

TESE DE DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA
ESPECIALIDADE PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**CLIMATÉRIO/MENOPAUSA, RELACIONAMENTO CONJUGAL
E QUALIDADE DE VIDA**

Maria Helena de Carvalho Valente Presado

Orientadora Científica:

Professora Doutora Maria Natália Pereira Ramos

Lisboa

2013

Tese apresentada à Universidade Aberta para obtenção do Título de Doutor em Psicologia Clínica e da Saúde ao abrigo do artigo 51º do Regulamento geral de oferta educativa da UAb, publicado em Diário da República, 2ª série, de 18 de Agosto de 2011 e em cumprimento do Despacho nº02/VR/2012 da UAb, de 27 de Janeiro.

Este documento não respeita o
Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa
publicado no Aviso nº 255, do Diário da República,
1ª série, de 17 de Setembro de 2010

*Dedico este trabalho
a todos os casais de meia-idade como contributo
para uma vivência positiva do processo de transição da
menopausa com reforço das competências conjugais e
melhoria da qualidade de vida.*

AGRADECIMENTOS

*À Professora Doutora Natália Ramos,
pela paciência, profundidade e sentido crítico na orientação para
fazer desabrochar o meu potencial de trabalho.*

*À Presidente da ESEL, Professora Doutora Filomena Gaspar por me ter
concedido tempo para formação avançada.*

*À coordenadora do DESM, Prof. Helena Bértolo pela compreensão e
colaboração na gestão do serviço docente.*

*Aos Doutores Isabel Narciso, Pedro Pechorro e Cristina Canavarro por
facilitarem a utilização dos Instrumentos de colheita de dados neste estudo.*

*Aos Directores e Conselho Clínico dos ACES por terem autorizado a
realização do estudo.*

*Aos profissionais de saúde e aos casais que participaram neste estudo sem
o qual não seria possível a sua realização.*

*Aos meus amigos Etelevina, Maria, Mário e Zé,
pelo incentivo, paciência, apoio, pela palavra certa no momento certo,
sentido crítico e disponibilidade sempre presente nesta caminhada.*

*À minha família, principalmente aos meus pais e ao Carlos (meu marido)
pelos momentos e atenção que não dispensei.*

*À minha filha Patrícia por todos os momentos imprescindíveis de
cooperação e apoio ao longo deste percurso.*

Às minhas gatas, principalmente à Fresca como minha anti-stress.

*A todos os que mesmo indirectamente contribuíram para a realização
deste trabalho.*

Obrigada

RESUMO

O climatério é uma etapa especial do ciclo de vida natural da mulher que integra a menopausa. Esta fase de transição encontra-se associada a mudanças que podem influenciar a saúde e a qualidade de vida da mulher; as necessidades de adaptação bio-psico-sócio-culturais e espirituais devem ser consideradas nesta etapa de vida que apresenta características análogas a outras etapas do ciclo de vida da mulher. As repercussões no relacionamento do casal, implicam que ambos façam readaptações, a todos os níveis, no sentido de manter ou melhorar a qualidade do relacionamento conjugal e de vida de que desfrutavam.

Desenvolvemos um estudo descritivo de abordagem mista em duas fases: na primeira pretendeu-se identificar as representações sociais através da resposta a palavras estímulos: menopausa, climatério, relacionamento conjugal e sexualidade. Na segunda fase pretendeu-se compreender as implicações do climatério no relacionamento conjugal, recorrendo-se ao questionário de auto-preenchimento com utilização das escalas EASAVIC, ISS e WOQOOL (Bref) a 116 casais.

Destacamos algum desconhecimento relativamente ao climatério e uma conotação da menopausa associada a disfuncionamento e problemas de saúde. Os indivíduos com idades mais baixas e nível de escolaridade superior apresentam maior qualidade de vida, satisfação sexual e satisfação conjugal. O sexo masculino apresenta melhor qualidade de vida e uma visão mais positiva do casamento. O funcionamento conjugal alvitra (re)ajustes ao longo do tempo de relacionamento conjugal. A forma como cada casal se entrega e vivencia o próprio relacionamento, influência e é influenciado pelas etapas do climatério. Os casais consideram ainda que não têm preparação suficiente para vivenciar saudavelmente esta etapa do ciclo de vida.

Investir na formação dos profissionais para uma intervenção individual e culturalmente adequada no processo de transição da menopausa e melhorar a resposta dos serviços de saúde parece um desafio importante na melhoria da qualidade de vida, bem-estar e equilíbrio da mulher e do casal.

Palavras-chave: Representações sociais; menopausa; climatério; género; família; relacionamento conjugal; saúde; qualidade de vida.

ABSTRACT

“Climacteric/Menopause, Conjugal Relationship and Quality of Life”

Climacteric is a special stage in the natural cycle of life that integrates the women's menopause. This transitional phase is associated to changes that could influence women's health and quality of life and should be considered the needs for adaptation at a bio-psy-socio-cultural and spiritual level in this stage of life with characteristics similar to other steps in women's cycle of life. The repercussions on a couple's relationship, implies that both have to make adaptations, at all levels, in an effort to maintain or improve the quality of life they enjoyed.

We developed a descriptive study with a mixed approach in two phases, on the first one we intended to identify the social representations through the response to stimuli: menopause, climacteric, conjugal relationship and sexuality. On the second phase, we intended to understand the implications of climacteric on conjugal relationships, using a self-filling questionnaire resorting to EASAVIS, ISS and WOQOOL (Bref) scale in 116 couples.

We headlight some ignorance concerning the climacteric stage and a connotation of menopause with disfunction and healthcare problems. In individual with lower ages and higher level of education correspond to a better quality of life and a bigger conjugal and sexual satisfaction. Men present a better quality of life and a more positive vision about marriage. Marital functioning recommends settings adjustments over time in conjugal relationship. The way each couple commits and lives is own relationship, influences and are influenced by the different climacteric stages. They also consider that don't have enough preparation to healthily experience this stage of cycle of life.

Investing in professional formation for a individual and culturally appropriated intervention in the transition of menopause and improve the response of health services seems an important challenge in improving the quality of life, well-being and equilibrium of women and couples.

Key words: Social representations; menopause; climacteric; gender; family; conjugal relationship; health; life quality

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	i
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	v
ÍNDICE DE TABELAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO I – SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	6
1. EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA.....	7
2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE SAÚDE.....	9
3. MODELOS DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO.....	11
4. PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	17
5. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE.....	20
5.1. Avaliação da Qualidade de Vida.....	24
CAPÍTULO II – CLIMATÉRIO/MENOPAUSA.....	26
1. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO.....	27
2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....	32
3. OPÇÕES TERAPÊUTICAS.....	36
3.1. Terapêutica Hormonal de Substituição.....	37
3.2. Androgénios.....	39
3.3. Terapêutica Não Hormonal.....	40
3.4. Fitoterapia.....	40
3.5. Acupuntura.....	44
3.6. Shiatsu.....	45
3.7. Outras Opções.....	45
4. MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA FEMININO.....	46
5. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MENOPAUSA EM DIFERENTES CULTURAS.....	48
6. IMPACTO DA MENOPAUSA NA QUALIDADE DE VIDA.....	55

	Página
CAPÍTULO III – RELACIONAMENTO CONJUGAL	62
1. QUALIDADE E SATISFAÇÃO CONJUGAL.....	65
1.1. Amor e Intimidade.....	70
1.2. Sexualidade.....	74
1.2.1. Sexualidade no Climatério.....	77
2. CLIMATÉRIO E RELACIONAMENTO CONJUGAL.....	85
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	90
CAPÍTULO I – MÉTODO	91
1. TIPO DE ESTUDO.....	92
2. PARTICIPANTES.....	93
3. VARIÁVEIS E HIPÓTESES.....	94
4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	95
5. PROCEDIMENTOS.....	98
6. TRATAMENTO DE DADOS.....	99
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	100
CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
1. PRIMEIRA FASE – ESTUDOS PRELIMINARES.....	103
1.1. Representações sobre a Menopausa.....	103
1.1.1. Caracterização Sociodemográfica.....	103
1.1.2. Representações sobre Saúde.....	105
1.1.3. Representações sobre Climatério.....	108
1.1.4. Representações sobre Menopausa.....	111
1.1.5. Representações sobre Relacionamento Conjugal.....	114
1.1.6. Representações sobre Sexualidade.....	117
1.2. Menopausa: Resposta dos Serviços de Saúde.....	120
1.2.1. Os Profissionais na Resposta às Necessidade dos Utentes em Fase de Climatério/Menopausa.....	121
1.2.2. Contributos para uma Resposta dos Serviços de Saúde.....	127

	Página
2. SEGUNDA FASE DO ESTUDO.....	130
2.1. Opinião/Sentimentos sobre Climatério/Menopausa.....	135
2.2. Opiniões/Sentimentos sobre Relacionamento Conjugal.....	136
2.3. Opiniões/Sentimentos sobre a Sexualidade.....	137
2.4. Qualidade de Vida.....	138
2.5. Aspectos da Vida Conjugal.....	145
2.6. Satisfação Sexual.....	153
2.7. Satisfação Conjugal e Qualidade de vida.....	159
2.8. Climatério/Menopausa e Relacionamento Conjugal.....	161
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	164
CONCLUSÃO.....	175
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	182
ANEXOS.....	206
ANEXO I – INQUÉRITO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	207
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	211
ANEXO III – INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO.....	214
ANEXO IV – INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PONDERAÇÃO ATRIBUÍDA ÀS PALAVRAS ASSOCIADAS A CLIMATÉRIO/MENOPAUSA; RELACIONAMENTO CONJUGAL E SEXUALIDADE.....	216
ANEXO V – EASAVIC – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ASPECTOS DA VIDA CONJUGAL.....	221
ANEXO VI – WHOOQOL (BREF) – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA.....	224
ANEXO VII – ISS – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO CONJUGAL.....	228
ANEXO VIII – QUESTÕES PARA APROFUNDAR A INFLUÊNCIA DA MENOPAUSA NO RELACIONAMENTO CONJUGAL E VICE-VERSA.....	230
ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO.....	232

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AEEM	Asociación Española para el estudio de la Menopausia
CAMS	Council of Affiliated Menopause Societies
CN	Código de Nuremberga
DH	Declaração de Helsínquia
DP	Desvio-padrão
EASAVIC	Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IMS	International Menopause Society
INE	Instituto Nacional de Estatística
M	Média
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NAMS	North American Menopause Society
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
QdV	Qualidade de Vida
QDVRS	Qualidade de vida relacionada com a saúde
QoL	Qualidade de vida (escala de avaliação)
SPM	Sociedade Portuguesa de Menopausa
STRAW	Stages of Reproductive Aging Workshop
THS	Terapia Hormonal de Substituição
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Group

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
QUADRO 1. Índice de <i>Blatt-Kupperman</i> : Avaliação da intensidade de sintomas da menopausa.....	35
QUADRO 2. Distribuição dos sujeitos por sexo, idade, estado civil e profissão.....	104
QUADRO 3. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “ <i>Saúde faz-me pensar em... </i> ”.....	105
QUADRO 4. Associação de palavras ao estímulo “ <i>Saúde faz-me pensar em... </i> ”.....	106
QUADRO 5. Saúde: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas.....	107
QUADRO 6. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “ <i>Saúde faz-me pensar em... </i> ”.....	108
QUADRO 7. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “ <i>Climatério faz-me pensar em... </i> ”.....	108
QUADRO 8. Associação de palavras ao estímulo “ <i>Climatério faz-me pensar em... </i> ”.....	109
QUADRO 9. Climatério: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas.....	110
QUADRO 10. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “ <i>Climatério faz-me pensar em... </i> ”.....	111
QUADRO 11. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “ <i>Menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	111

	Página
QUADRO 12. Associação de palavras ao estímulo “ <i>Menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	112
QUADRO 13. Menopausa: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas.....	113
QUADRO 14. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “ <i>Menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	113
QUADRO 15. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “ <i>Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	114
QUADRO 16. Associação de palavras ao estímulo “ <i>Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	115
QUADRO 17. Relacionamento conjugal: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas.....	116
QUADRO 18. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “ <i>Relacionamento conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	117
QUADRO 19. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “ <i>Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	118
QUADRO 20. Associação de palavras ao estímulo “ <i>Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	118
QUADRO 21. Sexualidade: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas.....	119
QUADRO 22. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “ <i>Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em... </i> ”.....	120
QUADRO 23. Menopausa: Resposta dos serviços de saúde.....	121

	Página
QUADRO 24. Sub-categorias/Unidades de Contexto, unidades de registo e unidades de enumeração relativas à categoria “ <i>Procura/exigência de cuidados</i> ”	122
QUADRO 25. Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo (UR) e Unidades de Enumeração (EU) relativas à Categoria “ <i>Reacção das mulheres na menopausa</i> ”	124
QUADRO 26. Sub-categorias/Unidades de Contexto, unidades de registo relativas à categoria “ <i>Reacção dos homens à menopausa das mulheres</i> ”	126
QUADRO 27. Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), unidades de registo relativas à categoria contributos do Serviço de Saúde para melhorar a qualidade de vida dos casais	129
QUADRO 28. Influência do climatério/menopausa no relacionamento com o parceiro	162

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
GRÁFICO 1. Distribuição dos participantes pelos ACES.....	131
GRÁFICO 2. Distribuição dos participantes por género e grupo etário.....	131
GRÁFICO 3. Distribuição dos participantes pela Naturalidade.....	132
GRÁFICO 4. Distribuição dos participantes por habilitações académicas.....	132
GRÁFICO 5. Distribuição dos participantes por género e grupo profissional.....	133
GRÁFICO 6. Distribuição dos participantes por zona de residência.....	133
GRÁFICO 7. Distribuição dos participantes por situação relacional (à esquerda) e tempo de casamento (à direita).....	134
GRÁFICO 8. Distribuição do número de filhos da relação actual.....	134
GRÁFICO 9. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados ao climatério/menopausa.....	136
GRÁFICO 10. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados ao relacionamento conjugal.....	137
GRÁFICO 11. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados à sexualidade no climatério/menopausa.....	138
GRÁFICO 12. Histograma da Dimensão Geral e dos Domínios da Qualidade de vida	139
GRÁFICO 13. Qualidade de vida dos participantes do género.....	140

	Página
GRÁFICO 14. Qualidade de vida em função do tempo de casamento.....	142
GRÁFICO 15. Valores médios da Satisfação Conjugal Total e dos Factores de Satisfação Conjugal	146
GRÁFICO 16. Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (valores médios)	147
GRÁFICO 17. Satisfação conjugal dos casais por género.....	148
GRÁFICO 18. Satisfação conjugal por grupo etário.....	148
GRÁFICO 19. Amor e Funcionamento Conjugal em função do tempo de casamento.....	149
GRÁFICO 20. (In)Satisfação Sexual em função do sexo.....	153
GRÁFICO 21. (In)Satisfação Sexual em função da região de naturalidade.....	155
GRÁFICO 22. (In)Satisfação Sexual em função do grupo profissional.....	155
GRÁFICO 23. (In)Satisfação Sexual em função de casamentos anteriores e o tempo de casamento	156
GRÁFICO 24. Satisfação Sexual e satisfação conjugal em função do género e grupo etário	160
GRÁFICO 25. Recurso aos serviços de saúde.....	162

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
TABELA 1. Variação dos níveis hormonais na pré-menopausa e menopausa.....	29
TABELA 2. Distribuição dos participantes por casamentos anteriores e filhos da relação anterior.....	135
TABELA 3. Valores mínimos, máximos, média, desvio padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) dos domínios da Qualidade de vida (n=232).....	139
TABELA 4. Valores mínimos, máximos, média, desvio padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) da Qualidade de vida (n=232) em função da região de Naturalidade.....	140
TABELA 5. Média (M) e desvio-padrão (DP) dos domínios da Qualidade de Vida (QdV) por grupo etário.....	141
TABELA 6. Média (M) e desvio-padrão (DP) dos domínios da Qualidade de Vida (QdV) em função da Escolaridade.....	142
TABELA 7. Variabilidade da Qualidade de Vida em função do género.....	143
TABELA 8. Variabilidade da Qualidade de Vida em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade.....	144
TABELA 9. Qualidade de Vida em função do grupo etário e género	144
TABELA 10. Correlação entre a Qualidade de Vida e género, escolaridade, naturalidade (regiões), grupo profissional, grupo etário e tempo de casamento.....	145
TABELA 11. Valores mínimos, máximos, média, desvio padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) da Satisfação Conjugal (n=232) e dos seus factores componentes (Amor e Funcionamento Conjugal).....	146
TABELA 12. Variabilidade de aspectos da vida conjugal em função do género.....	150

	Página
TABELA 13. Variabilidade das dimensões da vida conjugal em função de casamentos anteriores.....	151
TABELA 14. Variabilidade da Satisfação conjugal em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade.....	151
TABELA 15. Satisfação Conjugal em função do grupo etário e género.....	152
TABELA 16 Correlação entre as dimensões da vida conjugal e género, grupo etário, situação relacional, tempo de casamento, casamentos anteriores, filhos, naturalidade (regiões), grupo profissional e grupo etário.....	152
TABELA 17. Variabilidade da Satisfação Sexual em função do género.....	154
TABELA 18. Valores mínimos, máximos, média, desvio padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) da Satisfação Sexual (n=232) por grupo etário e escolaridade.....	154
TABELA 19. Variabilidade da Satisfação Sexual em função de casamentos anteriores.....	156
TABELA 20. Variabilidade da Satisfação Sexual em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade.....	157
TABELA 21. Índice de Satisfação Sexual em função do grupo etário e género.....	158
TABELA 22. Correlação entre a (in)Satisfação Sexual e género, grupo etário, escolaridade, naturalidade (regiões), grupo profissional, tempo de casamento e casamentos anteriores.....	158
TABELA 23. Correlação entre a Qualidade de vida, a Satisfação Sexual e a Satisfação Conjugal.....	159
TABELA 24. Correlação entre a Qualidade de vida e Aspectos da vida Conjugal.....	159
TABELA 25. Correlação entre as Dimensões da Qualidade de Vida, a Satisfação Sexual e a Satisfação Conjugal.....	160

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1. Diagrama Conceptual	4
FIGURA 2. Perfis de sintomas somáticos na meia-idade e distância à idade de menopausa.....	35
FIGURA 3. Famílias de Fitoestrogéneos.....	41

INTRODUÇÃO

Vivemos numa sociedade que tem vindo a sofrer grandes transformações ao longo dos anos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), desde o início da última década do século XX, a esperança média de vida à nascença aumentou 2,05 anos para as mulheres, sendo que actualmente a esperança média de vida para as mulheres é de 81,74 anos. Prevê-se que em 2060 a população com 65 ou mais anos de idade, quase duplicará “passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060” (INE, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê-se que até 2030, mais de um bilião de mulheres estejam na Menopausa, passando, desta forma, aproximadamente, um terço da sua vida no climatério. Apesar da área da Saúde da Mulher ser muito vasta e com vários domínios, relativos às várias etapas da vida, amplamente estudadas, o climatério permanece um domínio pouco explorado.

A pertinência deste tema pode ainda ser justificada por reconhecermos que a visão biomédica, imposta pela sociedade é visível nos artigos pesquisados, sendo pouco representativa quanto às vivências psicológicas e familiares desta etapa da vida da mulher e do casal.

A literatura encontrada relativa ao climatério tem sido desenvolvida maioritariamente na América do Norte e América Latina, sendo muito deficitária em Portugal.

O termo **menopausa** só foi reconhecido como tal, há cerca de 200 a 300 anos, visto que a esperança média de vida da mulher era de 30 ou 35 anos, falecendo ainda em idade fértil.

A menopausa, sendo um fenómeno normal no percurso vital de uma mulher, não deixa de ser também um período crítico do seu desenvolvimento pessoal, psicológico e social. São múltiplas as necessidades de adaptação considerando as alterações físicas, psico-afectivas e sócio-culturais inerentes a este processo com repercussões na saúde e qualidade de vida.

A definição de saúde da OMS, em 1946-1948, como sendo “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença*” é uma visão positiva da saúde transmitida após a 2ª Guerra Mundial, que faz parecer que a saúde é algo quase inatingível.

O conceito de saúde tem sofrido alguma evolução no sentido de se adequar o conceito ao contexto actual, contemplando algumas variáveis no caminho do bem-estar atribuindo aos indivíduos a responsabilidade de satisfazer as suas necessidades em harmonia com o meio ambiente sendo a saúde vista como um recurso da vida diária que deve abranger não só as capacidades físicas bem como os recursos pessoais e sociais.

Consideramos que uma definição utópica de saúde é útil como um horizonte para os serviços de saúde por estimular a priorização das acções. A descrição pouco restritiva dá liberdade necessária para acções em todos os níveis da organização social. No entanto, pouco tem sido feito em termos de capacitar a mulher para a vivência desta etapa de vida com qualidade, tendo em consideração os valores, preconceitos, nível sócio-cultural, ou seja, a cultura, as condições e o estilo de vida no contexto onde está inserida.

Podemos concordar com a Organização Mundial da Saúde quando defende que o contexto em que um indivíduo vive é de grande importância na sua qualidade de vida e no seu estado de saúde.

Desde os anos 60 do século XX que o termo Qualidade de Vida (QdV) tem sido utilizado de forma cada vez mais frequente (Canavarro *et al.*, 2005). Na década de 70, tentou-se explicitar as dificuldades que cercavam a conceptualização deste termo e até se considerou a Qualidade de Vida como algo vago sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é. O facto deste conceito aparecer ligado a diferentes referenciais teóricos como sejam a satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjectivo, tem dificultado de alguma forma a sua delimitação científica. Canavarro *et al.* (2005) diz-nos que, ainda que estas designações estejam relacionadas, são estruturalmente diferentes do conceito de Qualidade de Vida.

Na década de 90, a OMS reuniu peritos de diferentes culturas para formarem o WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), com o objectivo de debater e definir o conceito de Qualidade de Vida que é definido como *“a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1994 citado por Canavarro & Serra, 2010, p.16).

Na avaliação da Qualidade de Vida a Organização Mundial da Saúde desempenhou um papel relevante na unificação do conceito e construíram ainda instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida, aplicáveis ao longo do ciclo de vida e em qualquer país do mundo, ultrapassando barreiras transculturais.

Quando falamos em menopausa, pensamos instintivamente em saúde da mulher e nos problemas associados à saúde sexual e reprodutiva, que afectam não só a mulher como o meio onde está inserida.

Nesta etapa de vida, ocorrem algumas mudanças a todos os níveis e, as repercussões no relacionamento do casal, implicam que ambos façam adaptações no sentido de manter ou melhorar a qualidade de vida de que desfrutavam, sendo a sexualidade um desses aspectos. O desejo sexual na menopausa varia de mulher para mulher e a sexualidade nesta fase é extremamente importante pois os sentimentos de prazer e intimidade contribuem de forma expressiva para uma interacção harmoniosa e bem-estar do casal.

Admitindo que a menopausa não se restringe a um acontecimento biológico e que pode ser influenciada por muitas outras variáveis contextuais, pretendemos analisar o impacto do climatério no relacionamento conjugal.

Neste sentido surge a seguinte questão de investigação para orientar o nosso estudo: **Qual a influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal, dos casais dos ACES, no sentido de uma intervenção em saúde que contribua para a qualidade de vida?**

Definiram-se os seguintes **Objectivos**:

- Identificar as representações sociais da menopausa de mulheres e homens de diferentes origens e classes sócio-profissionais;
- Analisar a influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal;
- Identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivência desta etapa da vida com qualidade e bem-estar;
- Propor estratégias, nomeadamente, intervenções dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, no âmbito da preparação para o climatério/menopausa e da promoção do bem-estar e qualidade de vida nesta etapa da vida.

Iremos abordar alguns conceitos que sustentem o nosso estudo para o qual se elaborou o seguinte esquema conceptual:



FIGURA 1. Diagrama Conceptual

As palavras-chave que norteiam a investigação são: Representações sociais; menopausa; climatério; género; família; relacionamento conjugal; saúde; qualidade de vida.

Este trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte destinada ao enquadramento teórico é composta por três capítulos: saúde e qualidade de vida, climatério/menopausa e relacionamento conjugal. A segunda parte, referente ao estudo empírico, apresenta-se em dois capítulos, um relativo ao método e outro à apresentação e discussão de resultados, seguindo-se a conclusão, referências bibliográficas e por fim, os anexos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

SAÚDE
E
QUALIDADE DE VIDA

1. EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

O conceito de Saúde tem variado ao longo dos tempos, tendo sido mais notório no último século. A “saúde” era entendida como “ausência de doença” e o médico, considerado como agente (Mendes, 2008).

O conceito de saúde, assim como o conceito de doença, não é igual para todas as pessoas, dependendo este da época onde se insere e da conjuntura social, económica e política (Scliar, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (1946-1948) proferiu uma primeira definição de saúde (revolucionária para a época) conferindo uma visão mais ampla e positiva da saúde, onde esta não pode considerar-se ausência de doença. Esta visão da saúde foi fundamental na medida em que propagou o optimismo tão importante e necessário após este período de guerra.

Este conceito foi evoluindo no sentido de se adequar o conceito ao contexto actual, contemplando algumas variáveis no caminho do bem-estar, onde cada indivíduo é o protagonista da sua saúde.

Ao longo do ciclo de vida integram-se momentos de saúde e acontecimentos de mudança. As transições de vida dos indivíduos são passíveis de não terem expressão ao longo do tempo, não sendo percebidas ou resolvidas, podendo ocorrer circunstâncias que podem culminar em sentimentos de mudança com potenciais alterações na sensação de saúde.

A saúde envolve as dimensões emocionais, intelectuais, sociais, espirituais e físicas que deverão coexistir de forma equilibrada (Ramos, 2004). A saúde de cada pessoa depende da sua história de vida, do seu sentido de felicidade, da sua forma específica de estar no mundo, do valor que atribui e seu significado (Rodrigues, 2007).

O conceito de saúde está relacionado com a percepção que cada pessoa ou comunidade tem num determinado momento e contexto, sendo influenciado pelas crenças e valores culturais.

De um ponto de vista mais realista e dinâmico, a saúde não é uma condição é uma adaptação, não é um estado mas um processo, que adapta o indivíduo ao meio ambiente físico e social.

A OMS expandiu e objectivou o conceito de saúde ao considerar que o indivíduo ou grupo é capaz de satisfazer as suas necessidades e simultaneamente lidar ou modificar o meio

envolvente. A saúde é vista não como objectivo de vida mas como um recurso e uma dimensão da qualidade de vida (Pais Ribeiro, 1998; Galinha & Ribeiro, 2005; Mendes, 2008).

Na proposta do Plano Nacional de Saúde 2012/2016, assume-se a definição de Bircher (2005) em que *“saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal”* (MS/ACS, 2012, p. 13).

Podemos então expressar que, a saúde é a capacidade de cada pessoa criar e lutar pelo seu projecto de vida em direcção ao bem-estar.

Ao longo dos anos o factor “estilo de vida” assumiu particular foco de interesse ao ser associado a causas de mortalidade mais relevantes (OPSS, 2001).

Os estilos de vida estão intrinsecamente ligados aos valores, às prioridades e às situações culturais, sociais e económicas. O estilo de vida é individual e alterado pelos efeitos da interacção entre os indivíduos e a aprendizagem social, os quais influenciam e são simultaneamente condicionados pelo ambiente (OMS, 1985).

Concordamos quando se diz que o campo da saúde é o campo da vida e os determinantes da saúde não estão nela mesmo mas, em condições de vida, de trabalho e no estilo de vida dos indivíduos a partir das suas relações sociais, o que implica considerar a cultura, os preconceitos, o lazer, a educação básica, social e política.

De acordo com a OMS, os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa. Em geral, o contexto em que um indivíduo vive é de grande importância na sua qualidade de vida e em seu estado de saúde. O ambiente social e económico são factores essenciais na determinação do estado de saúde dos indivíduos dado que, elevados níveis educacionais estão relacionados com um alto padrão de qualidade de vida.

Quando falamos em menopausa pensamos instintivamente em mulher e neste sentido a Direcção Geral de Saúde definiu Saúde da mulher como *“(...) problemas específicos da mulher, nomeadamente os relativos à reprodução, menopausa e outros problemas que parecem afectar as mulheres de uma forma diferente”* (MS/DGS, 2004, p.32) e afirma que

estas especificidades da mulher não têm sido reconhecidas explicitamente nos diversos programas de acção.

Os paradoxos da saúde são o mais individual e o mais social dos acontecimentos. Dependendo dos desafios impostos pelo ciclo de vida, o estigma e a exclusão dependem da classificação cultural resultante do conhecimento científico e têm especial incidência sobre o agregado familiar.

Nas últimas décadas, as famílias ocidentais caracterizaram-se por uma diversidade de formas de convivência, onde a coesão e a solidariedade familiar assumem um papel fundamental nas relações de protecção e de cuidado dos seus membros, as relações familiares identificam sentimentos de solidariedade e reciprocidade manifestados de diversas formas (Gimeno, 2001; Jenkins, 2004).

Actualmente, aceita-se que qualquer mudança num dos elementos da família afecta todos os outros, embora em diferentes níveis. As transições inerentes ao ciclo de vida, não devem ser analisadas apenas na vertente individual mas, devem ter em conta as implicações no sistema familiar e comunitário.

2. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE SAÚDE

Durante a Antiguidade, era a filosofia religiosa que explicava as doenças, pensando-se que estas poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais. Por sua vez, na medicina hindu e chinesa acreditava-se que a doença resultava de um desequilíbrio do organismo humano devido a causas naturais; estas causas eram então relacionadas ao ambiente, astros, clima, insectos e animais. Para os gregos, a doença devia-se a factores externos, devendo-se considerar as estações do ano e as características do vento e da água para voltar a encontrar a harmonia perfeita (Backes *et al.*, 2009).

Na Idade Média as doenças voltam a adquirir um carácter religioso e no Renascimento surge a necessidade de desvendar a origem dos contágios (Backes *et al.*, 2009).

No século XVIII, emergem os Hospitais e, embora fosse um passo importante na diminuição da mortalidade, não foi único; a evolução positiva da saúde foi resultado da melhoria de um

conjunto de condições sanitárias, padrões de vida que vieram mais tarde demonstrar a ligação entre a saúde e o ambiente físico e sócio-económico (Paúl & Fonseca, 2001).

Entre os séculos XVIII e XX surge a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser aglutinado com produtos químicos ou vacinas. No século XIX com a patologia celular, a fisiologia e o desenvolvimento de pesquisas, passa a vigorar a medicina de ciência experimental (em vez da medicina de ciência empírica) (Backes *et al.*, 2009).

Os autores referem ainda que a multicausalidade, ou seja, os factores que provocavam as doenças eram relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente e que é neste século (XX) que o homem passa a ser visto como um ser bio-psico-social.

Os modelos de saúde, doença e de cuidados resultam da história social e cultural, envolvem a comunidade (seus valores e costumes) e, quando um indivíduo adoece toda a família se envolve.

Os mesmos autores salientam que, atendendo ao carácter histórico e social que a doença possui, tem-se verificado diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos e no modo como se encara a doença e a morte em função das transformações da sociedade e das classes que a compõem em determinado contexto histórico.

Apesar de ter ocorrido no século XX, algum crescimento económico e melhoria das condições de vida em geral, a globalização, contribuiu em muitos países para o aumento do desemprego, redução dos salários e dos direitos sociais, condenando muitas famílias a situação de exclusão e pobreza (Ramos, 2004).

Esta autora salienta que a pobreza e as desigualdades sociais, são os factores que mais afectam a saúde nos países em desenvolvimento, sendo imprescindível reduzir as desigualdades e a pobreza com a finalidade de melhorar o bem-estar e a saúde das populações.

Todos os indivíduos, famílias e comunidade, devem ser implicados e responsabilizados na promoção e manutenção de cuidados básicos, educativos e de saúde, exigindo-se uma complementaridade de esforços entre profissionais (dos vários sectores), organizações públicas e privadas bem como dos decisores políticos, na implementação de medidas

articuladas no sentido de potenciar a saúde, bem-estar e qualidade de vida das famílias e consequentemente o desenvolvimento dos países (Ramos, 2004).

3. MODELOS DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO

No decorrer do século XX, paralelamente à evolução técnico-científica que colocou em causa aspectos relacionados com a biomedicina, emergem novas abordagens no âmbito da medicina psicossomática, comportamental e mais recentemente da psicologia da saúde (Ogden, 2004).

A evolução da medicina moderna esteve centrada na abordagem biomédica cujo alvo de interesse passa pela história natural da doença aos achados clínicos das patologias (Barros, 2002).

Ogden (2004) diz-nos que o modelo biomédico *“entende os seres humanos como uma entidade biológica comum a todos os outros seres biológicos”* (p. 15).

Predominante ainda nos dias de hoje, este modelo desenvolve-se concomitantemente com a investigação experimental em fisiologia, a partir do qual, a doença começa a ser vista como um desvio da norma caracterizada por parâmetros específicos e mensuráveis (Pais Ribeiro, 1998).

Para este modelo, as doenças provêm do exterior do corpo e causam alterações físicas involuntárias, os doentes não são considerados responsáveis mas vítimas de forças/factores externos ao organismo. O tratamento é da responsabilidade do médico e pode recorrer a vacinação, cirurgia ou outros para alterar o estado físico do corpo. A mente, encarada como algo de abstrato (pensamentos, sentimentos), funciona independentemente do corpo e não é considerada causa de doença. No entanto, a doença pode ter consequências no estado emocional do indivíduo (Ogden, 2004).

A medicina psicossomática e a comportamental, vieram desafiar o modelo biomédico acerca da separação mente-corpo, ao considerarem que os aspectos psicológicos poderiam ser causa e consequência de doenças. A saúde comportamental surge como disciplina preocupada com a prevenção da doença e manutenção da saúde em indivíduos aparentemente saudáveis com enfoque em estratégias educativas que fomentavam estilos de vida saudáveis (Ogden, 2004).

