintomas sexuais	Sim	15	2.95	.97	-.87	ns	
	Não	68	3.17	.84			
Pós-menopáusico	Sintomas vasomotores	Sim	39	3.22	.98	-1.98	.025
		Não	75	3.59	.93		
	Sintomas psicossociais	Sim	39	9.54	1.81	-.003	ns
		Não	75	9.54	1.70		
	Sintomas físicos	Sim	39	23.67	3.76	-.027	ns
		Não	75	23.69	3.31		
Sintomas sexuais	Sim	39	3.38	.97	-.331	ns	
	Não	75	3.44	.99			

Quando avaliado o recurso a uma consulta de psiquiatria (Quadro 15) averiguamos que em ambos os grupos, as mulheres que recorreram a este tipo de consulta apresentam queixas mais elevadas ao nível da sintomatologia psicossocial.

Quanto às pós-menopáusicas, verifica-se que as que apresentam história de consulta psiquiátrica manifestam mais sintomas físicos.

Quadro 15

Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida em função do recurso, na sua anamnese, a uma consulta de Psiquiatria (Teste t)

<i>Grupos</i>	<i>Consulta de Psiquiatria</i>		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	14	3.50	1.02	-.22	ns
		Não	71	3.56	.96		
	Sintomas psicossociais	Sim	14	10.62	1.01	4.79	.000
		Não	71	8.98	1.77		
	Sintomas físicos	Sim	14	25.02	2.59	1.29	ns
		Não	71	23.64	3.83		
Sintomas sexuais	Sim	14	3.26	.88	.59	ns	
	Não	71	3.11	.85			
Pós-menopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	35	3.62	1.03	1.25	ns
		Não	80	3.38	.93		
	Sintomas psicossociais	Sim	35	10.38	1.48	3.66	.000
		Não	80	9.16	1.71		
	Sintomas físicos	Sim	35	24.84	3.19	2.46	.007
		Não	80	23.15	3.44		
Sintomas sexuais	Sim	35	3.43	1.01	.08	ns	
	Não	80	3.42	.99			

O recurso a uma consulta por problemas emocionais (Quadro 16) foi também analisado e permite concluir que as mulheres que na sua anamnese apresentam a existência de problemas emocionais são as que nesta fase vital apresentam mais queixas psicossociais e físicas. Verifica-se também que as pós-menopáusicas que recorrem a consultas por este motivo apresentam sintomas vasomotores.

Quadro 16

Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida em função do recurso a uma consulta devido a problemas emocionais

<i>Grupos</i>	<i>Consulta por problemas emocionais</i>		<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	22	3.80	.97	1.41	ns
		Não	63	3.46	.95		
	Sintomas psicossociais	Sim	22	10.10	1.21	3.29	.002
		Não	63	8.95	1.85		
	Sintomas físicos	Sim	22	25.18	2.71	2.34	.011
		Não	63	23.41	3.87		
Sintomas sexuais	Sim	22	3.18	.76	.303	ns	
	Não	63	3.12	.89			
Pós-menopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	36	3.75	.99	2.22	.014
		Não	79	3.32	.92		
	Sintomas psicossociais	Sim	36	10.19	1.42	2.86	.002
		Não	79	9.23	1.78		
	Sintomas físicos	Sim	36	24.73	3.26	2.28	.012
		Não	79	23.18	3.43		
Sintomas sexuais	Sim	36	3.37	1.02	-.34	ns	
	Não	79	3.44	.96			

No Quadro 17 é possível verificar, em ambos os grupos, que as mulheres que na sua história clínica relatam a utilização de psicotrópicos apresentam maior número de sintomas psicossociais e físicos. E, no caso das pós-menopáusicas, as mulheres que utilizam ou utilizaram psicofarmacos, apresentam mais queixas ao nível qualidade de vida vasomotora.

Quadro 17

**Resultados da análise das dimensões da Qualidade de Vida em
função da utilização de medicação relacionada com problemas emocionais**

<i>Grupos</i>		<i>Psicotrópicos</i>	N	Média	D-P	t	p
Perimenopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	26	3.55	1.01	-.01	ns
		Não	59	3.55	.95		
	Sintomas psicossociais	Sim	26	10.03	1.47	3.04	.002
		Não	59	8.90	1.79		
	Sintomas físicos	Sim	26	25.01	3.41	1.93	.028
		Não	59	23.36	3.70		
Sintomas sexuais	Sim	26	3.17	.86	.30	ns	
	Não	59	3.11	.86			
Pós-menopáusicas	Sintomas vasomotores	Sim	46	3.64	.99	1.70	.045
		Não	69	3.33	.93		
	Sintomas psicossociais	Sim	46	10.32	1.56	4.31	.000
		Não	69	9.00	1.64		
	Sintomas físicos	Sim	46	24.70	3.25	2.71	.004
		Não	69	22.97	3.41		
Sintomas sexuais	Sim	46	3.59	1.04	1.47	ns	
	Não	69	3.31	.91			

3.1.4 Comparação dos grupos quanto às Representações do climatério

Como referido anteriormente, as representações sociais referem-se a crenças, imagens, informações, valores e atitudes (Jodelet, 1989) que as mulheres no climatério têm deste processo. Desta forma, primariamente foi avaliada a existência de diferenças entre os dois grupos investigados, e seguidamente, cruzadas outras variáveis sócio-demográficas.

Para a realização da análise das representações em função do grupo de pertença foi realizado o Teste t. Neste, verifica-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas, logo, não há diferença entre os grupos ao nível das representações do climatério (Quadro 18).

Quadro 18

Caracterização dos grupos ao nível das representações do climatério e significância

	Grupos				t	p
	Perimenopáusico		Pós-menopáusico			
	Média	D-P	Média	D-P		
Representações	3.358	.355	3.361	.457	-.067	ns

3.1.4.1 Representações do Climatério e Variáveis Sócio-Demográficas

Com o objectivo de verificar a existência ou não de diferenças significativas entre os grupos analisados, foram cruzadas as seguintes variáveis: representações sociais e algumas variáveis sócio-demográficas (nomeadamente: estado civil, situação profissional, THS, recurso a consulta de psiquiatria, recurso a consulta de médico de família por problemas emocionais e utilização de medicação por problemas emocionais).

Após a realização de um *split file* e com o objectivo de dissociar os dois grupos climatéricos, foi realizado a estatística inferencial paramétrica (teste One Way ANOVA) para as variáveis estado

civil e situação profissional e o test t foi realizado para as restantes variáveis de forma a analisar o nível de significância.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas (estado civil e situação profissional), foram utilizadas as técnicas de análise de variância (teste One Way ANOVA).

Os resultados permitem concluir que a não existência de diferenças significativas entre mulheres casadas/ união de facto, viúvas, separadas/ divorciadas e solteiras, o que se conclui que na nossa amostra, as representações sociais são independentes do estado civil.

Quanto à situação profissional, a análise é análoga à anterior, não se registando diferenças entre esta variável e as representações sociais.

Quanto às restantes variáveis (THS, recurso a consulta de psiquiatria, recurso a consulta de médico de família por problemas emocionais e utilização de medicação por problemas emocionais), os quadros infracitados permitem verificar que a única diferença significativa estatisticamente é ao nível do grupo perimenopáusico e do recurso a consulta de psiquiatria.

Desta forma e como se pode observar no Quadro 19, verifica-se a ausência de diferenças ao nível das representações entre as mulheres que realizam a terapêutica hormonal de substituição e mulheres que não a realizam.

Quadro 19

Resultados da análise das representações do climatério em função da utilização da THS

<i>Grupos</i>		THS	n	Média	D-P	t	p
Perimenopáusico	Representações	Sim	15	3.34	.278	-2.14	ns
		Não	68	3.36	.377		
Pós-menopáusico	Representações	Sim	39	3.45	.526	1.53	ns
		Não	75	3.31	.413		

No que se refere às representações das perimenopáusicas, constata-se que aquelas que recorrem a uma consulta de psiquiatria apresentam diferenças ao nível das representações do climatério (Quadro 20).

Quadro 20

Resultados da análise das representações do climatério em função do recurso a uma consulta de psiquiatria

<i>Grupos</i>		<i>Consulta de psiquiatria</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Representações	Sim	14	3.21	.364	-1,66	.49
		Não	71	3.38	.349		
Pós-menopáusico	Representações	Sim	35	3.36	.519	-.030	ns
		Não	80	3.36	.431		

No Quadro 21, é possível verificar que em relação ao recurso de uma consulta por problemas emocionais, não são encontradas diferenças ao nível das representações.

Quadro 21

Resultados da análise das representações do climatério em função do recurso a uma consulta de médico de família por problemas emocionais

<i>Grupos</i>		<i>Consulta por problemas emocionais</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Representações	Sim	22	3.31	.388	ns
		Não	63	3.37	.346	
Pós-menopáusico	Representações	Sim	36	3.34	.501	ns
		Não	79	3.36	.439	

Também no que se refere à utilização de psicotrópicos, verificámos a ausência de diferenças ao nível das representações quando comparados os sujeitos que realizam este tipo de psicofarmacologia e os que não a utilizam (Quadro 22).

Quadro 22

Resultados da análise das representações do climatério em função do uso de medicação por problemas emocionais

Grupos	Representações	Medicação por problemas emocionais		n	Média	D-P	p
		Sim	Não				
Perimenopáusico	Representações	Sim		26	3,38	.364	ns
		Não		59	3,34	.355	
Pós-menopáusico	Representações	Sim		46	3,32	.493	ns
		Não		69	3,39	.433	

3.1.4.2 Correlações entre Representações Sociais do climatério e outras Variáveis em estudo

Para procedermos à análise das correlações, em cada grupo separadamente (perimenopáusico e pós-menopáusico) realizamos um *split file*.

Seguidamente e a partir do rho de Spearman (quando se tratavam de variáveis ordinais) ou da correlação de Pearson (quando se tratavam de variáveis contínuas), correlacionamos a variável representações do climatério com os vários domínios da qualidade de vida e os instrumentos de avaliação da ansiedade e da depressão.

A partir dos dados apresentados no Quadro 23, verificamos que nas pós-menopáusicas, a correlação é significativa em todos os domínios da qualidade de vida, desta forma, concluímos existir uma correlação negativa entre sintomatologia vasomotora, psicossocial, física e sexual e representações, ou seja, à medida que aumentam os sintomas diminuem as representações positivas acerca desta etapa.

Também no grupo perimenopáusico, se verifica uma correlação negativa entre representações e sintomas vasomotores e psicossociais, porém, os sintomas físicos e sexuais não se encontram correlacionados com a variável representações.

Quadro 23

Correlação das variáveis representações e sintomas avaliados pelo questionário de qualidade de vida em função da fase climatérica

		Sintomas vasomotores	Sintomas psicossociais	Sintomas físicos	Sintomas sexuais
Perimenopáusicas	Representações	-.243*	-.365**	-.074	-.098
Pós-menopáusicas	Representações	-.421**	-.467**	-.304**	-.417**

** - p<0.01

* - p< 0.05

Similarmente e como se pode aferir a partir do Quadro 24, correlacionarmos a variável representações com as variáveis psicológicas investigadas (nomeadamente: ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão), utilizando o índice de correlação de Pearson (por se tratarem de variáveis contínuas).

Assim, apuramos que existem correlações negativas significativas nas três variáveis estudadas e as representações, o que significa que os sintomas psicológicos estão correlacionados com a presença de representações do climatério mais negativas do climatério.

Quadro 24

Correlação entre as representações do climatério e as variáveis psicológicas

		BDI	STAI traço	STAI estado
Perimenopáusicas	Representações	-.374**	-.316**	-.314**
Pós-menopáusicas	Representações	-.550**	-.548**	-.548**

** - p<0.01

3.1.5 Comparação dos grupos em relação às Variáveis Psicológicas estudadas

Para a realização da análise das variáveis psicológicas avaliadas no estudo, nomeadamente, a ansiedade-traço, estado-ansiedade e a depressão, em função da etapa climatérica, foi realizado o Teste t e verificou-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 25

Caracterização dos grupos segundo as variáveis psicológicas estudadas e a fase climatérica

Escalas	Grupos				t	p
	Perimenopáusico		Pós-menopáusico			
	Média	D-P	Média	D-P		
STAI Traço	38.47	10.35	40.21	12.03	-.10	ns
STAI Estado	40.04	10.59	39.67	11.48	.23	ns
BDI	11.13	7.44	12.97	8.87	-.15	ns

3.1.6 Identidade do Climatério e Variáveis Sócio-Demográficas

A Identidade refere-se ao número e natureza de sintomas que os sujeitos associam ao climatério. Assim, verifica-se que as mulheres perimenopáusicas que não utilizam terapia hormonal de substituição reportam um maior número de sintomas associados a esta fase desenvolvimental.

Quadro 26

Resultados da análise da Identidade do climatério em função da utilização de THS

Grupos		THS	n	Média	D-P	t	p
Perimenopáusico	Identidade	Sim	15	.71	.483	-2.39	.008
		Não	68	1.02	.435		
Pós-menopáusico	Identidade	Sim	39	.89	.461	-.431	ns
		Não	75	.93	.435		

No que se refere ao recurso a uma consulta de psiquiatria, em ambos os grupos, registam-se diferenças significativas pelo que se conclui que os sujeitos que na sua anamnese clínica referem ter recorrido a uma consulta de psiquiatria, associam mais sintomas ao climatério (Quadro 27).

Quadro 27

**Resultados da análise da Identidade do climatério
em função do recurso a uma consulta de psiquiatria**

<i>Grupos</i>		<i>Consulta de Psiquiatria</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Identidade	Sim	14	1.21	.570	2.19	.015
		Não	71	.92	.418		
Pós-menopáusico	Identidade	Sim	35	1.14	.429	3.83	.000
		Não	80	.82	.415		

Por outro lado, também se apura que o recurso a uma consulta por problemas emocionais é um bom indicador, no caso das pós-menopáusicas, da associação de sintomas ao climatério.

Quadro 28

**Resultados da análise da Identidade do climatério em
função do recurso a uma consulta por problemas emocionais**

<i>Grupos</i>		<i>Consulta por problemas emocionais</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Identidade	Sim	22	1.10	.466	1.60	ns
		Não	63	.93	.446		
Pós-menopáusico	Identidade	Sim	36	1.07	.445	2.60	.010
		Não	79	.84	.427		

Como se pode verificar (Quadro 29) em ambos os grupos, são as mulheres que tomam/ tomaram alguma medicação psicotrópica, as que associam um maior número de sintomas ao climatério (perturbações físicas, psicológicas e sexuais).

Quadro 29

Resultados da análise da Identidade do climatério em função da utilização de medicação relacionada com problemas emocionais

<i>Grupos</i>		<i>Psicotrópicos</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>D-P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Identidade	Sim	26	1.15	.50	2.43	.017
		Não	59	.89	.41		
Pós-menopáusico	Identidade	Sim	46	1.08	.44	3.28	.001
		Não	69	.81	.41		

A partir da utilização do teste One Way ANOVA, foi analisada a existência de diferenças entre os grupos ao nível da identidade do climatério, em função do estado civil, não se observando diferenças significativas (Quadro 30).

Quadro 30

Resultados da análise da Identidade do Climatério em função do estado civil

<i>Grupos</i>		<i>GI</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Identidade	3	1.38	ns
Pós-menopáusico	Identidade	3	1.06	ns

Quanto à variável estado civil, as análises realizadas não encontram diferenças nos grupos climatéricos estudados em função desta variável sócio-demográfica.

3.2 Resultados dos Testes de Hipóteses

Hipótese 1- Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais do climatério e presença de sintomatologia física.

Para confirmar esta hipótese recorreremos à estatística de correlação não paramétrica, o rho de Spearman, por se tratarem de variáveis em escala e por ser um coeficiente de correlação ordinal, onde a distribuição não necessita de ser normal. Assim, cruzamos as variáveis: representações (*Menopause Representations Questionnaire*) e qualidade de vida física (*Menopause Quality of life*). De salientar, que a qualidade de vida é avaliada em termos de queixas, ou seja, uma maior pontuação na qualidade de vida, implica a existência de superior sintomatologia no domínio em estudo.

O resultado mostra uma relação significativa negativa entre as duas variáveis, ou seja, as mulheres com representações mais positivas apresentam menos queixas físicas ($\rho=0,266$, $p<0.01$) e por sua vez, as mulheres com representações negativas manifestam mais queixas físicas..

Quadro 31

Resultados da análise do Teste de correlação não paramétrico de Spearman

	Representações
<i>Qualidade de Vida Física</i>	-.226**

** - $p<0.01$

Hipótese 2 – Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais do climatério e a presença de sintomatologia psicológica.

Para confirmar esta hipótese recorreremos à estatística de correlação não paramétrica, o rho de Spearman, por se tratarem de variáveis em escala e por ser um coeficiente de correlação ordinal, onde a distribuição não necessita de ser normal.

Os resultados mostram que existe uma correlação negativa entre as representações sociais e a sintomatologia psicológica, logo, a mais representações negativas corresponde maior sintomatologia ansiosa, depressiva e psicossocial e vice-versa, validando, desta forma, a hipótese.

Quadro 32

Resultados da análise do Teste de correlação não paramétrico de Spearman

	Representações
BDI	-.476**
STAI Estado	-.445**
STAI Traço	-.457**
QV Psicossocial	-.427**

** - $p < 0.01$

Hipótese 3 – Prevê-se uma relação positiva entre os sintomas avaliados pelo questionário de qualidade de vida e a sintomatologia física e psicopatológica.

Esta hipótese baseia-se na aceitação de que à medida que a qualidade de vida aumenta (ou seja, segundo o questionário por nós utilizado, refere-se à medida que os sintomas aumentam), ampliam-se igualmente as queixas ao nível da sintomatologia física e psicopatológica. Desta forma e para se tornar mais fácil a sua leitura, em vez de colocar qualidades de vida, optamos por classificar em sintomas associados aos diferentes domínios estudados, nomeadamente, vasomotor, psicossocial, físico e sexual.

Assim e de maneira a confirmar a hipótese supracitada recorreremos à estatística de correlação não paramétrica, o rho de Spearman, por se tratarem de variáveis em escala e por ser um coeficiente de correlação ordinal, onde a distribuição não necessita de ser normal.

Assim foi realizada um teste de correlação entre as diferentes qualidades de vida e a sintomatologia depressiva, ansiosa e a identidade da menopausa.

Confirma-se que existe uma correlação entre as queixas nos vários domínios da qualidade vida e a sintomatologia ansiosa, depressiva e a identidade da menopausa. Logo, a hipótese é validada ($p < .01$).

Também se confirma a existência de correlação entre os sintomas vasomotores, psicossociais, físicos e sexuais e a sintomatologia ansiosa ($p < .01$). Além disso e a partir dos resultados verifica-se que, como seria de esperar, a variável que se correlaciona com maior intensidade com a sintomatologia ansiosa é a qualidade de vida psicossocial.

Quadro 33

Resultados da análise do Teste de correlação não paramétrico de Spearman

	Sintomas Vasomotores	Sintomas Psicossociais	Sintomas Físicos	Sintomas Sexuais
Identidade	.548**	.628**	.618**	.393**
BDI	.397**	.628**	.450**	.424**
STAI Estado	.296**	.463**	.294**	.259**
STAI Traço	.316**	.538**	.346**	.266**

** - $p < 0.01$

Hipótese 4 – Espera-se uma relação positiva entre a depressão prévia e a presença de sintomatologia depressiva no climatério.

Esta hipótese foi colocada inicialmente, todavia, não poderia ser avaliada, uma vez que não foi colhida informação da anamnese clínica dos sujeitos a este nível.

Porém, resolvemos analisar se há diferenças entre médias quando comparamos sujeitos que usam psicotrópicos e que recorrem / recorreram a consulta de psiquiatria e as pontuações do Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Assim, esta hipótese foi testada com base na estatística paramétrica (teste t de amostras independentes, Quadro 34) e verificou-se a existência de diferença ao nível das médias, quando comparamos sujeitos que tomam medicação por problemas emocionais e os scores totais do BDI ($t=3,32$; $p=.001$). De igual forma, confirmamos que os indivíduos que recorreram a uma consulta de psiquiatria (Quadro 35) também apresentam pontuações mais elevadas no inventário de depressão ($t=3,48$; $p=.001$).

Quadro 34

Resultados da análise da Depressão em função da utilização de medicação por problemas emocionais

Medicação relacionada com problemas emocionais		N	Média	D-P	t	p
BDI	SIM	72	14,74	10,09	3,32	.001
	NÃO	128	10,76	6,773		

Quadro 35

Resultados da análise da Depressão em função do recurso a uma consulta de psiquiatria

Consulta de Psiquiatria		N	Média	D-P	t	p
BDI	SIM	49	15,69	10,296	3,48	.001
	NÃO	151	11,05	7,262		

Hipótese 5 – Prevê-se que existam diferenças entre o grupo perimenopáusico e pós-menopáusico, ao nível das representações, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica e física.

Para efectuar este tipo de análise recorreremos aos dois grupos (perimenopáusico e pós-menopáusico) e realizamos o teste t para amostras independentes.

Como se pode observar (Quadro 36), os resultados mostram que a única diferença entre os grupos é ao nível da sintomatologia sexual, sendo as pós-menopáusicas as que apresentam médias mais elevadas, ou seja, as que manifestam mais sintomatologia relacionada com a esfera sexual.

Logo, a hipótese não pode ser comprovada.

Quadro 36

Resultados da análise das variáveis Representações, Qualidades de vida Vasomotora, Psicossocial, Física e Sexual, Depressão e Ansiedade Estado-Traço

	Grupos	n	Média	D-P	t	p
Representações	Perimenopáusico	85	3,35	,35	-,067	ns
	Pós-menopáusico	115	3,36	,45		
QV vasomotora	Perimenopáusico	85	3,55	,96	,687	ns
	Pós-menopáusico	115	3,45	,96		
QV Psicossocial	Perimenopáusico	85	9,25	1,77	-1,11	ns
	Pós-menopáusico	115	9,53	1,73		
QV Física	Perimenopáusico	85	23,87	3,67	,393	ns
	Pós-menopáusico	115	23,67	3,44		
QV sexual	Perimenopáusico	85	3,13	,85	-2,17	.016
	Pós-menopáusico	115	3,42	,97		
BDI	Perimenopáusico	85	11,13	7,44	-1,55	ns
	Pós-menopáusico	115	12,97	8,87		
STAI Estado	Perimenopáusico	85	40,04	10,59	,230	ns
	Pós-menopáusico	115	39,67	11,48		
STAI Traço	Perimenopáusico	85	38,47	10,35	-1,07	ns
	Pós-menopáusico	115	40,21	12,03		

Hipótese 6 – Pretendemos saber de entre as variáveis do estudo, quais as que melhor contribuem para explicar a variância na qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual), identidade e sintomatologias ansiosa e depressiva, em mulheres perimenopáusicas e pós-menopausicas.

Na sequência do trabalho efectuado e com o objectivo de constatar quais as variáveis que melhor explicam a variação nas representações do climatério, foi realizada uma análise de regressão. Nesta análise foi utilizado o método enter, com a introdução no modelo das seguintes variáveis:

- Idade
- Número de filhos
- Escolaridade
- Estado civil
- Representações

Os quadros que se seguem mostram o resultado das análises de regressão para cada uma das variáveis em estudo.