Para esta autora, a psicologia da saúde surge como um factor de desenvolvimento na compreensão da saúde, ao introduzir na sua abordagem uma visão dos seres humanos como sistemas complexos onde a causa da doença pode ser vista como multifactorial (isto é, origem em factores biológicos, psicológicos e sociais) e que se representam no modelo biopsicossocial de saúde-doença. Não se verifica uma dicotomia saúde-doença, mas os indivíduos são vistos num processo contínuo do estado de saúde ao de doença, em que não é visto como uma vítima e também têm responsabilidade no seu tratamento e recuperação.

No domínio da saúde, a psicologia tem desenvolvido modelos de abordagem multifactorial e com grande interacção no processo saúde-doença. Alguns modelos (sistémicos e ecológicos) ajudam a compreender as interações do indivíduo com o meio na protecção da saúde bem como favorecem a compreensão das estratégias utilizadas perante situações de adversidade e stress como sejam o diagnóstico e evolução de uma doença (Ramos, 2004).

Ramos (2004) refere que o modelo transaccional de Lazarus e Folkman ao debruçar-se sobre as transacções entre o indivíduo e o ambiente, na adaptação a situações adversas, abriu novas perspectivas na investigação em saúde. Esta autora considera que existem duas fases no processo de transacção:

- a **avaliação da situação dos acontecimentos** – compreende dois tipos de avaliação (primária e secundária) interdependentes, a avaliação primária é uma avaliação subjectiva de um determinado estímulo ou factor ambiental e a avaliação secundária é a avaliação dos recursos e das alternativas de resposta;
- a **elaboração de estratégias de adaptação** (*coping*) – permitem que o indivíduo enfrente a situação crítica alterando a situação ou a sua própria forma de estar através de medidas comportamentais, emocionais ou cognitivas (p.109)

Os processos transaccionais e as estratégias utilizadas são importantes no desenvolvimento do processo de doença (Ramos, 2004).

Sabe-se que o meio ambiente influencia o processo de saúde-doença e que estes estão fortemente relacionadas com factores socio-económicos, grupos étnico-culturais e políticas dos países, traduzindo-se nos indicadores de saúde dos próprios países.

As comunidades economicamente mais desfavorecidas, vivem em bairros e zonas de alto risco, onde predominam rendimentos baixos, forte densidade populacional, instabilidade familiar e profissional, elevadas taxas de violência e de delinquência. Nas comunidades mais pobres também se verificam taxas mais elevadas de doenças comparativamente com as de nível sócio-económico mais favorecidos (Ramos, 2004).

No que reporta à etnia/cultura, se atendermos à globalização e aos processos de imigração, nos países desenvolvidos podemos verificar situações de discriminação das minorias étnicas que em termos de saúde podem apresentar taxas de mortalidade e de morbilidade mais elevadas.

Para além da representação, crenças, atitudes e expectativas que influenciam os comportamentos relativamente à saúde e doença de acordo com as diferenças étnicas e culturais, também os factores ambientais (ambiente social – comunidade, família, pares e meio profissional) podem influenciar este processo (Ramos, 2004).

Para esta autora, as minorias étnicas e migrantes, nos países de acolhimento, apresentam dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, não só por falta de informação como pelas dificuldades linguísticas e algum desconhecimento por parte dos profissionais dos próprios costumes (hábitos e estilo de vida), havendo necessidade de ir ao encontro destas comunidades no sentido de proporcionar cuidados de saúde culturalmente adaptados, sensíveis e promotores de saúde.

Ramos (2004) referencia os factores favoráveis e desfavoráveis do modelo biopsicossocial de Green & Shellenberg, distinguindo como *“factores biológicos favoráveis os factores genéticos como sejam a alimentação equilibrada, exercício físico e ausência de comportamentos aditivos, nos factores psicológicos salienta as relações interpessoais e afectividade positivas, controlo de stress) e como factores sociais referencia a responsabilidade social e de pertença a grupos sociais e comunitários”* (p. 113).

Vários autores distinguem a falta de exercício físico, alimentação desequilibrada, doenças e poluição (factores biológicos), ansiedade, depressão, afectividades negativas e fracas capacidades de *coping* (factores psicológicos) e, o isolamento, violência e pobreza (factores sociais) como os factores desfavoráveis ao bem-estar e saúde. (Ramos, 2004).

Factores ambientais, factores individuais/pessoais e, factores e processos transaccionais, são os três grupos de factores propostos no modelo biopsicossocial e multifactorial para estudar a saúde (física e mental) de forma integrada (Ramos, 2004).

Para a autora, os factores ambientais “*protegem ou vulnerabilizam os indivíduos, mas outros elementos têm um impacto sobre a saúde do indivíduo, como o nível sócio-económico e cultural, a religião, a etnia, o país, a comunidade, o meio familiar, a idade, o sexo, a situação profissional e comportamentos de risco*” (p. 113).

Os estilos de personalidade condicionam os comportamentos e o estilo de vida dos indivíduos e as estratégias de adaptação podem exercer uma função de protecção ou de risco para a saúde (factores individuais/pessoais).

Nos traços de personalidade patogénicos e desfavoráveis para a saúde, sobressai a hostilidade, a afectividade negativa, o nervosismo, a ansiedade e a depressão; nos favoráveis e protectores da saúde podemos observar o optimismo, a auto-eficácia e a resiliência (Ramos, 2004). Nos traços gerais da personalidade, a autora salienta a afectividade positiva associada à vitalidade e à saúde e a afectividade negativa à vulnerabilidade.

No grupo de Factores e Processos transaccionais, as transações individuo-meio, traduzem um impacto recíproco, no qual, quer os factores ambientais quer os individuais têm impacto na adaptação (estratégias de *coping*) do indivíduo na sua saúde, bem estar e qualidade de vida. O suporte social influencia as estratégias adaptativas e permite que o indivíduo enfrente a situação adversa com maior ou menor sucesso, um apoio social efectivo funciona como protector da saúde do indivíduo (Ramos, 2004).

As teorias explicativas do desenvolvimento humano assentam nos paradigmas do mecanicismo (mudanças quantitativas com recurso a estímulos ambientais), organicismo (mudança qualitativa e sequencial, centrado no organismo) e contextualismo (a mudança ocorre num meio em constante mutação, as mudanças devem ser vistas num contexto histórico e social). O desenvolvimento é o produto de transações sistemáticas entre o indivíduo e o meio, quer por influência do meio no indivíduo quer pela acção do homem na transformação do que o rodeia, esta influencia mútua leva a que o organicismo e o contextualismo andem sempre ligados (Fonseca, 2005).

A fase adulta é mais longa do ciclo de vida. Na perspectiva do ciclo de vida, Baltes assume que o desenvolvimento se efectua ao longo da vida e que o desenvolvimento cognitivo na vida adulta culmina na sabedoria, representando o nível mais elevado da compreensão da vida, dos outros e de si próprio (Marchand, 2001).

A teoria do desenvolvimento da identidade estabelece uma importante perspectiva do desenvolvimento do adulto, Erikson defende que o desenvolvimento resulta da interacção entre instintos inatos e exigências sociais, onde o indivíduo se vai adaptando a exigências cada vez mais complexas (produtoras de crises que tem que resolver). O indivíduo deve resolver com sucesso as crises ou situações dilemáticas que surgem ao longo da vida (para desenvolver uma identidade total), considerando-se que existem três etapas específicas da vida adulta (Marchand, 2001, 2005):

- **Intimidade/Isolamento** (18-35 anos) – a intimidade prediz que o sentimento de união com outro não ameaça a identidade do eu, uma verdadeira intimidade com o outro só é possível após o estabelecimento do sentido de identidade, em oposição encontramos o distanciamento e o isolamento que parecem constituir uma ameaça à identidade do sujeito;
- **Generatividade/Estagnação** (35-65 anos) – na generatividade salienta-se a interdependência das gerações, a dependência das crianças e a necessidade dos indivíduos maduros se sentirem úteis a cuidar dos outros, quando esta capacidade falha pode-se estar perante uma situação de estagnação e empobrecimento pessoal;
- **Integridade do eu/Desespero** (mais de 65 anos) – a sabedoria é o resultado resolução positiva (dos sete estádios de desenvolvimento). Na crise final do ciclo de vida a ausência ou perda da integração do eu é acompanhada pelo medo da morte e sentimento de desespero (tempo curto para recomeçar).

A autora refere que Levinson considera que o ciclo de vida se desenvolve em quatro estações (eras): a que precede a vida adulta (primeira transição do adulto, dos 17 aos 22 anos); o início da vida adulta; a vida adulta intermédia ou meia-idade e a vida adulta tardia, sendo a estrutura de vida (modelo de vida da pessoa num determinado momento) o conceito chave da teoria das estações da vida adulta.

A vida adulta inicial (22 aos 45 anos) é uma época de grande energia, contradições e tensões e podem ser consideradas três fases: a *entrada no mundo adulto* (onde se constroem os alicerces da vida adulta entre os 22 e os 28 anos); a *transição dos 30 anos* (28-33 anos, oportunidade de mudar a estrutura de vida, é uma das fases mais determinantes no desenvolvimento do adulto); e o *estabelecimento* (33-40 anos, mais confiante e auto-suficiente).

No culminar da vida do jovem adulto e no início da meia-idade, temos a fase de *transição para a meia-idade* (40-45 anos) que para a maioria dos homens e mulheres é um momento de crise no processo de desenvolvimento da sua individualização. Uma nova estrutura de vida desenvolve-se na *entrada para a meia-idade* (45-50 anos), nesta fase embora as capacidades biológicas comecem a diminuir ainda permitem uma vida enérgica e socialmente produtiva, podendo proporcionar elevada satisfação pessoal. Na *transição dos 50 anos* (50-55 anos) surge a reavaliação da estrutura de vida, podendo ocorrer crise nesta fase se ela não ocorreu na fase anterior. O *culminar da meia-idade* (55-60 anos) pode proporcionar satisfação na medida em que consigam adaptar as estruturas de vida às mudanças de papéis (Marchand, 2001, 2005).

A autora refere que na *transição para a terceira idade* (60-65 anos) as pessoas devem preparar-se para o declínio físico, sendo considerado por Levinson como a maior mudança no ciclo de vida que culmina na vida adulta tardia, a partir dos 65 anos.

Levinson considera que as escolhas são a génese da mudança desenvolvimental onde o indivíduo é o protagonista e o responsável pelo seu desenvolvimento e adaptação nas transições e exigências das estruturas de vida (Fonseca, 2005).

O desenvolvimento humano ocorre ao longo de toda a vida e é determinado não só pela idade mas por múltiplos factores, é baseado num sistema de relações da pessoa e o contexto ao longo da vida, numa interação dinâmica e recíproca. Implica uma mudança sistemática e progressiva, relacionada com a idade e com as experiências acumuladas. A mudança desenvolvimental assume-se como: contínua, cumulativa, direcionada, diferenciadora, organizada e holística (Fonseca, 2005, p. 21).

4. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os actuais conceitos de saúde entendem o homem como um ser social em constante interacção com o meio onde está inserido, adaptando-se às constantes mutações no sentido de manter o equilíbrio (físico, psíquico e sócio ambiental) e mais do que prevenir a doença é fundamental a promoção da saúde.

Esta preocupação da saúde como sendo um direito fundamental do ser humano, surge com a criação da OMS em 1945 e, começou cada vez mais uma preocupação dos países na saúde das suas populações. Esta preocupação comum, impeliu a que os responsáveis pela saúde de vários países se reunissem no sentido de definirem políticas e estratégias que melhorassem a saúde dos povos.

Um dos marcos mais importantes da “*Saúde para Todos*” foi a Declaração de Alma-Ata (WHO/UNICEF, 1978) resultante da Conferencia Internacional, tornando-se no pilar da criação dos cuidados primários de saúde ao reconhecer a importância de se envolverem as pessoas e a cooperação entre os vários sectores da sociedade para responderem a um conjunto de actividades essenciais (educação para a saúde, alimentação e nutrição apropriadas, água potável e saneamento básico, cuidados à grávida e à criança, vacinação, prevenção e controlo das doenças endémicas, tratamento básico dos problemas de saúde, provisão de medicamentos essenciais) para a saúde das populações.

Dos compromissos assumidos pelos países com a declaração de Alma-Ata, surge, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como principal produto a Carta de Ottawa (WHO, 1986) sendo uma referência básica e fundamental no desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo (Buss, 2000). A partir de então, a promoção da saúde começou a ser teorizada, debatida e valorizada (Martins, 2005).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como sendo um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (WHO, 1986).

Na conferência de Ottawa sobressaem como estratégias de promoção de saúde, a criação de ambientes de suporte (físicos e sociais), definição de políticas promotoras de saúde, reestruturação dos serviços de saúde, participação activa dos indivíduos e comunidades e desenvolvimento de aptidões e competências individuais (Ramos, 2004).

Neste sentido, a promoção da saúde pressupõe o processo de capacitação dos indivíduos no controle e melhoria da sua saúde, através de uma abordagem psicossociológica da saúde a fim de criar contextos promotores de saúde, quer a nível local quer nacional e internacional (Ramos, 2004). Isto reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde (Buss, 2000) e implica “*dotar a população de poder em matéria de saúde, retirando-o aos profissionais, instituições e dirigentes*” (Pais Ribeiro, 1998, p. 69).

Outras conferências internacionais permitiram aprimorar as pertinências das estratégias definidas e que resultou em cada país transformações profundas na organização e financiamento dos serviços de saúde bem como nas práticas e formação de profissionais (Buss, 2000).

Na Declaração de Adelaide (WHO, 1988) sobre “*Políticas Públicas Saudáveis*”, reforça-se a responsabilização do sector público pelas políticas sociais e económicas e seu impacto sobre a saúde e sistema de saúde dos países bem como a responsabilidade internacional da promoção da saúde onde o impacto das políticas de países desenvolvidos deveriam ser positivos na saúde dos países em desenvolvimento.

No âmbito da Promoção da Saúde surge a Declaração de Sundsväl (Suécia) sobre “*Ambientes Favoráveis à Saúde*” (WHO, 1991) onde se denota uma interdependência entre saúde e ambiente, para além das dimensões físicas e naturais. Nesta conferência enfatizam-se como aspectos para um ambiente saudável e promotor de saúde como as dimensões sociais, económicas, políticas e culturais devendo utilizar-se a capacidade e conhecimento das mulheres em todos os sectores (incluindo o político e o económico).

A Conferência de Jakarta (WHO, 1997) reconheceu que os métodos de promoção da saúde com base nas estratégias da carta de Ottawa são mais eficazes se forem utilizados diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, locais de trabalho) que potenciem os resultados através de estratégias integradas. Foram definidas como prioridades na promoção da saúde: promover a responsabilidade social com saúde, aumentar o investimento no desenvolvimento da saúde (educação, habitação e outros sectores sociais), consolidar e desenvolver parcerias entre os diferentes sectores em todos os níveis (governo e sociedade), aumentar a capacidade da comunidade para influenciar os factores determinantes da saúde e definir cenários preferenciais de intervenção (escolas, locais de trabalho, associações).

Na Declaração do México sobre Promoção da Saúde reconhece-se a consecução do nível de saúde, que a promoção da saúde é da responsabilidade dos governos, que apesar dos progressos verificados persistem muitos problemas de saúde e estão conscientes de que novas doenças ameaçam o progresso verificado em termos de saúde e concluem que para uma equidade e melhor saúde para todos, a promoção da saúde deve ser um pilar das políticas de saúde (WHO, 2000).

A Carta de Bangkok sobre determinantes da saúde, num mundo globalizado, segue os pressupostos da Carta de Ottawa e com a promoção da saúde surge a noção de “*saúde como um recurso*” e de esta ser um empreendimento colectivo, estimulando ao reforço de parcerias funcionais, redes fortes de promoção da saúde públicas e privadas com a finalidade de criar massa crítica em termos de promoção da saúde em diversas estruturas da comunidade (WHO, 2005).

Desde a Carta de Ottawa que o termo promoção da saúde está associado a um conjunto de valores (qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros) e a uma combinação de estratégias (políticas públicas saudáveis, reforço da acção comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e de parcerias intersectoriais) (Buss, 2000).

As políticas governamentais têm, de alguma forma, sido reguladas pelos valores e princípios resultantes destas conferências internacionais (Martins, 2005).

Em Portugal, a melhoria das condições de vida da população e algumas das estratégias utilizadas (Serviço Nacional de Saúde, comissões específicas, articulação de serviços, parcerias, promoção de saúde, formação de profissionais) contribuíram para a melhoria dos indicadores de saúde.

Actualmente, atendendo ao período de crise sócio-económico que se vive, em que se verificam dificuldades financeiras das instituições e das famílias, espera-se que, não traduzam um desinvestimento político, individual e comunitário na saúde das populações, colocando em risco os resultados positivos alcançados ao longo destas últimas décadas.

5. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE

Desde os anos 60 do século XX que o termo qualidade de vida tem sido utilizado de forma cada vez mais frequente. Na década de 70, tentou-se explicitar as dificuldades que cercavam a conceptualização deste termo e até se considerou a qualidade de vida como algo vago sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é (Canavarro *et al.*, 2005).

Estes autores referem que *“embora não haja uma definição universalmente aceite sobre o conceito de QdV há, contudo o consenso de que é um construto multidimensional importante que procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano”* (p. 49).

A qualidade de vida aliada à saúde tem origem na definição de saúde da OMS (1948) que implicou iniciativas no âmbito da promoção da saúde com uma orientação no sentido do bem-estar dos indivíduos (Canavarro & Serra, 2010). Assim, qualidade de vida surge associada à promoção da saúde e ao bem-estar das populações (Pais Ribeiro, 1998; Ramos, 2004).

No contexto de saúde, o interesse pela qualidade de vida surge em consequência da medicina moderna como um resultado de saúde associado ao controlo terapêutico da sintomatologia de doentes (Canavarro & Serra, 2010).

Pais Ribeiro (1998) cita o estudo de Liu (1975) onde afirma que a qualidade de vida possui uma componente subjectiva (psicológica) e outra objectiva (social, económica, política e ambiental).

Cummins (1997) citado por Canavarro e Serra (2010) considera que o conceito de qualidade de vida integra sete domínios: bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem estar emocional.

Parece concensual que a maioria das definições integra para além dos aspectos físicos, os emocionais e sociais e eventualmente outras dimensões específicas da área da saúde. Pais Ribeiro (1994) refere que a qualidade de vida depende da doença das pessoas e do impacto do tratamento e das limitações da evolução da doença na vida das pessoas.

Na conceptualização da qualidade de vida sobressaem modelos em função da abordagem ser predominante psicológica (modelo de qualidade de vida, contentamento e bem-estar subjectivo; modelo da expectativa de vida feliz; modelo de *“ser, pertencer e tornar-se”*;

modelo global da qualidade de vida e o modelo integrativo da qualidade de vida) ou social (modelo ecológico; modelo esférico; modelo em cascata e o modelo de ecossistema humano).

O modelo global da qualidade de vida proposto por Felce & Perry assume uma perspectiva semelhante à Organização Mundial de Saúde onde a qualidade de vida é formada por um conjunto de factores independentes do grupo populacional, centra-se na percepção que o indivíduo tem do seu bem-estar e das suas necessidades e opções, ou seja, é um “*constructo multidimensional, influenciado por factores pessoais e ambientais, tais como a relações íntimas, a vida familiar, os amigos, o trabalho, a vizinhança, a localidade de residência, a habitação, a educação, a saúde, o nível de vida e o estado de uma nação*” (Canavarro & Serra, 2010, p. 11).

Para estes autores, o modelo integrativo da qualidade de vida de Granzin e Haggard, reflecte a interacção das características pessoais e as suas percepções do ambiente físico e social onde se insere. Este modelo engloba três eixos, o pessoal (atitudes e valores, factores demográficos), o ambiental (dimensões físicas e sociais) e a experiência subjectiva de vida (saúde mental e qualidade de vida).

Na perspectiva social é o modelo ecológico de qualidade de vida de Bulbolz *et al.* (1980) é o que oferece maior afinidade com a OMS, pois articula o bem-estar individual com a equidade e a justiça social (Canavarro & Serra, 2010).

O conceito de Qualidade de Vida da OMS, é definido como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group 1994, citado por Canavarro & Serra, 2010, p. 16).

O facto de este conceito aparecer ligado a diferentes referenciais teóricos como a satisfação com a vida, a felicidade, a existência com significado e o bem-estar subjectivo, tem dificultado de alguma forma a sua delimitação científica. Canavarro *et al.* (2005) diz-nos que, ainda que estas designações estejam relacionadas, são estruturalmente diferentes do conceito de qualidade de vida.

A avaliação do bem-estar tem sido objecto de estudos ao longo de décadas, primeiro de uma forma mais objectiva (recorrendo a critérios normativos como virtude e sanidade) e

posteriormente mais subjectivamente e relacionada com a satisfação com a vida (Pais Ribeiro, 1998).

A interacção das oportunidades e das condições de vida, a forma como cada um organiza o conhecimento de si e do outro e o modo como responde às questões pessoais e sociais é que determinam o bem-estar psicológico (Queroz & Neri, 2005).

O bem-estar subjectivo é um conceito recente e, segundo Galinha e Ribeiro (2005), refere-se a uma dimensão positiva da Saúde que integra simultaneamente uma dimensão cognitiva e afectiva e abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como a qualidade de vida, o afecto positivo e o afecto negativo. É a satisfação com a vida e a felicidade (Queroz & Neri, 2005).

O conceito de felicidade traduz o modo como nos sentimos, aos prazeres e paixões da vida, sendo uma herança cultural do iluminismo (Sec. XVIII) onde o homem nascia para ser livre e feliz.

A felicidade intrínseca a cada indivíduo implica um desafio das capacidades e o prazer no percurso para o alcance dos objectivos, ou seja, o contentamento no que se está a fazer e não propriamente no resultado em si (Canavarro & Serra, 2010). A auto-estima é um factor de influencia na satisfação com a vida e consequentemente com a felicidade.

Não podemos menosprezar o contexto cultural na aceção da satisfação com a vida pois, nas sociedades ocidentais (individualistas), tende a uma valorização das experiências internas e uma forte correlação entre as emoções e o bem-estar subjectivo enquanto que nas sociedades colectivistas valorizam os aspectos externos acentuados pelos aspectos relacionais dos seus membros (as pessoas são agentes activos e interdependentes).

Enquanto nos países orientais a felicidade pessoal não é muito importante uma vez que os objectivos e ambições individuais estão subordinados aos interesses colectivos, nas sociedades ocidentais o sucesso é encarado em função do nível de felicidade.

O conceito de felicidade leva-nos para a importância da experiência subjectiva do prazer enquanto factor de bem-estar, reportando-se a alguma coisa boa relacionada com o que somos e o que sentimos. As pessoas felizes parecem mais sociais e activas, gostam mais de si e dos

outros, e demonstram melhores capacidades na resolução de conflitos (Canavarro & Serra, 2010).

O ajustamento psicossocial foi uma preocupação demonstrada por Erikson ao introduzir o conceito de geratividade nos oito estágios de desenvolvimento. É na meia-idade que este conceito se manifesta mais intensamente como reacção à estagnação no desenvolvimento da personalidade, é um indicador de ajustamento relacionado com o cumprimento de tarefas evolutivas e culturalmente determinadas (Queroz & Neri, 2005).

As autoras referem que no processamento adaptativo de informações emocionais, surge o conceito de inteligência emocional que engloba cinco capacidades ou habilidades: autoconsciência (facilidade em lidar com os sentimentos); automotivação (facilidade de elaborar planos para a vida com optimismo); autocontrolo (facilidade na gestão dos sentimentos, pensamentos e comportamentos); empatia (facilidade em identificar sentimentos, desejos, problemas e interesses dos outros através de comportamentos não verbais) e sociabilidade (facilidade de iniciar e preservar amizades, ser aceite, adaptar-se a situações novas, liderar).

Estas capacidades constituem as bases psicológicas responsáveis pelo fortalecimento das estruturas internas do indivíduo e pelas interacções sociais.

Canavarro & Serra (2010) referem que na avaliação subjectiva da qualidade de vida se tende a excluir as condições materiais e externas e a valorizar a auto-avaliação do bem-estar numa visão positiva (satisfação, pensamentos, sentimentos, vontades, percepções e felicidade). E mencionam que no estudo de Oliver *et al.* (1996), a idade, o sexo e a etnia têm fracas correlações com o conceito enquanto que se evidenciam relações fortes com o nível de rendimentos, situação de emprego, rede de relações pessoais e sociais e auto-estima.

Os autores referenciam outros estudos (World Database of Happiness, 2009) que nos revelam que pessoas com relações afectivas duradouras (casados) são mais felizes, bem como as que vivem em situações com sistemas educativos de qualidade, boas infraestruturas sociais, nível de literacia elevado, cuidados de saúde modernos e igualdade entre géneros. Factores históricos e culturais podem influenciar a felicidade e o bem-estar, parecendo ainda haver uma correlação positiva entre a liberdade política e a prosperidade económica.

Apesar de se dizer que dinheiro não traz felicidade, sem dúvida que ajuda muito, ser rico é melhor do que ser pobre, pois o nível sócio-económico encontra-se frequentemente associado à saúde, a níveis mais elevados na escala social corresponde uma melhor saúde e menores taxas de mortalidade e morbidade. Sendo o trabalho uma fonte de rendimentos, a actividade e a estabilidade laboral devem ser vistos como factores de realização pessoal e bem-estar externos às relações familiares imprescindíveis à promoção da saúde e bem estar subjectivo. A pobreza e a exclusão social são aspectos preocupantes pois para além dos fracos recursos a que têm acesso (alimentação, habitação, saúde, entre outros) acentua-se o isolamento e a solidão, tornando as pessoas mais vulneráveis e com níveis de saúde inferiores (Ramos, 2004; Canavarro & Serra, 2010).

Para estes autores, o conceito de qualidade de vida deve contemplar aspectos como a nutrição e um ambiente adequado e uma vida longa e saudável, para além dos aspectos subjectivos como a felicidade e a satisfação.

5.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Na avaliação da qualidade de vida a OMS desempenhou um papel relevante na unificação do conceito e construíram ainda instrumentos de avaliação da qualidade de vida, aplicáveis ao longo do ciclo de vida e em qualquer país do mundo, ultrapassando barreiras transculturais.

O conceito de qualidade de vida obrigou a que o doente passasse a ser visto holisticamente, onde para além da doença e da sintomatologia é preciso avaliar as repercussões a nível físico, mental e social.

Em termos de investigação, a qualidade de vida deve ser entendida como subjectiva (na perspectiva do doente) e multidimensional (que avalie áreas importantes da vida: bem-estar físico, capacidade funcional e bem-estar emocional e social), esta abordagem permite ainda ter em conta os custos-benefícios das várias opções terapêuticas em função da percepção subjectiva que o doente tem de si próprio. O indivíduo poderá aderir melhor aos tratamentos se for conseguida uma boa relação terapêutica pois é uma das condições facilitadoras, uma vez que se sentirá mais confiante e satisfeito com a disponibilidade demonstrada pelo profissional de saúde na resolução das suas necessidades (Canavarro & Serra, 2010).

Em diversos estudos (Croog *et al.*, 1986; Bonkovsky *et al.*, 1999; Fayers & Machin, 2000) referenciados por Canavarro e Serra (2010), ficou demonstrado que medicamentos com eficácia semelhante em determinada situação clínica, são capazes de causar uma diferente qualidade de vida.

Qualidade de vida e saúde são dois conceitos que apesar de estarem frequentemente ligados, *“são dois constructos diferentes, que não podem ser considerados equivalentes nem tão pouco avaliados pelo mesmo tipo de instrumentos”* (Canavarro & Serra, 2010, p. 49).

A avaliação subjectiva da qualidade de vida deve ser enquadrada num contexto cultural, social e ambiental específico de forma a permitir compreender os dados objectivos dos efeitos do tratamento, independentemente do tipo de doença. A qualidade de vida relacionada com a saúde é influenciada pela relação entre a experiência de doença e as expectativas da sua recuperação, quanto mais positivas forem as expectativas melhor o impacto sobre a sua qualidade de vida (Canavarro & Serra, 2010).

A associação qualidade de vida e saúde tem permitido valorizar os contextos e promover mudanças, ao centrar o doente como objecto e no centro dos cuidados onde a compreensão das expectativas e da relação terapêutica com o doente são elementos facilitadores na promoção da qualidade de vida dos indivíduos.

Em síntese, podemos afirmar que a avaliação da qualidade de vida permite um conhecimento dos recursos, motivações e satisfação dos indivíduos, a promoção da qualidade de vida deve incidir nos aspectos positivos e nas funcionalidades individuais bem como privilegiar a intervenção comunitária no sentido de manter um equilíbrio entre os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo inserido numa determinada comunidade.

Esta intervenção deve ser promovida sempre numa perspectiva multiprofissional e de complementaridade no sentido de melhorar a qualidade de vida das populações e consequentemente os seus níveis de saúde.

CAPÍTULO II

CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Na sociedade contemporânea e, reportando-nos à nossa própria experiência, apercebemo-nos que a palavra menopausa é identificada mais facilmente pela maioria das pessoas (inclusive pelos técnicos de saúde), comparativamente à palavra climatério. No entanto, têm sido usadas indistinta e indevidamente como sinónimos para referir todo o processo que envolve diversos estádios desta etapa de vida.

Esta fase de transição no ciclo vital da mulher encontra-se associada a transformações que podem influenciar a saúde e a qualidade de vida da mulher e conseqüentemente ter implicações no relacionamento conjugal.

Neste sentido, abordaremos ao longo deste capítulo, os conceitos de climatério e menopausa, as manifestações clínicas e opções terapêuticas, os modelos explicativos do climatério feminino, as representações sociais da menopausa seu impacto na qualidade de vida.

1. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO

O termo **menopausa** deriva do grego *men* (mês) e *pausis* (cessação). A menopausa reporta-se à última menstruação na vida da mulher, sendo este um momento único e marcante (Bastos, 2003) confirmada pela subsequência de um ano ininterrupto de amenorreia ou seja, um ano após a última menstruação (SPG, 2004); desta forma, a menopausa é um acontecimento que apenas pode ser definido de forma retrospectiva (Pimenta *et al.*, 2007; Rodrigues, 2007) e usualmente ocorre entre os 45 e 55 anos (SPG, 2004).

A World Health Organization (WHO, 1996, p. 1), define menopausa como:

... “a fase da vida da mulher em que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteróides e hormonas peptídicas diminuem e, conseqüentemente, no organismo ocorrem diversas mudanças fisiológicas, algumas resultantes da cessação da função ovárica e de fenómenos menopáusicos, com ela relacionados, e outros devido ao processo de envelhecimento. Quando se aproximam da menopausa, muitas mulheres experimentam certos sintomas, em geral passageiros e inócuos, porém não menos desagradáveis...”

Segundo Bastos (2003) é incorrecto dizer que na menopausa a função ovariana cessa, pois ela encontra-se diminuída, e é outra glândula, a ad-renal (ou supra-renal), que passa a ser a principal fonte de produção de hormonas femininas, esta ideia é também corroborada por Serrão (2008).

A menopausa é um acontecimento natural da vida da mulher e que resulta do decréscimo das hormonas sexuais produzidas pelos ovários (estrogénio, progesterona e testosterona) e as mulheres estão pouco informadas e a vigilância de saúde nem sempre é adequada (Sousa, 2009).

Assume-se a menopausa, como um período biológico decorrente do processo natural de envelhecimento e insere-se no climatério, onde as menstruações tendem a ser cada vez mais espaçadas e menos abundantes em consequência do decréscimo do nível de estrogénios no organismo da mulher e, concomitantemente, é desencadeada uma série de sintomas possíveis (Phipps *et al.*, 2003). Pensa-se que a gravidade dos sintomas depende da rapidez da alteração dos níveis de estrogénio.

Na menopausa fisiológica a função endócrina do ovário diminui progressivamente, com a diminuição dos níveis de estradiol, progesterona e inhibina diminui o feedback negativo e a adenohipófise aumenta a produção de hormona foliculoestimulante (FSH) e hormona luteinizante (LH), este processo ocorre sensivelmente num período de dez anos antes da menopausa, na tabela podemos ver a variação dos níveis hormonais na pré e menopausa, bem como a sua influência nos ciclos menstruais.

TABELA 1. Variação dos níveis hormonais na pré-menopausa e menopausa

Pré-menopausa		Menopausa estabelecida
Primeira fase	Segunda fase	
Inibina ↓		Estradiol ↓↓↓
FSH ↑	FSH ↑	FSH ↑↑↑
Estradiol N ou ↓	Estradiol ↓↓↓	FSH/LH > 1
		Estrona ↑
Ciclos curtos	Ciclos ovulatórios e anovulatórios	Amenorreia
Polimenorreia	Hipermenorreia	

Fonte: Abordaje Farmacologico de la menopause

Decorrente das alterações hormonais, verificamos alterações dos ciclos menstruais e concomitantemente alguma eventual sintomatologia que poderá ser influenciada por factores exógenos como sejam o tabagismo, menarca tardia, multiparidade e pelo uso de contraceptivos orais (Guirao *et al.*, 2009).

A menopausa constitui uma etapa natural da vida da mulher (Ramos & Gomes, 2005), acompanhada por uma série de alterações em todo o organismo feminino (Hernández & Botell, 2007), que podem ou não influenciar o seu quotidiano familiar e/ou laboral.

A menopausa orgânica pode ocorrer entre os 35 e os 60 anos de idade, sendo que 25% das mulheres têm a menopausa antes dos 45 anos, 50% entre os 45 e os 50 anos e 25% depois dos 50 anos (Phipps *et al.*, 2003).