Resultados para a qualidade de vida vasomotora. A dimensão que melhor prevê as queixas associadas à sintomatologia vasomotora são no caso das pós-menopáusicas, as representações sociais que explica 23,5%.

Quadro 37

Resultados da análise de regressão para a variável Qualidade de Vida Vasomotora

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,197	,039	,027	ns
	Nº de filhos	,232	,054	,031	ns
	Escolaridade	,236	,056	,021	ns
	Estado civil	,237	,056	,009	ns
	Representações	,314	,099	,042	ns
Pós-menopáusico	Idade	,171	,029	,020	.019
	Nº de filhos	,276	,076	,060	ns
	Escolaridade	,307	,094	,069	ns
	Estado civil	,308	,095	,062	ns
	Representações	,485	,235	,200	.000

Resultados para a qualidade de vida psicossocial (Quadro 38): constata-se que as variáveis que mais contribuem para a sintomatologia psicossocial são as representações em ambos os grupos explicando no grupo perimenopáusico 15,1% e no pós-menopáusico 30,7% da dimensão referida.

Quadro 38

Resultados da análise de regressão para a variável Qualidade de Vida Psicossocial

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,020	,000	-,012	ns
	Nº de filhos	,132	,017	-,007	ns
	Escolaridade	,141	,020	-,017	ns
	Estado civil	,188	,035	-,013	ns
	Representações	,388	,151	,097	.002
Pós-menopáusico	Idade	,191	,036	,028	ns
	Nº de filhos	,428	,184	,169	.000
	Escolaridade	,429	,184	,162	ns
	Estado civil	,437	,191	,162	ns
	Representações	,554	,307	,275	.000

Resultados para a qualidade de vida física: a variável que mais contribui para a sua variação é na pós-menopausa, a representação social, explicando 14,9% da variância.

Quadro 39

Resultados da análise de regressão para a variável da Qualidade de Vida Física

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,089	,008	-,004	ns
	Nº de filhos	,216	,047	,024	ns
	Escolaridade	,230	,053	,018	ns
	Estado civil	,245	,060	,013	ns
	Representações	,261	,068	,009	ns
Pós-menopáusico	Idade	,219	,048	,040	ns
	Nº de filhos	,283	,080	,064	ns
	Escolaridade	,314	,098	,074	ns
	Estado civil	,314	,099	,066	ns
	Representações	,386	,149	,110	.013

Resultados para a qualidade de vida sexual (Quadro 40): no caso do grupo pós-menopáusico, são as representações as que explicam a variância, contribuindo com 21,7%.

Quadro 40

Resultados da análise de regressão para a Qualidade de Vida Sexual

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,174	,030	,019	ns
	Nº de filhos	,211	,045	,021	ns
	Escolaridade	,233	,054	,019	ns
	Estado civil	,236	,056	,009	ns
	Representações	,249	,062	,003	ns
Pós-menopáusico	Idade	,066	,004	-,004	ns
	Nº de filhos	,215	,046	,029	.029
	Escolaridade	,244	,060	,034	ns
	Estado civil	,294	,086	,053	ns
	Representações	,466	,217	,182	.000

Quanto à identidade do climatério (Quadro 41), existe influência explicativa em ambos os grupos das seguintes variáveis independentes: representações e número de filhos. Sendo que, no caso das perimenopáusicas, as representações explicam 18,5% da variância e nas pós-menopáusicas esta variável contribui com 32% da variância. As representações sociais contribuem para o aumento da sintomatologia associada ao climatério.

Quadro 41

Resultados da análise de regressão para a variável Identidade do climatério

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,087	,008	-,004	ns
	Nº de filhos	,243	,059	,036	.037
	Escolaridade	,244	,059	,025	ns
	Estado civil	,245	,060	,013	ns
	Representações	,430	,185	,133	.001
Pós-menopáusico	Idade	,006	,000	-,009	ns
	Nº de filhos	,323	,104	,088	.000
	Escolaridade	,323	,104	,080	ns
	Estado civil	,325	,105	,073	ns
	Representações	,564	,318	,287	.000

No que se refere à variável que mais contribui para a variação da sintomatologia ansiosa (estado) são, em ambos os grupos, as representações sociais do climatério e explicam 12% da variância nas perimenopáusicas e nas pós-menopáusicas explicam 32,5% (Quadro 42).

Quadro 42

Resultados da análise de regressão para a variável Sintomatologia ansiedade-estado

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,001	,000	-,012	ns
	Nº de filhos	,132	,017	-,007	ns
	Escolaridade	,139	,019	-,017	ns
	Estado civil	,141	,020	-,029	ns
	Representações	,347	,120	,065	.004
Pós-menopáusico	Idade	,074	,005	-,003	ns
	Nº de filhos	,186	,035	,018	ns
	Escolaridade	,236	,056	,030	ns
	Estado civil	,247	,061	,027	ns
	Representações	,570	,325	,294	.000

A variável que melhor prevê a sintomatologia ansiosa (traço) é a representação, explicando, no caso das pós-menopáusicas, 35% da variância.

Quadro 43

Resultados da análise de regressão para a variável Sintomatologia ansiedade-traço

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,001	,000	-,012	ns
	Nº de filhos	,024	,001	-,024	ns
	Escolaridade	,065	,004	-,033	ns
	Estado civil	,183	,033	-,015	ns
	Representações	,356	,126	,071	.005
Pós-menopáusico	Idade	,162	,026	,018	ns
	Nº de filhos	,230	,053	,036	ns
	Escolaridade	,277	,077	,052	ns
	Estado civil	,278	,077	,044	ns
	Representações	,595	,354	,325	.000

Quanto à sintomatologia depressiva avaliada a partir do Inventário de Depressão de Beck, verificamos que no grupo perimenopáusico as representações contribuem significativamente para a variação desta variável, que explica 14,2%.

Quanto às pós-menopáusicas, as variáveis que mais contribuem para a variação da sintomatologia depressiva são as representações, contribuindo com 37,2% da variância e o número de filhos, que explica 10,7%.

Quadro 44

Resultados da análise de regressão para a variável Sintomatologia depressiva

<i>Grupo</i>		<i>Coef. (Escala)</i>	<i>R² (%)</i>	<i>Acum. R²</i>	<i>p</i>
Perimenopáusico	Idade	,120	,014	,002	ns
	Nº de filhos	,224	,050	,027	ns
	Escolaridade	,225	,051	,016	ns
	Estado civil	,225	,051	,003	ns
	Representações	,377	,142	,088	.005
Pós-menopáusico	Idade	,127	,016	,007	ns
	Nº de filhos	,327	,107	,091	.001
	Escolaridade	,364	,132	,109	ns
	Estado civil	,378	,143	,112	ns
	Representações	,610	,372	,343	.000

Questões Exploratórias:

Tendo em conta as múltiplas variáveis referidas pelos autores como importantes para a compreensão da sintomatologia psicológica, o estudo é complementado com as seguintes análises exploratórias:

1. Que variáveis sócio-demográficas estão relacionadas com a sintomatologia climatérica?

As análises seguintes foram efectuadas para todos os questionários (MENQOL, MRQ; STAI e BDI) através da estatística paramétrica e não paramétrica. Nos quadros seguintes, apresentamos apenas os resultados das dimensões em que se registam correlações significativas.

1.1 Análises dos diferentes questionários em função da variável idade

Para procedermos à análise recorreremos ao teste de correlação de Pearson.

Da análise resulta, que a idade está correlacionada positivamente com o aumento de sintomatologia vasomotora e sexual. Assim, as mulheres com mais idade reportam maior sintomatologia nestas duas esferas.

Quadro 45

Resultados da análise da sintomatologia vasomotora e sexual em função da idade

<i>Variável</i>	<i>Sintomatologia Vasomotora</i>	<i>Sintomatologia Sexual</i>
Idade	.143*	.159*

*p<.05

1.2 Análises dos diferentes questionários em função da variável estado civil

Para a realização desta análise recorreremos ao teste One Way ANOVA por se tratar de uma variável quantitativa e por se estar a realizar a comparação entre grupos.

Da análise resulta que a qualidade de vida sexual é influenciada pelo estado civil (p=.005).

Através do teste Bonferroni, analisamos que as casadas são as que apresentam pior qualidade de vida sexual e neste sentido, são as que reportam mais sintomas sexuais.

1.3 Análises dos diferentes questionários em função do nível de escolaridade

Para testar esta hipótese utilizamos uma alternativa não paramétrica, Teste Kruskal-Wallis, dado existir uma diferença de n grande. Todavia não se registam diferenças de índices significativos.

1.4 Análises dos diferentes questionários em função da situação profissional

Para testar esta hipótese utilizamos uma alternativa não paramétrica, Teste Kruskal-Wallis, dado existir uma diferença grande do n. Porém, não se registam diferenças significativas.

2. Qual a relação entre comportamentos de saúde e representações do climatério?

Para a análise da relação entre representações e comportamentos de saúde (palpação mamária, mamografia, ecografia mamária, papanicolaou e exame ginecológico) foi realizado o teste paramétrico (teste t) para amostras independentes. Esta análise permite verificar que as mulheres que têm representações mais positivas realizam mais exames de ecografia mamária.

Quadro 46

Resultados da análise das representações do climatério em função da prática de saúde (ecografia mamária)

	<i>Ecografia mamária</i>	n	Média	D-P	p
Representações	Sim	126	3.31	.441	.047
	Não	74	3.43	.359	

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Qualidade de Vida

No presente estudo e a partir do análise da qualidade de vida nas suas quatro dimensões: vasomotora, psicossocial, física e sexual, conclui-se a existência de uma elevada prevalência de sintomas associados ao climatério.

O nervosismo e ansiedade são os sintomas que têm maior prevalência na amostra estudada. São os sintomas mais reiteradamente associados à fase climatérica.

Continuamente, a maioria das queixas são relacionados a factores físicos, particularmente, dores osteo-musculares, cansaço físico, dores lombares, fadiga, entre outros.

Quanto à qualidade de vida psicossocial, cerca de metade da amostra apresenta sintomas relacionados com esta esfera, designadamente: tristeza, impaciência, necessidade de estar só...

Em relação aos sintomas vulgarmente associados ao climatério, denominados de vasomotores: 43% dos sujeitos apresentam afrontamentos; 56% transpirações nocturnas, e, 51% refere aumento da transpiração. Como é referido pela literatura (e.g., O'Connell et al, 2000), a sintomatologia física e vasomotora está relacionada com a presença da ansiedade nesta fase vital. Desta forma, o elevado predomínio de queixas de ansiedade pode estar relacionado com a deterioração da qualidade de vida nos seus vários domínios.

Quanto à qualidade de vida sexual, verifica-se que as queixas são reportadas por menos de metade da amostra: 43,5% evita ter relações sexuais, 42% refere alterações ao nível do desejo e o mesmo número refere secura vaginal.

Além da transição perimenopáusicas ter sido reconhecida como mais importante que as outras fases climatéricas, visto que a maioria dos sintomas se dão nesta etapa (Hunter, 1993; Dennerstein, 1996; Li et. al., 1996), o nosso estudo só encontrou diferenças significativas entre os grupos (perimenopáusicos

e pós-menopáusicas) em quatro dos vinte e nove sintomas apresentados: aumento de peso (sendo as perimenopáusicas as que apresentam médias mais elevadas ao nível deste sintoma), dores de cabeça, alterações na libido e secura vaginal (sintomas com maior frequência nas pós-menopáusicas).