Concordamos com Correia (2009, p. 15) quando nos diz que a Menopausa “é o período da vida da mulher caracterizado pelo cessar da actividade menstrual, significando também o fim da idade reprodutiva” e principalmente quando salienta que esta se insere numa das fases da vida da mulher que não pode ser evitada, sendo fundamental que a mulher adquira o máximo de informação sobre esta etapa da vida.

Para Bastos (2003) a palavra **climatério** tem origem no grego *climak* (mudança) e *terius* (tempo), ou seja, mudança de estação, defendendo que não deve ser encarado como um fim em si mesmo mas sim como uma mudança de direcção. Para a mesma autora o climatério não é um processo isolado, mas sim um “(...) período de transição entre os ciclos ovulatórios finais da vida de uma mulher e a menopausa propriamente dita” (p. 18), ideia também defendida por Freitas *et al.* (2004, p. 121).

De acordo com Mori e Coelho (2004) o termo climatério é o mais usado junto dos profissionais de saúde, tendo a sua origem na palavra grega *klimakter* que significa “crise”, e ainda, “escada”, representando o declínio da função ovárica.

De uma forma geral, considera-se o climatério como um processo contínuo e não uma fase pontual da vida da mulher, englobando a perimenopausa, a menopausa e a pós-menopausa, embora não existam grandes consensos.

A OMS define climatério como a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher e caracteriza-o pela redução da produção de hormonas ováricas, principalmente estrogéneo e progesterona. Sendo que, para a maioria das mulheres varia, em geral, entre os 40 e os 65 anos.

De acordo com Serrão (2008, p. 16) o termo climatério é defendido pela maioria dos autores como o mais apropriado, compreendendo as quatro fases do ciclo menstrual, definidas pela OMS em 1996:

“... (a) a pré-menopausa, definida pela irregularidade menstrual durante os últimos doze meses; (b) a peri-menopausa, período de tempo que vai de dois a oito anos e que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja doze meses consecutivos, mas os ciclos são irregulares e mais pequenos (...); (c) menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (...); (d) e a pós-menopausa, que se inicia um ano após amenorreia”.

Segundo Candella *et al.* (1995), o climatério é uma fase transitória que produz alterações de carácter significativo na vida da mulher, que decorrem da queda progressiva das hormonas produzidas nos ovários, processo este que, determina o período final da função reprodutora da mulher. As mulheres nesta fase parecem reflectir mais sobre problemas e eventuais

desconfortos como sejam o envelhecimento, o aumento da probabilidade de ter cancro, de doenças crónicas, labilidade emocional entre outros.

A mesma autora sustenta que climatério não ocorre de uma forma repentina, que tem o seu início por volta dos 35 anos e finaliza cerca dos 65 anos, dividido esta etapa da vida em três estadios principais: estadio inicial ou precoce (dos 35 aos 45 anos), estadio médio (dos 46 aos 55 anos) e estadio tardio (dos 56 aos 65 anos). Corrobora ainda que no estadio médio ocorre um evento significativo que é a menopausa (Candella *et al.*, 1995).

Merighi e Gonçalves (2007) referencia *Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)* organizado pela North American Menopause Society (NAMS), o qual classifica as etapas do climatério em quatro principais estadios: a transição menopausal (dos 37 aos 46 anos); a perimenopausal (dos 46 aos 50 anos); a pós-menopausa (dos 51 aos 65 anos) e a terceira idade (após os 65 anos).

Brito e Makiama (2008) consideram que o climatério, sob uma perspectiva fisiológica, baseia-se na diminuição progressiva da produção de hormonas sexuais femininas, pela perda da actividade dos folículos ovários, provocando a redução da capacidade reprodutiva da mulher e levando, conseqüentemente, à cessação da menstruação, sensivelmente por volta dos 50 anos de idade. Demarca apenas em dois períodos essenciais: a pré-menopausa (em que se verifica sangramento irregular, acompanhados ou não de sintomas neurovegetativos, neuropsíquicos ou genitais; e a pós-menopausa (que poderá ser caracterizada pela ausência de menstruação há mais de um ano, podendo fazer-se acompanhar ou não de sintomas).

Colomer *et al.* (2001) considera que o climatério corresponde a um período da vida da mulher que tem a duração de sensivelmente 20 anos, ocorrendo entre os 45 e os 65 anos de idade, e que este período pode ser dividido em duas etapas distintas: a maturidade sexual e a senectude. Defende ainda que, as alterações fisiológicas vão ser vivenciadas pela mulher de acordo com os seus padrões culturais pelo que, se deve ter em atenção as alterações psicológicas e sociais implícitas à vivência desta fase do ciclo de vida da mulher.

Verificamos nas sociedades mais desenvolvidas que o conceito de climatério é frequentemente percepcionado como um episódio de doença, sobrevalorizando-se os aspectos relacionados com a aparência física, contrariando a ideia de climatério frequentemente associado ao processo de envelhecimento, levando algumas mulheres a vivenciar sentimentos

de medo de perder a juventude e o de acréscimo de gastos em saúde (Candella *et al.*, 1995). As mulheres que atribuem importância à aparência física consideram que neste processo existe perda de atracção física e sexual e têm maior dificuldade em lidar com a menopausa (Moreira, 2005).

Após a análise das definições explanadas por diferentes autores, concluímos que a menopausa é um acontecimento que apenas pode ser definido de forma retrospectiva e que o climatério, apesar de ser classificado por alguns autores em duas fases, três fases e por outros em quatro fases, corresponde sempre ao período que engloba a peri-menopausa e a pós-menopausa, sendo que é nesta fase que se iniciam os diversos sintomas físicos, psíquicos e biológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva.

Concordamos então que o climatério corresponde a um processo de transição entre os períodos reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher (Pinotti & Barros, 2004), em que se verifica a ocorrência da menopausa, associando-se, frequentemente, a sinais e sintomas particulares que caracterizam a chamada Síndrome Climatérica (Merighi & Gonçalves, 2007).

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

De acordo com os Consensos & Estratégias para a Saúde da Mulher na Pós-menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, climatério “*é o período da vida da Mulher em que ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, calores, afrontamentos, transpiração nocturna, alterações do humor e do sono, entre outros) que no seu conjunto caracterizam o «síndrome do climatério»*” (SPG, 2004, p. 20).

Subsequente das alterações hormonais inerentes, ocorre um conjunto de transformações físicas e psíquicas, nem sempre bem aceites pela mulher a atravessar esta fase do ciclo de vida (Correia, 2009). Muitos sintomas resultantes desta fase variam de mulher para mulher e podem ser ou não, encarados como normais, dependendo da sensibilidade e dos valores de cada mulher (Fernandes, 2006).

As manifestações clínicas (sinais e sintomas) que habitualmente se observam nas mulheres na fase de climatério, decorrem das variações ocorridas nos sistemas nervoso, circulatório, endócrino e urinário (Candella *et al.*, 1995).

Parece existir algum consenso no que concerne à sintomatologia relacionada com o processo de climatério decorrente da cessação da menstruação (menopausa), nomeadamente, **sintomas vasomotores** (calores súbitos/afrontamentos, sudorese e cefaleias), **sintomas cardiovasculares** (aumento da pressão arterial e do colesterol, pré-cordialgias e alterações electrocardiográficas), **sintomas psíquicos** (irritabilidade, insónias e humor depressivo), **sintomas urogenitais** (incontinência urinária, secura vaginal, dispareunia), podendo ainda existir alterações das mamas e modificações esqueléticas, aumento de peso, alterações da pele e do cabelo (recuo da linha do cabelo), artralgias e dores ósseas.

No que concerne à sintomatologia física, predominam as perturbações neurovegetativas e as genitourinárias, com especial evidencia para os afrontamentos, presentes em cerca de 80% das mulheres, podendo surgir desconforto físico agudo (50% das mulheres) e perdurar por cinco ou mais anos (Bacelar-Antunes, 2005; Soares, 2000).

Devido ao hipoestrogenismo, surge uma predisposição para a vaginite atrófica, acompanhada por corrimento aquoso, prurido vulvar, diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia, nas mulheres sexualmente activas podem acontecer pequenas hemorragias na sequência da atrofia vaginal (Bacelar-Antunes, 2005; Castelo-Branco *et al.*, 2005; Castelo-Branco, 2007).

Relativamente aos sintomas psicológicos, considera-se, que as alterações de humor poderão ser o resultado das alterações hormonais (redução de estrogénio) decorrentes da menopausa (Ramos & Gomes, 2005) e que, as manifestações psicológicas mais frequentes são o nervosismo, a ansiedade, os sintomas depressivos ou a tristeza, a impaciência, a irritabilidade, a angústia e a sensação de solidão (Bacelar-Antunes, 2005; Gutierrez *et al.*, 2006), a fadiga e a dificuldade de concentração e de memória (Pimenta *et al.*, 2007), diminuição da libido/desejo sexual (Silva & Silva, 1999).

Defende-se também, que o bem-estar psicológico é influenciado pelos níveis de estrogénio e que concomitantemente às alterações fisiológicas, também se verifica o aparecimento de sintomas psicológicos, sendo ambos susceptíveis de ter um impacto significativo na vida da mulher (Pimenta *et al.*, 2007).

Atendendo às várias etapas ou estadios do climatério: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa (SPG, 2004), nota-se que no decorrer da perimenopausa e pós-menopausa a mulher pode vivenciar: alterações físicas, como resultado do declínio das hormonas sexuais (estradiol e progesterona), e do envelhecimento; alterações psicológicas especialmente ao nível da auto-imagem, auto-estima e estrutura da personalidade; alterações sociais ao nível do papel e das relações sociais; alterações espirituais relacionadas com as expectativas e projectos de vida.

A pré-menopausa *“inclui toda a idade fértil (...) é o período de tempo decorrido entre o declínio da função ovárica e a menopausa”* (SPG, 2004, p. 20).

A perimenopausa encontra-se definida como o período *“imediatamente anterior à menopausa, quando se iniciam as alterações endocrinológicas, biológicas e clínicas da aproximação da menopausa, e o primeiro ano após a menopausa.”* (Cavadas *et al.*, 2010, p. 228) e engloba a pré-menopausa até um ano após a menopausa (SPG, 2004).

A pós-menopausa *“é o período após a menopausa natural ou induzida”* (SPM, 2009, p. 2) e *“denomina o período de tempo após a última menstruação”* (Cavadas *et al.*, 2010, p. 228).

As manifestações clínicas mais visíveis na pós-menopausa incidem na atrofia da mucosa vaginal; na atrofia da pele; na flacidez mamária e na menor densidade óssea (com a falta de síntese do colagénio ósseo, há uma menor formação óssea e maior reabsorção – pode contribuir para a osteopénia, osteoporose e fractura).

A incidência de enfarte do miocárdio nas mulheres, aumenta a partir dos 50 anos, contribuindo para que as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte nas mulheres pós-menopausicas (Silva & Silva 1999; Bacelar-Antunes, 2005).

A intensidade dos sintomas mais comuns na menopausa, pode ser medida pelos itens da tabela criada pelos médicos alemães Blatt e Kupperman em 1953 e actualizada em 1964 pelas médicas Neugarten e Kraines. A intensidade da sintomatologia (leve < 19; moderada (20-35) e forte > 35) auxilia no diagnóstico e tratamento da menopausa.

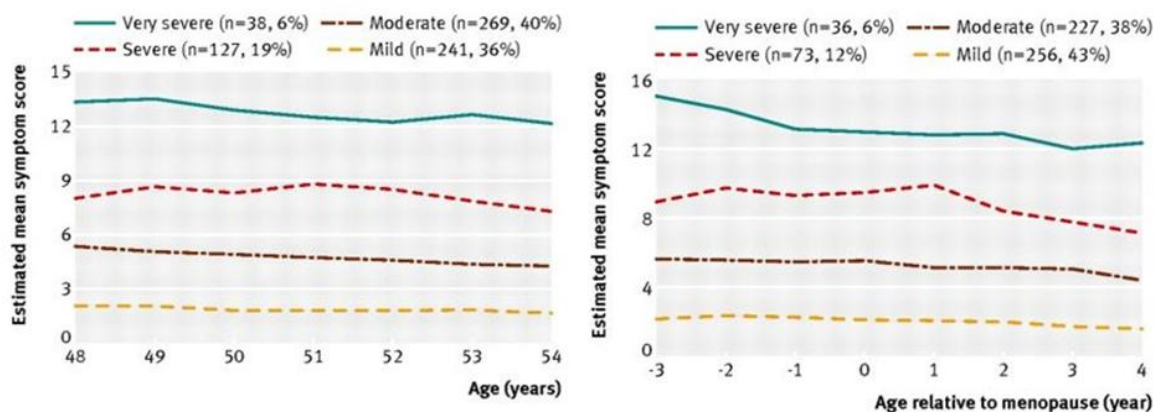
QUADRO 1. Índice de *Blatt-Kupperman*: Avaliação da intensidade de sintomas da menopausa

Sintomas	Factor	Severidade dos Sintomas (Factor x Intensidade)		
		Leve	Moderada	Forte
Onda de calor	4	4	8	12
Parestesia	2	2	4	6
Insónia	2	2	4	6
Impaciência e nervosismo	2	2	4	6
Depressão	1	1	2	3
Cansaço	1	1	2	3
Artrodinia e/ou Mialgia	1	1	2	3
Cefaleia	1	1	2	3
Palpitação	2	2	4	6
Zumbidos	1	1	2	3
Totais		17	34	51

Código de sintomas: nenhum = 0; leve = 1; moderado = 2 e severo/intenso = 3

Fonte: Adaptado de Alder (1998)

A intensidade da sintomatologia varia de mulher para mulher em função da idade e do tempo de distancia da menopausa (peri-menopausa) (Mishra & Kuh, 2012).



Fonte: Mishra & Kuh, 2012 – British Medical Journal Publishing Group.

FIGURA 2. Perfis de sintomas somáticos na meia-idade e distância à idade de menopausa

As consultas de vigilância de saúde nesta etapa de vida, constituem uma oportunidade para uma avaliação clínica mais abrangente e para a realização de exames complementares de diagnóstico no eventual despiste de doenças crónicas mais prevalentes.

Os rastreios do cancro, nomeadamente, de mama, vulva, vagina, colo do útero, endométrio, ovários, cólon e pulmões são de uma importância fundamental, uma vez que, a incidência é mais elevada nesta etapa da vida.

Salienta-se ainda o aumento progressivo na incidência de diabetes mellitus (DM Tipo 2) e do hipotiroidismo em mulheres acima dos 50 anos de idade.

A prevenção de manifestações clínicas associadas à menopausa deve começar muito antes da fase de climatério, sob pena de ser ineficaz a sua intervenção apenas nesta etapa da vida.

Na base da vigilância de saúde, rastreios e controle ginecológico, devemos aprimorar o estímulo de hábitos de vida saudáveis como sejam alimentação equilibrada, pobre em hidratos de carbono e rica em cálcio e vitamina D, moderado consumo de álcool, sem hábitos tabágicos, evitar sedentarismo através da prática de exercício físico diário com caminhadas em lugares solarentos e procurar ter uma vida sexual, familiar e social activa (Guirao *et al.*, 2009).

3. OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Qualquer que seja a abordagem terapêutica deve-se ter em conta na resposta às necessidades da mulher na fase de climatério e menopausa, o contexto sócio-cultural onde está inserida, bem com considerar que esta é o centro da decisão, ou seja, a mulher é a protagonista da sua própria vida e é a ela que cabe a opção de decidir como quer vivenciar esta etapa da vida.

Nos cuidados a prestar a estas mulheres devem-se incluir medidas de informação e aconselhamento, vigilância de saúde e apoio psicológico. A eventual opção terapêutica, visa sobretudo, minimizar ou prevenir as alterações decorrentes das alterações hormonais e do nível de sintomatologia apresentado.

Uma vida saudável, com mudança dos hábitos de vida prejudiciais à saúde deve ser considerada como primeira linha no tratamento da sintomatologia associada ao climatério.

No planeamento do tratamento das mulheres no período climatérico a primeira opção normalmente consiste na denominada terapêutica hormonal, contudo, para as que não tem indicações clínicas ou simplesmente não querem, há alternativas como terapêuticas não hormonais e outras medicinas consideradas alternativas, como sejam entre outros, a fitoterapia, homeopatia, acupunctura.

3.1. TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO

O tratamento da sintomatologia associada ao climatério surge na 2ª Grande Guerra, com recurso a estrogénios (*Progynon*[®] sublingual em gotas), tendo sido um sucesso no alívio dos sintomas vasomotores.

Vários autores começaram a estudar a menopausa e, paralelamente a resultados óptimos para a evolução da ciência (tendo em conta a necessidade de se determinar e aferir as dosagens de estrogénios), começaram a registar-se os primeiros efeitos secundários (aumento de peso, a hipertensão, e o cancro da mama e do útero). Estes resultados foram suficientes para que até hoje, ficasse na memória de muitos médicos e doentes como sinónimo de agente cancerígeno e, como tal, o estrogénio encontrou opositores à sua prescrição.

Com a evolução no nível de diagnósticos e do conhecimento científico associado a doenças decorrentes do processo de envelhecimento, a terapêutica de substituição estrogénica volta a ser lícita e os seus efeitos analisados com rigor científico, tanto no indivíduo como nas populações (Castro, 2007).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Menopausa, as mulheres na menopausa irão sentir efeitos da carência das hormonas sexuais femininas o que implicará em riscos aumentados de doença (cardiovascular, ósseo e psíquico), pelo que “*dar mais anos à vida e mais vida aos anos*” é um objectivo da eficácia da terapia hormonal (SPM, 2009, p. 4).

Só cerca de 15% das mulheres que iniciaram um tratamento o mantêm após um ano, dando a ideia de que maioria da população feminina não está a ser correctamente acompanhada ou pela eventual informação não ser suficiente e adequada de forma a promover a adesão terapêutica, provavelmente o controlo da sintomatologia não é tão célere quanto desejariam (SPM, 2009).

As sociedades científicas internacionais são consensuais de que a terapia hormonal deve ser administrada em doses mínimas eficazes para melhorar os sintomas desagradáveis aliados à redução dos esteroides.

Um grupo de peritos da SPM reuniu em 2009 para proceder à actualização de normas e consensos sobre terapêuticas hormonais tendo por base as razões científicas e os padrões de boas práticas clínicas. Assumem que a TH (terapia hormonal) tem benefícios no tratamento de sintomas vasomotores e da atrofia vaginal, na prevenção da osteoporose e fracturas, na prevenção do cancro do cólon, na diminuição da mortalidade global e na melhoria da qualidade de vida. Alertam ainda para alguns riscos potenciais, dúvidas e contra-indicações absolutas desta terapêutica (SPM, 2009).

Tendo em conta as opções terapêuticas, este é um documento fundamental na orientação dos clínicos na prescrição dos fármacos e respectivas dosagens e vias de administração (oral, percutânea e transdérmica) de acordo com a situação individual de cada mulher.

Nos últimos anos as indicações da THS são muito mais restritas e dirigem-se essencialmente ao tratamento da sintomatologia climatérica e à prevenção da osteoporose e deve ser iniciada independentemente da idade ou da etapa do climatério, aspectos que só têm interesse no ajuste terapêutico (Guirao *et al.*, 2009).

Existem dois grandes grupos terapêuticos, os progestativos e os estrogénios que podem ser utilizados de forma associada ou em monoterapia e administrado de forma cíclica ou continuada.

O principal benefício dos progestativos no tratamento hormonal do climatério, limita-se à protecção endometrial, para a qual são eficazes e indispensáveis na mulher com útero. São utilizados nas alterações do ciclo menstrual da perimenopausa; e para contrariar os efeitos proliferativos dos estrogénios a nível do endométrio na pós-menopausa.

Os estrogénios são considerados como a terapêutica mais eficaz no tratamento da síndrome vasomotora e atrofia urogenital, está indicado no tratamento de sintomas vasomotores; tratamento da atrofia urogenital e prevenção da osteoporose.

Estrogénios isolados – encontram-se na primeira linha de tratamento de mulheres hysterectomizadas sem endometriose ou com cancro hormonodependente, utiliza-se esta terapêutica de forma ininterrupta.

Progestativos isolados cíclicos ou contínuos - Indicados na perimenopausa em mulheres com irregularidades menstruais após a avaliação do endométrio. Tem efeito na síndrome vasomotora e são administrados ciclicamente, de modo a provocarem hemorragias de privação, ou de modo contínuo para induzir uma amenorreia.

Estroprogestativos cíclicos estão indicados nas irregularidades menstruais (após avaliação do endométrio) e perturbações vasomotoras da perimenopausa, menopausa precoce e/ou desejo da mulher de manter a menstruação. Funciona com a combinação de um estrogénio 21/28 dias com um progestativo nos últimos 10 a 14 dias com consequência de uma hemorragia de privação semelhante à menstruação.

Os Estroprogestativos contínuos, visam o uso concomitante de um estrogénio e um progestativo administrado sem pausas, permitem o não desenvolvimento de hemorragia de privação e podem ocorrer episódios hemorrágicos (spotting) por disrupção. Para evitar os efeitos sistémicos dos progestativos pode-se optar pela aplicação de um DIU com libertação intra-uterina de um progestativo.

Os Estroprogestativos locais indicado no tratamento da atrofia vaginal. O Estriol apresenta uma boa actividade metabólica local mas fraca absorção e fraca actividade sistémica, ao contrário do Estradiol que embora mantendo uma boa actividade local, tem boa absorção e a actividade sistémica é semelhante igual à via oral ou sistémica.

A Tibolona é um Regulador Selectivo da Actividade Tecidual Estrogénica (STEAR) e actua de forma semelhante a um estroprogestativo contínuo. Mediante interferência no metabolismo tecidual e através do bloqueio selectivo de algumas enzimas, faz com que tenha uma acção estrogénica, progestagénica ou androgénica consoante o tecido em causa.

3.2. ANDROGÉNIOS

Os androgénios actuam na função fisiológica da mulher e alguns autores acreditam que há um declínio dos seus níveis com a idade, podendo existir diminuição da libido e fadiga persistente.

Estudos sugerem o papel benéfico dos androgénios a nível do sistema nervoso central, com efeitos positivos no humor, cognição, memória e libido e demonstram não haver risco aumentado de doenças cardiovasculares (MSB, 2008).

3.3. TERAPÊUTICA NÃO HORMONAL

Este recurso pode ser utilizado nas mulheres que apresentam contra-indicações, efeitos colaterais ou simplesmente não querem TH e apresentam sintomatologia e quadros de ansiedade ou depressão associados ou não ao climatério.

As opções actualmente disponíveis no mercado são os agentes antidopaminérgicos e antidepressivos, hipno-sedativos e vasoactivos.

A escolha do uso de terapêutica hormonal ou não, deve ser uma escolha individual, ponderando-se os riscos e benefícios desta terapêutica (SPG, 2004).

3.4. FITOTERAPIA

Fito significa planta e os medicamentos à base de ervas são mais antigos à face da terra, não existe lugar que tenha sido habitado por pessoas e plantas que não tenha sua própria medicina à base de ervas.

A fitoterapia é a ciência que estuda a utilização das plantas com finalidade terapêutica, independentemente da sua utilização seja para fins preventivos, curativos ou paliativos (Gasull, 2010; Puigarnau, 2009).

Nas sociedades antigas, a colheita e uso das plantas medicinais estava a cargo das mulheres, levando-nos a pensar que acabaram por descobrir remédios para o controle de sintomatologia da menopausa.

Desde a Declaração de Alma-Ata, que a Organização Mundial de Saúde tem expressado a sua posição relativamente ao uso de plantas medicinais, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza estas plantas nos cuidados básicos de saúde.

A fitoterapia é usada em alguns países europeus e reconhecida pelos organismos oficiais da saúde da Alemanha e Brasil (Haya, 2009).

Encontram-se descritas mais de 4.000 moléculas e podem classificar-se como fitoestrogénios e, de acordo com a sua estrutura química encontram-se agrupados em quatro grupos de famílias de fitoestrogénios: as isoflavonas, os lignanos, as lactonas e os cumestanos (Haya, 2009; Puigarnau, 2009; Gasull, 2010).

Os mecanismos de acção farmacológica dos fitoestrogénios referem-se essencialmente às isoflavonas por este ser o grupo mais conhecido e mais estudado, destacam-se a acção sobre os receptores de estrogénios; acção antioxidante e a acção inibidora de determinadas enzimas (Gasull, 2010; Guirao *et al.*, 2009).



Fonte: Cornellana, M.J.: Alternativas naturales a la terapia hormonal *in* Gasul (2010, p.156)

FIGURA 3. Famílias de Fitoestrogénios

Os fitoterápicos utilizados no climatério são conhecidos por fitoestrogénios, são substâncias encontradas naturalmente em plantas que apresentam a capacidade de causar respostas estrogénicas, os principais fitoestrógenios utilizados nesta etapa de vida, são as isoflavonas e as lignanas encontradas sobretudo em sementes oleaginosas fazem parte da dieta e nas populações que usam a soja (isoflavonas) como base alimentar apresentam menos afrontamentos (China e Japão). Derivam de ervas muito conhecidas, entre os mais conhecidos temos o *Glycine Max*, *Trifolium pratense* e a *Cimifuga racemosa*, existem ainda outras para

os sintomas psicoemocionais que acompanham a mulher nesta fase da vida (Haya, 2009; Gasull, 2010; Puigarnau, 2009).

Os fitofármacos têm acção sobre a sintomatologia específica, a evidência científica disponível diz-nos que as isoflavonas melhoram moderadamente os sintomas vasomotores dependendo da dose, tempo de tratamento e início de tratamento (Gasull, 2010; Puigarnau, 2009).

As plantas embora sendo naturais, não são inócuas, devem ser utilizados produtos com alta eficácia, qualidade e segurança (Duran, 2012).

Enunciamos alguns dos principais fitoterápios utilizados no climatério: Alga Calcária (*L. calcaenum*), Angélica (*A. sinensis*), Espinheiro Alvar (*C. oxyacanta*), Germe de trigo (*T. sativum*), Gingkobiloba (*G. biloba*), Hipericão ou Erva de São João (*H. perforatum*), Melissa ou Erva Cidreira (*M. officinalis*), Soja (*G. max*), Trevo Vermelho (*T. pratenses*), Valeriana (*V. officinalis*) consideramos que compete aos profissionais de saúde a adequação e as orientações inerentes a cada pessoa tendo em conta as necessidades e expectativas individuais bem como a respectiva situação clínica.

A Cimífuga (*C. racemosa*) é usada principalmente em mulheres com contra-indicação de terapia hormonal e é recomendado em situações de cancro de mama (Duran, 2012).

Considerações sobre a fitoterapia têm sido alvo de debates em inúmeras reuniões científica a nível nacional e internacional, parece consensual que o tratamento com os fitoterápicos tem grande acção na saúde da mulher, contribui para a qualidade de vida, contudo é fundamental o seu acompanhamento por profissionais habilitados, pois o uso inadequado pode comprometer a própria saúde e consequente qualidade de vida.

Howes, Howes e Knight (2006) dizem-nos na revisão sistemática da literatura através de meta-análise que os suplementos de isoflavonas estão associados a significantes reduções dos afrontamentos (95%). A heterogeneidade dos estudos só é comparável usando o modelo de estudos randomizados e a diminuição dos afrontamentos é significativa tendo em conta o número base de afrontamentos por dia e a dose de isoflavonas.

Os resultados sugerem que os suplementos de isoflavonas podem produzir uma modesta redução dos afrontamentos na menopausa, beneficiando mais as mulheres com elevado

número de afrontamentos por dia, no entanto é necessário controlar a dosagem (Howes, Howes, & Knight, 2006).

Os autores referem ainda que a NAMS recomenda considerar a soja dos alimentos e a soja como suplemento de isoflavonas para reduzir a frequência dos afrontamentos.

No entanto, é imprescindível um controlo farmacêutico de qualidade, em termos de controlo analítico de identidade, composição e ausência de contaminantes (Duran, 2012).

A aceitação do uso de fitoterápios vem trazer maior tranquilidade às mulheres uma vez que é uma alternativa terapêutica a utilizar no climatério, no entanto, é fundamental a sua monitorização através de avaliação clínica e exames complementares de diagnóstico de rotina.

O consumo nos Estados Unidos aumentou de 2,5% em 1990 para 12,5% em 1997, com maior incidência em mulheres brancas e com formação académica superior (Cañigüeral, 2012).

Apesar de ser considerado por muitos como um recurso natural, não podemos esquecer que têm compostos químicos e, como tal, deve ser visto como um fármaco em termos de efectividade, segurança, dose e tempo de reacção (período de lactência/resposta ao fármaco) (Haya, 2009; Palazuelos, 2009; Puigarnau, 2009; Gasull, 2010; Cañigüeral, 2012; Duran 2012).

Em Espanha, natural não é sinónimo de seguro, a eficácia só com produtos (à base de plantas) comerciais com garantias de qualidade, segurança e eficácia (Cañigüeral, 2012).

Desde que não existam efeitos adversos ou contra-indicações, não existe limite comprovado da sua utilização. No entanto, existem ensaios clínicos contraditórios com deficientes informações nas publicações (1970-2003) das isoflavonas na menopausa (Cañigüeral, 2012). Estudos sugerem que são seguras para o endométrio e para a mama (Eden, 2012).

Recomendações sobre ensaios clínicos surgem em 2006, onde os estudos têm de especificar bem as características, composição, pureza e dosagem dos produtos, bem como os grupos de estudo e controlo e os profissionais envolvidos. Nesta sequência, os resultados mais recentes revelam que a fitoterapia na saúde da mulher vai além das isoflavonas, os produtos têm segurança e eficácia, a informação é responsável e fiável. Salienta-se no entanto a necessidade de se fazerem mais estudos e formação dos profissionais (Cañigüeral, 2012).

Sabendo-se que os fitoterápios têm os seus efeitos a longo prazo, deve recomendar-se o seu início antes do climatério para que eventualmente se possam obter melhores resultados na minimização dos sintomas.

Salientamos ainda que o mais importante é uma orientação adequada e esclarecida sobre as alterações do organismo e estimular hábitos de vida saudáveis, onde a educação em saúde é um dos instrumentos privilegiados dos profissionais de saúde.

3.5. ACUPUNCTURA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) caracteriza-se por um sistema médico integrado com milhares de anos de existência.

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção que aborda o processo saúde-doença e que pode ser usada isoladamente ou em associação.

Fundamenta-se na teoria do Ying-Yang forças opostas que devem estar em equilíbrio e na teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenómenos (assim como no corpo) uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal e água).

Concomitantemente com a anamnese, o médico chinês irá palpar o pulso em seis pontos diferentes para avaliar os doze órgãos vitais do corpo, observação da face e da língua também, uma vez que consideram que reflecte a condição dos órgãos vitais.

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatómicos (meridianos) definidos através de agulhas filiformes de modo a atingir a energia que flui para um órgão. As agulhas, permanecem no lugar cerca de 20 minutos e podem causar uma leve sensação de dor ou calor.

Muitos dos sintomas relacionados com o climatério, incluindo os afrontamentos, a insónia, a depressão, as mudanças de humor e as cefaleias, podem responder ao tratamento pela acupuntura.

A OMS produziu alguns documentos sobre a eficácia, segurança e capacitação de profissionais bem como a avaliação de resultados terapêuticos e das medicinas complementares.

3.6. SHIATSU

Método japonês que utiliza a pressão dos dedos, por vezes chamada de acupressão. O corpo é influenciado pela estimulação de pontos-chave (pela pressão dos dedos) encontrados ao longo dos canais de energia (meridianos) que circulam próximos à superfície da pele.

3.7. OUTRAS OPÇÕES

Existem ainda outros métodos utilizados pelas mulheres na fase do climatério, como sejam, a osteopatia e a aromaterapia, no sentido de trabalhar o bem-estar e a imagem corporal, pois o corpo é uma pedra basilar na auto-imagem e a aparência adopta no contexto da cultura de consumo fundamental para a aceitabilidade social.

A cultura de consumo reforça o estigma do envelhecimento na medida em que promove formas de prolongar o efeito da juventude tornando-se mais evidente nas mulheres em fase de climatério e pós menopausa.

A homeopatia é uma abordagem de tratamento desenvolvida a partir do século XVIII, podendo ser uma opção relevante para o controle da sintomatologia do climatério, contribuindo para o bem-estar da mulher facilitando o reequilíbrio orgânico e emocional da mulher principalmente quando associado a uma dieta saudável e mudanças no estilo de vida (Rees *et al.*, 2006).

Uma revisão da literatura (2000-2011) retrata os efeitos favoráveis do yoga nos afrontamentos, levando a UK Nort American Menopause Society a recomendar que as mulheres deveriam considerar a realização de exercícios aeróbicos no tratamento da sintomatologia vasomotora onde inclui o yoga como terapia alternativa (Allzadeh & Mehraban, 2012).

Actualmente, as terapias reconhecidas como "complementares, alternativas ou holísticas" têm associações oficiais que mantêm o registo dos profissionais qualificados.

Em Portugal está previsto o debate na Assembleia da República relativo à regulamentação destas terapias.

4. MODELOS EXPLICATIVOS DO CLIMATÉRIO/MENOPAUSA FEMININO

De acordo com Freitas *et al.* (2004) a menopausa “*é um fenómeno determinante do climatério. Pode ser vista como uma condição fisiológica natural, que atinge todas as mulheres, envolve mais do que o fim da fertilidade, acarreta mudanças, acelera o processo de envelhecimento e pode afectar a qualidade de vida da mulher*” (p. 122).

No sentido de compreender a relação entre o climatério, a saúde, qualidade de vida e a doença, bem como outros factores relacionados, ao longo dos tempos foram surgindo diversos modelos explicativos do climatério feminino.

Para Serrão (2008, p. 18) o **modelo biomédico** identifica-se com a génese biológica de qualquer doença, com a correspondência natural de determinada sintomatologia física. Para este modelo, tal como foi referido anteriormente, o climatério é conotado como uma deficiência hormonal e por conseguinte uma etapa atribulada de cariz físico e emocional.