Seguidamente, agrupamos os sintomas nas qualidades de vida respectivas (conforme sugerido pelo autores do questionário) e analisamos as diferenças entre os grupos perimenopáusicas e pós-menopáusicas estatisticamente significativas. Com esta análise concluímos, a existência de diferenças significativas entre os grupos avaliados, somente ao nível da qualidade de vida sexual, sendo as pós-menopáusicas as que declaram pior qualidade de vida nesta dimensão. Este resultado é corroborado por outras investigações (e.g. Pearce, 1995), que referem que há um aumento de secura vaginal nas mulheres pós-menopáusicas, causando desconforto durante a actividade sexual. Este dado pode ser visto à luz de vários factores como sugerem os investigadores. Um dos factores pode estar associado à própria idade visto que, à medida que a idade avança, há diminuição da elasticidade e da lubrificação vaginal, redução da erecção clitoriana, dificuldade orgástica e a secura vaginal (factores que estão na génese da dispareunia), factores que comprometem a qualidade das relações sexuais. Outro indicador refere-se à presença de suores nocturnos intensos (na nossa amostra representados por 57% das mulheres), que podem interferir com o interesse sexual e a actividade sexual. Outro factor que pode estar na génese da diminuição da qualidade de vida sexual, diz respeito aos problemas psiquiátricos (Hunter, 1993) e medicação relacionado com problemas emocionais (Hallstrom & Samuelson, 1990). Porém, nesta investigação, a avaliação da associação entre qualidade de vida sexual e as variáveis: consulta psiquiátrica e medicação por problemas emocionais mostraram-se não significativas.

A variável qualidade de vida sexual, também foi analisada tendo em conta as representações sociais que as mulheres têm do evento climatérico e verificou-se que, apenas na pós-menopausa há uma correlação negativa entre as representações e os sintomas sexuais, isto é, quanto mais as representações sobre esta fase são negativas, mais sintomas sexuais são reportados. Isto sugere que a

qualidade de vida pode estar relacionada: com expectativas negativas sobre esta fase; com uma visão da menopausa como um sinal de envelhecimento¹².

Todavia, é de salientar que alguns casais não desejam ter relações sexuais nesta fase vital e quando se dá uma diminuição na sexualidade nem sempre é acompanhada de tristeza. A mulher, por exemplo, pode procurar na menopausa um refúgio de uma relação sexual insípida, repetitiva ou mesmo desagradável: "...ainda bem! Assim, ele já não me procura, ele já não me incomoda."

Relativamente à variável estado civil, os dados demonstram que são as pós-menopáusicas casadas que apresentam pior qualidade de vida sexual, comparativamente com as solteiras, divorciadas ou viúvas (não se verificando esta assumpção no grupo perimenopáusico).

Representações Sociais sobre o Climatério

Através do estudo da variável representações sociais, verifica-se que as mulheres da nossa amostra apresentam na sua maioria representações sociais positivas sobre esta fase (as perimenopáusicas apresentam médias de 3.35 e as pós-menopáusicas de 3.36, numa escala likert onde o máximo é de 5 pontos). Assim e apesar de durante séculos, os pontos de vista em relação ao climatério serem negativos, muitas mulheres, actualmente, têm crenças, valores, atitudes e imagens positivas sobre a experiência climática¹³.

Quanto à avaliação da existência de diferenças entre os grupos peri e pós-menopáusico, não se assinalam diferenças significativas, ao contrário dos achados de outras investigações que sugerem que as mulheres pós-menopáusicas expressam sentimentos mais positivos sobre este processo (e.g., Avis et. al., 1991; Delanoe, 1997).

¹² O efeito da menopausa e em geral a meia-idade é influenciado por crenças e atitudes sócio-culturais e tradições que podem ter efeitos subtis. Em culturas onde o sexo é valorizado quase exclusivamente, para fins reprodutivos e o papel principal da mulher é o de procriar, a actividade sexual pode estar limitada aos anos férteis.

¹³ Reconhecemos que, embora haja assumpção popular predominante da sociedade actual em equacionar a menopausa como o declínio da qualidade de vida e perda da juventude, as representações sociais gerais desta amostra foi consideravelmente positiva.

Vários estudos indicam que as expectativas negativas estão correlacionadas com os sintomas. Desta forma, foi estudada a correlação existente entre as representações sociais e as sintomatologias física, psicossocial, vasomotora e sexual, e verificou-se que há uma correlação negativa entre representações e sintomatologias em todas as suas dimensões, somente nas pós-menopáusicas (havendo uma correlação mais forte ao nível da sintomatologia psicossocial). Em relação ao grupo perimenopáusico, são apenas os sintomas vasomotores e psicossociais que estão correlacionados negativamente com as representações sociais. Por isso, pode concluir-se que esperar sintomas na menopausa, pode conduzir a “profecias auto-cumpridoras”.

Verificou-se também, a existência de correlações negativas entre as representações sociais e a ansiedade e a depressão, ou seja, mulheres com crenças mais positivas apresentam menos ansiedade e depressão e vice-versa.

Além de inicialmente não ter sido nossa pretensão analisar a relação existente entre a utilização da THS e as representações sociais, resolvemos fazê-lo tendo em conta a sua pertinência e verificamos não existir correlação entre essas duas variáveis, ou seja, as representações sociais não estão relacionadas com o uso desta terapêutica. Eventualmente, esta não correlação, pode dever-se ao facto de ainda, por parte dos médicos predominar uma atitude paternalista, hipotetizando que a própria decisão de utilizar esta medicação se deve ao arbítrio do técnico de saúde e não da utente. Muitas vezes, as mulheres recorrem aos técnicos de saúde para obtenção de informação sobre esta etapa e estes podem interpretar esta solicitação como uma indicação de desejo de tratamento hormonal. Outro factor que não podemos descurar, são os efeitos ambíguos subjacentes a esta terapêutica (efeitos secundários associados a patologias cancerosas, resultados pouco promissores...). E por último, podemos hipotetizar que pelo facto de a THS em Portugal não ser comparticipada, pode estar limitada às pessoas com maior poder económico.

Variáveis Psicológicas

Quanto a uma das variáveis psicológicas usualmente associada ao climatério (*distress* psicológico), verificou-se que 73,5% das mulheres relatavam cansaço e esgotamento; 51,5% refere alterações no sono (dificuldades em dormir).

Relativamente à ansiedade e além da queixa associada a este sintoma ser elevadíssima (79%, dado avaliado através do questionário de qualidade de vida), na realidade e através do uso de um instrumento de avaliação específico da ansiedade, a média dos valores varia entre 38.47 e 40.04 (numa escala likert que varia entre 20 e 80 pontos). Logo, conclui-se que a ansiedade é baixa, em ambos os grupos (perimenopáusico e pós-menopáusico).

Em relação à depressão, avaliada a partir do Inventário de Depressão de Beck, a média varia entre 11 e 12 pontos numa escala onde o máximo é 63. Conclui-se, portanto, que ao contrário de outras investigações, não se registam níveis de depressão e não há diferenças entre os grupos investigados.

Discussão dos Resultados das Hipóteses formuladas

Hipótese 1- Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais do climatério e a presença de sintomatologia física.

Esta hipótese refere-nos que as mulheres que percepcionam o climatério como etapa desenvolvimental negativa apresentam mais queixas a nível físico.

Desta forma, as atitudes mais negativas, as expectativas mais desajustadas à realidade individual de cada mulher e as crenças condicionadas pela desinformação supõem uma menor adaptação das mulheres às alterações próprias do climatério e subsequentemente uma pior qualidade de vida física.

O resultado mostra uma relação significativa negativa entre as representações sociais e a presença de sintomatologia física, isto é, as mulheres com atribuições mais positivas relativamente à fase pela qual

estão a passar, apresentam menos sintomas físicos e as mulheres com representações mais negativas apresentam mais queixas sintomatológicas da dimensão física.

É possível, pois, afirmar que a hipótese é validada.

Hipótese 2 – Prevê-se uma relação negativa entre representações sociais relativamente ao climatério e a sintomatologia psicológica.

A hipótese prevê que as representações sociais positivas estão relacionadas negativamente com a sintomatologia psicossocial.

Inversamente, e tal como refere Wilbur e colaboradores (1995), as representações negativas estão correlacionadas com os sintomas psicológicos, concretamente, com maior pontuação nas escalas de depressão, o que supõe que estas mulheres tendem a ter mais dificuldades para a transição que todo este processo desenvolvimental implica. Segundo esta perspectiva, a predisposição e as representações negativas do climatério favorecem o aparecimento de sintomas psicológicos. Assim, as representações funcionam como indicadores da presença ou da ausência de sintomatologia psicológica nesta fase.

Nesta análise, os resultados obtidos permitem corroborar a relação entre expectativas mais positivas e menor frequência de sintomas psicológicos. A hipótese, é portanto, validada.

Hipótese 3 – Prevê-se uma relação positiva entre os sintomas avaliados pelo questionário de qualidade de vida no climatério e a sintomatologia física e psicológica da mulher.

Esta hipótese refere há relação entre as queixas ao nível da qualidade de vida e os sintomas físicos e psicológicos. Neste sentido, os resultados obtidos permitem concluir que a qualidade de vida avaliada nas suas quatro dimensões: vasomotora, psicossocial, física e sexual, está correlacionada fortemente com a identidade climatérica (sintomas associados a esta fase), com a depressão e a ansiedade. Logo, a hipótese é validada.

Para Blumel e seus colegas (2000), a menopausa é responsável pela perda da qualidade de vida, independentemente da idade e das variáveis sócio-demográficas. No entanto, Ortiz e seus colaboradores (1999) salientam que as alterações na qualidade de vida são consequência dos sintomas relacionados com o evento menopáusico. Assim, é de esperar que as mulheres que apresentam mais sintomatologia vasomotora, psicossocial, física e sexual, manifestem superior sintomatologia depressiva e ansiosa e concludentemente, menor qualidade de vida.

Hipótese 4 – Espera-se uma relação positiva entre a história de depressão e a presença de sintomatologia depressiva no climatério.

A hipótese prevê que o passado de depressão é preditivo de depressão nesta fase desenvolvimental. Além de inicialmente termos proposto esta hipótese, ela não pode ser avaliada pelo facto de não termos dados que nos permitam fazer esta análise, isto porque, não foi formulada uma questão específica que pudesse avaliar esta relação.

Todavia, optamos por analisar a correlação entre a utilização de psicotrópicos e o recurso a uma consulta de psiquiatria, concluindo a existência de correlações significativas ($p < .001$). Isto é, mulheres, que no passado, apresentaram algum tipo de problema psicológico e que por esse motivo recorreram a uma consulta de psiquiatria ou que utilizaram psicofarmacologia, revelam mais queixas depressivas nesta fase vital.

Hipótese 5 – Prevê-se a existência de diferenças entre o grupo perimenopáusico e pós-menopáusico, ao nível das representações, da qualidade de vida, da sintomatologia psicopatológica e física.

Muitos autores têm considerado a perimenopausa como uma fase de maior vulnerabilidade para o surgimento de sintomas físicos e psicológicos. Isto deve-se ao facto da sintomatologia física

(afrontamentos, suores nocturnos) e da sintomatologia psicossomática (depressão, irritabilidade, distúrbios do sono) ocorrerem mais frequentemente durante esta etapa (Li et al., 1996).

Porém, a única diferença estatisticamente significativa encontrada no estudo destas variáveis, foi a qualidade de vida sexual ($p=.016$), sendo o grupo pós-menopáusicas o que apresenta maior deterioração ao nível da sexualidade. Neste sentido, Blumel e colaboradores (2002), referem que no climatério a sexualidade se deteriora significativamente e que este “risco triplica devido à diminuição de estrogénios que levam à diminuição da lubrificação vaginal, afectam a mecânica do tecido pélvico, modificando a configuração corporal e levando ao aumento de transtornos do estado de ânimo, traduzindo-se todos estes efeitos na perda da auto-estima e do desejo sexual” (p.1133). Os autores salientam que se a todos estes factores for acrescentada a visão da sociedade relativamente a uma mulher de meia-idade como “carente de atractivos sexuais, não é surpreendente que tenham uma alta prevalência de transtornos sexuais”.