No entanto, de acordo com Pimenta *et al.* (2007) a experiência do climatério assenta em alterações corporais, mas é influenciada por configurações culturais sociais e políticas.

Contrastando-se com o modelo biomédico apresenta-se o **modelo sócio-cultural**, onde Pimenta *et al.* (2007) descrevem o climatério como sendo um processo normal do desenvolvimento, com pouco impacto na vida da mulher; onde as variáveis sócio-culturais vão modular as vivências da mulher. Serrão (2008) acrescenta ainda que os problemas provêm da construção cultural, e da associação a estereótipos e atitudes relativamente ao envelhecimento e à perda de papéis sociais.

Alguns autores fazem ainda referência ao significado que a capacidade reprodutiva feminina tem no contexto social, pois a mulher terá de gerir a perda da juventude e a eventual perda dos papéis que ocupava.

Podemos concluir que com a entrada na meia-idade o idolatrar da beleza e da juventude e a vitalidade do jovem, defendida pela sociedade ocidental, poderá desenvolver a nível psicológico/emocional um sentimento de perda e luto de valores estéticos tão prezados.

O **modelo psico-social** baseia-se numa abordagem do climatério centrada na vulnerabilidade, referindo que esta é influenciada tanto por factores hormonais como por factores causadores de stress, especificamente o ninho vazio, o divórcio, os lutos, os conflitos, os problemas de

saúde entre outros. Serrão (2008) refere existirem estudos que permitem estabelecer uma relação causal entre o divórcio e os lutos e a sintomatologia psicológica e somática. As mulheres culpabilizam muitas vezes o climatério pelo seu sofrimento e problemas vitais. O trabalho/emprego pode ser considerado por alguns autores como um factor protector da saúde emocional, atenuando os efeitos de stress associado ao papel da maternidade, que ao mesmo tempo dá sentido à vida de cada mulher.

Uma visão mais abrangente desta etapa surge com o **modelo biopsicossocial**, considerando os aspectos biológicos, cognitivos e sociais reflectindo sobre o climatério no contexto biológico, psicológico e sócio-cultural. Não só é considerado o potencial do indivíduo como também o meio que o envolve para explicar os fenómenos de saúde e doença. Serrão (2008) refere que o estudo do climatério é focalizado nas representações cognitivas que cada pessoa tem sobre a menopausa.

Para este modelo, a adaptação às mudanças do climatério não têm que ser negativas, podem ser neutras ou mesmo positivas o que facilita o desenvolvimento pessoa (Olazábal, 2003).

Na abordagem do climatério e menopausa devemos ter em conta o **modelo psico-cultural** que privilegia as relações estreitas entre a ecologia física, a história socio-cultural, a estrutura económico-social e política, as crenças, valores e os rituais de um grupo/comunidade (Ramos, 2004).

A autora salienta que nas práticas educativas e de cuidados deve coexistir uma relação entre os valores culturais e religiosos com a percepção do êxito social e das competências valorizadas naquele sistema social/comunidade, como é defendido no modelo **ecológico-cultural** onde a adaptação de um grupo ao meio ambiente é vista como uma resposta cultural com influência no desenvolvimento e saúde dos indivíduos e nas atitudes e comportamentos familiares.

O modelo **eco-cultural** considera que o comportamento é determinado pela cultura e distingue dois níveis: o individual e o grupal ou colectivo. Neste modelo a relação entre os componentes individuais e colectivos sofrem um processo de adaptação e transmissão cultural. Os padrões culturais transmitidos desde o nascimento constituem um processo involuntário de interiorização individual das tradições, sistemas de referência e valores do

grupo de pertença, onde os modelos sócio-familiares desempenham um papel importante no processo de estruturação cultural e psíquica (Ramos, 2004).

O indivíduo é o resultado da sua cultura e da adaptação (marcada pela interacção, dinamismo, diversidade e complexidade) a diversas problemáticas e atendendo aos contextos sócio-históricos e político-culturais. Sendo o ser humano um ser cultural, histórico e social, podemos dizer que a cultura implica inovação e mudança resultantes de processos individuais e da interacção com grupos culturais diferentes (Ramos, 2004).

Na idade adulta as mudanças desenvolvimentais estão relacionadas, entre outros, com expectativas pessoais, tarefas desenvolvimentais e mudança de papéis (Fonseca, 2005).

As representações diferem de contexto para contexto, em função da dimensão sociocultural, as mulheres portuguesas relacionam a menopausa com consequências físicas.

Após a consulta de vários autores podemos considerar que o consenso sobre o climatério e menopausa é uma tarefa difícil e inacabada. Mas será que tem que existir consenso? Consideramos que é na diversidade que cada indivíduo deve procurar a felicidade e vivenciar o processo de transição em direcção ao bem-estar.

5. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MENOPAUSA EM DIFERENTES CULTURAS

As representações sociais do climatério e menopausa parecem pertinentes na medida em que Portugal é um país de imigrantes e, o notório envelhecimento da população traduz-se num aumento de mulheres em fase de climatério e menopausa. Parece pois, útil entender o pensamento social, uma vez que, as representações que se têm da menopausa podem interferir na forma como as mulheres vivenciam esta etapa de vida.

O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, é uma forma de pensamento social orientado para a comunicação, compreensão e domínio do ambiente social e material em que a pessoa vive (Alves, Shimizu & Bervique, 2007).

O facto de a menopausa constituir um processo biológico, permitiu a construção de diversas opiniões com base em diferentes tradições populares e também em discursos científicos e sociais.

Não podemos dissociar a representação social do papel da mulher numa perspectiva da evolução histórica das sociedades. Durante séculos as mulheres viveram em condições de inferiorização e subordinação aos homens, eram consideradas subproduto do homem, numa visão religiosa, a mulher representa a desobediência, o pecado e a culpa, transportando o pecado original como herança aos seus descendentes, por ter levado a que “Adão” caísse em tentação expulsando-o do paraíso (Lopes, 2007).

A tradição judaico-cristã, conotou desfavoravelmente as representações sociais da mulher, nomeadamente no que se refere à sexualidade, dicotomizando-a como santa ou prostituta, ao mesmo tempo que o corpo é visto como vida/morte, sagrado/profano, puro/impuro. Esta visão influenciou as atitudes sociais contemporâneas no que diz respeito à sexualidade feminina, nomeadamente em relação ao uso do corpo, assim como a percepção que tem sobre si própria (Lopes, 2007).

Os mitos em função de crenças religiosas acabam por gerar valores, atitudes, e estabelecer toda a ordem e contra-ordem social, originando as mais diversas representações sociais. Pimenta *et al.* (2007) corrobora a ideia defendida por Collins e Landgrem e Kaufert de que as variáveis socioculturais vão delinear a vivência da menopausa e que este é um processo culturalmente construído com base nas atitudes em relação ao envelhecimento, papel social e estereótipos negativos em relação à mulher.

A menopausa é encarada como um processo negativo, por caminhar para a inutilidade e o envelhecimento no entanto esta visão tem vindo a transformar-se face às demonstrações científicas, não podemos no entanto proceder a uma generalização destas crenças a todas as mulheres. Isto porque, “(...) *as representações sociais da menopausa estabelecem uma relação complexa e dinâmica entre o saber médico e o saber comum*” (Serrão, 2007, p. 13).

A saúde e o bem-estar das mulheres menopáusicas são influenciadas pelas classes sociais, culturais e económicos onde vivem, e alguns estudos mostram que a sintomatologia é diferente de cultura para cultura.

Em 1997, Delanoé classificou as representações sociais da menopausa como negativas, ambivalentes, neutras e positivas. Considerou que eram *negativas*, quando a menopausa era vista como uma mudança ligada à perda de feminilidade, ao fim da capacidade de sedução, início do envelhecimento e à passagem ao papel de avó. A representação social *ambivalente* encontra-se associada a uma representação negativa paradoxalmente a uma experiência pessoal neutra. Quando “*a menopausa é pouco referida como perda de feminilidade ou como velhice e a amenorreia é sentida como alívio*”, sendo normalmente mencionado pelas mulheres mais jovens, a representação social é *neutra*. Considera uma representação *positiva*, quando as “*mulheres mais velhas, pós-menopausicas (...) consideram que a menopausa não constitui uma ameaça à sua feminilidade e sedução*”, sendo que estas mulheres englobam um nível cultural mais elevado e uma situação profissional gratificante (Serrão, 2007, p. 14).

Estudos revelam que na generalidade a representação social reúne uma atribuição negativa relacionada com o envelhecimento e a infertilidade. Quanto mais negativas forem as representações sociais da menopausa, mais agravados serão os sintomas vividos pelas mulheres neste processo (Pimenta, *et al.*, 2007).

Existem sociedades com uma visão positiva da menopausa por considerarem que é nesta fase da vida que a mulher adquire um papel preponderante (Hall *et al.*, 2007), as mulheres têm maior autoridade, mobilidade e segurança relativamente a gravidezes não desejadas (Gupta *et al.*, 2006).

Existem no entanto, factores que podem influenciar as representações sociais da menopausa como sejam a falta de informação ou informação incorrecta e o nível sociocultural (Moraes *et al.*, 2007).

Com base na forma de viver, crenças culturais e experiências de vida (Hall *et al.*, 2007), ao abordar as percepções de mulheres a vivenciar a menopausa, define três *grupos culturais (tradicional, moderna e imigrante)*. Considera a mulher *tradicional*, a que tem uma cultura onde as crenças e costumes são passados de geração em geração, sendo a sua forma de vida semelhante ao dos seus antepassados e onde são mínimas as influências ocidentais. A Mulher *moderna*, tem um estilo de vida oposto ao das práticas da cultura tradicional, tem maior oportunidade de acesso a educação formal, tecnologias de informação, a sua percepção sobre a experiência da menopausa é influenciada pelas informações. A mulher *imigrante*, encontra-se na transição de uma cultura tradicional para uma moderna, perturbada por múltiplos

factores (viver num país estrangeiro, barreira linguística, procura de emprego), principalmente para as que têm pouco suporte social.

Assim, numa *cultura tradicional*, podemos encontrar percepções positivas associadas à menopausa nas sociedades onde são adquiridos privilégios com essa etapa de vida. Algumas mulheres adquirem o estatuto de mulher sábia e conselheira, passando a ter uma maior influência na família.

Nas mulheres tribais do Tuareg (tribo islâmica na Nigéria) o atingir da menopausa significa adquirir um novo papel social, com novos rituais e desenvolvimento de actividades de cura. O condão de ser “feminina” ou “maternal” não é abandonado mas é redireccionado para os novos papeis (sogra, avó, curandeira de ervas e/ou devota religiosa) (Hall *et al.*, 2007).

Noutras sociedades com valores culturais diferentes, como é o caso de “*em algumas culturas nativas, as mulheres só podem ser “xamã” depois de ter ultrapassado a menopausa pois só então retêm o “sangue da sabedoria”, que lhes dá a possibilidade de deter grande poder, tomar decisões e responsabilidade em relação às crianças e às mulheres mais novas*” (Fagulha & Gonçalves, 2005, p. 22).

Nas culturas celtas, a rapariga jovem era vista como sendo uma flor, enquanto que a mãe era comparada ao fruto e, por sua vez a mulher mais velha associada à semente, ou seja, detentora de todo o conhecimento e potencial de todas as outras partes.

Os países em desenvolvimento, tendo em conta os aspectos sócio-económicos, os baixos recursos e limitado acesso ao Serviço de Saúde, tendem a perspectivar esta fase de vida com alívio e satisfação, as mulheres, depois de terem criado a família, adquirirão a libertação da responsabilidade de ter filhos e das restrições sócio-culturais impostas às mulheres jovens (que ainda menstruam) (WHO, 1996).

Sociedades que atribuem alto valor à *fertilidade*, as mulheres podem demonstrar atitudes negativas face à menopausa. Como acontece em algumas vilas rurais da Índia, Irão e África, onde as mulheres na menopausa, são trocadas por mulheres mais novas. O medo é um indício nas sociedades cujas mulheres são dependentes dos seus maridos (física, financeira e socialmente). Na Arábia, a conotação negativa encontra-se expressa no próprio termo da designação de menopausa: *sinn al ya*, cuja tradução corresponde “*a idade do desespero*” (Hall *et al.*, 2007).

Na sociedade chinesa, a idade é venerada e as mulheres não apresentam queixas relacionadas com a menopausa, isto deve-se não só às diferenças alimentares (consumo de soja), mas também ao contexto cultural.

Na sociedade japonesa, a menopausa é vista como uma transição natural relacionada com o envelhecimento e, os sintomas fisiológicos são irrelevantes. Isto deve-se teoricamente aos hábitos alimentares ricos em peixe, cálcio e soja e ainda pela prática regular de exercício (bicicleta e caminhada).

Argote *et al.* (2008) defendem que as mulheres afro-descendentes encaram o processo da menopausa como mais uma etapa de vida que assumem e enfrentam com a serenidade inconsciente de quem sabe que o mesmo sucedeu aos seus antepassados devendo ser vivida de forma tranquila e natural.

As mulheres afro-americanas encaram a menopausa como uma transição esperada e natural não encarando como um período de crise e consideram que vivenciam, nesta fase, o pico da sua vida sexual.

Hall *et al.* (2007), referem o estudo de Carolan desenvolvido em 2000 com mulheres irlandesas de um meio rural, com muitos filhos e sem uso de métodos contraceptivos. O estudo apurou que o período de perimenopausa lhes causou sentimentos de ansiedade e angústia, pois não conseguiam distinguir entre irregularidades menstruais associadas à menopausa com outra hipótese de gravidez, numa fase considerada de risco, aliado ao preconceito, da actividade sexual aos 40 e 50 anos, de que naquela idade elas fossem desprovidas de interesse sexual.

Na sociedade tradicional da Coreia, onde o homem tem um papel central, a mulher não pode falar com o marido sobre a sintomatologia associada à menopausa. Estas mulheres expressam sentimentos depressivos durante a menopausa, provavelmente associados às mudanças de vida pelo abandono dos filhos de casa (independência) e sentimento de inutilidade (Hall *et al.*, 2007).

Nas *sociedades modernas* a percepção da menopausa é influenciada por diversos factores, algumas mulheres podem percepcionar como um tempo de perda, outras como um desafio a explorar e, outras ainda, como um acontecimento insignificante.

Num estudo realizado em mulheres brasileiras com idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos, apurou-se que a menopausa é representada como algo ruim e negativo, emergindo palavras como tristeza, depressão, nervosismo, envelhecimento, falência do organismo, doença, problemas, mal-estar, fase complicada, fim, deixar de ser mulher, revolta e preocupação, no entanto, sobressaem também palavras com sentido neutro como sejam: natural, normal, comum, cuidado, acompanhamento indiciando de que a menopausa pode ser vivida sem dificuldades e sem prejuízos para a qualidade de vida e a saúde (Alves, Shimizu & Bervique, 2007),

O conservadorismo aliado a eventuais falsos pudores distorce uma realidade que deveria ser aceite com naturalidade e sem estigmas (Ferreira, 2007), as crenças em volta do envelhecimento feminino apontam que as mulheres ao entrarem no climatério sofrem um declínio progressivo dos traços valorizados socialmente (tais como beleza, força, inteligência, produtividade e valor como sujeito social) (Santos & Diniz, 2007).

Nas culturas ocidentais, a menopausa é frequentemente associada ao medo de envelhecer, a uma perda de estatuto e a problemas com a sexualidade porque as mesmas estão orientadas para o culto da juventude e para o culto do belo, numa sociedade predominantemente machista.

As mulheres portuguesas têm maior tendência a concordar que a menopausa pode ser uma nova etapa das suas vidas comparativamente com as britânicas que associam a menopausa á perda da feminilidade (Catão, 2007).

Catão (2007) refere o estudo desenvolvido em 2004 por Serrão com 200 mulheres portuguesas climatéricas (peri e pós-menopausa) em que verificou que embora a representação social fosse positiva relativamente à fase da menopausa em que se encontravam, era notória a existência de correlações negativas entre a representação social e a sintomatologia climatérica (vasomotora e psicossocial) para as mulheres na peri-menopausa e, para as mulheres na pós-menopausa, a correlação era negativa entre a representação social e a deterioração da qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual).

A imagem da mulher ocidental é baseada *“em duas figuras: a matrona, a mulher de peso, “mãe de família” que ocupa o seu tempo nas lides domésticas, costurando e cozinhando; e a mulher encarquilhada, com rugas, “mal-amada”, depressiva, que ocupa o tempo a meter-se*

na vida dos outros” (Moreira, 2005., p. 53). A autora refere que o papel sexual se completou com a maternidade associando-se ao envelhecimento feminino um aparente desinteresse em ser sexualmente activa, com conotação de infelicidade e frustração sexual por fisicamente ser pouco desejável.

A sociedade descarta as experiências das mulheres no domínio sexual, definem as mulheres mais velhas como sendo sexualmente invisíveis. As mulheres são julgadas em função de um ideal de beleza associando a capacidade de atracção social à juventude e à magreza. (Moreira, 2005; Gotter, 2007; Moraes *et al.*, 2007).

Numa alternativa de preservar a saúde, mantendo a juventude e considerando que a qualidade de vida pode ser severamente reduzida, por perceber que as alterações corporais podem implicar a perda dos papéis sociais e familiares que desempenhava, a terapêutica hormonal torna-se quase obrigatória (Gotter, 2007; Moraes *et al.*, 2007).

Na associação da menopausa a um processo humilhante de desqualificação sexual tendo em conta a perda de feminilidade na crença de que a libido diminuiu, é frequente constatarmos a relação do mito da passividade e da frigidez feminina associados a esta fase da vida da mulher (Moraes *et al.*, 2007).

A menopausa representa para a mulher, uma fase de mudanças importantes, vivenciá-la de forma sadia e preparar-se para o próprio envelhecer, não como o fim mas, como uma experiência culminante do próprio ciclo de vida é importante.

Mulheres com carreira profissional estão mais conscientes e informadas da sintomatologia associada à menopausa, ocorrendo a percepção comum de que os sintomas devem ser tratados com medicação de substituição hormonal ou suplementos naturais, existe uma multiplicidade de oferta de fármacos e um incentivo ao seu consumo, pois contrariamente às culturas tradicionais as mulheres modernas consideram que os sintomas devem ser controlados com medicação em vez de considerarem a menopausa como um acontecimento cujos sintomas se devam tolerar e suportar.

Apesar de esta ser uma fase que pelas inerentes transformações desencadeia um processo de reavaliação da própria vida, algumas mulheres atribuem também a esta fase a agradável sensação de serem tratadas com respeito, olhadas com sabedoria e, não terem que provar nada a ninguém. A partir de perspectivas positivas podem redescobrir a sua identidade feminina,

procurar novos caminhos, descobrir novos talentos, oportunidades profissionais, e liberdade para procurar novas aventuras (Alves, Shimizu & Bervique, 2007; Hall *et al.*, 2007). Ao climatério parece associar-se uma mudança de postura perante a vida, como sendo uma fase de transição da vida adulta (Marchand, 2001, 2005; Lopes, 2007).

A percepção das mulheres imigrantes sobre a menopausa é tendencialmente negativa. Os desafios colocados na adaptação a um novo país, onde para além do eventual isolamento da sua cultura originária, barreiras linguísticas, desafios laborais e financeiros acumulados à vivência da menopausa parecem ser favoráveis a sentimentos de depressão e de envelhecimento rápido.

No entanto, é difícil estabelecer uma relação causal específica para estes sentimentos, não se podendo afirmar ou negar a relação destes sentimentos com a menopausa, conforme comprova um estudo com mulheres imigrantes da Coreia (Hall *et al.*, 2007).

6. IMPACTO DA MENOPAUSA NA QUALIDADE DE VIDA

Tendo em conta que o climatério é uma etapa de vida consideravelmente longa onde se verificam mudanças a que correspondem um conjunto de alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pela diminuição dos níveis hormonais, estes são vivenciados por cada mulher de forma diferente e individualmente influenciado pela informação, valores e crenças de cada mulher e família.

No início do século XX, a medicina passou a divulgar a ideia de que o climatério representava uma etapa da crise fisiológica, degenerando em doença dependendo da predisposição da mulher. A conotação da menopausa como uma doença de deficiência hormonal é um pensamento que persiste até aos dias de hoje, reduzindo a mulher à sua capacidade de produzir hormonas. Por conseguinte, assiste-se à construção da menopausa enquanto risco e o modelo biomédico sugere então estratégias (como a THS) que permitem prevenir a suposta degeneração física e psicológica que advém com a transição da menopausa.

Esta associação de doença onde procuramos uma cura, principalmente sob o formato de medicamento leva a que nos meados dos anos 60 com aparecimento da reposição hormonal,

se enaltecia esta terapia como libertadora da “*tragédia da menopausa*”, funcionando como um “*elixir da juventude*”.

Entretanto, os aparentes benefícios da THS têm sido postos em causa devido a estudos que a associam a um risco aumentado de contrair certas doenças, como o cancro do útero ou da mama. Os potenciais riscos para a saúde deixaram muitas mulheres renitentes em seguir tal tratamento pelo que se procuram actualmente novas alternativas.

Ao se considerar que o climatério corresponde a uma fase natural da vida da mulher e que marca o término da sua função reprodutiva, alguma controvérsia existe sobre o controlo de alguma sintomatologia para a melhoria da qualidade de vida atendendo que as mulheres hoje são mais esclarecidas e exigentes na procura da resposta aos cuidados de saúde. Assim, o pensamento actual enfatiza a mudança de estilos de vida para a promoção da saúde e prevenção da doença, reservando a THS para as mulheres sintomáticas, sendo realizada na menor dose e tempo possíveis (Daley *et al.*, 2007).

Neste sentido, algumas terapias alternativas começam a ser monitorizadas com o intuito de demonstrar a sua evidência científica.

Apesar das alterações na mulher na fase do climatério diferirem de mulher para mulher, existem transformações que são comuns, tais como as dificuldades cognitivas, a instabilidade emocional e o humor depressivo. A capacidade de aceitação e de adaptação da mulher aos sintomas climatéricos depende da conjugação das alterações ocorridas a vários níveis: fisiológico, psicológico, social e cultural (Lorenzi *et al.*, 2005).

Vários estudos tentam explorar o impacto das diferenças culturais nas percepções e sintomatologias referidas por mulheres a vivenciar a menopausa, todavia são muitas as limitações metodológicas apontadas a tais estudos (Melby, *et al.*, 2005).

Alguns defendem que a prevalência de afrontamentos associado à menopausa varia em diferentes culturas, ocorrendo maior prevalência nos países ocidentais, comparativamente com os orientais.

A WHO (1996) menciona como exemplo 10-22% destes sintomas em mulheres de Hong Kong, cerca de 17% em mulheres japonesas, 23% em mulheres tailandesas, 45% em mulheres norte-americanas e 80% em mulheres alemãs.

Um estudo entre mulheres japonesas e norte-americanas, demonstrou que os sintomas de “afrontamentos” e “distúrbios do sono”, associados com a menopausa, eram menos mencionados pelas mulheres japonesas (Melby, *et al.*, 2005). Não é claramente entendida esta explicação, no entanto pensa-se que factores como a alimentação, estilo de vida, práticas reprodutivas, clima e significado cultural atribuído aos sintomas associados com a menopausa, possam estar na base destas diferenças (Hunter & Rendall, 2007).

Shea (2006) realizou um estudo com um grupo de mulheres chinesas com idades compreendidas entre 45 e 57 anos e fez análise comparativa com estudos realizados a mulheres japonesas, canadianas e norte-americanas. Concluiu que as mulheres chinesas apresentavam uma maior similaridade de sintomas com as norte-americanas do que com as japonesas. Defende que existem mitos orientais, que tendem a manipular a percepção de que esta etapa de vida é mais facilmente vivida pelas mulheres asiáticas (crença de que são livres de sintomatologia associada à menopausa), referindo que a propagação desta ideia tem implicações na prática, nomeadamente por servir de justificação para o sub-investimento em recursos e serviços de saúde.

Existem ainda constrangimentos metodológicos no campo da atribuição de significações e adequação da linguagem nas diferentes culturas, as mulheres japonesas utilizam a palavra “*Konenki*” com um significado, semelhante ao conceito definido como climatério e não existe uma palavra em japonês que traduza especificamente o significado de afrontamento (*Hot flush*) (Melby *et al.*, 2005).

Na tentativa de explorar o significado atribuído à percepção do sintoma de “afrontamento” e tentado conhecer o motivo porque as mulheres percebem esses sintomas de forma mais problemática que outras, Hunter e Lião (1995) no seu estudo abordaram componentes cognitivas, comportamentais e afectivas e concluíram que a problemática associada a esta sintomatologia estava relacionada com o desencadear de sentimentos de mau humor, ansiedade e baixa de auto-estima, e que os aspectos cognitivos estavam relacionados com consequências negativas como o sentimento de perda de controlo e vergonha social, assim como, o desconforto físico e perturbações do sono (Hunter & Rendall, 2007).

As investigações são condicionadas pelas listas pré definidas de sintomatologia mencionadas nos questionários produzida pelo mundo industrializado (Shea, 2006). No que concerne à

menopausa, os métodos e as questões de investigação realizadas na Europa e no Norte da América, são as mesmas que são aplicadas nos países em desenvolvimento (WHO, 1996).

Encontram-se identificadas alterações neurogénicas (nomeadamente, ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleias, tonturas, insónias, perda de memória e fadiga), psicogénicas, metabólicas, mamárias (substituição do parênquima mamário por tecido adiposo), urogenitais (dispareunia, corrimento e prurido vulvar), osteoarticulares e ao nível do sistema tegumentar, como as manifestações clínicas mais comuns nas mulheres na fase de climatério, referindo que a vivência das várias alterações está dependente da estrutura da personalidade de cada mulher e do ambiente sociocultural em que se insere.

Estas alterações podem interferir com a relação familiar (ao nível da sua sexualidade) e social podendo fazer com que a mulher se afaste do seu ambiente normal e deixe de desempenhar os seus papéis, sentindo-se rejeitada e insegura. A baixa auto-estima decorrente deste conjunto de alterações supracitadas leva à diminuição da qualidade de vida da mulher, e é de salientar a importância e a necessidade da intervenção adequada dos profissionais de saúde, que poderão assumir um papel de orientador destas mulheres, preparando-as para esta etapa de vida na prestação de cuidados antecipatórios de promoção da saúde e, numa fase posterior na presença de comportamentos alterados, devem actuar com vista ao reequilíbrio da mulher e família, quer físico, quer psíquico, tendo como finalidade a sua reintegração nos seus próprios contextos sociais.

Mulheres que manifestem a crença de que durante o climatério se experimenta necessariamente dificuldades emocionais e o aparecimento de sinais físicos, são mais susceptíveis a manifestarem um humor deprimido que efectivamente vivenciam esta fase da vida. Quanto mais negativas forem as atitudes em relação à menopausa mais exacerbados são os sintomas do climatério (Pimenta *et al.*, 2007).

Ao pensarmos nos modelos biomédico e sócio-cultural consideramos que são redutores ao tentarem explicar a fragilidade experimentada no climatério baseando-se principalmente nas transformações decorrentes das alterações hormonais não contemplando a experiência individual, dimensão de extrema importância quando se fala desta temática.

As experiências de stress directamente relacionadas com acontecimentos específicos da fase da meia-idade (morte de pessoas significativas, cuidar de filhos pequenos ou adolescentes, a

saída dos filhos de casa, ter a seu encargo pais doentes ou com idade muito avançada, problemas financeiros, etc.), constituem factores de risco para o desenvolvimento de patologias do foro psicológico durante o climatério, objectivamente entre os 45 e os 55 anos.

Aspectos como, o estilo de vida, a auto-imagem e as relações interpessoais são também pertinentes quando pensamos em factos que podem influenciar estados depressivos durante o climatério, pois é ainda referido por alguns autores que as mulheres podem manifestar sentimentos de perda e vivenciarem uma percepção contínua de inutilidade (Pimenta *et al.*, 2007).

Deste modo é perceptível que o climatério não é meramente influenciado por factores biológicos mas sim pela simbiose de tudo o que torna uma mulher única em cada situação específica.

No que concerne à qualidade de vida no climatério, vários têm sido os autores a debruçarem-se sobre a temática e a criarem instrumentos adaptados especificamente a esta fase da vida da mulher (SPM & AEEM, 2008).

Salientamos o estudo realizado por Lorenzi (2008) na Universidade de Caxias do Sul, que tinha como objectivo avaliar a qualidade de vida de 323 mulheres pós-menopáusicas com idade entre 45 e 60 anos, utilizando o *Women's Health Questionnaire* (Questionário da Saúde da Mulher). Observou uma tendência à deterioração da qualidade de vida em domínios relacionados com sintomas somáticos, humor deprimido e ansiedade. Notaram ainda que, quanto menor a escolaridade e a frequência da actividade sexual, piores os índices de qualidade de vida. Em contrapartida, verificaram que a actividade física regular estava associada a uma melhor qualidade de vida.

Moraes *et al.* (2007) desenvolveram diversos estudos que relacionaram o funcionamento psicológico, qualidade de vida e o Climatério. A relação entre estas variáveis, segundo alguns autores, advém da acção que as hormonas sexuais exercem sobre o comportamento humano.

Foram encontrados receptores para o estrogénio e para a progesterona, em várias regiões do cérebro, demonstrando as suas influências nestas áreas. Sabe-se que as hormonas actuam na transcrição de genes que sintetizam enzimas que regulam a síntese e metabolismo de neurotransmissores, transporte de neurotransmissores, entre outros. A deficiência do estrogénio causa alterações neuroendócrinas com manifestações clínicas como as alterações

do humor, ansiedade, irritabilidade, depressão, distúrbios do sono e alteração cognitiva como a diminuição da memória verbal (Moraes *et al.*, 2007). Estes, são alguns dos sintomas da menopausa que podem alterar a qualidade de vida das mulheres.

Num estudo qualidade de vida no climatério, realizado em 2010, com o objectivo de avaliar a qualidade de vida através da escala Cervantes, são avaliados os domínios menopausa e saúde: domínio psíquico, sexual e relação de casal. Entrevistaram-se 36 mulheres e verificou-se que quanto maior a escolaridade menor a percepção de qualidade de vida. O domínio “menopausa e saúde” foi o que apresentou pior qualidade de vida, as mulheres na peri-menopausa têm melhor qualidade de vida e o domínio Relação de Casal diminui na pós-menopausa (Moura *et al.*, 2010).

Kamimura *et al.* (2012) aplicou a WHOQOL-Bref a 79 mulheres após a menopausa e concluiu que o domínio físico apresentou *scores* mais baixos (M=57.09; DP=12.10) mas sem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios relações sociais (M=74.25; DP=13.04), psicológico (M=58.12; DP=11.45) e ambiental (M=64.88; DP=11.6).

Em três grupos de mulheres portuguesas em função do estadio da menopausa (pré, peri ou pós) foi aplicado o inventário QoL para comparar a qualidade de vida (Pimenta, Leal, & Maroco, 2012).

Verificaram que o QoL emocional e sexual foi superior nos estados precoces quando comparado com os seguintes, as mulheres pré-menopáusicas têm um QoL ocupacional mais elevado comparativamente com as suas homólogas na pós-menopausa. O QoL global foi significativamente mais elevado na pré-menopausa quando comparado com os outros dois estádios.

Pimenta, Leal e Maroco (2012), referem ainda que nesta amostra a relação saúde e QoL não sofre alteração com a evolução da menopausa, ou seja, os relatos de saúde não parecem ser influenciados pela progressão da idade em mulheres entre os 42 e 60 anos.

Os estudos que atribuem uma melhor vivência da menopausa a factores relacionados com hábitos de vida, dieta, e outros aspectos relacionados com a cultura, evidenciam a dieta dos países asiáticos – pobre em gordura, e com elevado teor proteico e de fitoestrogénios nas suas plantas, como é o exemplo da soja, e de alguns chás de ervas com um papel importante na diminuição da sintomatologia reportada à menopausa, e na longevidade (Melby *et al.*, 2005).

Contudo, esta concepção popular, deve ser analisada com prudência, pois o papel da soja na prevenção ou alívio da sintomatologia vulgarmente associada com a menopausa é ainda inconclusivo, sendo necessário novos estudos a longo termo que testem a segurança destas dosagens medicamentosas (Shea, 2006).

O consumo de tabaco, comida picante, álcool, actividades que requerem esforço físico, espaços fechados e muito aquecidos precipitação ou exacerbação da sintomatologia relacionada com a menopausa (Hunter & Rendall, 2007; Pimenta *et al.*, 2007).

A terapia hormonal (TSH) é na actualidade o recurso medicamentoso que apresenta maior eficácia na atenuação dos sintomas do climatério, contudo, pode comportar riscos para a saúde física e/ou diminuição da qualidade de vida devido a efeitos secundários, podendo conduzir a comportamentos de não adesão terapêutica (Hunter & Rendall, 2007; Pimenta *et al.*, 2007).

Estratégias cognitivo-comportamentais (técnicas de relaxamento, técnicas de respiração, programas educacionais, de aconselhamento e de mudança comportamental), constituem um recurso importante na redução da sintomatologia associada à menopausa, bem como contribuem para o bem-estar físico e psicológico da mulher (Hunter & Rendall, 2007; Pimenta *et al.*, 2007). Moreira *et al.* (2012) demonstram que um programa efectivo de exercício físico facilita a gestão dos sintomas na pós-menopausa.

Todas as mulheres devem dispor de informação completa sobre as opções ao seu alcance (benefícios e efeitos secundários) por profissionais devidamente capacitados (ONU, 1996).

CAPÍTULO III

RELACIONAMENTO CONJUGAL

Relacionamento conjugal é uma união entre duas pessoas que partilham o desejo de viver em comum e, cuja forma de união, se encontra integrado numa sociedade e cultura. Nesta exposição iremos falar em casamento para referir esta forma de relacionamento.