Na nossa amostra, 43,5% das pós-menopáusicas e das perimenopáusicas referem evitar ter relações sexuais. Quanto ao desejo sexual, 47% das pós-menopáusicas e 31% das perimenopáusicas referem alteração a este nível. Em relação à secura vaginal (consequência do hipoestrogenismo), é referida por cerca de 48% das pós-menopáusicas e por 31% das perimenopáusicas.

Como conclusão, podemos referir que a idade pode constituir um factor significativo para o predomínio destes transtornos e se coligarmos a este factor, o deterioro da saúde, o uso de medicamentos, os problemas sexuais do companheiro, parece-nos verosímil que as mulheres mais velhas apresentem uma pior qualidade de vida sexual.

Hipótese 6 – Pretendemos saber de entre as variáveis do estudo, quais as que melhor contribuem para explicar a variância na qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual), identidade e sintomatologias ansiosa e depressiva, em mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas.

A análise de regressão demonstra que a variável representações sociais, é preditora da qualidade de vida nos vários domínios analisados. No entanto, é no grupo pós-menopáusico que as representações sociais têm uma maior peso preditor da qualidade de vida, da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Análises Exploratórias:

1. Análise dos diferentes questionários em função da variável idade

De entre as variáveis analisadas, as únicas que se mostraram relacionadas foram a qualidade de vida vasomotora e a sexual, ou seja, conclui-se que são as mulheres com mais idade que apresentam mais queixas vasomotoras, nomeadamente, afrontamentos, transpiração nocturna e aumento de transpiração e mais sintomas sexuais, designadamente, alterações no desejo sexual, secura vaginal e evitam a prática sexual.

2. Análise dos diferentes questionários em função do estado civil

Este estudo exploratório explícita que os sintomas estão correlacionados com o estado civil. Todavia, a partir desta avaliação, averiguamos que a variável estado civil, somente está correlacionada com a qualidade de vida sexual, sendo o grupo das casadas as que reportam mais queixas a este nível.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

6.1 CONCLUSÕES

É importante assinalar que a população estudada não abrangeu utentes da consulta da Mulher da Menopausa, englobando-se somente aquelas que assistiam a uma consulta de medicina familiar dos Centros de Saúde, por diversas razões: tanto pela saúde pessoal (não exclusivamente ginecológica), como acompanhantes de doentes. A selecção foi realizada desta forma, com a intenção de evitar que o pedido de atenção médico fosse centrado em sintomas do climatério.

O climatério representa um importante acontecimento cultural, psicológico e biológico para a mulher. É associado, muitas vezes, a múltiplas crenças negativas estereotipadas que relacionam esta fase à perda da maternidade (Patterson et al., 1988), à deterioração associada ao envelhecimento (Ballinger, 1998), à improficuidade, ao aparecimento de problemas físicos e psicológicos.

O estudo revelou uma elevada prevalência de sintomatologia psicossocial (ansiedade) e física, revelando uma acentuada deterioração da qualidade de vida nos vários domínios investigados: vasomotor, psicossocial, físico e sexual.

Da investigação ressaltou a importância das representações sociais e da sua influência na forma como as mulheres experenciam as alterações próprias do climatério, confirmando-se que as representações negativas estão associadas à prevalência de sintomatologia física e psicológica (ansiedade e depressão), como concluído por vários autores (e.g. Avis et al., 1991; Hunter, 1990b; Matthews, 1992).

Quanto à existência de diferenças entre os grupos perimenopáusico e pós-menopáusico, é interessante destacar que a única diferença existente diz respeito à qualidade de vida sexual, a qual se deteriora à medida que a idade avança e se está em fase pós-menopáusica. O bloqueio do exercício da sexualidade pode dever-se, como refere Favarato e seus colaboradores (2000), à visão estereotipada

que a cultura induz nos sujeitos com mais idade, favorecendo uma auto-imagem negativa de menor atractibilidade e desejabilidade sexual associada ao envelhecimento

Relativamente à última análise efectuada, esta diz respeito à avaliação do valor preditivo das representações. Neste sentido, corroborou-se que esta variável é de extrema importância na explicação de toda a sintomatologia climatérica.

Desta forma, reflecte-se a necessidade de uma maior educação sobre esta etapa vital, para que as estratégias de prevenção sejam mais efectivas e em menor grau condicionadas pelas crenças das mulheres relativamente a este evento.

6.2 LIMITAÇÕES DO TRABALHO E PISTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURAS

Finalizamos referindo algumas limitações teóricas, metodológicas e práticas do trabalho realizado, as quais apontam para linhas de investigação relevantes neste domínio.

Na presente investigação declaram-se três limitações principais.

A primeira limitação respeita à generalização. Neste sentido e quanto à validade externa, a amostra foi recolhida numa só zona do país e, embora se espere que os resultados possam generalizar-se a indivíduos com características sócio-culturais e demográficas semelhantes, nada se pode afirmar sobre a generalização dos resultados auferidos de outras zonas geográficas e com características sócio-culturais diferentes. Similarmente, outra limitação prende-se com o próprio tamanho da amostra utilizada nesta avaliação, exigindo, desta forma, prudência na interpretação e generalização dos resultados.

A segunda limitação refere-se ao trabalho desenvolvido no plano das representações sociais e seus desenvolvimentos futuros. Pelo facto de terem sido estudadas exclusivamente as representações na óptica das mulheres climatéricas, traz limitações, dada a própria definição de representações que indica que estas são constituídas no quadro dos processos de interacção social e reguladas por factores sociais em que se destaca a dinâmica das relações sociais. Assim, um desenvolvimento futuro do trabalho agora efectuado deverá, quanto a nós, incidir sobre as representações sociais que outros grupos privilegiados constroem do climatério - a saber, os companheiros, os familiares, os técnicos de saúde, os média. Esperamos que a análise das relações que se estabelecem entre estas diferentes representações sociais permitam aprofundar a compreensão dos seus processos de construção e transformação e, assim, otimizar a via de acesso à promoção da saúde e prevenção da doença nas mulheres pré-menopáusicas, perimenopáusicas e pós-menopáusicas.

A terceira limitação prende-se com o facto de não ter sido incluída na amostra mulheres que se encontram em fase pré-menopáusica. Esta inclusão teria permitido a averiguação da relação das diversas variáveis em todas as fases climatéricas.

Uma área relevante a explorar prende-se com a compreensão da relação conjugal, uma vez que foi por nós detectada uma insatisfação sexual generalizada, e neste sentido seria útil corroborar se esta se deve a aspectos puramente biológicos ou a aspectos íntimos, relacionais, empáticos do processo marital.

O estudo da sexualidade masculina também seria uma área de pesquisa pertinente, na medida as alterações da sexualidade do parceiro podem influenciar a sexualidade da mulher nesta etapa vital.

Uma questão no âmbito do climatério que nos parece necessário dar mais atenção, tanto em termos teóricos como de investigação, refere-se à história clínica de perturbações emocionais. Esta é, aliás,

uma das principais recomendações, dado que parece existir uma correlação forte entre a sua presença e perturbações nesta fase desenvolvimental.

Já em relação à imagem corporal, poucos estudos têm avaliado esta dimensão. Embora seja difícil distinguir entre as mudanças provocadas pela menopausa das que resultam do próprio envelhecimento, era interessante investigar qual a preocupação que as mulheres têm em relação a esta dimensão. Tendo a vivência do corpo um papel-chave no encontro intersubjectivo, o que consitue para a mulher as modificações corporais que se podem verificar nesta fase do ciclo vital?

Por outro lado, gostaríamos de sublinhar a necessidade de reflectir sobre os programas de promoção numa perspectiva biopsicossocial destinados aos vários interlocutores e intervenientes neste processo, mulheres, técnicos de saúde, media...

Apesar das suas limitações, esperamos que, a presente dissertação contribua para uma compreensão mais alargada do processo climatérico e da sua expressão na realidade portuguesa, bem como da necessidade de teorização, estudo empírico e intervenção neste domínio.

BIBLIOGRAFIA

- AdeKunle, A. O. (2000). Perceptions and Attitudes of Nigerian Women about the Menopause. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 20 (5), 525-530.
- Akhter, H.H., (2002). Substituição hormonal durante e depois da menopausa. *Boletim Médico da IPPF*, 36 (2), 2-4.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2000). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga. Psiquilíbrios.
- Amiogi, S., Morelli, P., Parazzini, F., & Chatenoud, L. (2000). Determinants of elevated blood pressure in women around menopause: results from a cross-sectional study in Italy. *Maturitas*, 34 (1), 25-32.
- Anderson, E. A., Hamburger, S., Liu, J. H., & Rebar, R. W. (1987). Characteristics of menopausal women seeking assistance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156, 428-433.
- Andrews, B., & Brown, G. (1995). Stability and change in low self esteem: the role of psychosocial factors. *Psychol Med*, 25, 1-9.
- American Psychiatric Association (1987). Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Avis, N. E., Brambilla, D., McKinlay, S. M., & Vass, K. (1994). A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol*, 4 (3), 214-220.
- Avis, N. E., & McKinlay, S. M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: Results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas*, 13, 65-79.
- Avis, N. E., Kaufert, P. A., McKinlay, S. A., & Vass, K. (1993). The evolution of menopausal symptoms. In: H.G. Bureger (Ed.). The menopause (pp. 17-32). London: Bailliere Tindall.

- Avis, N. E., & McKinlay, S. (1995). The Massachusetts Women's Health Study: An Epidemiologic Investigation of The Menopause. *JAMWA*, 50, 45-50.
- Ballinger, C. B. (1990). Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 156, 773-787.
- Baptista, M. C., & Mouro, C. (2000). Representações sociais das urgências hospitalares portuguesas. In Ribeiro, Leal, & Dias (Eds), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (p. 527-529). ISPA.
- Barbosa, A. M., & Ribeiro, J. P. (2000). Qualidade de Vida e Depressão. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Barrett-Connor, E. (1998). Clinical Review- Hormone replacement therapy. *British Medical Journal*, 317, 457-461.
- Bell, M. L. (1995). Attitudes toward menopause among Mexican American women. *Health care Women Int*, 16 (5), 425-435.
- Bergner, M., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile : The Relevance of Social Science to Medicine. In L. Eisenberg & A. Kleinman (Eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, I, 135-150. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Bermejo, J. B., Segarra, R. R., Bascañana, N. Y., & Vizcaíno, V. M. (2001). Diseño y validación de un cuestionario en castellano para medir calidad de vida en mujeres posmenopáusicas: el cuestionario MENCAV. *Atención Primaria*, 27 (2), 58-66.
- Blumel, J. E., Roncagliolo, M. E., Gramegna, G., Tacla, X., Sepúlveda, H., & Brandt, A. (1997). Prevalencia de síntomas psíquicos y vasomotores en diferentes períodos del climaterio. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 62, 412-418.
- Blumel, J. E., Benla, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., & Cumsille, M. A. (1998). Efecto del climaterio en la calidad de vida. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 63, 437-445.

- Blumel, J. E., Castelo-Branco, C., Binfa, L. et al. (2000). Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas*, 34 (1), 17-23.
- Blumel, J. E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Sánchez, F., Gramegna, S. (2002). Prevalência de los transtornos de la sexualidade en mujeres climatéricas. Influencia de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile*, 130, 1131-1138.
- Breslow, L. (1987). Some fields of application for health promotion and disease protection. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (WHO) Regional Publications, Europe Series, N°22, pp 47-60). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Brewer, S. (1999). A Menopausa. *Editorial Presença*, 1-179.
- Bottel, M. L., Domínguez, S. V., & Piñero, J. P. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana Obstet Ginecol*, 27 (1), 22-27.
- Bromberger, J. T., & Matthews, K. A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle- aged women. *Psychology and Aging*, 11, 207-213.
- Burger, H. G. (1999). The endocrinology of the menopause. *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.*, 69, 31-35.
- Busch, C. M., & Zonderman, A. B. (1994). Menopausal Transition and Psychological Distress in a Nationally Representative Sample: Is Menopause Associative With Psychological Distress? *Journal of Aging & Health*, 6 (2), 209-229.
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carolan, M. T. (1994). Beyond deficiency: Broadening the view of menopause. *Journal of Applied Gerontology*, 13, 193-205.

- Castelo-Branco, C., Sanjuán, A., Vicente, J. J., & Blumel, J. E. (1999). Sintomatologia vasomotora y terapias alternativas a la terapia hormonal de reemplazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologi*, 50 (2), 1-7.
- Catarino, A., Teixeira, J. A., & Pires, I. C. (1993). Fisiatria na incontinência urinária de esforço- Análise das repercussões da terapêutica na resposta sexual. *Ginec Med Reprod*, 18, 1.
- Cawood, E. H. H., & Bancroft, J. (1996). Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. *Psychol. Med.*, 26, 925-936.
- Chávez-Ayala, R., Andrade-Palos, P., & Rivera-Rivera, L. (2002). Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climatério. *Salud Pública de México*, 44 (5), 385-391.
- Chornesky, A. (1998). Multicultural Perspectives on Menopause and the Climacteric. *Journal of Women & Social Work*, 13 (1), 31-47.
- Conboy, L., O'Connell, E., & Domar, A. (2000). Women at Mid-life: Symptoms, Attitudes, and Choices. An Internet Survey. *Women's Health Interactive*, 1-13
- Consensus Opinion (2000). Clinical challenges of perimenopause: consensus opinion of the North American Menopause Society. *Menopause*, 7 (1), 5-13
- Cook, D. J., & Greene, J. C. (1981). Types of life events in relation to symptoms at the climacterium. *Journal of Psicossomatic Research*, 25, 5-11.
- Coulan, C. B., & Stern, J. J. (1991). Immunology of ovarian failure. *American Journal of Reproductive Immunology*, 25, 169-174.
- Crawford, M. P., & Hooper, D. (1973). Menopause, aging and family. *Social Science and Medicine*, 7, 469-482.
- Davidson, J. M. (1985). Sexual behaviour and it's relationship to ovarian hormones in the menopause. *Maturitas*, 7, 193.

- Delanoe, D. (1997). Les Représentations de la Ménopause: un enjeu des rapports sociaux d'âge et de sexe. *Contraceptilite Fertilité Sexualité*, 25 (11), 853-860.
- Demetrio, F. N. (2000). Efeito da Terapia de Reposição estrogénica sobre o humor e a ansiedade em mulheres menopausicas. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 1-202.
- Dennerstein, L., Burrows, G. D., Wood, C., et al.,(1980). Hormones and sexuality: effect of estrogen and progestogen. *Obstet Gynecol*, 3, 316-322.
- Dennerstein, L. (1996). Well-Being, Symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, 23, 147-157.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (1997). Well-being and the menopausal transition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18, 95-101.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). La Menopausia y no la edad esta relacionada con la disfunción sexual durante la etapa de transición. *Fértil Steril*, 76, 456-460.
- Ditkoff, E. C., Crary, W. G., Cristo, M., & Lobo, R. A. (1991). Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstet. Gynecol* 90, 991-995.
- Ellman, J. P. (1996). Analyst and patient at mid-life. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 353-371.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new model: A challenge for biomedicine. *Family Systems Medicine*, 10 (3), 317-330.
- Fallowfield, L. (1990). The quality of life: the missing measurement in health psychology. London: Human Horizons series.
- Favarato, M. E. C. S. (2000). A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1-65.
- Favarato, M. E. C. S, Aldrighi, J. M., Júnior, R. F., Pires, A. L., & Lima, S. M. R. R. (2000). Sexualidade e Climatério: influência de factores biológicos, psicológicos e sócio culturais. *Reprodução & Climatério*, 15, (4), 199-202.

- Ferguson, K. J., Hoegh, C., & Jonhson, S. J. (1989). Estrogen replacement therapy: A survey of Women's Knowledge and attitudes. *Archives of Internal Medicine*, 149, 133-136.
- Fernández, V. E., & Fernández, M. J. M. (1989). Clínica de la menopausia, sintomatología. In: Fernández Villoria E. ed. *Menopausia, aspectos médicos y sociales*. Barcelona: 29-33.
- Ferreira, S. D. (2000). Estudo Epidemiológico da Osteoporose na Unidade de Saúde Mata Mourisca. *Revista Portuguesa de Reumatologia e Patologia Osteo- Articular*, 13,127.
- Ferrer, J., Rodrigo, C.P., & Hernandez, P. (2000). La Medicina del Trabajo y el Síndrome Climatérico. *Boletín Informativo de La Sociedad Asturiana de Medicina e Seguridad en el Trabajo*, 7, 7-17.
- Filipe, M. T. (2001). Atitudes e Crenças em Relação à Menopausa e Terapêutica Hormonal de Substituição. (Monografia de Licenciatura em Psicologia). Lisboa Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Figueiras, M. J. (1994). The experience of the Menopause: a Comparison between Portugal and the United Kingdom. Msc. Dissertation in Health Psychology. University of London- UMDS- Guy's Hospital.
- Flint, M. (1975). The menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*, 16, 161-163.
- Gannon, L., & Ekstrom, B. (1993). Attitudes toward menopause: The influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 275-288.
- Ginsburg, J. (1991). What determines the age at the menopause? *British Medical Journal*, 302, 1288-1289.
- Gise, L. (1997). Psychological Aspects. In D.E. Stewart & G.E. Robinson, *A clinician's Guide to Menopause*. Washington, DC: Health Press International.
- Good, B.J. (1996). *Medicine, rationality, and experience: An antropological perspective*, 3^aed. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gouveia da Silva, M.F. (1999). Estudo comparativo sobre o desempenho em provas de memória e atenção entre mulheres pré-menopausadas deprimidas e não deprimidas. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo, 1-115.
- Greendale, G. A., Lee, N. P., & et al. (1999). The Menopause. *Lancet*, 353 (9152), 571-581.
- Greene, J. G. (1984). The social and psychological origins of the climacteric syndrome. Aldershot: Gower.
- Haney, A. F. (1986). Fisiología del climaterio. *Clin.Obstet. Ginecol.* 2, 397-406.
- Hammond, C. B. (1994). Women's concerns with hormone replacement therapy: compliance issues. *Fertility and Sterility*, 62, 157-160.
- Hammond, C. B. (1997). Management of Menopause. *American Family Physician*, 55 (5), 1667-1675.
- Hardy, R., Kuh, D., & Wadsworth, M., (2001). Smoking, social factors, and the menopause. *Menopause Digest*, 13 (4), 25-28.
- Haskell, S. G., Richardson, E. D., & Horwitz, R. I. (1997). The effect of estrogen replacement therapy on cognitive function in women: a critical review of the literature. *J. Clin. Epidemiol*, 50, 1249-1264.
- Hay, A. G., Bancroft, J., & Johnstone, E. C. (1994). Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 513-516.
- Hee, J., Macnaughton, J., Bangah, M., & Burger, H. (1993). Perimenopausal patterns of gonadotrophin, immunoreactive inhibin, oestradiol and progesterone. *Maturitas*, 18, 9-20.
- Herzlich, C. (1969). Santé et Maladie- Analyse d'une représentation sociale. Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, C. (1986). Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champs social. In W. Doise, & A. Palmonari (Eds.). L'étude des Représentations sociales (pp. 157-170). Paris: Delachaux & Niestlé.

- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G.H., Norton, P.G., & Dunn, E. (1996). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24 (3), 161-175.
- Holte, A. (1992). Influences of natural menopause on health complains: a prospective study of healthy Norwegian women. *Maturitas*, 14, 143-56.
- Huffman, S. B. & Myers, J. E. (1999). Counseling Women in Midlife: An Integrative Approach to Menopause. *Journal of Counseling & Development*, 77 (3), 258-257.
- Hulley, S., Grady, D., et al (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERS). Research Group JAMA, 280, 605- 13.
- Hunter, M. S., Battersby, R., & Whitehead, M. (1986). Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas*, 8, 217-228.
- Hunter, M. S. (1990a). Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy. *Maturitas*, 12, 299-314.
- Hunter, M. S. (1990b). Somatic experience of the menopause: A Prospective Study. *Psicosomatic Medicine*, 52, 357-367.
- Hunter, M. S. (1992). The women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychology & Health*, 7, 45-54.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symptoms. Psychosocial aspects. Baillieres. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7 (1), 33-45.
- Hunter, M. S. (1996). Depression and the Menopause. *British Medical Journal*, 313, 1217-1218.
- Hunter, M. S., & Liao, K.L. (1995). A psychological analysis of menopausal hot flushes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 589-599
- Hunter, M. S. (1997). Menopause and postmenopause. In A. Baum, J. Weinman & S. Newman. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: University Press.

- Hunter, M., & O’Dea, I. (2001). Cognitive Appraisal of the Menopause: The Menopause Representations Questionnaire. *Psychology, Health and Medicine*, 6 (1), 65-76.
- Índice Nacional de Saúde (1996). Notícias Médicas XXV, 2391, 20/12/96.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: Phénomènes, concept et théorie. In. S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales: Un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations Sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1991). *Madness and social representations*. NY: Harvester Wheatsheaf.
- Joffe, H, & Cohen, L.S. (1998). Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge? *Biol. Psychiatry*, 44, 798-811.
- Kaufert, A. S., Gilbert, P., & Tate, R. (1992). The Manitoba project: A re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14, 143-155.
- Kerr-Corrêa, F., Beltrame, A. L., & Crepaldi, A. L. (1998). Relação entre depressão e menopausa: revisão e implicações para o tratamento. *Estudos em Saúde Mental*, 166-192.
- Kronn, V., & Boyd, L. (2001). Menopause: choices for women. *Australian Nursing Journal*, 8 (7), 1.
- Kun, D. L., Wadsworth, M., & Hardy, R. (1997). Women’s health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *Br J Obstet Gynaecol*, 104, 923-933.
- Lamont, J. (1997). Sexuality. In D.E. Stewart, & G. E. Robinson, *A clinician’s Guide to menopause*. Washington, DC: Health Press International.
- Lenfant, C. (2000). Statement from Claude Lenfant...On preliminary trends in the Women’s Health Initiative. Washington DC: National Heart, Lung and Blood Institute Communications Office.
- Leventhal, H. Nerenz, D. & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds), *Handbook of Psychology and health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Leyens, J. P. (1985). Teorias da Personalidade na Dinâmica Social. Lisboa: Verbo.
- Li, S., & Holm, K. (2000). Perimenopause and the Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, 9 (1), 6-27.
- Li, S., Lanuza, D., Gulanick, M., Penckofer, S., & Holm, K. (1996). Perimenopause: the transition into menopause. *Health care for women International*, 17 (3), 293-306.
- Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Exp gerontology*. 29 (3-4), 307-317.
- Longcope, C., Franz, C., & Morello, C. (1986). Steroid and gonadotropins levels in women during the perimenopausal years. *Maturitas*, 8, 189-96.
- López, F. R. P. (1997). Menopausia, Climaterio y Envejecimiento. In E. Arnedo (Eds), El gran Libro de la mujer (pp. 175-242). Ediciones Temas de Hoy.
- Lopez, J. J., & Silva, G. P. (1999). Actitud de la Mujer en la Menopausia y su Influencia en el climaterio. *Ginecologia Y Obstetricia de Mexico*, 67 (7), 319-322.
- Mansfield, P. K., Theisen, S. C., & Boyer, B. (1992). Midlife women and menopause: A challenge for the mental health counsellor. *Journal of Mental Health Counseling*, 14 (1), 73-83;
- Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1993). From Edith Bunker to the 6:00 News: What and how midlife women learn about menopause. *Women & Therapy*, 14, 89-103.
- Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1994). Hormone use among middle-aged women. Results of a three- year study. *Menopause*, 1 (2), 99-108.
- Martín, J. J. D. L. G., Hernández, J. S., Sanches, M. A. D., & Hernández, E. M. (2003). Influencia de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausia. *Anales de Psiquiatria*, 19 (8), 329-336.
- Matthews, K. A., Wing, R. R., Kuller, L. H. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3) 345- 351.
- Mattews, K. A. (1992). Myths and Realities of the Menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54, 1-9.