Para Strey *et al.* (1999, p. 29) o termo casamento pode ser definido como “(...) *uma união entre duas pessoas de sexos diferentes, legalizada ou não, as quais se dispuseram a construir uma existência conjunta. Esta relação caracteriza-se pelas pessoas possuírem interesses comuns, seja financeiro, sexual e afectivo, assim como um mesmo objectivo de vida*”.

Segundo Amaro (2006, p. 15), o casamento é entendido como “(...) *uma instituição social que regula a relação entre dois ou mais indivíduos que iniciam uma vida em comum e entre estes a sua descendência*”. No Ocidente, esta relação é tradicionalmente definida como uma união entre um homem e uma mulher, entre os quais existe uma relação aprovada e aceite. Ainda de acordo com o mesmo autor, o casal é reconhecido após consumação do casamento legal, havendo a possibilidade de ser reconhecido socialmente como união de facto, quando a constituição do casal, com o objectivo de levar uma vida em comum, não se rege pelos formalismos legais.

Neste sentido, os casamentos tradicionais pautam-se pela monogamia heterossexual, formal e ritual com o objectivo de regulamentar o sexo, a moral e a ética da vida do casal. Com o casamento ocorre a transmissão não só do património material, mas valorativo pela educação e pela convivência.

Estudos recentes têm demonstrado existir uma relação causal entre a saúde física e mental dos cônjuges e a qualidade e interacções dentro do casamento. Fielder e Kurpius (2005) defendem, com base num estudo empírico, existir uma ligação positiva entre casamentos coesos, cooperativos e sociáveis e o estado geral de saúde e bem-estar dos parceiros conjugais. Para os casais que referiram estar insatisfeitos, as mulheres tinham níveis significativamente mais baixos de saúde física e psicológica do que os seus maridos, ser infeliz no casamento parece ser mais prejudicial para o bem-estar psicológico do que ser solteiro, divorciado ou viúvo (Gove *et al.*, 1983).

O viver conjugal é pleno de alterações entre os momentos de afectividade positiva e outros de afectividade negativa. As relações não são estáticas, unitárias e imutáveis, pelo contrário, fazem-se de experiências várias, diferentes estados de humor, prazer e dores.

Hoje encontramos novas formas de casamento e de famílias. Iremos apenas focar os casamentos heterossexuais, considerando para o efeito as perspectivas de género. A diferença entre o masculino e o feminino para além de, genética, anatómica, fisiológica, hormonal e mental, é também cultural na medida em que, cada cultura, atribui papéis sociais diferentes a homens e mulheres (Narciso & Ribeiro, 2009).

As relações heterossexuais parecem ser compostas por indivíduos com expectativas e características comportamentais que parece que vêm de mundos diferentes, dificultando a intimidade emocional no casamento, no entanto homens e mulheres partilham fronteiras permeáveis desenvolvidas pela comunicação. As mulheres são consideradas peritas nas relações, pois conseguem melhor estabelecer relações de intimidade. Nas relações de amor os papéis de ambos encorajam a interdependência e o autodesenvolvimento para os homens e a emoção e a intimidade para as mulheres (Narciso & Ribeiro, 2009).

As autoras referem ainda que existem diferenças na expectativa do casamento conforme o género. Os homens apontam ter o cônjuge como melhor amigo, desejo de intimidade física e emocional, apoio, lealdade e segurança emocional, enquanto, as mulheres mencionam profunda intimidade emocional, boa comunicação e igual partilha de problemas (parentalidade e tarefas domésticas).

Não parece haver uma consciência expressa das dinâmicas familiares e sociais que estiveram na origem da influência dos comportamentos de género e como tem evoluído ao longo dos tempos, sendo uma fonte de conflitos a mudança de regras na atribuição de papéis entre cada elemento do casal.

A relação do casal sofre transformações ao longo do tempo, que não podem ser atribuídas apenas a características individuais mas também a mudanças sociais que influenciam a forma como cada um olha e está na relação. O divórcio, considerado impensável até há algum tempo é hoje uma realidade cada vez mais presente e uma possibilidade de saída de uma relação insatisfatória (Torres, 2002; Pereira, 2009).

No entanto, consideramos que o casamento, quando funciona, parece ser o melhor espaço para satisfazer as necessidades de afecto, companhia, lealdade e intimidade emocional e sexual. O aumento das taxas de divórcio não significaria um desinteresse pelo casamento, até

porque muitos voltam a casar-se mas, antes, o insucesso de mulheres e homens em fazer corresponder o casamento às expectativas que tinham (Narciso & Ribeiro, 2009).

1. QUALIDADE E SATISFAÇÃO CONJUGAL

A satisfação conjugal tem sido objecto de estudo de vários autores e, considera-se que é a satisfação que o casal manifesta sobre a sua relação conjugal, independentemente do tipo de relação (casamento ou união de facto).

Se atendermos a que o termo satisfação tem origem em *facere satis* que significa “fazer o bastante”, poderemos compreender o forte componente avaliativo, subjectivo e pessoal subjacente a este conceito. A satisfação resulta de uma avaliação pessoal do casamento, permitindo unicamente a sua análise a partir do ponto de vista dos cônjuges. Assim, o casal sentirá maior ou menor satisfação ao avaliar a qualidade do seu casamento, ou seja, o desempenho na e da relação, o nível de satisfação irá influenciar a qualidade, a qual, por sua vez, irá influenciar a satisfação, estabelecendo-se assim um ciclo. É importante perceber a satisfação como crucial para o bem-estar, uma vez que, reflecte uma avaliação sobretudo positiva do outro e da relação (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

Considerando a subjectividade do conceito de satisfação conjugal que traduz a satisfação das próprias necessidades e desejos bem como as expectativas do parceiro, implica um dar e receber mútuo (Norgren *et al.*, 2004) como um julgamento da relação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2009).

Neste contexto, Narciso (2001) distingue quatro conceitos: satisfação, qualidade, felicidade e sucesso conjugal. A qualidade conjugal é definida como o desempenho na e da relação e a satisfação como uma avaliação subjectiva e pessoal desse desempenho. A felicidade abarca sentimentos que ocorrem dos processos relacionais vividos e o sucesso conjugal engloba a duração do casamento, a qualidade e a satisfação conjugal.

Uma relação de sucesso é considerada perante um casamento estável, com qualidade relacional e quando os cônjuges estão satisfeitos.

“Os casais felizes, não são pessoas mais espertas, mais ricas, ou mais astutas (...). O que se passa é que, nas suas vidas diárias adquirem uma dinâmica que impede os pensamentos e os

sentimentos negativos de um pelo outro (que todos os casais têm) se sobrepõem aos positivos” (Gottman & Silver, 2001, p. 15). Uma das explicações para os casamentos felizes (ou emocionalmente inteligentes) é que o casal possua uma amizade sólida e profunda com respeito e apreço recíproco pela companhia um do outro.

Devendo para tal, cumprir os sete princípios de um casamento feliz que segundo Gottman e Silver (2001) são *“ampliar os mapas de amor”* (p. 61), conhecer o parceiro e manter-se actualizado sobre os gostos, alegrias, sonhos, preocupações, situações causadoras de stress; *“alimentar ternura e admiração”* (p. 75) é importante incentivar sentimentos positivos como antídoto para o desprezo; *“virar-se um para o outro em vez de se virarem de costas”* (p. 92) estar atento ao outro nos pormenores diários, implica envolvimento emocional; *“deixar-se influenciar pelo parceiro”* (p. 108) quando o homem não partilha o poder, nos que não se deixam influenciar pelas mulheres, existe maior probabilidade de divórcio; *“resolver os problemas com solução”* (p. 165) é importante diminuir a tensão da discussão e estabelecerem compromissos e serem tolerantes com as falhas um do outro; *“ultrapassar o impasse”* (p. 225) é importante trabalhar com o parceiro os sonhos e os desejos recalcados; *“criar um significado partilhado”* (p. 249), é indispensável que os rituais familiares, papeis, objectos pessoais e símbolos sejam partilhados, quanto maior o significado partilhado mais gratificante será a relação e mais fortalecida será a amizade conjugal.

A terminologia feliz e infeliz, utilizada por Gottman e Silver, demonstra uma visão dialéctica de satisfação, no pressuposto de que todos os casais, mesmo os mais felizes, têm problemas (resolvidos ou não), conflitos, interesses e valores divergentes, sentimentos e pensamentos negativos, momentos com maior ou menor satisfação e os casais felizes são os emocionalmente inteligentes, ou seja, conseguem estabelecer uma dinâmica onde sobrevelem os pensamentos positivos (Narciso & Ribeiro, 2009).

Os factores que influenciam a satisfação e qualidade conjugal, foram classificados por Narciso (2001) em três tipos: os centrípetos, os centrífugos e o factor tempo ou percurso de vida.

Os factores centrípetos são intrínsecos à própria relação e nele se incluem os processos afectivos (sentimentos, intimidade e compromisso), os processos operativos ou comportamentais que reflectem o funcionamento conjugal (comunicação, conflitos, resolução de conflitos e controlo relacional) e os processos cognitivos (percepções, atribuições e

expectativas) que influenciam e são influenciados pela relação (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

Mais periféricos à relação estão os factores centrífugos que englobam os factores pessoais, contextuais e demográficos. Nos factores pessoais podemos incluir características da personalidade, padrões de vinculação; nos contextuais temos a família de origem, a rede social, a escola e o trabalho. A idade, género, habilitações literárias, nível sociocultural e económico são os aspectos individuais que podem ser considerados nos factores demográficos.

No factor tempo ou percurso de vida conjugal, considera-se o tempo de duração de casamento, tempo de namoro, as etapas normativas e as situações não normativas do ciclo de vida e que, afecta e é afectado pelos factores centrípetos e centrífugos (Narciso, 2001, 2002; Narciso & Ribeiro, 2009).

Os processos operativos ou comportamentais (factores centrípetos) têm na sua essência a comunicação humana, atendendo que todo o comportamento é comunicação. Narciso e Ribeiro (2009) referem que o estudo da comunicação na conjugalidade tem sido objecto de estudo de vários autores dos quais destaca os trabalhos de Gottman, Markman, Noller e Griffin e salienta que a expressão de sentimentos de amor e da intimidade física e psicológica, e ainda, a resolução das dificuldades inerentes à partilha de uma vida quotidiana, são as duas funções essenciais que a comunicação tem no casamento, existindo correlações positivas entre a expressividade conjugal e a satisfação conjugal, indicando que casais insatisfeitos expressam menos emoções, desejos e necessidades.

A comunicação é fundamental na qualidade das relações e contribui para a satisfação e estabilidade conjugal.

A falta de clareza e especificidade da linguagem dos cônjuges, os erros de descodificação pela falta de escuta e incompreensão da linguagem não verbal, uma maior frequência e referencia a comportamentos negativos em prol dos positivos, uma maior receptividade de mensagens negativas e respostas igualmente negativas independente da mensagem emitida, pouca validação da opinião dos parceiros, comunicação não verbal positiva menos acentuada, bem como níveis mais baixos de acordo, aceitação, aprovação, de humor riso e reciprocidade do riso e ainda, atribuições múltiplas de culpa, queixas cruzadas são identifica padrões de

disfuncionalidade ao nível de comunicação e conflitos em situações de insatisfação conjugal (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009).

Os padrões de disfuncionalidade são intrínsecos às interações conflituosas e sabemos que qualquer relação de intimidade é composto por momentos de divergência, a gravidade do conflito relações parece estar correlacionada com menor satisfação conjugal conforme os estudos referidos por Narciso e Ribeiro (2009) (Baucom & Epstein, 1990; Cutrona, 1996; Fletcher *et al.*, 1999; Storrasli & Markman, 1990).

Perante uma situação conflituosa, mais importante do que o conteúdo em si é a forma como se resolve ou não o conflito, este pode ser intensificado ou o casal pode tentar resolver entrando em compromisso e procurando a melhor solução na premissa do ganha/ganha. Isto implica uma atitude cooperativa de ambos em chegar a acordo sem cedências demasiadas de uma das partes em função do objectivo, a flexibilidade necessária neste processo de negociação irá contribuir para o sucesso conjugal. Por outro lado, pode existir o domínio de um dos cônjuges e submissão/cedência do parceiro.

Os estudos referenciados por Narciso e Ribeiro (2009) remetem-nos para o modo como os casais resolvem os seus conflitos são indicadores de sucesso conjugal a longo prazo e que as estratégias utilizadas são diferentes em casais satisfeitos e insatisfeitos, os casais satisfeitos utilizam estratégias positivas num sentido de aprendizagem e construção da relação, aumentando o sentimento de amar e ser amado, capacidade de resolução de conflitos e liberdade pessoal. Estes casais apresentam comportamentos (verbais e não verbais) positivos, com níveis mais elevados de humor, empatia e sorrisos.

Na interacção conjugal, o comportamento individual condiciona o seu próprio comportamento futuro bem como o do parceiro, para além da capacidade negocial, existe a capacidade de influenciar o outro, podendo assumir vários padrões resultantes do comportamento de ambos os cônjuges. Os padrões podem ser simétricos quando se verifica uma maximização de diferenças numa troca recíproca de comportamentos semelhantes, complementares quando na interacção sobressai a oposição de comportamentos e os padrões transitórios são combinações de comportamentos de submissão e de igualdade.

As questões de género influenciam o percurso individual e a vivência da conjugalidade, bem como a própria representação e expectativas do casamento (Torres, 2002).

A desigualdade de género, mesmo não sendo expressa no início da vida conjugal, pode evoluir com os constrangimentos específicos da dinâmica conjugal (Pereira, 2009).

As relações de poder, existentes no casal, podem influenciar a satisfação conjugal, estudos demonstram que existe maior satisfação nas relações equitativas e de equidade na resolução de conflitos e na tomada de decisão, distribuição de responsabilidades com maior compromisso pessoal, maior satisfação sexual, maior intimidade e bem-estar.

Na análise do equilíbrio de poder nas relações conjugais, verificou-se que os homens apresentavam menor satisfação perante mulheres com maior poder de decisão do que na presença de poder equitativo ou superior no homem, a satisfação nas mulheres era superior nas situações de partilha equitativa de decisão conforme os estudos de Langué & Worrel, 1990; Krueger, 1997; referenciados por Narciso e Ribeiro (2009).

Outros autores (Kipnis *et al.*, 1976; 1979 citados por Narciso & Ribeiro, 2009) referem ainda que os indivíduos que se percebem como dominantes têm uma auto-avaliação superior relativamente à avaliação que fazem do parceiro, expressam menos afecto e menos atracção pelo companheiro, apresentam níveis mais baixos de satisfação sexual e consequentemente da própria relação.

No processo de conjugalidade é importante a representação que cada homem e mulher tem do papel que vai desempenhar na relação bem como as suas expectativas, isto prende-se com os processos cognitivos na formação de cada indivíduo enquanto pessoa inserido numa determinada realidade sociocultural.

Os papéis conjugais tradicionalmente atribuídos, competindo ao homem a subsistência da família, decisor, contabilista, companheiro, parceiro sexual, sendo o papel da mulher reduzido às lides domésticas, parceira sexual, confidente e planeadora da família, os cônjuges obtêm respeito do parceiro e da sociedade quando estes papéis são bem desempenhados. Estes papéis têm evoluído ao longo do tempo e evoluem ao longo do ciclo conjugal, primeiro são apenas marido e mulher, depois pais, sogros, avós e viúvos (Menezes, 2008).

A satisfação conjugal é influenciada pela percepção que cada um tem da relação pois esta condiciona a expressão de sentimentos (positivos e negativos) sobre a relação e sobre o cônjuge. A expectativa que cada elemento tem da eficácia do relacionamento é preditiva da trajetória do casal, pois permite compreender, prever e controlar os acontecimentos, cuja

tomada de decisão, pode facilitar ou não a gestão das relações. Expectativas positivas elevam as atribuições sobre os companheiros, fomentam a afectividade e o enriquecimento do casal, enquanto que, expectativas baixas tendem à degradação da relação pela antecipação de factores de stress na interações podendo levar a situações de ruptura. Quanto maior o tempo de relação maior a necessidade de promover uma visão positiva do parceiro (Narciso & Ribeiro, 2009).

1.1. AMOR E INTIMIDADE

O amor e o casamento parecem ser a principal fonte de felicidade individual. A satisfação parece contribuir mais para o bem-estar pessoal do que o sucesso profissional, a religião ou os bens materiais e financeiros em conjunto. Ter um casamento muito feliz parece ser quase imprescindível para se ser muito feliz. A relação de conjugalidade é, para a maioria dos homens e das mulheres, a relação mais íntima que voluntariamente estabelecem.

Actualmente, a base de uma relação conjugal é, na maioria dos casos do mundo ocidental, o AMOR.

Constata-se, em cada cultura e entre culturas, uma considerável variabilidade na forma como os seres humanos constroem o amor e a sexualidade nas suas relações íntimas, o que revela a diversidade de estratégias flexíveis de acasalamento em função do contexto e respectivas exigências da situação.

As relações amorosas parecem ser diferentes segundo as perspectivas do homem e da mulher. Enquanto os homens tendem a apaixonar-se mais rapidamente e em momentos de transição, as mulheres parecem ser mais controladas e cautelosas em relação ao desenvolvimento e conseqüências das relações de amor (Costa, 1994, 2000).

O amor, embora possa ser vivenciado de forma diferente ao longo da relação conjugal, determina a duração da relação (Torres, 2000).

O amor é um conjunto de sentimentos conscientes por um outro (Narciso, 2001), com um outro e por um “nos” em construção, sendo a paixão, a intimidade e o compromisso os seus componentes principais (Narciso & Ribeiro, 2009).

Numa fase inicial da relação, sobressaiem os sentimentos primários, o amor torna-se explosivo com nos diz o poeta:

*Amor é fogo que arde sem se ver;
É ferida que dói e não se sente;
É um contentamento descontente;
É dor que desatina sem doer;*

*É um não querer mais que bem querer;
É solitário andar por entre a gente;
É nunca contentar-se de contente;
É cuidar que se ganha em se perder;*

*É querer estar preso por vontade;
É servir a quem vence, o vencedor;
É ter com quem nos mata lealdade.*

*Mas como causar pode seu favor
Nos corações humanos amizade,
Se tão contrário a si é o mesmo Amor?*

Luís de Camões

A este sentimento onde os afectos, cognições e comportamentos são vivenciados com intensidade e no presente, a “paixão” transforma-se num sentimento de fundo mantendo-se presente nas relações satisfeitas, sendo necessário manter esforços mútuos no sentido de manter a paixão elevada durante toda a relação, as relações de cordialidade devem perdurar na relação conjugal de forma a manter um companheirismo e uma amizade activa. Neste sentido o amor e a paixão são preditores de um casamento saudável, concomitantemente com sentimentos de carinho, confiança e afecto físico (Narciso, 2002; Moore *et al.*, 2004).

O Amor em construção, defendido por Torres (2000), antevê que à medida que a idade e o tempo de casamento aumentam, o romantismo da relação inicial tende a evoluir para o companheirismo e solidariedade.

Narciso (1994, 1995, 2001) nos seus trabalhos faz referência às teorias do amor, parecendo ser consensual a perspectiva de entender uma evolução amorosa onde estão subjacentes componentes como paixão, intimidade e compromisso. Os sentimentos de amor são vivenciados com grande intensidade e de forma transitória. O início das relações está associado ao namoro e à paixão, a maior parte das vezes evolui para relações mais estáveis,

maduras e duradouras onde o amor corresponde a um prolongamento e fortalecimento do gostar, sendo o processo de comunicação imprescindível para manter a “*chama acesa*” do amor.

Relativamente ao processo de comunicação conjugal, Amaro (2006) refere que a comunicação entre os membros do casal é determinante para a promoção e manutenção do bem-estar conjugal, e é influenciado por dois tipos de comunicação: verbal (expressa através de um código linguístico) e não verbal (quando assenta num código gestual, transmitido por gestos, olhares, posturas, códigos de vestuário e de alimentos).

A maior parte dos autores que estuda a conjugalidade considera que a intimidade é um aspecto vital nas relações amorosas e a falta de intimidade dos parceiros é o factor que mais contribui para a insatisfação conjugal.

Uma ampla revisão da literatura realizada por Narciso (2001) e Narciso e Ribeiro (2009) permite constatar diferentes conceptualizações de intimidade. A intimidade é uma qualidade das relações e refere-se aos comportamentos interpessoais cujo objectivo é a manutenção de um nível confortável de proximidade, surgindo a intimidade e a proximidade, muitas vezes como sinónimos.

O conceito de intimidade é abrangente, complexo e controverido, abrange a dimensão de construção temporal num processo multissistémico (intra e interpessoal) (Costa, 2005), com inerentes capacidades de individualização e relacional (Gomes, 2003).

A Intimidade é sobretudo uma qualidade das relações – não existe intimidade sem comportamentos interpessoais, começa com a auto-revelação e exige determinadas qualidades no desenvolvimento da relação: confiança, honestidade, respeito, compromisso, segurança, apoio, generosidade, lealdade, mutualidade, estabilidade, compreensão e aceitação.

A intimidade é desenvolvida ao longo do ciclo vital com formas, significados e complexidades distintas em função da especificidade de cada relação (Costa, 2005).

O amor e o afecto são a primeira condição de intimidade. As relações de intimidade são marcadas por um desejo mútuo de conhecer o parceiro e de se dar a conhecer (Narciso & Ribeiro, 2009).

A revisão de literatura e um estudo empírico realizado, onde intimidade é associada a diversos processos relacionais (Narciso, 2001), sugere a imagem de um tecido relacional cujo fio-contorno é o AMOR, entretecido por um fio nuclear (partilha/auto-revelação) que se liga a outros fios (apoio emocional, confiança, mutualidade, interdependência e sexualidade).

Existem diferenças de género relativamente à intimidade, principalmente no que diz respeito à expressão emocional. As mulheres são sobretudo orientadas pelos afectos, parecendo que, a orientação dos homens é mais instrumental e que, os homens têm, geralmente, uma percepção mais optimista da sua relação conjugal.

Vários estudos (Acitelli & Antonucci, 1994; Beach *et al*, 1996; Cutrona 1996; Pasch & Bradbury 1998; Gottman & Silver, 2000 citados por Narciso & Ribeiro, 2009) têm demonstrado que os casais que referem níveis mais elevados de apoio emocional estão mais satisfeitos. Podemos então dizer que o apoio emocional contribui para a qualidade e estabilidade das relações conjugais. Razão pela qual, os primeiros anos de casamento parecem ser essenciais para a formação de percepções partilhadas entre os parceiros. De um modo geral, o início das relações é marcado por percepções erradas dos pares quanto à semelhança das suas filosofias de vida.

A qualidade e estabilidade das relações conjugais pode ser afectada pela reacção emocional, real ou imaginária, entre um dos parceiros e uma terceira pessoa. O ciúme é considerado uma das emoções mais destrutivas do amor e da intimidade e conseqüentemente da satisfação conjugal. O ciúme pode ser potenciado por factores de dependência emocional, quanto mais dependente maior a reacção ao ciúme.

O ciúme parece revelar insegurança em relação ao parceiro, o que pode explicar a sua maior intensidade no início das relações, à medida que as relações conjugais vão evoluindo no tempo, os cônjuges apercebem-se do envolvimento e desejo de continuidade do outro na relação, apesar dos problemas que possam existir (Narciso & Ribeiro, 2009).

Relativamente ao tempo de casamento, Torres (2002) identifica três grupos distintos: tempo de instalação (até 10 anos); tempo de transições (11-20 anos) e tempo da conformação ou da realização pessoal (mais de 20 anos), em cada grupo subsistem dinâmicas e constrangimentos específicos no relacionamento do casal.

Os casais, com o passar do tempo, precisam de aprender a construir e a desenvolver uma realidade relacional partilhada como um processo fundamental no ajustamento e satisfação conjugal.

Lind *et al.* (2010) referem no seu estudo realizado em casais portugueses que não existem diferenças na satisfação conjugal entre casais monoculturais e biculturais, no entanto os casais biculturais apresentam um maior grau de intimidade e mais conflitos, provavelmente o resultado das diferenças culturais leva aos conflitos e obriga a um maior esforço de negociação.

1.2. SEXUALIDADE

A Organização Mundial de Saúde encara a saúde sexual como a integração de aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, atribuindo especial evidência à personalidade, comunicação e ao amor (WHO, 1975). Considera que a sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da vida e abrange sexo, gênero, identidade e papéis sexuais, prazer e intimidade (PAHO, WHO & WAS, 2000).

A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos e é influenciada pela interação de vários factores onde os culturais, históricos, religiosos e espirituais têm uma forte componente para na saúde física e mental (WHO, 2002).

A saúde sexual requer uma abordagem positiva da sexualidade com experiências sexuais seguras, livres de coerção, onde os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (WHO, 2002).

Assim, a vivência entre um homem e uma mulher, potencializada pelo casamento ou pela união de facto, permite a consolidação da sexualidade entre duas pessoas, como companheiros, assentando na afectividade, personalidade e genitalidade, dimensões interdependentes e constituintes do conceito de sexualidade, para que haja equilíbrio (Galvão, 2000).

A intimidade sexual é um processo que implica uma interacção íntima de dois sistemas sexuais no relacionamento conjugal, o relacionamento íntimo entre o casal, promove a partilha de afectos, confiança, tempo e actividades (Gomes, 2003), é um processo que implica

a partilha de sentimentos íntimos e privados patenteados através da comunicação (Perez, 2008).

Na compreensão da sexualidade, não chega apenas conhecer a anatomia e a respectiva resposta fisiologia é importante ter em atenção a psicologia sexual e o contexto sociocultural de cada indivíduo.

Segundo Pais (1987), ao longo dos tempos, a sexualidade encontrava-se cuidadosamente restringida ao casal, sendo-lhe atribuída apenas a função reprodutora. Os desejos sexuais eram limitados, reprimidos e ocultados, assim como determinadas partes do corpo. A intimidade feminina, a paixão e o erotismo, sufocava-se por “*filtros repressivos*” e a própria intimidade conjugal impele a um distanciamento físico. O homem era o elemento mais activo e com mais conhecimentos a respeito da sexualidade, ao qual era atribuída a função de orientar a sua esposa. Era encarado como portador de maiores necessidades sexuais e a mulher encarada como um ser mais afectivo, dando menos importância às questões relacionadas com o prazer sexual.

Tem-se verificado uma mudança nos valores e atitudes relacionados com a sexualidade e a sua expressão, sendo encarada como um processo “*normal*” e saudável inerente ao ser humano (Lima & Sá, 2003). Olha-se a sexualidade como uma realidade da pessoa (Vidal, 2002), abrangendo-a na totalidade. A sexualidade está mediatizada pelo que somos como pessoas e tem influência nos nossos pensamentos, afectos e comportamentos (Lourenço, 2003).

A mudança de papéis a nível da sexualidade, nos anos 60-70, com a separação de aspectos como a sexualidade, a maternidade e a possibilidade de controlo da mulher sobre a sua própria reprodução, fez com que esta assumisse uma posição diferente em relação à sua sexualidade. Actualmente, a mulher pretende usufruir em pleno da sua sexualidade, sendo mais exigente com o seu companheiro, na procura de gratificação sexual, assumindo uma posição activa na gestão da sua sexualidade e verificando-se uma diminuição da afectividade no relacionamento sexual (Amaro, 2006).

A sexualidade feminina precisa de um contexto, pois o desejo sexual, mais do que uma resposta à estimulação sexual ou genital, tem que estar associada a romance, paixão, intimidade, respeito e confiança, ou seja, é influenciada por factores relacionais e de

proximidade emocional (Freire 2007) enquanto que para o homem o desejo alicerça-se no “*despertar visual, do ritmo mais constante e de maior prontidão de resposta*” (Allen Gomes, 2004, p. 39).

O desejo sexual incorpora a representação do corpo, o erotismo e o amor, pois “*muito mais do que desejar o corpo é desejar o outro e desejar que o outro nos deseje sendo fruto de fantasias, das pulsações das impossibilidades e dos interditos*” (Martins, 2003, p. 153).

O desejo sexual é simultaneamente um processo cognitivo, emocional e corporal e não é sinónimo de comportamento sexual, pois há desejo sem sexo e sexo sem desejo, nem sempre se “*faz sexo quando se quer mas sim quando se pode*” (Allen Gomes, 2004, p. 38).

A satisfação sexual feminina parece estar associada à percepção que os companheiros têm das necessidades das suas mulheres, para tal, é necessário que o casal desenvolva um processo de comunicação aberta, onde cada um seja capaz de demonstrar os seus desejos e sentimentos. A mulher ao demonstrar os seus desejos para que se sinta sexualmente satisfeita e, na medida em que o parceiro se sinta capaz de lhe dar prazer, também, naturalmente, se sentirá mais satisfeito (Narciso & Ribeiro, 2009).

A resposta sexual vai sofrendo alterações ao longo do tempo de conjugalidade, não só como consequência das responsabilidades, mas porque a motivação sexual resulta da proximidade emocional, vinculação com o parceiro, amor, afecto, intimidade e compromisso o que, para algumas mulheres, são mais importantes do que o desejo ou a necessidade sexual (Brendler, 2004).

A sexualidade humana é expressada individualmente através de gestos, olhares, posturas e silêncios de acordo com as características pessoais que compreendem emoções e sentimentos íntimos (Resel & Gualda, 2003).

O ajustamento marital não é preditor da função sexual, expressões, afectos positivos e coesão não têm efeito na disfunção sexual e na excitação nos estádios de transição menopausal (Nappi *et al.*, 2010).

Os autores acreditam que a qualidade do relacionamento conjugal é sensível a factores culturais e só recentemente, na Europa, é que se tem acesso às atitudes das famílias na experiência da sexualidade na menopausa.

A comunicação, auto-estima, empatia, compromisso, satisfação e ajustamento conjugal parecem ser factores que influenciam a satisfação sexual.

Allen Gomes (2004) no seu livro “*Paixão, Amor e Sexo*” diz-nos que o estilo de vida de um casal nos tempos actuais (determinado pelos factores económicos e sociais) condiciona fortemente a sua vida sexual. A sexualidade no casamento deve ser um processo de permanente descoberta e desenvolvimento.

Alguns autores afirmam que, a sexualidade é fundamental para a manutenção de relações apaixonadas, e os problemas de sexualidade são cada vez mais problemas de amor, de intimidade e de relação.

1.2.1. Sexualidade no Climatério

A sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida e reflete as experiências evolutivas ao longo do ciclo vital, na medida em que, a sexualidade dá às pessoas intimidade, afeição, amor, admiração e cumplicidade (Badran *et al.*, 2007).

O Climatério como um período de transição é considerado como um período vulnerável na vida da mulher, pelas mudanças físicas, psicológicas e sócio-relacionais que acarreta e que, pode influenciar o desempenho sexual (Erkkola, 2006; Northrup, 2006)

Pouco se sabe sobre a dinâmica da sexualidade da pessoa no climatério e sobre o seu ambiente (Simões, Soares & Baracat, 2005). A sexualidade como fenómeno biopsicossocial, é influenciada por factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, intrínsecos e extrínsecos à mulher no climatério (Bacelar-Antunes, 2005; Favarato *et al.*, 2000; Palacios *et al.*, 2002).

No climatério, o ciclo de resposta sexual pode comportar algumas alterações (Masters e Johnson 1994, 1995, referenciados por Nobre 2006, identificam quatro fases no modelo do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo e resolução), enquanto que, algumas mulheres vivenciam um aumento do desejo e do orgasmo, outras não (Palacios *et al.*, 2002; Philips, 2005). O funcionamento sexual na meia-idade é consequência do significado atribuído ao envelhecimento e à menopausa (Palacios *et al.*, 2002).

Estima-se que mais de metade das mulheres apresente disfunções sexuais e que aumentem com a idade (Castelo-Branco *et al.*, 2003).

A sexualidade tem sido estudada em torno da menopausa e estima-se que 25% das mulheres nos Estados Unidos tenham disfunção sexual e que cerca de 63% surjam após a menopausa, esta prevalência é de 51.3% na China e 78.4% no Equador. A evidência sugere um declínio do interesse sexual, da frequência e da lubrificação vaginal associados à menopausa (Castelo-Branco, Huevo & Lagarda, 2008).

Mashhadian e Abady (2012) desenvolveram um estudo comparativo sobre o funcionamento sexual das mulheres antes e após a menopausa e constataram que as disfunções sexuais aumentaram de 38% para 72.4%, com exceção do vaginismo (16.4% para 15.8%) e da dispareunia (de 34.3% para 34.9%), este aumento foi acentuado em quase todas as causas: a diminuição do desejo sexual ocorre de 49.2% para 62.6%; a disfunção da excitação passa de 26.8% para 75.3%; a disfunção orgástica acentua-se de 23.8% para 56.3% respectivamente para as fases pré e pós menopausa.

Cerca de 80% das mulheres referenciaram problemas sexuais na peri-menopausa (nos anos imediatamente antes e após a menopausa) por perda de desejo sexual e normalmente associado a secura vaginal e dispareunia e diminuição da sensibilidade clitoriana e ao toque (Northrup, 2006). Normalmente a culpa é atribuída aos défices hormonais mas a procura de uma causa para os eventuais distúrbios sexuais pode ser um desafio, uma vez que vários são os factores que influenciam a sexualidade (biológicos, psicológicos, socioculturais e interpessoais), algumas mulheres referiram que os problemas sexuais foram ultrapassados quando mudaram de parceiro (Northrup, 2006).

Isto revela que quando a mulher se sente satisfeita na sua relação conjugal, com o parceiro que ama e com quem assumiu um compromisso, a sua relação de intimidade motiva uma vida sexual activa e feliz.