- Mattews, K. A., Kuller, L. H., Sutton-Tyrrell, K., & Chang, Y-F. (2001). Changes in cardiovascular risk factors during the perimenopause and postmenopause and carotid artery atherosclerosis in healthy women. *Stroke*, 32, 1104-1111.
- McIntyre, T. (1997). Teoria, investigação e prática. *A Psicologia da Saúde em Portugal na Viragem do Século*, 2 (2), (pp. 161-177).
- McIntyre, T. (1994). Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras. In T. M. McIntyre (Ed), *Psicologia da Saúde na Diversidade* (pp.17-31).
- McKinlay, S. M., Bifano, N. L., & McKinlay, J. D. (1985). Smoking and age at menopause in women. *Ann Int Med*, 103, 350-536.
- McKinlay, J. B., & McKinlay, S. M. (1987). Depression in middle-aged women: Social circumstances versus estrogen deficiency. In M.R. Walsh (Ed.), *The Psychology of Women: Ongoing debates* (pp. 157-161). New Haven, CT: Yale University Press.
- Mckinlay, S. M., Brawbilla, D. J., & Posner, J. G. (1992). The normal menopause transition. *Maturitas*, 14, 103-115.
- Mercier, C. et al (1987). La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques. *Santé Mentale au Quebec XII.1*.
- Moller, L. A., Lose, G, & Jorgensen, T. (2000). Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at year in women aged 40-60: longitudinal study. *British Medical Journal*, 320.
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among british and French mental health professionals. *Papers on Social Representations*, 4 (1), 41-52.
- Myers, L. S., Dixen, J., Morrissette, D., et al., (1990). Effects of estrogen, androgen, and progestin on sexual psychophysiology and behavior in postmenopausal women. *J. Clin Endocrinol Metab*, 4, 1124-1131.

- Nathorst-Boos, J., Wiklund, I., Mattsson, L. A., et al., (1993). Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double-blind placebo-controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 8, 656-660.
- Nicol-Smith, L. (1996). Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *British Medical Journal*, 313, 1229-1232.
- Nygaard, I. E., Thompson, F. L., Svengalis, S. L., & Albright, J. P. (1994). Urinary incontinence in elite nulliparous athletes. *Obstet Gynecol*, 84, 183-187.
- Organon (1999). Livial- Informação científica. Acção Específica Tissular na terapêutica da menopausa. Organon Portuguesa.
- Oldenhave, A., Jaszmann, L. J. B., Haspels, A. A. & Everaerd, W. T. (1993). Impact of climacteric on well-being: A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168, 772-780.
- Oldenhave, A., & Netelenbos, C. (1994). Pathogenesis of climacteric complaints: ready for change? *Lancet*, 343, 649-653
- Oppelt, P. G., & Beckmann, M. W. (2001). Risk factors and risk assessment in menopause. *Digest*, 14 (3), 26-27.
- Ortiz, N. O., Mariño, C. V., Méndez, B. C., Oiarde, N. E., & Blumel, M. J. E. (2000). Deterioro de la calidad de vida durante el climatério. Trabajos de Investigación.
- Pais, J. M. (1998). Gerações e Valores. Na Sociedade Portuguesa Contemporânea. Introdução (pp.17-53). Instituto de Ciências da Universidade de Lisboa. Secretaria de Estado da Juventude.
- Paricio, J. J. P. (2000). Anticoncepción en la Perimenopausia. Factores condicionantes. Hospital Universitario de La Arrixaca. Murcia.
- Patterson, M. M., & Lynch, A. Q. (1988). A menopause: Salient issues for counsellors. *Journal of Counseling and Development*, 67, 185-188.

- Pearce, M. J. & Hawton, K. (1996). Psychological and sexual aspects of the menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 10, 385.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F., & León-Reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43 (5), 408-414.
- Petticrew, M. (1997). Letters: Causality, The Menopause, and Depression. *British Medical Journal*, 314, 608.
- Pérez, M. G., La Rosa, L. C., & Durán, R. S. P (1996). Factores que influyen en la edad de la menopausia natural. *Revista Cubana Endocrinol* 8 (3), 217-22.
- Pimentel, L. (2001). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra. Quarteto Editora.
- Polit, D. F., & LaRocco, S. A. (1980). Social and psychological correlates of menopausal symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 42, 335-345.
- Pólo-Kantola, P., Erkkola, R., Helenius, H., Irjala, K., & Polo, O. (1998). When does estrogen replacement therapy improve sep quality? *Am. Journal Obstet. Gynecol.*, 178, 1002-1009.
- Pólo-Kantola, P., Erkkola, R., & Irjala, K. (1999). Climacteric symptoms and sep quality. *Obstet Gynecol*, 94, 219-24.
- Popay, J., Bartley, M., & Owen, C. (1993). Gender inequalities in health and social position, affective disorders and minor pshysical morbidity. *Social Science and Medicine*, 36, 21-32.
- Rebar, R. W., Nachtigall, L. E., Avis, N. E., & Kronenberg, F. (2000). Clinical Challenges of Perimenopause: consensus opinion of the north American Menopause Society. *Menopause*, 7 (1), 5-13.
- Reynolds, F. (1997). Psychological responses to menopausal hot flushes: implications of a qualitative study for counseling interventions. *Counseling Psychology Quarterly*, 10 (3), 309-412.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Ribeiro, J. P. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richard's, M. M., & Giles, M. V. (2000). Factores de riesgo de enfermedad cardiaca en mujeres. *Sociedad Argentina de Medicina del Estrés- Asociación*, 1-10.
- Robinson, G. E. (2002). Psychological symptoms in the perimenopause. *Menopause Digest*, 14 (2), 6-7.
- Robinson, G. (1996). Cross-cultural perspectives on menopause. *J. Nerv.Ment. Dis.*, 184, 453-458.
- Rodríguez, V. C. B., & Despaigne, D. N. (1999). Factores relacionados con la decisión de solicitar la terapia hormonal de remplazo. *Revista Cubana End* 10 (1), 43-49.
- Rosuold-Brenholtz, H. (1995). The Menopause and Hormone Therapy. *National Women's Health Report*, 17, 1-5.
- Rostosky, S. S., & Travis, C. B. (1996). Menopause Research and the dominance of the biomedical model 1984-1994. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 285-312.
- Rybo, G., & Westerberg, H. (1971). Symptoms in the postmenopause: A population study. *Acta Obstetricia Gynecologia Scandinavica*, 50 (9), 25.
- Salinas, J. (2000). Epidemiologia de la Incontinência de Orina en la Menopausia. *Revista Colombiana de Menopausia*, 6.
- Santos, M. D. S., & Sala, M. G. (1995). Climaterio Y Menopausia. II parte. La Sexualidad en el Climaterio. *Revista Sexología Y Sociedad*, 5 (3), 17-19.
- Sarmiento, P. B., & Gutiérrez, M. F. (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia. Fuente: INTERPSIQUIS.
- Schipper, H., Clinch, J., & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spliker (Ed.). *Quality of life assessment in clinical trials*. New York. Raven Press 11-23

- Schmith, P., & Rubinow, D. (1991). Menopause-related affective disorders: a justification for further study. *AM. J. Psych.*, 148, 844-51.
- Schneeberger de Athayde, J. (1987). Elementos da psicopatologia. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Seguy, B., & Martin, N. (1985). A Menopausa. Manual de Ginecologia. Fundação Calouste Gulbenkian, 535-545.
- Senarclens, M., & Fisher, W (1977). Amenorreia: Feminilidade Impossível? Estudo Sócio-Psicossomático. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Seeman, J. (1989). Toward a model of positive health. *American Psychologist*, 44 (8), 1099-1109.
- Serra, A. V., & Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do Inventário de Beck a uma mostra de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica XX (VI)*, 623-644.
- Shaila Misri, M. D., & Xanthoula Kostaras, B. S. (2002). Women and Reproductive Mental Health. *The Canadian Journal of Diagnosis*, 61-62.
- Sheehy, G. (1993). The silent passage. New York: Pocket Books;
- Silva, D. P., & Silva, J. A. (1999). Terapêutica Hormonal de Substituição Na prática clínica. Organon Portuguesa, Lda.
- Silva, D. R. (2003). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S.Leandro, & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica, Instrumentos Validados para a População Portuguesa*, v. I, (pp. 47-63). Quarteto.
- Singer, D., & Hunter, M. (1999). The experience of premature menopause: a thematic discourse analysis. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 17 (1), p. 63-82.
- Speroff, L. (2000). Management of the Perimenopausal Transition. *Contemporary OB/GYN*, 45 (10), 14-25.

- Stewart, D., Boydell, K., & Derzko, C. (1992). Psychologic distress during the menopausal years attending a menopause clinic int.. *Journal Psychiatry Med.*, 22, 213.
- Studd, J. (1997). Depression and Menopause (Editorial). *British Medical Journal*, 314, 977.
- Suling, L., & Karyn, H. (2000). Perimenopause and The Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, 9, 6-27.
- Teste Saúde (1999). Menopausa: os benefícios da terapia hormonal de substituição. (19) 15-19.
- The North American Menopause Society (2000). Consensus opinion. Clinical Challenges of Perimenopause: consensus opinion of the North American Menopause Society. *Journal of North American Menopause Society*, 7 (1), 5-13.
- Thonet, C. (1985). Climateric: una perspectiva psicomatica. *Revista Medica Chile*, 113, 1222-1226.
- Utian, W. H., & Schiff, I. (1994). NAMS- Gallup Survey on Women's Knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replacement therapy. *Menopause*, 12, 77-127.
- Utian, W. H. (1989). Menopause, hormone therapy, and quality of life. *Progr. Clin. Boil. Res.*, 320, 193-209.
- Vala, J. (1993). Representações sociais – Para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coord.), *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2002). Representações sociais e a psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Coord.). *Psicologia Social 5.^a edição*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieitez, A., Mato, A. L., Boullosa, O, Illa, G., Marquez, C., & Pérez, S. (2000). Depresión Climatérica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, XI, 9.
- Weber, G. (1997). Cross-Cultural Menopause: A Study in Contrasts. In D.E. Stewart, & Robinson, *A Clinician's guide to menopause*. Washington, DC: Health Press International.

- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health, 11*, 431-446.
- Whelan, E. A., Sandler, D. P., McConnaughey, D. R., & Weinberg, C. R. (1990). Menstrual and reproductive characteristics and age at natural menopause. *Am J Epidemiol, 131*, 625-632.
- Wilbur, J. Miller, A. et al. (1995). The influence of demographic characteristics. Menopausal status and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women Health, 23* (3), 19-39.
- World Health Organization (1948). Official Records of the World Health Organization, 2, 100. United Nations, World Health Organization. Geneva, Interim Commission.
- World Health Organization (1996). Scientific group on research on menopause in the 1990s (Tech. Rep. n. 886). Geneva, Switzerland: Author.
- Zahar, S. E., Aldrighi, J. M., Tostes, M. A., Russomano, F., & Zahar, L. O (2001). Avaliação da qualidade de vida na menopausa. *Reprodução & Climatério, 16*, 3,163-166.