A resposta sexual da mulher está relacionada com o seu ser na totalidade e, somos influenciadas pelos sentidos (toque, cheiro, sabor) e emoções (Northrup, 2006). A sexualidade não se reduz apenas à relação sexual coital, ela é um acumular de afectos, sensações e sentimentos.

Na tentativa de compreender o funcionamento sexual ao longo do ciclo de vida, têm sido realizados vários estudos (Laumann, Paik & Rosen, 1999; Dennerstein *et al*, 2002; Brancoft, Loftus & Scott Long, 2003; Najman *et al.*, 2003; Richters *et al.*, 2003; Hawtton, Gath & Day,

1994) citados por Pechorro, Diniz e Vieira (2010), do que sobressai a falta de consensos dos resultados obtidos, condicionados provavelmente pela época e pelas populações em estudo. No entanto, na sua maioria o interesse sexual e a capacidade de atingir orgasmo mantiveram-se estáveis enquanto que, em função da idade, diminuiu a dor coital, ausência de prazer no sexo, a ansiedade e o desempenho sexual. Os problemas sexuais tendem a diminuir com a idade, menos a lubrificação vaginal (Pechorro, Diniz & Vieira, 2010).

Nos estudos relacionados directamente com a transição natural da menopausa, parece haver um declínio do funcionamento sexual com diminuição da excitação sexual, interesse sexual e frequência das relações associado ao aumento de secura vaginal, dispareunia e problemas com o parceiro (Squire, 2005; Badran *et al.*, 2007; Pechorro, Diniz & Vieira, 2010).

A actividade sexual melhora a elasticidade dos tecidos vaginais e aumenta a resposta lubrificadora e a sua inibição contribui para a atrofia vaginal (Cancelo, 2012)

Na resposta sexual feminina, mais importante do que os aspectos fisiológicos parece estar o bem-estar emocional e os sentimentos negativos durante a actividade sexual com o companheiro (Pechorro, Diniz & Vieira, 2010).

Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2003) num estudo em 188 mulheres portuguesas referem que a idade influencia o funcionamento sexual (lubrificação, dor e satisfação sexual).

Na pré-menopausa o funcionamento sexual é melhor do que nas mulheres com pós-menopausa natural e nas mulheres que apresentam pouca sintomatologia climatérica e mais habilitações académicas (Catão, 2007).

Na pré e na peri-menopausa, verifica-se maior desejo e ausência de dor e vaginismo. As mulheres que fazem terapia hormonal de substituição apresentam mais interesse sexual, desejo, responsividade e satisfação sexual quando comparadas com as que não fazem (Catão, 2007).

Relativamente à frequência da actividade sexual, Lorenzi e Saciloto (2006) no seu estudo referem que, das mulheres sexualmente activas 175 (85%), 106 (60,6%) diminuíram a frequência das relações sexuais após a menopausa e a principal causa foi a impotência sexual do parceiro (41,7%).

Badran *et al.* (2007) referem que o principal motivo para não existir vida sexual activa é a disfunção sexual por causas orgânicas (doenças crónicas e alguns tipos medicamentos) e não orgânicas (contexto de vida, stress, história sexual e problemas afectivos). No entanto a melhor forma de assegurar o funcionamento dos órgãos é deixá-los trabalhar contínua e sistematicamente (Negreiros, 2004).

A frequência das relações sexuais apresentava associação significativa com a idade ($p=0.02$), o nível de satisfação sexual ($p \leq 0.01$) e intensidade dos sintomas ($p=0.02$), quanto maior a sintomatologia (índice de Blatt-Kupperman) menor a actividade sexual (Lorenzi & Saciloto, 2006).

O estudo de Hawtton *et al.* (1994) citado por Pechorro, Diniz & Vieira (2010), demonstra que a satisfação sexual não se encontra relacionada com a idade mas sim com o ajustamento marital.

Algumas mulheres referem falta de privacidade e barreiras de comunicação sobre o sexo e a menopausa com o marido, família e amigos (Badran *et al.*, 2007).

Quando o funcionamento sexual feminino na menopausa é avaliado em função do funcionamento sexual masculino, verifica-se que a idade era presságio de disfunção sexual do companheiro o que, implicaria nas mulheres menopáusicas, um efeito na sexualidade (Pechorro, Diniz & Vieira, 2010).

O estado psicológico do homem e as suas alterações com a idade influenciam a capacidade peniana, reactividade e resposta sexual. Homens mais velhos com experiencias de episódios de impotência, mas com flexibilidade mental e fonte psicológica positiva para manter o bem-estar geral, desenvolveram estratégias compensatórias que podem ter impacto na satisfação sexual e na percepção de não serem sexualmente disfuncionais (Thiele, 2002).

Pechorro, Diniz & Vieira, (2010) ao avaliarem o funcionamento sexual, a satisfação sexual e os comportamentos sexuais em mulheres portuguesas em função do ciclo de vida, concluem que na generalidade dos comportamentos sexuais (beijar, fantasias, masturbação, carícias e preliminares) há um decrescimento na transição para a meia-idade. A menopausa está associada ao declínio no funcionamento sexual sendo que, a satisfação sexual diminuiu em função da idade, no entanto, não foram controladas as variáveis da relação com o companheiro.

É com a menopausa que o corpo e a aparência evidenciam os primeiros sinais de envelhecimento, nesta etapa da vida, é necessário que a mulher se aperceba da necessidade de uma reavaliação de si própria e das suas prioridades. Vidal (2002) afirma que, de acordo com as diferenças anatómicas entre os sexos, a mulher vivencia a sua sexualidade de forma difusa, em todo o corpo, daí a sua preocupação constante com o seu aspecto físico.

Existem estereótipos relacionados com a sexualidade na última etapa do ciclo vital: a cessação da sexualidade com a idade; as influências nefastas que a sexualidade pode ter na saúde; e a conotação desagradável associada ao prolongamento das actividades sexuais no tempo Lima & Sá (2003). A sexualidade e a sua respectiva compreensão sofrem assim influências multifactoriais (biológicas, psicológicas, históricas e sociais).

Apesar da capacidade reprodutiva feminina cessar (em função da idade), a capacidade de obtenção de prazer (ter e dar prazer), perdura, pois a libido está directamente influenciada pela progesterona, hormona que sofre poucas alterações ao longo da idade adulta (Lima & Sá, 2003).

No entanto, alguns mitos e crenças perpetuam e tornam-se mais notórias à medida que a sexualidade é associada ao avanço da idade, conduzindo a opiniões distorcidas, padronizadas e limitativas face às pessoas mais velhas, dos quais salientamos: o coito e a emissão de sémen são debilitantes e precipitam o envelhecimento e a morte; a vida pode ser prolongada pela abstinência sexual na juventude e a inactividade mais tarde; depois da menopausa, a satisfação sexual diminui (López & Fuertes, 1999; Lima & Sá, 2003); sexo com prazer termina na menopausa (Papalia *et al.*, 2000); as mulheres perdem o desejo sexual depois da menopausa (Squire, 2005).

Nas sociedades que sobrevalorizam a juventude e em que existe a crença de que o sexo é considerado feio e repugnante para as mulheres no climatério (Simões, Soares & Baracat, 2005), estas sentem-se culpadas, ridículas e envergonhadas (Catão, 2007).

Quando se aborda a questão do climatério, directamente relacionada com a relação conjugal, surge uma outra variável que se julga ter influência na experiência do mesmo, a satisfação sexual nesta fase. Há estudos que mostraram que, as dificuldades sexuais durante o período peri-menopausa estão mais relacionadas com o relacionamento conjugal insatisfatório do que com a sintomatologia física característica desta fase; 60% das mulheres não descreveram

mudanças na sua resposta sexual devido ao climatério, no entanto, referiram algumas características dos seus relacionamentos que gostariam de mudar, incluindo a melhoria da paixão, mais romance, carinho e uma melhor comunicação (Fielder & Kurpius, 2005).

Para um bom funcionamento da sexualidade do casal, são cruciais os factores de ordem relacional como sejam a capacidade de comunicação e de procura de intimidade, sentimentos de confiança e de compromisso, autonomia, liberdade e responsabilidade individual e em relação ao outro bem como, a manutenção de atracção erótica entre ambos os membros do casal (López & Fuertes, 1999).

A estabilidade emocional contribui para o funcionamento sexual do casal na pós-menopausa pois enquanto baixos níveis de ansiedade estão associados a melhor função sexual, elevados níveis de depressão predizem um empobrecimento da função sexual na fase de transição da menopausa (Nappi *et al.*, 2010).

Nas mulheres pós-menopáusicas a sintomatologia, mais marcada, pode ser a razão de algum desconforto sexual. Os efeitos endócrinos na função sexual feminina só recentemente é que são reconsiderados sendo distintos os efeitos dos estrogénios que previnem a resposta vaginal e a dispareunia e, dos androgénios que actuam na fisiologia clitoriana e influenciam o tónus muscular e contribuem para a excitação e lubrificação vaginal (Nappi *et al.*, 2010).

Os efeitos das alterações hormonais nos circuitos neurais (centrais e periféricos) influenciam a motivação, actividade e satisfação com implicações nos factores intra e interpessoais nomeadamente nos conflitos conjugais e no comportamento sexual na mulher de meia-idade (Nappi *et al.*, 2010).

É possível que a sintomatologia sentida (diminuição da lubrificação e atrofia genital), influencie de alguma forma a motivação e vontade sexual, no entanto concordamos que não é o único factor que a influencia, até porque a sintomatologia pode ser controlada pelas várias opções terapêuticas disponíveis no mercado.

Embora o climatério seja encarado como mais um fase na vida da mulher e não uma doença, ela tem fortes componentes relacionados com a saúde. Fielder e Kurpius (2005) têm desenvolvido alguns estudos e têm comprovado que mulheres em casamentos infelizes experienciam mais sintomatologia, tais como distúrbios do sono e problemas vasomotores. Não parecem haver muitos estudos que relacionem as etapas do climatério e a frequência das

relações sexuais, no entanto, nos casamentos considerados satisfatórios relatam menos perturbações relacionados com a vertente sexual.

A sexualidade da mulher no climatério para além das alterações decorrentes do hipostrogenismo sofre influência de factores psicossociais e culturais associados ao processo de envelhecimento, devendo realizar-se estudos longitudinais que incluam também as disfunções sexuais masculinas (Lorenzi & Saciloto, 2006).

Nappi *et al.* (2010) referem que o funcionamento sexual apresenta diferenças significativas com o estágio da menopausa mais baixo do que com o tardio ao nível do desejo, excitação e orgasmo.

Mulheres com índice de patologias com repercussões sistémicas e sexualmente activas, afirmam que após a menopausa verificaram redução da frequência (50%) e do desejo sexual (47.2%), menor lubrificação na excitação (61.8%), diminuição de prazer (27.7%) e dispareunia (34.2%). No entanto, 46.5% das mulheres consideram como causa de disfunção sexual no climatério, problemas directamente relacionados com o parceiro (doença, distancia) e relacionamento conflituoso com falta de afectividade (Badram *et al.*, 2007).

A menopausa é percebida como causa da diminuição da frequência sexual (52%), 35% das 600 mulheres inquiridas referem que reduziram a actividade sexual e 62% dizem que afecta a qualidade de vida diária e experienciam sintomatologia (diminuição do desejo e dispareunia). É referido por 53%, menos interesse sexual. Consideram importante manter uma vida sexual activa (71%), pois o sexo é importante no relacionamento conjugal principalmente para as suíças e para as italianas (Nappi & Nijland, 2008).

Mori & Coelho (2004) cita estudos (Greer, 1991, 1994; Ramos, 1998) que apontam que as mulheres afirmam nunca se terem sentido tão livres sexualmente como nesta fase do climatério. Estes autores realçam ainda o estudo realizado por Tadini (2000), que demonstrou que 68% das mulheres nesta faixa etária mantêm a actividade sexual, sendo que 80% referem ter prazer na relação.

Um estudo comparativo realizado por Kadri, Alami e Berrada (2010), sobre a sexualidade na menopausa, entre a população de Marrocos e Tunísia em mulheres casadas, múltiparas, com baixo nível educacional e nível sócio-económico baixo e moderado e de idades compreendidas entre os 40 e 60 anos, cuja média de idades da menopausa foi 51.64 anos para

as marroquinas e 48.74 anos para as tunisinas. Os autores verificaram diminuição da actividade sexual 86.5% e 63.3% com a menopausa, sendo a dispareunia (8.9% e 5.5%) e a secura vaginal (17.8% e 16.7%) as principais causas, respectivamente para as marroquinas e tunisinas.

O Ramadão também influencia actividade sexual, 56% das inquiridas referem actividade sexual 2 a 3 vezes por semana antes do Ramadão, 29% mantêm esta actividade e 16% referem não ter qualquer actividade sexual neste período. Durante o mês do Ramadão 52.3% referem diminuição do desejo e 26.1% afirmam sofrer durante o período de abstinência. Os autores concluem que a sexualidade nos países de cultura islâmica são um misto de crenças e tabus aliados à falta de informação (Kadri, Alami & Berrada, 2010).

Estes estudos parecem contrariar a ideia de que com o climatério ocorre a queda da libido feminina e consequentemente a satisfação sexual.

A sexualidade na menopausa, pode ser vista como um desafio, este processo podendo ser vivenciado positivamente, pois parece existir maior disponibilidade e tranquilidade associada a esta fase da vida pela ausência de receios em engravidar, pelo despertar do interesse por uma sexualidade mais global, contemplando o corpo como um todo, os afectos e a comunicação, que se traduz em mais tempo para a obtenção de prazer (Lima & Sá, 2003), *“Viver uma plena afectividade sexual é, muitas vezes, praticá-la fora da genitalidade e da sensualidade física”* (Galvão, 2000, p. 61).

Concordamos que a problemática do climatério deve ser debatida desde cedo e que, nomeadamente a educação sexual deve estar ao dispor dos cidadãos ao longo do seu ciclo vital, *“(…) favorecendo o desenvolvimento e a optimização das capacidades no domínio das relações interpessoais, em geral, e das sexuais, em particular”* (Lima & Sá, 2003, p. 114).

Consideramos que enquanto profissionais no âmbito da educação com intervenção específica no domínio da saúde temos responsabilidades acrescidas na sensibilização de profissionais e parceiros para a melhoria da qualidade de vida destas mulheres/casais e famílias.

Não se pode negligenciar os factores sociais, conjugais, religiosos e psicológicos, alguns destes factores podem não ser explicitamente revelados e comprometer a abordagem terapêutica (Badran *et al.*, 2007). A função sexual nas mulheres de meia-idade está relacionada com a qualidade de vida (Monterrosa-Castro *et al.*, 2012).

A maioria das disfunções sexuais na transição da menopausa resulta de alterações endócrinas com sintomatologia mais acentuada na menopausa cirúrgica mas nem só a medicação resolve os problemas e o impacto na qualidade de vida. É fundamental a competência dos profissionais para falarem com os casais sobre sexualidade enquanto necessidade básica (Nappi & Lachowsky, 2009).

2. CLIMATÉRIO E RELACIONAMENTO CONJUGAL

Na reflexão sobre o climatério e o relacionamento conjugal e considerando o anteriormente exposto, emerge a dúvida sobre o que influencia o quê, ou seja, será o climatério que influencia o relacionamento conjugal ou será este que vai influenciar uma vivência saudável do climatério.

Considerando que esta é mais uma etapa de transição do ciclo de vida familiar, a que está associado primeiramente a casais com filhos adolescentes e posteriormente à respectiva saída dos filhos de casa, pela sua autonomia e independência (actualmente esta situação acontece mais tardiamente uma vez que com o contexto socioeconómico os filhos tendem a sair de casa com mais idade). O “*síndrome do ninho vazio*” normalmente associado e descrito quando se fala da menopausa, e sempre na perspectiva da mulher mas, será que, analogamente, os homens não sentem também esta saída de casa, pois, embora se mantenham os laços afectivos (pais-filhos) a partilha do espaço fica de certa forma alterado.

O casal tem que se virar só para si mesmo. Têm que reaprender a viver juntos (só a dois), como foi no início do casamento, mas a maturidade individual e os contextos da vida provocaram alterações em cada um e no próprio relacionamento em si.

A crise de vida na mulher a partir dos 45 anos, está associado à menopausa e com a saída dos filhos de casa, este período de crise é socialmente reconhecido e desculpado. Nos homens a crise de vida não é reconhecida nem aceite, a crise verifica-se com a reforma (60-65 anos) mas, surge entre os 43 e os 52 anos com o fim da ascensão social e respectiva consciencialização do seu fim (Mimoun, 2003).

A menopausa serve de atenuante para os conflitos conjugais agravados pela gestão do tempo, nomeadamente em casa após a reforma, onde o homem tenta um maior controlo da mulher (Mimoun, 2003).

As crises das relações são um efeito secundário habitualmente atribuído à menopausa. Todos os casamentos, mesmo os considerados muito bons, sofrem adaptações face às alterações hormonais durante a menopausa e peri-menopausa e, nem todos conseguem sobreviver a estas transformações (Northup, 2006).

A meia-idade, decorrente de alterações hormonais, traz uma espécie de sabedoria que dá à mulher uma perspicácia relativamente a desigualdades e injustiças e, a capacidade e a coragem de verbalizar, reacendendo-se o espírito da juventude, quando esta necessidade de escape não é satisfeita, a saúde da mulher é que se recente. A mulher tem que descobrir e aprender a entrar na segunda metade da vida de forma positiva, alegremente, resistente, saudável e consciente dos seus sentimentos e decisões (Northup, 2006).

No relacionamento homem-mulher, nesta fase da vida, por vezes as relações de poder invertem-se, com a aposentação ele perde a função de líder e pode ficar inseguro perante a mulher (habituada a desempenhar múltiplos papéis dentro e fora de casa), ela passa a ser o centro da atenção e do afecto (Negreiros, 2004).

Quando não existe satisfação na relação conjugal e cada um individualmente já alcançou um nível de maturidade e de autonomia, aliado provavelmente às eventuais alterações hormonais que como vimos podem ser acompanhadas de algumas transformações de ordem biológica, psicológica e social, a falta de amor e de interesse em manter o compromisso leva à ruptura e ao divórcio.

Efectivamente é nesta fase da vida que existe uma maior taxa de divórcios, a idade média de divórcios é de 40.4 anos na mulher e 42.7 anos nos homens (INE, 2011). Não significando esta situação que estes indivíduos não possam constituir novas famílias com vista ao equilíbrio e preservação da sua saúde.

Parece existir uma relação causal entre a saúde física e mental dos cônjuges e a qualidade e interacções dentro do casamento. Em casais insatisfeitos, as mulheres apresentavam níveis mais baixos de saúde física e psicológica do que os maridos, ser infeliz no casamento parece

ser mais prejudicial para o bem-estar psicológico do que ser solteiro, divorciado ou viúvo (Fielder & Kurpius, 2005).

Pensamos que a qualidade do relacionamento conjugal é uma variável contextual essencial, que deve ser alvo de apreciação quando se estuda a vida dos casais.

Na contemporaneidade da relação do casal, há cada vez mais uma relação de interdependência entre a sexualidade e a relação conjugal e uma relação de reciprocidade na actividade sexual (Bozon, 2002).

Na resolução da crise conjugal, nomeadamente nos aspectos relacionados com a sexualidade, deve ter-se em atenção não só o período de transição da menopausa mas igualmente a dita andropausa (Mimoun, 2003).

Nas relações de suporte em que os casais demonstram cuidado e preocupação, carinho, disponibilidade e sensibilidade, um para com o outro, parece haver uma redução do desgaste emocional da relação (Fielder & Kurpius, 2005). Estes autores defendem, existir uma ligação positiva entre casamentos coesos, cooperativos e sociáveis e o estado geral de saúde e bem-estar dos parceiros conjugais.

Centrando-nos novamente nesta etapa da vida, consideramos que perante casamentos satisfeitos a mulher vivencia esta fase com tranquilidade de forma positiva e este pode ser um momento desafiante para o casal. Na medida em que aliado à maturidade individual e da relação, libertos de alguns factores stressantes, como sejam as pressões profissionais, os filhos, estabilidade sócio-profissional, podem dedicar-se a novas descobertas e mesmo recriar os processos de intimidade conjugal.

Na meia-idade pode-se viver de forma enriquecedora e gratificante, o impacto dos acontecimentos da vida são ponderados e dependem do desenvolvimento das tarefas enquanto casal ao longo do ciclo de vida familiar (Ribeiro, 2005).

A literatura remete para um comprometimento da sexualidade aliada a alterações hormonais ováricas provocando secura vaginal e dispareunia, causando desconforto nas relações sexuais e provocando um ciclo de evitamento e conseqüente aumento desta sintomatologia. Mas, atendendo que a sexualidade só se desenvolve adequadamente quando é estabelecida uma relação afectiva com alguém (Galvão, 2000) e, em casais satisfeitos onde o processo de

comunicação está bem estabelecido, falar sobre as eventuais dificuldades sexuais será uma das formas de colmatar e ultrapassar este incómodo.

Existem disponíveis no mercado um conjunto de alternativas terapêuticas que podem ser facilitadoras no controlo de alguma sintomatologia, manter uma saúde vaginal é fundamental para uma sexualidade activa e satisfeita.

Sem a preocupação de engravidar (após a menopausa) existe também um relaxamento e uma libertação da mulher e conseqüentemente no homem, a cumplicidade existente e a própria maturidade sexual será um factor de equilíbrio entre eles. A sexualidade é necessária ao equilíbrio emocional dos seres humanos, havendo uma correlação directa entre personalidade e sexualidade, as quais se influenciam directa e indirectamente (Galvão, 2000; Vidal, 2002).

Na meia-idade muitos casais descobrem que têm o tempo e o desejo para estarem totalmente um com o outro e vivenciam o melhor sexo das suas vidas e, torna-se necessário melhorar alguns aspectos do “velho” relacionamento (Northrup, 2006). Atendendo a uma resposta sexual mais lenta nos homens, as mulheres podem considerar este prolongar da excitação do homem como uma ajuda ao seu próprio orgasmo e vivenciar a sua actividade sexual por períodos mais longos e tranquilos (Papalia, 2000).

Num estudo realizado na Covilhã em pessoas de meia-idade, ambos os sexos apresentavam satisfação com a sua vida sexual embora os níveis fossem ligeiramente superiores nas mulheres, verificando-se correlação entre o índice de satisfação sexual e a qualidade de vida (faceta actividade sexual no domínio relações sociais do WHOOQOL-Bref) (Maia & Pessoa, 2009).

A literatura evidencia uma predominância de estudos ginecológicos e endócrinos, começando recentemente a emergir estudos de âmbito multidisciplinar, incidindo essencialmente sobre os aspectos negativos (depressão, osteoporose, cancro, entre outros) sendo escassa a informação relacionada com o bem-estar da mulher na peri e pós menopausa (Pimenta *et al.*, 2007).

A qualidade de vida das mulheres na menopausa poderá ser avaliada através de diferentes instrumentos, nomeadamente a escala de Cervantes (Palacios *et al.*, 2004), que faz parte de uma nova geração de instrumentos de qualidade de vida relacionados com a saúde específicos para aplicação na população feminina espanhola entre os 45 e 64 anos de idade. Este

instrumento foi validado em Espanha e traduzido e adaptado pela Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM & AEEM, 2008).

Sendo o casamento uma construção conjunta da realidade, onde de acordo com as expectativas individuais e dos parceiros, para que um relacionamento conjugal continue satisfatório ao longo dos anos, é necessário fomentar o investimento na relação de forma a encontrar equilíbrio na conjugalidade e individualidade, partilhando interesses e relacionamento afectivo sexual, evitando o tédio e a repetição (Norgren *et al.*, 2004).

Para este autor as relações conjugais duradouras e satisfatórias são o resultado do investimento na procura da felicidade, onde para além do amor perpetua-se o consenso, a resolução de conflitos, a comunicação e a flexibilidade. Pessoas casadas há muito tempo continuam a preocupar-se com os companheiros e a amarem-se, procurando alternativas.

Para a mulher casada, a principal fonte de apoio social pode ser o marido (Fielder & Kurpius, 2005). O que nos leva a acreditar que perante relações satisfatórias, esta será uma etapa de vida que vai ser vivida por ambos os membros do casal de forma positiva e saudável, na medida em que vão desenvolver estratégias minimizantes de alguns desconfortos.

O casal deve promover hábitos de vida saudáveis, como a alimentação, para evitar o excesso de peso e prevenir algumas doenças, bem como o exercício físico. Os passeios ao ar livre, encontram-se entre as estratégias que os casais podem recorrer de forma a impulsionarem momentos de descontração e lazer propícios ao contributo para a melhoria da qualidade de vida.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I

MÉTODOS

Segundo Fortin (2009 p. 19), a metodologia de investigação pressupõe em simultâneo “*um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação*”, que visa a aquisição de conhecimentos. Diz-nos ainda que é um processo sistemático de colheita de dados empíricos que têm como objectivo descrever, explicar ou prever fenómenos e onde o rigor e a sistematização devem estar presentes. O desenho de investigação implica um plano organizado para atingir os objectivos, responder às questões de investigação e verificar hipóteses. Os principais elementos são: o meio, a população e amostra e o tipo de estudo.

Tendo em consideração a questão de investigação consideramos como objectivos do estudo:

- Identificar as representações sociais da menopausa de mulheres e homens de diferentes origens, classes sócio-profissionais.
- Analisar a influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal.
- Identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivência desta etapa da vida com qualidade e bem-estar.
- Propor estratégias, nomeadamente, intervenções dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, no âmbito da preparação para o climatério/menopausa e da promoção do bem-estar e qualidade de vida nesta etapa da vida.

1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é de tipo descritivo/exploratório, visando a recolha de “*descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas*” (Lobiondo-Wood, 2001, p. 111). A abordagem com vista à obtenção de informação e consequente descrição do fenómeno pode ser de natureza qualitativa ou quantitativa (Fortin, 2009). Neste caso, optou-se por uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa).

Fortin (2009, p. 27) afirma que a investigação quantitativa, visa sobretudo “*explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos*” e que a investigação qualitativa “*tem por objectivo a compreensão alargada dos fenómenos*”.

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem mista em duas fases: numa primeira fase, realizou-se um estudo exploratório para identificar as representações da menopausa (de casais dos 35-65 anos), de Centros de Saúde da Região de Lisboa, através da resposta às palavras estímulo: Saúde, Menopausa; Climatério; Relação conjugal; Sexualidade.

Realizaram-se entrevistas a informadores qualificados (profissionais de saúde que trabalham na área), no sentido de identificar a sensibilidade a esta temática e a resposta às utentes nesta etapa de vida.

Numa segunda fase elaborou-se um questionário que nos permitiu através de uma análise quantitativa e qualitativa compreender as implicações da menopausa na qualidade de vida e no relacionamento conjugal em casais (homens e mulheres) que se encontrem a vivenciar este processo.

Para o efeito, para além da caracterização sócio-demográfica dos participantes e de se construir três questões que validassem a importância atribuída a palavras e/ou sentimentos (climatério/menopausa; relacionamento conjugal e sexualidade) que emergiram do estudo realizado na primeira fase, seleccionaram-se várias escalas validadas e adaptadas a grupos da população portuguesa (WOQOOL-Bref; EASAVIC; ISS).

Contém ainda cinco questões sobre o climatério/menopausa e sua influência no relacionamento conjugal e vice-versa, bem como a resposta dos serviços de saúde, no sentido de recolher contributos que aprofundem a compreensão da nossa temática.

2. PARTICIPANTES

A população é definida como “(...) *um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns*”, sendo a população alvo “*um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente*” (Fortin, 2009, p. 311).

O conceito de amostra constitui “*uma parcela conveniente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo*” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 28). Já para Quivy e Campenhoudt (2008), consiste em circunscrever o campo das análises empíricas no espaço geográfico e social, e no tempo.

A população é constituída por casais de dois Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Grande Lisboa (V – Odivelas-Pontinha; X – Cacém-Queluz).

Desta população, apenas um sub-conjunto de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, participou neste estudo. A amostragem, processo pelo qual são seleccionados os sujeitos que participam no estudo e que constituem as fontes de dados, foi uma amostragem não probabilística, acidental ou de conveniência que, para Fortin (2009, p. 321), “*é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos, (...) que estão no local certo e no momento certo.*”

Assim a amostra em estudo são casais, cuja idade da mulher se encontra entre 35-65 anos (excluindo grávidas e puérperas), das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de dois Agrupamentos de Centros de Saúde da Grande Lisboa, que aceitaram participar no estudo.

3. VARIÁVEIS E HIPÓTESES

As variáveis são classificadas em consonância com o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009). Nesta investigação a variável dependente é o relacionamento conjugal avaliado pelas dimensões da conjugalidade: Funcionamento Conjugal e Amor através da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. As variáveis independentes são a idade, sexo, escolaridade, profissão, naturalidade, nacionalidade, situação relacional e qualidade de vida.

Tal como a questão de investigação as hipóteses têm em consideração as “*variáveis-chave e a população-alvo*”, “*que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica*” (Fortin, 2009, p. 165). Neste sentido delineámos as seguintes hipóteses:

- Existe relação entre a qualidade de vida de cada membro do casal e o relacionamento conjugal;
- Existe relação entre a etapa do climatério/menopausa e o relacionamento conjugal;
- Os participantes com escolaridade mais elevada apresentam *scores* mais elevados na satisfação conjugal;

- Os indivíduos do sexo masculino apresentam melhores níveis de qualidade de vida;
- Existem diferenças na satisfação conjugal em função do tempo de casamento.

4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Almeida & Pinto (1990, p. 78) definem técnicas de investigação como sendo os “(...) conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento de informação requerida pela actividade de pesquisa”, sendo o questionário um exemplo de tal. A selecção das técnicas encontra-se “(...) condicionada pelo objecto a construir e pelas hipóteses teóricas que comandam a pesquisa” (Almeida & Pinto, 1990, p. 79).

Fortin (2009, p. 369) afirma que “no momento da escolha do método de colheita de dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual ou teórico” e ainda nos diz que o investigador se deve certificar de que o instrumento oferece fidelidade e validade. A técnica de recolha de informação primordial é o questionário, recorrendo-se no entanto a entrevistas como diagnóstico de situação, na primeira fase do estudo.

Numa primeira fase foram efectuados questionários exploratórios através de palavras indutoras (estímulos) para recolha das dimensões inerentes às representações sociais.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário composto por questões que permitem a caracterização sociodemográfica dos sujeitos participantes e por cinco questões abertas de associação livre de palavras relativamente aos estímulos (saúde, climatério, menopausa, relacionamento conjugal e sexualidade) de forma a permitir identificar as dimensões das representações sociais do climatério/menopausa e relacionamento conjugal.

No que diz respeito à segunda fase, o instrumento de colheita de dados elaborado, para a realização do estudo empírico encontra-se estruturado em cinco partes: a primeira permite a caracterização dos sujeitos e é constituída pelas variáveis independentes idade, sexo, escolaridade, profissão, naturalidade, nacionalidade, situação relacional; a segunda parte permite medir a importância atribuída pelos participantes às palavras/sentimentos/emoções que emergiram na representação social do estudo exploratório, consiste numa escala ordinal

de tipo-Likert, na qual é solicitado aos sujeitos que escolham entre cinco respostas possíveis, de forma a indicarem a pontuação atribuída a cada palavras/sentimentos/emoções associadas a climatério/menopausa, relacionamento conjugal e sexualidade; a terceira e quarta parte são constituídas pelas escalas validadas e adaptadas à população portuguesa: WOQOOL-Bref; EASAVIC e ISS.

A última parte é composta por questões abertas no sentido de recolher testemunhos e contributos que enriqueçam a compreensão da problemática em estudo.

WOQOOL (Bref) – World Health Organization Quality of Life Assessment

É uma escala de versão abreviada e foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde, pela preocupação em auferir um enfoque transcultural à avaliação da qualidade de vida, tendo sido traduzida e validada em vários países.

Em Portugal, foi desenvolvida pelo Centro Português de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS, coordenado por Cristina Canavarro e Adriano Vaz Serra.

Na sua versão abreviada, é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e uma faceta geral de Qualidade de Vida, composta por 2 itens que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde.

É uma escala de autopreenchimento, do tipo Likert de 5 pontos, que pode variar de 1 (Nada) a 5 (Completamente Satisfeito), onde para a resposta devem ser consideradas as ultimas duas semanas (anexo VI).

Apresenta consistência interna aceitável alfa de cronbach de 0.92 para os itens (26) e para os domínios varia entre 0.64 (Relações Sociais) e 0.87 (Físico). Na análise da escala aplicada aos nossos sujeitos apuramos um alfa de cronbach's de 0.94 para o total dos 26 itens.

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Esta escala de auto-relato pretende avaliar a satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal, bem como da satisfação conjugal relativamente a duas dimensões da conjugalidade: Funcionamento Conjugal e Amor (Narciso & Costa, 1996).

A escala encontra-se organizada em 44 itens, distribuídos em cinco áreas da vida conjugal referentes à dimensão *funcionamento conjugal* (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra familiares, comunicação e conflitos), e cinco áreas relativas à dimensão *amor* (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas). Do total dos 44 itens, 16 têm como foco o casal, 14 o inquirido e 14 o cônjuge.

Trata-se de uma escala de tipo Lickert em 6 pontos, o que permite que o indivíduo avalie a sua satisfação entre *Nada Satisfeito* (1), *Pouco Satisfeito* (2), *Razoavelmente Satisfeito* (3), *Satisfeito* (4), *Muito Satisfeito* (5), e *Completamente Satisfeito* (6) (anexo V).

As características psicométricas deste instrumento, aquando da sua criação, foram realizados a partir de uma amostra de 219 indivíduos casados e a análise factorial revelou a existência de dois factores principais: um relativo à dimensão amor e, o outro, relativo à dimensão *funcionamento* da relação conjugal. As correlações entre cada item e o factor em que está incluído é sempre superior a 0.52 e os coeficientes alfa encontrados para cada factor são bastante elevados (> 0.90) o que nos leva a concluir que este instrumento possui uma elevada consistência interna (Narciso, 2001).

Na revisão psicométrica efectuada em 2010, a partir de uma amostra de 586 indivíduos, confirmou-se uma elevada consistência interna do instrumento, com alfa de 0.97 para a satisfação global total e as correlações entre cada item e o factor em que está incluído é sempre superior a 0.70.

Na aplicação aos nossos participantes, observou-se também uma consistência interna elevada com alfa de cronbach's de 0.986.

ISS – Índice de Satisfação Sexual

É uma escala de versão reduzida desenhada por Hudson *et al.* em 1981, e unidimensional, destinada a avaliar a satisfação sexual no contexto do relacionamento de casal. Pelas boas propriedades psicométricas e tradição da sua utilização no campo da sexualidade humana, este instrumento foi eleito para se proceder à medição do constructo da satisfação sexual. Esta versão foi validada e adaptada para grupos da população feminina portuguesa por Pechorro *et al.* (2009). É uma escala de autopreenchimento (anexo VII), constituída por 25 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa) do tipo *Likert* de 7 pontos (1 - Nunca; 2 -

Muito raramente; 3 - Poucas vezes; 4 - Algumas vezes; 5 - Bastantes vezes; 6 - A maioria das vezes; 7 - Sempre).

A cotação do ISS é feita a partir da formula $S = (\sum X_i - N)(100) / [(K-1)N]$, onde X é a resposta ao item, K o número de respostas e N o número de itens preenchidos, tendo que ser preenchidos 20(80%) dos itens.

Apresenta um ponto de corte clínico com o valor 30, em que, quanto menor for o valor obtido, maior será o grau de satisfação sexual, devendo ainda ser considerado o corte clínico 70, a partir do qual se pode considerar que o sujeito está a passar por experiências de stress severo com possibilidade existência de violência (Pechorro, 2006).

A escala apresenta boas características psicométricas com alfa de Cronbach de 0.95 e correlação média inter-item 0.48. Estas características confirmam-se na aplicação aos nossos participantes, onde apresenta um alfa de Cronbach (25) de 0.943.

5. PROCEDIMENTOS

Numa primeira fase, realizou-se um estudo exploratório para identificar as representações sociais da menopausa a utentes que se encontravam na fase de climatério (os que já vivenciaram e os que não vivenciaram a menopausa, homens e mulheres dos 35-65 anos) de Centros de Saúde da Região de Lisboa.

Os dados foram recolhidos por escrito num protocolo individual, na 1ª folha (anexo I) onde se apresentava a pesquisa como um estudo de opinião, não tendo sido referidos os verdadeiros objectivos do estudo de forma a não afectar a espontaneidade das respostas.

Cada indivíduo expressou as suas ideias/pensamentos, emoções/sentimentos, imagens/símbolos através de palavras, num máximo de cinco, para as palavras estímulos: Saúde; Climatério; Menopausa; Relação conjugal e Sexualidade.

Após o preenchimento dos questionários, esclareceram-se os participantes relativamente aos objectivos do estudo.

Realizaram-se ainda entrevistas a informadores qualificados (profissionais de saúde que trabalham na área) com o objectivo de perceber a resposta às necessidades das mulheres/casais nesta etapa de vida.

Assim, na 1ª fase do estudo, distribuíram-se e recolheram-se os questionários a utentes que se encontravam nas salas de espera das unidades de saúde nos momentos previamente definidos (data e hora) na 3ª semana do mês de Junho de 2010.

Após a análise dos resultados, seleccionaram-se as escalas de avaliação e elaborou-se o instrumento de colheita de dados que foi posteriormente aplicado a casais que aceitaram participar no estudo e que se deslocaram simultaneamente às unidades de saúde nos meses de Maio a Setembro de 2011, foi dada a possibilidade aos participantes de preencherem o questionário num espaço (com privacidade) da Unidade de Saúde (US) ou de poderem levar para casa e devolverem o questionário depois de preenchido.

A cada casal, era solicitado a colaboração e explicado o objectivo do estudo (anexo II e III), sendo distribuído um envelope denominado “*casal*” que continha dois envelopes destinados à “*mulher*” e ao “*homem*”, que depois de preencherem o questionário colocavam no envelope respectivo e o fechavam; posteriormente era colocado no envelope designado de “*casal*”, fechado e devolvido conforme combinado.

Concluiu-se a recolha de dados no mês de Outubro de 2011, tendo-se posteriormente trabalhado e analisado os dados.

6. TRATAMENTO DE DADOS

Após a colheita da totalidade dos dados, o investigador necessita de iniciar a análise dos mesmos, tratando-se de uma etapa muito importante do processo de investigação, exigindo da parte do investigador uma atitude de dedicação à leitura e à análise dos dados (Polit *et al.*, 2004; Fortin, 2009). A análise de dados ocorreu entre Novembro de 2011 e Maio de 2012.

Estes foram tratados informaticamente, através do Software SPSS Versão 19 e recorrendo à estatística que exige do investigador a capacidade de codificar, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação obtida. Neste sentido, utilizou-se mais especificamente a estatística descritiva e as medidas de tendência central (desvio-padrão e média). Os testes

estatísticos foram aplicados tendo em conta as variáveis definidas. Deste modo, as variáveis independentes são a idade, sexo, escolaridade, profissão naturalidade, nacionalidade, situação relacional, fase do climatério/menopausa, qualidade de vida e satisfação sexual, sendo que, tendo em conta a validação da idade vai ser analisada em função de três grupos etários (35-45; 46-55 e 56-65 anos), de acordo com as fases do climatério definidas por Candella *et al.* (1995).

A variável dependente é o relacionamento conjugal avaliado pelas dimensões funcionamento conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra familiares, e comunicação e conflitos) e amor (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas), considerados na EASAVIC.

A análise das Escalas teve por base os procedimentos definidos pelos autores.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeita os princípios e direitos fundamentais dos participantes. Preservou-se o respeito pela pessoa, uma vez que *“a preocupação pelo bem-estar destes deve ter sempre primazia sobre os interesses da ciência e da sociedade”* (Artigo A. 5º da Declaração de Helsínquia (DH), revista em 2000, em Edimburgo).

Assim, é imprescindível que os seus direitos sejam respeitados, nomeadamente o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade (Fortin, 2009). Uma das formas de garantir estes direitos é através do Consentimento Informado (tácito). Segundo o Artigo 1.º do Código de Nuremberg (CN) (1949), este implica informar as pessoas com a verdade, sobre a natureza, duração e propósito do estudo, quais os métodos que serão usados, os riscos implícitos, bem como quais os efeitos que terá sobre as pessoas se estas participarem, dando-lhes a liberdade para decidir se pretendem ou não participar no estudo, sem que a escolha as prejudique. As pessoas devem, por isso, ser legalmente capazes de dar o seu consentimento, sem qualquer intervenção de força, fraude, mentira, coação ou astúcia.

Para a realização deste estudo solicitou-se a respectiva autorização aos Directores executivos dos ACES, aos autores dos instrumentos de colheita de dados (anexo IX) e aos sujeitos

participantes (anexo II) no estudo bem como foi solicitada a colaboração de profissionais dos respectivos ACES no sentido de distribuir e recolher os questionários uma vez que atendendo às características dos serviços, eram os elementos de referência dos utentes em estudo.

Foi dada a oportunidade dos participantes desistirem se assim o entendessem em qualquer momento do estudo e respeitou-se a individualidade de confidencialidade das respostas ao se proporcionar a entrega em envelopes individuais e fechados.

CAPÍTULO II

APRESENTAÇÃO

E

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. PRIMEIRA FASE – ESTUDOS PRELIMINARES

Neste capítulo encontram-se descritos e analisados o estudo preliminar e exploratório, com o que se procurou compreender a forma como os participantes percebem a menopausa e o relacionamento conjugal bem como a resposta oferecida pelos serviços de saúde, que apresentaremos separadamente para uma melhor compreensão.

1.1. REPRESENTAÇÕES SOBRE A MENOPAUSA

1.1.1. Caracterização Sociodemográfica

Participaram no estudo 97 sujeitos de ambos os sexos. No Quadro 2 apresentamos a distribuição dos participantes por idade, sexo e profissão. Foram considerados 3 grupos para a caracterização da idade em conformidade com a classificação das fases de climatério, assim temos os grupos de 35-45 anos, 46-55 anos e 56-65 anos correspondendo respectivamente às fases de pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa.

Conforme se pode deduzir deste quadro, 77 participantes são do sexo feminino e 20 são do sexo masculino, sendo que, 49 têm idades compreendidas entre os 35 e <45 anos, 34 encontram-se na faixa etária dos 45 e <55 anos e com mais de 55 anos temos 14 sujeitos.

Relativamente ao estado civil podemos observar que 65 sujeitos estão casados ou em união de facto e que 32 são solteiros ou divorciados.

No que concerne à actividade profissional, predominam os enfermeiros (29), seguidos dos professores (26), administrativos (17) e os auxiliares/assistentes operacionais (13), menos representados encontramos outros quadros técnicos superiores como é o caso dos directores/gestores, engenheiros e economistas.

QUADRO 2. Distribuição dos sujeitos por sexo, idade, estado civil e profissão.

Idade	Masculino	Feminino	Total
35 < 45	8	41	49
≥ 45 < 55	10	24	34
≥ 55	2	12	14
Total	20	77	97

Profissão			
Enfermeiro	1	28	29
Administrativo	5	12	17
Engenheiro	2	1	3
Director/gestor	1	6	7
Economista	2		2
Professor	8	18	26
Auxiliar/assistente operacional	1	12	13
Total	20	77	97

Estado civil			
Casado/união facto	14	51	65
Solteiro	4	11	15
Divorciado	2	15	17
Total	20	77	97

Procedeu-se à redução de todas as palavras associadas a cada um dos estímulos, sem se ter recorrido a análise de conteúdo. Optou-se apenas por colocar os substantivos e adjectivos no singular e no masculino e os verbos no infinitivo

Para identificar os universos semânticos ligados a cada estímulo efectuou-se Análise Factorial Simples (AFS), relativamente às palavras ou produções em texto livre (variáveis qualitativas). Recorreu-se ao programa estatístico SPAD-T, versão 1.5.

Apresentam-se em seguida os resultados obtidos para cada um dos estímulos, tendo sido retidas as palavras com uma frequência superior a quatro ocorrências.

Este procedimento possibilitou apreender as principais dimensões de significação que compõem as associações de ideias-pensamentos, emoções-sentimentos e imagens-símbolos relativamente a cada um dos estímulos, na população-alvo.

1.1.2. Representações sobre Saúde

Na resposta à associação livre de palavras ao estímulo “*Saúde faz-me pensar em...*”, foram produzidas 420 palavras, 31,7% são diferentes. Foram retidas 264 palavras (representando 62,8% do total inicial), sendo 20 palavras diferentes como se pode visualizar no Quadro 3.

QUADRO 3. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “*Saúde faz-me pensar em...*”

Palavras	Frequência
Bem-estar	49
Alegria	26
Doença	26
Serviços de saúde	19
Vida	18
Felicidade	17
Alimentação	14
Médicos	13
Enfermeiros	10
Cuidados	9
Exercício	9
Bem-estar físico	8
Bem-estar psicológico	8
Desporto	6
Hospital	6
Equilíbrio	6
Vitalidade	5
Ausência de doença	5
Prevenção	5
Medicamentos	5

As palavras mais frequentemente mencionadas (bem-estar e alegria) são sugestivas de que a saúde é percebida como algo de agradável, no entanto podemos referir que existe uma associação à doença e aos serviços de saúde, como recurso a uma eventual resposta às necessidades de saúde dos indivíduos.

Foi verificado o índice de homogeneidade (construído a partir do quociente entre o número de palavras distintas (ou associações) produzidas pelo grupo e o número total de palavras produzidas), com o objectivo de averiguar possíveis diferenças entre os dicionários. Este índice varia entre 0 (zero) e 1 (um), onde o 0 (zero) indica o máximo de concentração de respostas do grupo, o que significa a utilização de um universo semântico, ou de uma mesma norma de associação (Oliveira, 1995).

Valores elevados sugerem que os indivíduos de um grupo não utilizam um dicionário comum, ou seja, não partilham uma mesma representação (ou normas de representação) sobre um determinado objecto e enunciam respostas distintas.

Podemos verificar que o nosso grupo apresenta um índice de homogeneidade de 0.3 e uma média de palavras de 4.

QUADRO 4. Associação de palavras ao estímulo “Saúde faz-me pensar em ...”

GRUPO	Nº associações	Nº ocorrências	Índice de homogeneidade	Nº sujeitos	Média palavras
TOTAL	133	420	0.31	97	4

% de palavras distintas: 31.7

A partir da AFS das palavras retidas e de acordo com os resultados dos valores próprios, foram retidos os três primeiros factores responsáveis por 31.76 da variância total. Nos Quadros 5 e 6 encontram-se representados os principais elementos de interpretação destes factores.

QUADRO 5. Saúde: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Nomes	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Alegria	.56	.60	.60	4.3	5.6	5.8	.09	.11	.11
Alimentação	1.06	.96	-1.95	8.2	7.7	32.6	.14	.12	.48
Ausência doença	.64	-2.04	-.12	1.1	12.4	.0	.03	.30	.00
Bem-estar	.38	.16	.51	3.8	.7	7.8	.12	.02	.21
Bem-estar físico	.69	-2.50	-.70	2.0	29.9	2.4	.05	.72	.06
Bem-estar psicológico	.58	-2.38	-.71	1.4	27.0	2.5	.04	.65	.06
Cuidados	-.28	-.02	.51	.4	.0	1.5	.01	.00	.03
Desporto	.79	.54	-1.82	2.0	1.1	12.3	.05	.02	.25
Doença	-1.28	-.11	-.05	22.4	.2	.0	.40	.00	.00
Enfermeiros	-1.51	.07	-.12	12.0	.0	.1	.30	.00	.00
Equilíbrio	.63	-.42	.50	1.3	.6	.9	.03	.01	.02
Exercício	.90	1.21	-1.30	3.8	7.9	9.4	.08	.14	.16
Felicidade	.60	-.60	.18	3.2	3.7	.4	.09	.09	.01
Hospital	-1.14	-.27	-.31	4.1	.3	.4	.09	.00	.01
Medicamentos	-1.12	.34	-.14	3.3	.3	.1	.10	.01	.00
Médicos	-1.05	.35	-.42	7.6	1.0	1.4	.21	.02	.03
Prevenção	-1.15	.10	.30	3.5	.0	.3	.07	.00	.00
Serviços saúde	-1.04	.04	-.36	10.8	.0	1.5	.27	.00	.03
Vida	.52	.28	.95	2.6	.9	10.0	.05	.02	.17
Vitalidade	.91	.46	1.86	2.2	.6	10.6	.04	.01	.16
valores próprios	.71	.63	.61	% acumulada = 31.76					
% inercia	11.59	10.24	9.93						

O primeiro factor parece representar os pensamentos inerentes aos cuidados de saúde salientando-se palavras como doença, enfermeiros e serviços de saúde.

O segundo factor parece anunciar o bem-estar como fonte de saúde.

O terceiro eixo factorial resume a vida saudável opondo palavras como vida e vitalidade à alimentação e desporto, palavras que correspondem a pensamentos concretos e que influenciam o estado de saúde.

QUADRO 6. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “Saúde faz-me pensar em...”

Factores	Coordenadas (+) Contribuições Absolutas	Coordenadas (-) Contribuições Absolutas
F1 Cuidados de Saúde		Doença (22.4) Enfermeiros (12) Serviços de Saúde (10.8)
F2 Bem-estar		Bem-estar físico (29.9) Bem-estar psicológico (27) Ausência de doença (12.4)
F3 Vida Saudável	Vida (10) Vitalidade (10.6)	Alimentação (32.6) Desporto (12.3)
% Acumulada: 31.6		

1.1.3. Representações sobre Climatério

A palavra Clima foi a mais mencionada (Quadro 7) revelando uma associação a alterações climáticas (vento, chuva, nevoeiro, neve...) sem qualquer ligação com esta etapa de vida das mulheres que é o climatério.

QUADRO 7. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão “Climatério faz-me pensar em...”

Palavras	Frequência
Clima	62
Menopausa	20
Mudança	18
Mulher	15
Idade	13
Etapa de vida	11
Transição	8
Maturidade	7
Saúde	7
Calores	6
Alterações hormonais	6
Alterações corporais	6

No entanto, existem palavras frequentemente mencionadas (menopausa, mudança, mulher, idade...) que são sugestivas de que o climatério é percebido como algo que surge no percurso natural de vida das mulheres associado a uma fase de mudança e transição com as necessárias alterações corporais inerentes ao avançar da idade.

Obtiveram-se 384 ocorrências correspondendo a 42.7% de palavras distintas e uma média de palavras de 4.4 (Quadro 8).

QUADRO 8. Associação de palavras ao estímulo “*Climatério faz-me pensar em...*”

GRUPO	Nº associações	Nº ocorrências	Índice de homogeneidade	Nº sujeitos	Média palavras
TOTAL	164	384	0.42	97	4.4

palavras distintas: 42.7%

A partir da AFS das palavras retidas e de acordo com os resultados dos valores próprios, foram retidos os três primeiros factores responsáveis por 40.7 da variância total.

Nos Quadros 9 e 10 encontram-se representados os principais elementos de interpretação destes factores.

QUADRO 9. Climatério: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Nomes	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Alterações corporais	-.30	.33	.59	.3	.5	1.8	.01	.01	.03
Alterações hormonais	-.57	.52	-.73	1.2	1.2	2.8	.03	.03	.06
Calores	-.46	.76	-2.63	.8	2.6	36.5	.01	.03	.42
Clima	1.30	-.11	.03	64.1	.6	.1	.99	.01	.00
Etapa de vida	-.66	.72	.80	2.9	4.4	6.1	.05	.06	.07
Idade	-.56	.19	-.10	2.5	.4	.1	.05	.01	.00
Maturidade	-1.09	-4.05	-.23	5.1	86.7	.3	.07	.90	.00
Menopausa	-.73	.21	-1.25	6.4	.7	27.3	.11	.01	.33
Mudança	-.83	.12	1.02	7.6	.2	16.6	.15	.00	.22
Mulher	-.70	.49	.35	4.5	2.7	1.7	.09	.05	.02
Saúde	-.61	.02	.36	1.6	.0	.8	.04	.00	.01
Transição	-.78	.16	.92	3.0	.1	5.9	.08	.00	.11
valores próprios	.91	.74	.63	% acumulada = 40.70					
% inércia	16.25	13.15	11.30						

O primeiro factor parece representar os pensamentos inerentes às alterações climáticas salientando-se palavras como clima e mudança.

No segundo factor parece anunciar-se o climatério como um factor de maturidade ao sobressaírem palavras como maturidade e etapa de vida.

O terceiro factor resume a fase de transição opondo palavras como mudança à menopausa e calores, elementos que correspondem a pensamentos concretos e que de alguma forma estão presentes no climatério.

QUADRO 10. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “*Climatério faz-me pensar em...*”

Factores	Coordenadas (+) Contribuições Absolutas	Coordenadas (-) Contribuições Absolutas
F1 “Alterações Climáticas”	Clima (64.1)	Mudança (7.6)
F2 “Maturidade”	Etapa de vida (4.4)	Maturidade (86.7)
F3 “Transição”	Mudança (16.6)	Calores (36.5) Menopausa (27.3)
% Acumulada: 40.7		

1.1.4. Representações sobre Menopausa

As palavras retidas mais frequentemente mencionadas (Mulher, Afrontamentos, Etapa de vida, Calores) sugerem uma percepção da menopausa associada a uma fase da vida das mulheres onde se espera o aparecimento de alguma sintomatologia reveladora das alterações hormonais progressivas com o evoluir da idade da mulher (Quadro 11).

QUADRO 11. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “*Menopausa faz-me pensar em...*”

Palavras	Frequência
Mulher	20
Afrontamentos	18
Etapa de vida	15
Calores	14
Idade	11
Alterações hormonais	10
Mudança	9
Irritabilidade	9
Velhice	7
Fim menstruação	7
Fim fertilidade	7
TSH	6
Problemas saúde	6
Alterações corporais	6
Osteoporose	5
Mau estar	5
Maturidade	5
Tristeza	5

No Quadro 12, podemos verificar que o nosso grupo apresentou uma média de palavras de 3.9 em 379 ocorrências.

QUADRO 12. Associação de palavras ao estímulo “*Menopausa faz-me pensar em...*”

GRUPO	Nº associações	Nº ocorrências	Índice de homogeneidade	Nº sujeitos	Média palavras
TOTAL	175	379	0.46	97	3.9

% palavras distintas: 46.2

Os principais elementos de interpretação desses factores encontram-se representados no Quadros 13 e 14.

O primeiro factor parece representar a menopausa como factor de maturidade (93.5). As representações inerentes a problemas de saúde, encontram-se no segundo factor onde predominam as palavras como problemas de saúde e fim da fertilidade.

O terceiro factor resume a “etapa de vida” opondo palavras como mudança e etapa de vida a afrontamentos e THS, palavras que correspondem a representações concretas e que influenciam a vivência da menopausa. Efectivamente nesta fase de mudança é frequente a presença de afrontamentos como sintomatologia principal, o recurso à reposição hormonal de substituição vindo melhorar a qualidade de vida das mulheres, provavelmente esta é uma das razões para sobressair esta percepção face à menopausa.

QUADRO 13. Menopausa: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Nomes	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Afrontamentos	-0.22	.38	.87	.6	2.0	11.6	.01	.04	.20
Alterações corporais	-0.25	.50	.24	.2	1.1	.3	.01	.03	.01
Alterações hormonais	-0.25	.72	.62	.4	4.0	3.2	.01	.08	.06
Calores	-0.24	.51	.17	.6	2.8	.4	.01	.05	.01
Etapa de vida	-0.17	-0.09	-1.25	.3	.1	20.2	.01	.00	.29
Fim da fertilidade	-0.15	-1.99	.60	.1	21.4	2.2	.00	.31	.03
Fim da menstruação	-0.28	.59	.50	.4	1.9	1.5	.01	.03	.02
Idade	.48	-0.09	-0.56	1.7	.1	2.9	.03	.00	.04
Irritabilidade	-0.20	-0.09	.08	.2	.1	.1	.01	.00	.00
Maturidade	5.30	.08	.29	93.5	.0	.4	.98	.00	.00
Mau estar	-0.05	-0.31	.30	.0	.4	.4	.00	.01	.01
Mudança	-0.15	.25	-1.58	.1	.4	19.2	.00	.01	.25
Mulher	-0.21	.13	-.39	.6	.3	2.6	.02	.01	.05
Osteoporose	-0.30	.94	1.33	.3	3.4	7.6	.01	.07	.15
Problemas de saúde	-0.27	-3.47	1.08	.3	55.4	6.0	.00	.65	.06
Tristeza	-0.23	-0.87	-1.16	.2	2.9	5.8	.00	.05	.08
TSH	-0.30	.90	1.46	.4	3.8	11.0	.01	.07	.18
Velhice	-0.16	.00	-.89	.1	.0	4.8	.00	.00	.08
valores próprios	.90	.78	.70	% acumulada = 35.81					
% inercia	10.62	9.21	8.25						

QUADRO 14. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “Menopausa faz-me pensar em...”

Factores	Coordenadas (+) Contribuições Absolutas	Coordenadas (-) Contribuições Absolutas
F1 “Maturidade”	Maturidade (93.5)	
F2 “Problemas saúde”		Problemas Saúde (55.4) Fim Fertilidade (21.4)
F3 “Etapa vida”	Afrontamentos (11.6) TSH (11.0)	Etapa vida (20.2) Mudança (19.2)
% Acumulada 28.08		

1.1.5. Representações sobre Relacionamento Conjugal

Na resposta à associação livre de palavras ao estímulo “*Relacionamento Conjugal faz-me pensar em...*”, foram produzidas 464 palavras, 25.4% são diferentes. Foram retidas 248 palavras (representando 53.5% do total inicial), sendo 20 palavras diferentes como se pode visualizar no Quadro 15.

As palavras mais frequentemente mencionadas (amor, companheirismo, compreensão) insinuam a importância de ligações conjugais harmónicas nesta etapa de vida, que por si só é uma fase crítica instigada nomeadamente pelas alterações hormonais e pela forma como a mulher e o casal se preparam e vivenciam este momento.

QUADRO 15. Palavras retidas, por ordem de frequência à questão: “*Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em...*”

Palavras	Frequência
Amor	48
Companheirismo	22
Compreensão	22
Carinho	18
Cumplicidade	17
Amizade	16
Dialogo	10
Sexo	9
Stress	8
Estabilidade	7
Paciência	7
Maturidade	6
Irritabilidade	6
Confiança	6
Harmonia	5
Ansiedade	5
Serenidade	5
Dificuldade	5
Alegria	5
Afectos	5

Relativamente a esta palavra estímulo, obtiveram-se em média 4.8 palavras em 464, correspondendo a 25.4% de palavras distintas (Quadro 16).

A partir da AFS das palavras retidas e de acordo com os resultados dos valores próprios, foram retidos os três primeiros factores responsáveis por 31.31 da variância total

QUADRO 16. Associação de palavras ao estímulo “*Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em...*”

GRUPO	Nº associações	Nº ocorrências	Índice de homogeneidade	Nº sujeitos	Média palavras
TOTAL	118	464	0.25	97	4.8

% palavras distintas: 25.4

Nos Quadros 17 e 18 encontram-se representados os principais elementos de interpretação destes factores.

QUADRO 17. Relacionamento conjugal: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Nomes	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Afectos	.30	-.29	-.44	.2	.2	.6	.01	.01	.02
Alegria	.30	3.08	1.90	.2	23.7	10.7	.00	.33	.13
Amizade	.29	-.28	-.40	.6	.6	1.5	.02	.02	.05
Amor	.25	-.15	.15	1.3	.6	.6	.07	.03	.02
Ansiedade	.33	5.11	-2.26	.2	65.0	15.1	.00	.72	.14
Carinho	.28	-.12	-.26	.6	.1	.7	.03	.00	.02
Companheirismo	.27	-.34	-.32	.7	1.3	1.4	.04	.06	.05
Compreensão	.26	-.40	-.30	.7	1.7	1.2	.02	.05	.03
confiança	.14	.56	1.80	.1	.9	11.5	.00	.03	.28
Cumplicidade	.04	-.14	.03	.0	.2	.0	.00	.01	.00
Dialogo	.24	-.39	-.40	.2	.7	1.0	.01	.02	.02
Dificuldade	.31	-.45	-.47	.2	.5	.7	.01	.01	.01
Estabilidade	.29	.08	-.65	.3	.0	1.8	.01	.00	.04
Harmonia	.21	-.05	.81	.1	.0	1.9	.00	.00	.04
Irritabilidade	-4.93	.09	-1.63	62.9	.0	9.4	.73	.00	.08
Maturidade	.29	.93	1.99	.2	2.6	14.1	.00	.04	.19
Paciência	-.52	-.01	1.96	.8	.0	15.8	.02	.00	.22
Partilha	.27	-.36	-.31	.5	1.1	.9	.02	.03	.02
Serenidade	.31	-.29	-.44	.2	.2	.6	.01	.01	.01
Sexo	.28	-.33	-.32	.3	.5	.6	.01	.01	.01
Stress	-2.93	-.01	1.47	29.7	.0	10.2	.41	.00	.10
valores próprios	.93	.80	.68	% acumulada = 31.31					
% inercia	12.04	10.44	8.83						

O “Stress” parece traduzir os pensamentos representativos do primeiro factor, ao sobressaírem palavras como irritabilidade e stress.

O segundo factor parece representar as variâncias do estado de humor que, eventualmente, os casais vivenciam nesta etapa de vida.

O terceiro factor exprime pensamentos e sentimentos de segurança, opondo palavras como confiança, paciência e maturidade à ansiedade, palavras que correspondem a pensamentos concretos e que influenciam no relacionamento conjugal.

QUADRO 18. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “*Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em...*”

Factores	Coordenadas (+) Contribuições Absolutas	Coordenadas (-) Contribuições Absolutas
F1 “Stress”		Irritabilidade (62.9) Stress (29.7)
F2 “Estado de humor”	Ansiedade (65.0) Alegria (23.7)	
F3 “Segurança”	Confiança (11.5) Paciência (15.8) Maturidade (14.1)	Ansiedade (15.1)
% Acumulada: 31.31		

1.1.6. Representações sobre Sexualidade

Na associação livre de palavras ao estímulo “*Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em...*”, foram produzidas 460 palavras, 28.5% são diferentes e uma média de palavras de 4.74. Foram retidas 222 palavras (representando 48.2% do total inicial), sendo 21 palavras diferentes como se pode visualizar nos Quadros 19 e 20.

Palavras como amor, carinho e compreensão, são as palavras mais frequentemente mencionadas valorizando os afectos na sexualidade do climatério/menopausa, só depois é que os nossos participantes mencionam o sexo e a dor associadas às relações sexuais.

QUADRO 19. Palavras retidas, por ordem de frequência referente à questão “Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em...”

Palavras	Frequência
Amor	25
Carinho	18
Compreensão	18
Sexo	15
Dor	15
Maturidade	12
Libido	12
Desejo	11
Vida	10
Descontracção	10
Secura	10
Prazer	9
Alegria	9
Intimidade	8
Paixão	7
Cumplicidade	6
Segurança	6
Bem estar	6
Respeito	5
Toque	5
Satisfação	5

QUADRO 20. Associação de palavras ao estímulo “Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em...”

GRUPO	Nº associações	Nº ocorrências	Índice de homogeneidade	Nº sujeitos	Média palavras
TOTAL	131	460	0.28	97	4.74

% palavras distintas: 28.5

A partir da AFS das palavras retidas e de acordo com os resultados dos valores próprios, foram retidos os três primeiros factores responsáveis por 30.34 da variância total

Os principais elementos de interpretação destes factores, encontram-se representados nos Quadros 21 e 22 .

QUADRO 21. Sexualidade: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Nomes	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Alegria	-.47	.91	-1.04	1.1	4.5	5.9	.02	.09	.12
Amor	-.44	-.25	.52	2.7	.9	4.1	.07	.02	.10
Bem-estar	-1.23	-1.47	-1.54	5.0	7.7	8.7	.16	.22	.25
Carinho	-.44	-.18	1.24	1.9	.4	16.9	.06	.01	.46
Compreensão	-.16	.22	.39	.2	.5	1.7	.01	.01	.05
Cumplicidade	-.81	-.99	-.37	2.2	3.5	.5	.07	.11	.02
Descontracção	.10	1.36	-.34	.1	11.0	.7	.00	.17	.01
Desejo	-.40	.32	.63	1.0	.7	2.6	.02	.01	.04
Dor	2.21	-1.18	-.68	40.9	12.4	4.3	.51	.14	.05
Intimidade	.21	-.10	1.49	.2	.0	10.8	.00	.00	.22
Libido	1.87	-.14	.21	23.3	.1	.3	.36	.00	.00
Maturidade	-.21	.83	-.25	.3	4.9	.5	.01	.10	.01
Paixão	-.24	1.46	-.61	.2	9.0	1.6	.00	.18	.03
Prazer	-1.11	-1.34	-1.24	6.1	9.7	8.4	.17	.25	.21
Respeito	-.58	-.54	1.47	.9	.9	6.5	.03	.02	.17
Satisfação	-1.22	-1.64	-1.16	4.1	8.0	4.1	.13	.23	.12
Secura	1.19	.48	.12	7.9	1.3	.1	.18	.03	.00
Segurança	.45	1.07	-.34	.7	4.1	.4	.02	.10	.01
Sexo	-.18	-.57	-.54	.3	2.9	2.7	.01	.07	.06
Toque	-.47	-.35	1.80	.6	.4	9.9	.01	.01	.21
Vida	-.24	1.70	-1.24	.3	17.2	9.4	.01	.30	.16
valores próprios	.81	.75	.74	% acumulada = 30.34					
% inercia	10.66	9.93	9.75						

No primeiro factor sobressaem palavras como dor e libido, parecendo representar sentimentos de “desconforto”.

O segundo factor parece anunciar o bem-estar opondo palavras como vida, paixão e desconstracção a bem-estar e satisfação.

O terceiro factorial parece resumir a intimidade sexual opondo palavras como carinho, intimidade e toque a bem-estar e prazer, palavras que correspondem a pensamentos concretos presentes na vivência da sexualidade humana.

Salienta-se que a palavra “bem-estar” contribui para dois factores (bem-estar e intimidade).

QUADRO 22. Coordenadas e contribuições absolutas pelos factores das palavras associadas a “Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em...”

Factores	Coordenadas (+) Contribuições absolutas	Coordenadas (-) Contribuições absolutas
F1 “Desconforto”	Dor (40.9) Líbido (23.3)	
F2 “Bem-estar”	Desconstracção (11.0) Paixão (9.0) Vida (17.2)	Bem-estar (7.7) Satisfação (8.0)
F3 “Intimidade”	Carinho (16.9) Intimidade (10.8) Toque (9.9)	Bem-estar (8.7) Prazer (8.4)
% acumulada: 30.34		

1.2. Menopausa: Resposta dos Serviços de Saúde

Para uma melhor compreensão da resposta (ou ausência dela) dos serviços de saúde no âmbito da menopausa, entrevistaram-se três profissionais de saúde que desenvolvem a sua actividade profissional com mulheres em fase de climatério com o objectivo de conhecer a sua experiencia como “peritos” e contribuir para a elaboração do instrumento de colheita de dados a ser aplicado na 2ª fase do estudo e assim, de alguma forma, podermos contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres e casais.