ANEXOS

ANEXO I

Consentimento Informado

Estamos a realizar uma investigação sobre a Qualidade de Vida das mulheres em Menopausa com o objectivo de obter mais informação sobre esta fase desenvolvimental.

Neste sentido, vimos pedir a sua colaboração para participar no estudo. O seu contributo é importante e permite-nos obter mais conhecimentos sobre esta fase de forma a que, no futuro, os serviços de saúde possam responder mais adequadamente às suas necessidades.

Toda a informação é confidencial e a sua participação voluntária.

O seu contributo consiste em responder a alguns questionários. No caso de decidir participar, o nosso muito obrigado pela sua colaboração.

Porto, _____ de _____ de 2003

Assinatura

Investigador

ANEXO II

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Idade _____

Etnia:

- Branco
- Negro
- Outro

Estado civil:

- Solteira
- Casada/ União de facto
- Separada/ Divorciada
- Viúva

Nº de filhos _____ **Data de nascimento dos filhos:** _____

Escolaridade, até que ano completo estudou: _____ ano

Situação profissional actual: _____

Neste momento encontra-se em:

- Péri - menopausa = com menstruações irregulares nos últimos 6 meses
- Pós - menopausa = sem menstruações há um ano ou mais

Terapêuticas que faz na Menopausa/ Péri - menopausa:

- Terapia hormonal de substituição
- Nenhuma
- Outras Quais _____

Alguma vez foi a uma consulta de psiquiatria?

- Sim Quando ocorreu (em que ano) _____
- Não

Alguma vez foi a uma consulta com o médico de família por ter problemas emocionais?

- Sim Quando ocorreu (em que ano) _____
- Não

Alguma vez tomou ou foi-lhe prescrita medicação para problemas emocionais?

- Não
- Sim Que tipo de medicação? _____

ANEXO III

Questionário de Representações da Menopausa

(M. Hunter & I. O' Dea, 2001)

Tradução de Carla Serrão & M. Graça Pereira

Versão de Investigação, 2002

Universidade do Minho

Por favor, descreva de que forma é que as seguintes experiências fazem parte da Menopausa, colocando um cruz no: **Sim** (faz parte da minha menopausa), **Não tenho a Certeza** (faça parte da minha menopausa) ou **Não** (não faz parte da minha menopausa).

	SIM	Não tenho a Certeza	NÃO
Cansaço			
Calores			
Dores			
Dores de cabeça			
Dificuldades em dormir			
Tonturas			
Períodos irregulares			
Depressão			
Sentir-se inchada			
Problemas de pele			
Alterações de humor			
Suores nocturnos			
Perda de memória			
Períodos com muito fluxo			
Ansiedade			
Falta de ar			
Secura vaginal			
Diminuição do interesse sexual			
Aumento de peso			
Rigidez nas articulações			

Climatério Feminino: Representações, Qualidade de Vida e Sintomatologia

Estamos interessados na sua visão pessoal em relação *à sua menopausa*. Por favor, inclua quanto concorda ou discorda com as frases que se seguem acerca da sua menopausa, escolhendo: Concordo Totalmente, Concordo, Nem Concordo/nem discordo, Discordo ou Discordo Totalmente.

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo/nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Estar a passar pela menopausa tem um impacto na minha vida.					
2. É um alívio sentir-me libertada do risco de engravidar.					
3. A minha menopausa durará cerca de 1 ano.					
4. A menopausa afectou a forma como me vejo como pessoa.					
5. De uma forma geral, sinto que estou a lidar razoavelmente bem com a minha menopausa.					
6. Sinto-me menos confiante desde que estou na menopausa.					
7. A minha menopausa durará muito tempo.					
8. Se tiver problemas durante a menopausa sei o que fazer para obter ajuda.					
9. Sinto-me mais satisfeita durante esta fase da vida.					
10. A menopausa afectou a maneira como os outros me veem.					
11. Estou satisfeita que os períodos tenham terminado.					
12. Sinto-me mais sensível do que antes da menopausa.					
13. É bom estar a entrar numa nova fase da vida.					
14. Acredito que consigo lidar com qualquer alteração que a menopausa me possa trazer.					
15. A minha menopausa durará pouco tempo.					
16. Com o tempo os meus sintomas da menopausa melhorarão.					
17. Sinto que tenho os recursos para lidar bem com a minha menopausa.					

ANEXO IV

Questionário Específico de Qualidade de Vida na Menopausa
(Hilditch, Lewis, Vanmaris, Ross, Franssen, Guyatt, Norton e Dunn, 1996)

Tradução de Carla Serrão & M. Graça Pereira
Versão de Investigação, 2002
Universidade do Minho

Instruções: Para cada uma das seguintes perguntas faça um círculo a volta do *Não* se não teve o problema **no último mês** ou do *Sim* caso isso tenha acontecido. Registe também a intensidade com que o problema a incomodou numa escala de 0 (não a incomoda nada) a 6 (incomoda muito).

1. Tem afrontamentos?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
2. Transpirações nocturnas?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
3. Mais transpiração que o normal?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
4. Está descontente com a sua vida pessoal?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
5. Nervosismo, ansiedade?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
6. Perda de memória?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
7. Faz menos coisas que aquelas a que estava habituada?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
8. Sente-se deprimida ou triste?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
9. É impaciente com as outras pessoas?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
10. Sente necessidade de estar só?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
11. Tem flatulência, gases ou inchaço abdominal?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
12. Tem dores musculares e/ou articulares?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
13. Sente-se cansada ou esgotada fisicamente?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
14. Tem dificuldade em dormir?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
15. Tem dores de cabeça ou de nuca?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
16. Tem diminuição da força física?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
17. Tem diminuição da resistência física?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
18. Tem sensação de falta de energia?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
19. Tem secura da pele?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
20. Tem aumento de peso?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
21. Tem aumento de pelos na cara?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
22. Alterações na pele como rugas, manchas?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
23. Retêm líquidos?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
24. Tem dores lombares?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
25. Urina frequentemente?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
26. Urina-se ao rir-se, tossir, ou fazer um esforço?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
27. Houve alterações no seu desejo sexual?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
28. Tem secura vaginal durante o acto sexual?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6
29. Evita as relações sexuais?	Não	Sim	>	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO V

Inventário de Depressão de Beck
(Beck et al, 1961; Adaptado de Serra & Abreu, 1973)

Instruções: Este questionário tem vários grupos de frases. Por favor leia todas as frases num grupo antes de fazer a sua escolha. Depois de ler um grupo, escolha a frase nesse grupo que melhor descreve a maneira como se sente hoje, isto é, neste momento.

Ponha um círculo à volta do número que corresponde à frase que escolheu. Se achar que mais de uma frase no grupo representa a sua escolha, marque mais que um número.

LEIA TODAS AS FRASES NUM GRUPO ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA!

A.

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste
- 2 Estou sempre triste e não consigo deixar de me sentir triste
- 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não posso suportar a minha tristeza

B.

- 0 Não me sinto desencorajado em relação ao futuro
- 1 Sinto-me desencorajado em relação ao futuro
- 2 Sinto que não tenho nada a esperar do futuro
- 3 Sinto que não há esperança no futuro e que as coisas não podem melhorar

C.

- 0 Não sinto que sou um fracasso
- 1 Sinto que tenho falhado mais que a maior parte das pessoas
- 2 Quando penso na minha vida passada só vejo uma série de fracassos
- 3 Sinto que sou um fracasso completo como pessoa

D.

- 0 Sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir
- 1 Não sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir
- 2 Já não sinto verdadeira satisfação em nada
- 3 Sinto-me insatisfeito ou aborrecido com tudo

E.

- 0 Não me sinto muito culpado
- 1 Sinto-me culpado muitas vezes
- 2 Sinto-me bastante culpado a maior parte do tempo
- 3 Sinto-me sempre culpado

F.

- 0 Não sinto que estou a ser castigado
- 1 Sinto que possa ser castigado
- 2 Acho que vou ser castigado
- 3 Sinto que estou a ser castigado

G.

- 0 Não me sinto desiludido comigo mesmo
- 1 Estou desiludido comigo mesmo
- 2 Estou repugnado comigo mesmo
- 3 Detesto-me

H.

- 0 Não sinto que seja pior do que qualquer pessoa
- 1 Critico-me pelos meus erros ou fraquezas
- 2 Culpo-me sempre pelas minhas faltas
- 3 Culpo-me por tudo de mal que acontecer

I.

- 0 Não penso em matar-me
- 1 Penso em matar-me, mas não tenho intenção de o fazer
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Se tivesse oportunidade eu matava-me

J.

- 0 Não choro mais do que o costume
- 1 Choro mais agora do que costumava
- 2 Actualmente estou sempre a chorar
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não posso chorar mesmo que eu queira

K.

- 0 Não me sinto mais irritado do que costume
- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- 2 Sinto-me sempre irritado
- 3 As coisas que costumavam irritar-me, agora já não me irritam nada

L.

- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas
- 1 Estou menos interessado nos outros do que costumava estar
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

M.

- 0 Tomo decisões tão bem como no passado.
- 1 Demoro ou evito tomar decisões mais do que no passado
- 2 Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que no passado
- 3 Já não consigo tomar quaisquer decisões

N.

- 0 Não sinto que a minha aparência esteja pior do que antes
- 1 Estou preocupado que esteja a parecer mais velho ou pouco atraente
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente
- 3 Acho que sou feio

O.

- 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como dantes
- 1 Tenho que fazer mais esforços do que o costume para começar a fazer alguma coisa
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa
- 3 Não sou capaz de fazer qualquer trabalho

P.

- 0 Consigo dormir tão bem como de costume
- 1 Não consigo dormir tão bem como costumava
- 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o costume e custa-me tornar a adormecer
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a adormecer

Q.

- 0 Não me sinto mais cansado do que costume
- 1 Canso-me mais facilmente do que o costume
- 2 Canso-me com quase qualquer coisa
- 3 Sinto-me demasiado cansado para fazer qualquer coisa

R.

- 0 O meu apetite não é pior do que o costume
- 1 O meu apetite não é tão bom como costuma ser
- 2 Actualmente o meu apetite é muito pior do que dantes
- 3 Já não tenho nenhum apetite

S.

- 0 Ultimamente não tenho perdido grande peso, se é que perdi algum
- 1 Perdi mais de 2,5 quilos de peso
- 2 Perdi mais de 5 quilos de peso
- 3 Perdi mais de 7 quilos de peso

Estou a comer menos de propósito para tentar perder peso

Sim _____

Não _____

T.

0 Não estou mais preocupado do que o costume acerca da minha saúde

1 Estou preocupado com problemas de saúde como dores, prisão de ventre, ou má disposição do estômago

2 Estou muito preocupado com problemas de saúde e é difícil pensar noutra coisa

3 Estou tão preocupado com problemas de saúde que não consigo pensar noutra coisa

U.

0 Não tenho notado mudanças recentes no meu interesse sexual

1 Estou menos interessado no sexo do que costumava

2 Actualmente estou muito menos interessado no sexo

3 Perdi completamente o interesse no sexo

ANEXO VI

Inventário de Estado-Traço de Ansiedade
(Spielberg, Gorush, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descreverem como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me sob pressão	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me irritado	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado	1	2	3	4
14. Estou indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me relaxado	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Climatério Feminino: Representações, Qualidade de Vida e Sintomatologia

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descreverem como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **a maior parte do momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
26. Sinto-me descansado	1	2	3	4
27. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão acumular de tal modo que não consigo vencê-las	1	2	3	4
29. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me incomodam	1	2	3	4
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro ou livre de perigo	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Sinto-me incapaz	1	2	3	4
36. Sinto-me contente	1	2	3	4
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e que me incomodam	1	2	3	4
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes.	1	2	3	4