Os nossos participantes desempenham funções em Centro de Saúde (2) e Hospital (1), duas são enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e uma é especialista em medicina geral e familiar; são do sexo feminino (3); com idades de 30, 40 e 54 anos; tempo de exercício profissional 25 anos (1) e 5 anos (2).

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à respectiva transcrição e análise das mesmas através da técnica de análise de conteúdo e no Quadro 23 podemos visualizar as categorias encontradas.

QUADRO 23. Menopausa: Resposta dos serviços de saúde

Categorias
Procura/ exigência de cuidados
Preparação para a menopausa
Reacção das mulheres à menopausa
Reacção dos homens à menopausa
Contributo dos serviços de saúde para melhorar a qualidade de vida dos casais

1.2.1. Os Profissionais na Resposta às Necessidade dos Utentes em Fase de Climatério/Menopausa

Na análise das categorias que emergiram nas respostas dos entrevistados, e no que concerne à categoria “*procura e exigência de cuidados*”, podemos ver no Quadro 24 que os utentes recorrem aos serviços de saúde, essencialmente devido à sintomatologia que apresentam (principalmente as de origem vasomotora como sejam os frontamentos), por necessidades de terapêutica (par controle de sintomas, terapia hormonal de substituição e contraceptivos).

Os problemas directamente relacionados com a sexualidade, como sejam a secura vaginal, a dispareunia e a diminuição do desejo sexual, são também um motivo de procura dos serviços de saúde.

Correspondendo estes problemas/necessidades às sub-categorias encontradas da análise das unidades de registo.

QUADRO 24. Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (EU) relativas à categoria “Procura/exigência de cuidados”

Sub categ U.C.	Unidades Registo	UE
Terapêutica	<i>Há uma maior procura após as Consultas médicas elas estão mais informadas e pedem mais esclarecimentos...</i> (E1; E2)	2
	<i>Rotinas</i> (E1)	1
	<i>Querem terapêutica de substituição</i> (E2)	1
	<i>Recorrem principalmente às consultas para o alívio dos sintomas</i> (E3)	1
	<i>...só se os calores são muito aflitivos procuram a sr^a doutora para dar medicação...</i> (E2)	1
	<i>...a terapêutica principalmente contraceção, para saberem se é necessário ou não, vêm pedir amostras gratuitas</i> (E1)	1
		6
Sintomatologia	<i>Nesta população, tudo é normal nesta fase, é normal terem dores, calores...</i> (E2)	1
	<i>Sintomas vasomotores</i> (E1; E3)	2
	<i>calores, ... mal estar provocado pelos calores</i> (E3; E2)	2
	<i>Afrontamentos</i> (E1)	4
	<i>Sintomatologia que as perturbe</i> (E1)	2
	<i>Questionam sobre sintomatologia vasomotora</i> (E1)	1
	<i>...para além das alterações do peso, patologias como a HTA, intolerância aos hidratos de carbono, que fazem com que elas recorram para obter apoio neste sentido, alterações na dieta, estilos de vida e alimentação essencialmente</i> (E1)	1
	12	
Sexualidade	<i>Secura vaginal</i> (E1; E3)	2
	<i>Diminuição do desejo sexual</i> (E2; E3)	2
	<i>Dispareunia (dor na relação sexual)</i> (E2; E3)	2
	<i>Talvez o à-vontade com que as pessoas falam nas queixas dos seus problemas sexuais, levam a nos procurar mais talvez se note um maior pedido de ajuda</i> (E3)	1
	<i>...nesta fase do climatério, pode no entanto existir um factor de enviesamento, porque no outro local onde trabalhei a população tinha características diferentes e não se falava sobre o assunto (20anos)</i> (E3)	1
	<i>...quando tentamos abordar como era a vida anteriormente e outras formas de minimizar os desconfortos, verificamos que o climatério é uma desculpa para justificar situações que se vinham arrastar anteriormente e do qual nunca falaram...</i> (E2)	1
		9

No que se refere à Categoria “Preparação para a menopausa”, verificou-se pouca sensibilidade sobre a temática provavelmente por sustentarem a sua actuação essencialmente no modelo biomédico como nos diz esta entrevistada ao assumir que:

“...realmente não faço prevenção antecipada é uma situação normal da vida da mulher e que nem sempre apresentam sintomatologia, admito que falar das queixas, não sei se não poderei fazer com que surja, actualmente não sou apologista da TSH, contrariamente ao que pensava anteriormente por não ter grande oferta não falo sobre isso, só se apresentarem como queixas” (E3).

Mesmo aqueles que referem prestar cuidados antecipatórios, parecem de alguma forma redutores ao dizerem que a intervenção:

“Começa com a sintomatologia característica da menopausa e relacionar com as patologias que daí podem advir, a partir do momento em que elas percebem o nexo de causalidade entre as alterações hormonais específicas da menopausa e que se vão desenvolver as patologias (e a sintomatologia da menopausa). É mais fácil introduzir as alterações da vida delas e promover uma maior adesão ao tratamento seja farmacológico ou não farmacológico.” (E1).

Dizem ainda que:

“Começo a preparação para esta fase, a partir dos 45 anos, começo a falar dos desconfortos para as preparar para a menopausa se e quando devem deixar de tomar a pílula para a paragem menstrual. Se há disponibilidade da mulher avanço com a resposta a dúvidas e preparo-as, se não estão interessadas, não vale a pena criar problemas e ansiedades desnecessárias.” (E2).

Relativamente à *“reação das mulheres na menopausa”*, na análise do Quadro 25 verificamos que as unidades de registo se agrupam em três sub-categorias/unidades de contexto, relativamente à *“sexualidade”*. As mulheres rejeitam a sexualidade, ao perderem a sua função reprodutora sentem-se menos mulheres, existe alteração da imagem corporal e aparentemente não gostam de falar sobre a sexualidade principalmente nesta etapa de vida, sentem-se inibidas e esta será também uma condicionante dos técnicos de saúde uma vez que cingem a sua intervenção ao controle da sintomatologia.

A educação para a saúde foca-se essencialmente no esclarecimento das dúvidas das mulheres e a partir daí é que se começa uma eventual preparação para esta fase onde existem alterações fisiológicas que interferem no quotidiano, nomeadamente a nível da sexualidade.

QUADRO 25. Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo e Unidades de Enumeração (EU) relativas à categoria “*Reacção das mulheres na menopausa*”

Sub-categ U.C.	Unidades de Registo	UE
Sexualidade	<i>Todas estão conformadas e pensam que perderam a sua função reprodutora logo são menos mulheres, a sexualidade é negada (E1)</i>	1
	<i>a visão que têm do próprio corpo é negada, o corpo passa a ser sujo e sem objectivo, entrar na menopausa significa que perderam a função sexual, e acham que é normal e não gostam de falar disso... (E1)</i>	1
	<i>Consideram que toda a gente perde a função sexual o desejo e a necessidade de intimidade após a menopausa, é como se fossem castradas, e essa é uma área sobre a qual elas não falam (E1)</i>	1
	<i>As mulheres rejeitam a sexualidade... (E2; E3)</i>	2
	<i>Tenta-se que comecem a falar sobre a parte da vida que negam, a componente sexual, se nós questionarmos como é a via íntima com o companheiro (se têm), se têm alguma dúvida, elas encolhem os ombros e dizem que isso já não existe, que não têm desejo, os maridos às vezes as procuram e elas estão a fazer sacrifício (E1)</i>	1
	<i>A sexualidade é uma das áreas mais desprestigiadas, porque se trata (faz-se) da compensação hormonal, vigia-se a mama, pede-se ecografia ginecológica, faz-se citologia, mas não se fala sobre a vida íntima da mulher e a mulher continua a ter vida íntima após a menopausa só que nega.</i>	1
	<i>A atrofia genital e a secura traz desconforto e quanto maior o desconforto mais elas negam o problema e mais fogem do contacto (E1)</i>	1
Sintomatologia	<i>O principal problema que elas têm é o incómodo da sintomatologia vasomotora e a negação quase delas próprias como mulheres, com desejos com vida emocional com privacidade,</i>	2
	<i>Vêm à consulta só para mostrar aquela parte do corpo e é porque tem que ser... porque não gostam (E1; E2)</i>	
	<i>A menopausa faz-me lembrar osteoporose, queixas de dores, peço densiometria para ver se tem osteoporose ou osteopenia e faço prevenção neste sentido é o que penso em primeiro lugar em relação á menopausa, depois penso no aumento do risco de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, bem como outros factores de risco e médico de acordo com as necessidades de cada um. Penso essencialmente no risco osteoporose e cardiovascular quando penso na mulher pós-menopáusia (E3)</i>	1
<i>Tem sintomatologia que é característica da ausência de hormonas, atrofia genital e secura (E1; E2; E3)</i>	3	

(continua)

(continuação)

Sub-categ U.C.	Unidades de Registo	UE
Educação para a saúde	<i>O que nós tentamos é fazer-las perceber que não é pelo facto de terem ausência de menstruação que vão ser menos mulheres, pelo contrário, já não engravidam já não têm que ter essa preocupação e que há uma série de coisas que podem fazer para atenuar os sintomas vasomotores e a própria atrofia genital, a secura da mucosa e, quando elas percebem que realmente é tão simples como usar um lubrificante... e que as RS lhes causava imensa dor e deixam de ter dor e portanto, podem desfrutar um bocadinho mais ficam mais tranquilas, principalmente quando percebem que é outra mulher que está a falar e uma mulher com formação especializada, vai ao encontro das necessidades dela e tem certeza cientificamente daquilo que está a aconselhar. (E1)</i>	1
	<i>E quando começamos puxar lentamente pelas mulheres elas começam a falar sobre esses receios e saem daqui um bocadinho mais tranquilas, embora não haja nenhuma fórmula mágica para resolver os problemas.... Mas pelo menos para atenuar o desconforto que elas sentem. (E1)</i>	1
	<i>a menopausa já não está tão na onda de prescrever tantos estrogénios, quando estão muito acentuados os desconfortos, sugiro as situação naturais como as isoflavonas e outras substancias que a maior parte das mulheres já conhece e utiliza porque foi á farmácia , ervanária ou as vizinhas lhe disseram, só quando os desconfortos são muito intensos é que vêm, consideram que tudo é normal, se não têm um marido que as pressione e as maltrate, elas não procuram os nossos cuidados, vêm menos do que seria desejável. (E2)</i>	1

Quando se pensa na reacção dos homens à menopausa, podemos constatar na análise do Quadro 26, que os homens não pedem ajuda para lidar com esta situação pois consideram que é um problema das mulheres.

Os homens, assumem um papel passivo ou mesmo negligente não usufruindo do direito que têm de acompanhar a companheira nas consultas, evitando desta forma o seu envolvimento o que se repercute no relacionamento conjugal, pois:

“...muitos homens não acreditam que realmente a mulher perde desejo e que fica desconfortável com a ausência de lubrificação...” (E1) e alguns “...maridos têm relações extraconjugais, com raparigas mais novas, para resolver as necessidades deles...” (E2).

QUADRO 26. Sub-categorias/Unidades de Contexto, Unidades de Registo relativas à categoria “*Reacção dos homens à menopausa das mulheres*”

Sub categ U.C.	Unidades Registo
Os homens não pedem ajuda	<p><i>Os companheiros não solicitam ajuda, ficam na sala de espera revoltados porque têm o carro mal arrumado e que estão a pagar... os que vêm... (E1)</i></p> <p><i>Se eles quiserem podem e devem acompanhar as mulheres, nós muitas vezes dizemos para virem esclarecer as dúvidas principalmente as do foro íntimo, porque muitos homens não acreditam que realmente a mulher perde desejo e que fica desconfortável com a ausência de lubrificação... (E1)</i></p> <p><i>Os homens não vêm, eles “maltratam” as mulheres, também temos aqueles com diminuição da libido porque estão na andropausa ou têm patologias associadas como a diabetes, problemas cardíacos ou outros e que elas estão tranquilamente a tratar do seu desconforto, depois temos aqueles que têm vida sexual activa e que as pressionam, esperava que ele não tivesse tanto desejo, continua na mesma e querem ter RS coma mesma frequência e intensidade e é nestes casos que elas vêm pedir ajuda, já depois dos mal tratos deles, que dizem que dantes eram “frias” e que agora são “geladas”... (E2)</i></p> <p><i>Mais frequente é a mulher dizer que o homem se queixa, um caso ou outro ao longo da minha experiência, mas nunca se vêm queixar sozinhos, o homem não se queixa (...) Ele não vem queixar-se da mulher mas só corroboram o que elas dizem, não expressam a sua opinião... (E3)</i></p> <p><i>Eles não têm problemas, não recorrem aos serviços pois consideram que os problemas são só das mulheres. (E2)</i></p> <p><i>O que sabemos dos companheiros é sempre pelas mulheres, eles não solicitam ajuda, é um problema das mulheres... (E1)</i></p>
Acompanhamento as consultas	<p><i>Normalmente as mulheres vêm sozinhas às consultas (E1; E2; E3)</i></p> <p><i>Também há casais que namoram e temos maridos preocupados que vem acompanhar as mulheres que vem falar connosco, mas normalmente é numa faixa etária mais avançada nos 70, e que as mulheres tem alguma dificuldade de locomoção tem alguma patologia óssea (osteoporose) e tem dificuldade em mover-se e tem dores e muitos que acompanham as mulheres e nota-se que tem uma relação de muita cumplicidade e muito carinho... (E1)</i></p> <p><i>Mas na faixa do início da menopausa, raramente os homens aparecem a consulta. (E1)</i></p> <p><i>Alguma vez eles corroboram as queixas quando estão com elas na consulta (mas é raro) dizem que elas já não são como dantes. (E2; E3)</i></p> <p><i>Eles não têm problemas, não recorrem aos serviços pois consideram que os problemas são só das mulheres, alguns acompanham as mulheres (poucos). (E3)</i></p> <p><i>Normalmente as mulheres vêm sozinhas às consultas... (E1)</i></p> <p><i>O papel do homem está completamente negligenciado por eles próprios. (E1)</i></p> <p><i>Não se assumem com papel activo, enquanto homens o papel deles é completamente amorfo, não cumprem o seu papel. (E1)</i></p> <p><i>Ele resolve os problemas à sua maneira e elas que se tratem... não existe compreensão nem companheirismo. (E2)</i></p> <p><i>Os homens não acompanham na consulta de ginecologia. (E1)</i></p> <p><i>Pedimos que venha alguém da família e não dizemos que são os filhos, alguém da família, nunca surge nenhum companheiro em 90/100 mulheres, vêm as filhas as cunhadas são sempre acompanhadas por mulheres... (E1)</i></p>

(continua)

(continuação)

Sub categ U.C.	Unidades Registo
Relacionamento conjugal	<p><i>As queixas são sempre das mulheres e queixam-se das queixas dos homens principalmente do excesso de libido dos homens face ao desejo delas ou por outro lado de alguns homens com patologias da próstata, AVC que começam a surgir nos 50-60 anos deixam de as procurar e deixa de haver intimidade, para além de que a saída dos filhos de casa, normalmente coincide com esta idade, trás muitos conflitos para o casal porque estava habituado a estar acompanhado e a ter muitos focos de atenção e passam a estar sozinhos os dois, coincide com a saída da vida profissional com a reforma, ficam com muito tempo livre que já não sabem gerir e não conseguem gerir os dois e portanto surgem muitos conflitos no seio do casal com os quais eles não sabem lidar e sobretudo não pedem ajuda porque têm vergonha, porque acham que é normal e não é... tem que reaprender a estar sós a viver esta etapa... (E1)</i></p> <p><i>Ainda hoje uma utente me verbalizava isto mesmo, pois está com uma depressão, há os maus-tratos psicológicos e emocionais, porque não têm o que precisam e os maridos têm relação extra-conjugais, com raparigas mais novas, para resolver as necessidades deles e as mulheres procuram-nos para tentar resolver o problema delas de sexualidade para de alguma forma os tentarem satisfazer, para elas é um alívio quando eles estão “longe”, os casamentos muitas vezes descambam por causa da menopausa, mesmo que anteriormente se dessem bem, mais uma etapa de crise em que têm de aprender a viver o que não é fácil... (E2)</i></p> <p><i>É só a mulher que se vem queixar muitas vezes instigada por eles...vai lá falar com a médica que te ponha boa... (E3)</i></p> <p><i>O Homem hiperactivo sexualmente em que elas pensavam que ficariam com menos libido nesta fase e não acontece, trás muitos problemas aos casais nesta etapa e a menopausa interfere fortemente no relacionamento conjugal, por outro lado se é um casal cúmplice em que falam abertamente sobre todos os problemas, pode ser facilitador no sentido que aparentemente diminui os desconfortos da menopausa. (E2)</i></p> <p><i>Os homens preocupam-se mais com a sua performance pois com a andropausa começam a ter algumas dificuldades e vêm pedir ajuda nesse sentido pois querem ficar com melhor desempenho, do que com as mulheres. (E3)</i></p> <p><i>Nós temos a consulta de acompanhamento das mulheres com intolerância aos hidratos de carbono em que se fala sobre a dieta em casa, o que podem fazer na alimentação, quais são os hábitos da família e pedimos para vir um familiar e os homens não vêm. (E1)</i></p> <p><i>A geração que está na menopausa pensa que a mulher é que tem problemas; vêem como uma doença. (E2)</i></p>

1.2.2. Contributos para uma Resposta dos Serviços de Saúde

Ao questionarmos os nossos peritos sobre os contributos para os serviços de saúde melhorarem a respostas às necessidades da população, podemos ressaltar a preocupação destes profissionais com a falta de uniformidade de procedimentos, com a acessibilidade aos serviços e com a necessidade de se trabalhar em rede para uma melhor preparação dos

profissionais e dos cidadãos para esta etapa de vida e consequentemente contribuir para uma melhor qualidade de vida da população na menopausa.

Os nossos colaboradores dizem-nos que é preciso:

“Estar atento às necessidades das mulheres nesta etapa de vida...” (E1)

“...Estarmos disponíveis para ouvir, elas também se ouvem e tomam consciência de situações para o qual não estavam despertas”. (E2)

Salientam que:

“Temos de nos abrir à população (...) estamos dispersos, cada um a trabalhar por si...” (E1)

“...Os profissionais não trabalham em rede, não sabem a quem recorrer (...) cada um trata isoladamente do seu problema sem se contactar as pessoas que estão especializadas nesta área, os serviços deviam funcionar como um só” (E1)

A preparação para a menopausa deve ser:

“...Inserida na educação sexual nas escolas e nas consultas de planeamento familiar, sem criar ansiedades e sintomatologias desnecessárias e precoces (...) não tenho indicadores que permitam avaliar o trabalho nesta fase”. (E2)

Referem ainda que ao nível da prevenção primária o trabalho é para colmatar falhas e lacunas, não havendo sensibilidade dos gestores para dotar os serviços adequadamente com recursos humanos por forma a poderem intervir nesta etapa de vida.

QUADRO 27. Sub-categorias/Unidades de Contexto (UC), Unidades de Registo relativas à categoria contributos do Serviço de Saúde para melhorar a qualidade de vida dos casais

Sub cat. U.C	Unidades Registo
Acessibilidade	<p><i>Estar atentos às necessidades da mulher nesta etapa da vida, anhhh... não é fácil trazer os homens às consultas mas se calhar devia haver mais abertura para as pessoas conseguirem recorrer os recursos estão dispersos (E1)</i></p> <p><i>Temos que nos abrir á população, eles têm que saber que os profissionais estão abertos e os profissionais tem que trabalhar em equipa, estamos dispersos e cada um dá as suas indicações (pausa) tem que haver sensibilidade por parte das administrações, se as consultas continuarem a ser vistas como rotineiras, em que se avaliam os procedimentos básicos, e em que não se privilegia o acompanhamento psicológico e prevenção de complicações e que não se faz... a prevenção primaria estamos a trabalhar só para colmatar falhas e lacunas (E1)</i></p> <p><i>Em primeiro lugar ouvir, só facto de estarmos disponíveis para ouvir, elas também se ouvem e tomam consciência de situações para o qual não estavam desptas (E2)</i></p>
Trabalho em rede	<p><i>Não existe uma uniformidade nos procedimentos, os profissionais não trabalham em rede, não sabem a quem recorrer e muitas vezes temos os serviços, temos os cuidados mas as pessoas não trabalham em comunidade, em rede cada um trata isoladamente do seu problema sem se contactar as pessoas que estão especializadas nesta área, os serviços deviam funcionar como um só (E1)</i></p> <p><i>A mulher dirige-se a uma Consulta Médica no Hospital ou Centro de Saúde e é com uma CM que tem quando na verdade ela sai dessa Consulta Médica com muitas duvidas e muito pouco esclarecida, porque o timing imposto para as Consultas Médicas não corresponde às necessidades de esclarecimento da mulher portanto devia haver uma Consulta de Enfermagem para cada Consulta Médica, mas para isso, tem que haver recursos, sensibilidade das organizações das Administrações para perceberem que esta etapa da vida das pessoas consome tanto ou mais tempo quanto o da mulher em idade fértil. A gravidez, o parto e período fértil não devia ser o único alvo de cuidados, porque a mulher após a menopausa continua a ter uma esperança de vida de mais de 20 anos. (E1)</i></p>
Preparação para a menopausa	<p><i>Nós não preparamos a nossa menopausa e a nossa 3ª idade nem a reforma como está muito longe, vamos adiando, além disso a sociedade está muito instável e os casais que estão juntos em idade fértil depois não estão juntos na 3ª idade. A estatística revela que metade dos casamentos termina em 2º e 3º casamentos, 2º e 3º companheiros. (E1)</i></p> <p><i>Temos um caminho longo a percorrer, isto deve ser inserido na educação sexual nas escolas, e nas consultas de Planeamento Familiar, sem criar ansiedades e sintomatologias desnecessárias e precoces porque a mente pode condicionar a forma de estar destas mulheres. Já me tenho questionado se estou a agir correctamente, mas ainda não tenho indicadores que me permitam avaliar o meu trabalho nesta fase. (E2)</i></p> <p><i>A existência de THS é conhecida como o risco que apresenta, actualmente tenho menos mulheres a pedir esta medicação, eu nunca ultrapasso 5 anos de tratamento, dantes pediam porque tinham medo que a menstruação ficasse dentro do corpo e agora estão mais esclarecidas. A prevenção é mais pela aplicação de cremes locais e quando as queixas são muito intensas elucidá-las sobre as várias alternativas terapêuticas. (E3)</i></p>

(continua)

(continuação)

Sub cat. U.C	Unidades Registo
Qualidade de vida	<p><i>São 20 anos que deveriam ser usados para viver com qualidade. Depende de nós fazermos com que elas usufruíssem desse tempo com qualidade. (E1)</i></p> <p><i>A sociedade está muito instável, não há equilíbrio para além da dinâmica toda de desemprego, instabilidade económica, endividamentos. As pessoas hoje estão muito tristes, muito desanimadas e muito desgostosas com a vida com falta de objectivos, é o clima geral que se vive, o que interfere nos relacionamentos dos casais e na qualidade de vida (E1)</i></p> <p><i>Elas é que têm que encontrar as respostas não só somos facilitadores, elas podem trazer os companheiros, estimular a vivência a dois e não a separação que se verifica nesta fase, fomentada pela depressão de tendência natural, agravada por situações de relacionamento extraconjugal, não dar logo anti-depressivos, tentar ajudar aquele casal com outras alternativas... (E2)</i></p> <p><i>Exercício físico, ajuda previne o mal-estar, a osteoporose e facilita a mobilidade e a convivência e comunicação entre as mulheres, o ginásio está a ter grande adesão nesta fase, e informalmente falam sobre os problemas da menopausa e consciencializaram-se da problemática comum, devemos estimular os casais numa fase anterior, mas agora é urgente intervir nas que estão já nesta etapa. (E2)</i></p> <p><i>Eventualmente facilitar o conhecimento com cremes a base de estrogénios que facilitam a lubrificação e que irão melhorar a vida do casal. (E3)</i></p>

2. SEGUNDA FASE DO ESTUDO

Foram distribuídos questionários a 448 casais (896 indivíduos) e recebidos os de 192 casais correspondendo a uma taxa de respostas de 43%. Foram considerados inválidos os questionários de 76 casais por estarem em branco (66) ou mal preenchidos (10).

Consideraram-se válidos os questionários de 116 casais a que condizem 232 sujeitos (homens e mulheres), correspondendo a 60% dos questionários recebidos dos quais 68% correspondem ao ACES da Grande Lisboa X – Cacém-Queluz e 32% ao ACES da Grande Lisboa V – Odivelas-Pontinha (Gráfico 1).

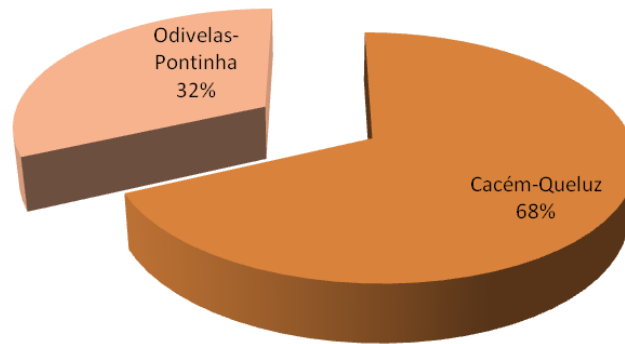


GRÁFICO 1. Distribuição dos participantes pelos ACES

Na distribuição do grupo etário podemos verificar que 193 (83.2%) dos participantes têm idade inferior a 55 anos podendo a sua distribuição por género ser visualizada no Gráfico 2.

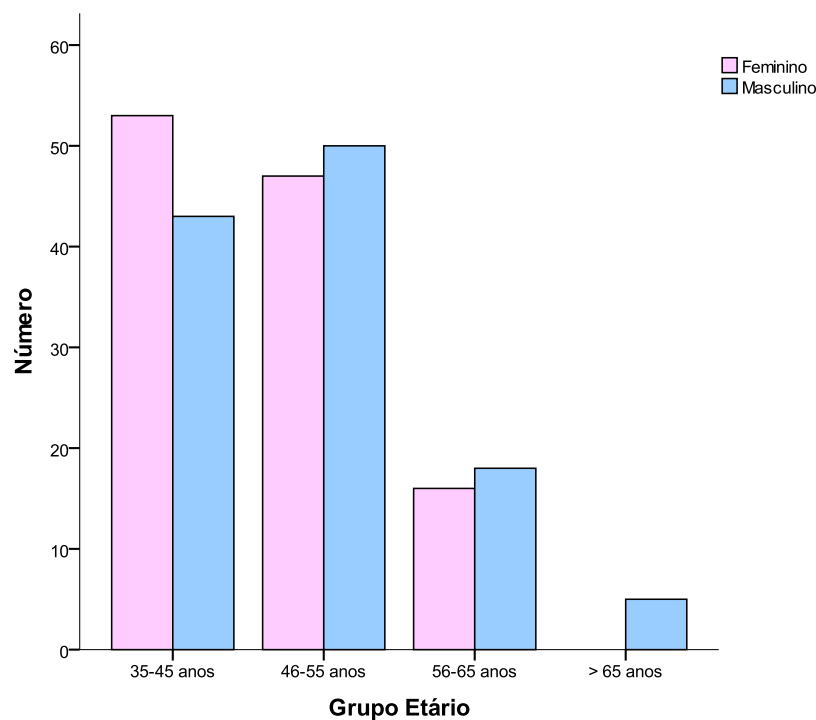


GRÁFICO 2. Distribuição dos participantes por género e grupo etário

Relativamente à proveniência dos nossos participantes, podemos observar que 60% são naturais da região de Lisboa, 27% da região norte e centro, 8%, 2% correspondem

respectivamente às regiões sul e Autónomas. Existem ainda 3% de estrangeiros, nomeadamente de Angola, Moçambique, Alemanha e Índia (Gráfico 3).

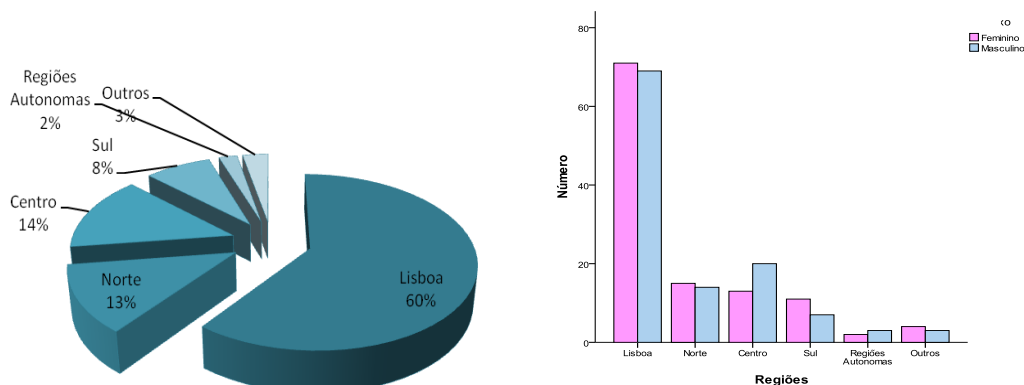


GRÁFICO 3. Distribuição dos participantes pela Naturalidade

Destaca-se uma formação de nível superior pois 105 (44.8%) possuem licenciatura 81 (34.9%) e 24 (10.3%) têm pós-licenciatura, mestrado ou doutoramento, no entanto 12% frequentaram apenas o 1º ciclo/4ª classe (Gráfico 4).

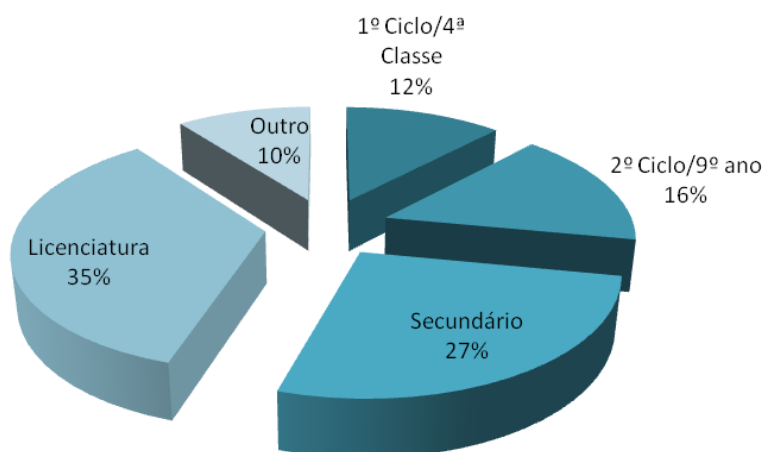


GRÁFICO 4. Distribuição dos participantes por habilitações académicas

Na distribuição por grupos profissionais temos os quadros superiores a contrastar com os operários especializados, reformados e desempregados.

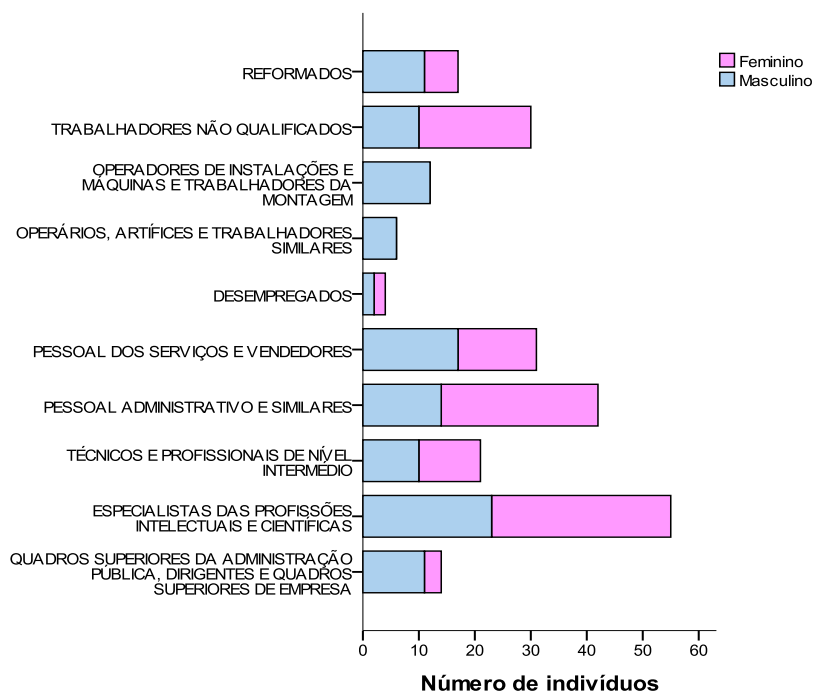


GRÁFICO 5. Distribuição dos participantes por género e grupo profissional

Quanto ao local de residência (Gráfico 6), como era de esperar a maioria encontra-se na zona de influência de cada ACES, embora com as actuais acessibilidades rodoviárias alguns se encontrem fora da área, tendo mantido a inscrição no ACES para garantirem o médico de família ou porque trabalham na zona, o que facilita o acesso aos cuidados de saúde.

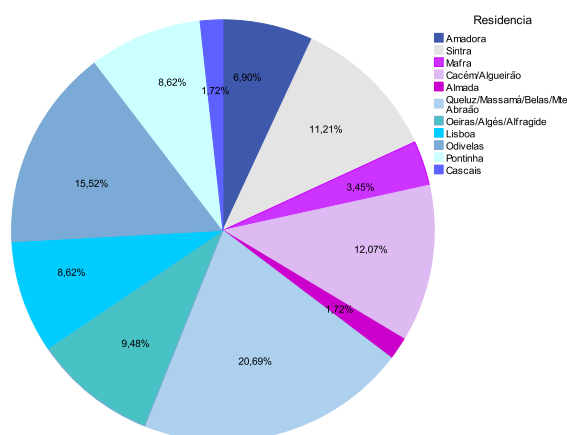


GRÁFICO 6. Distribuição dos participantes por zona de residência

No que reporta à situação relacional, a maioria é casada 204 (87.9%) existindo 28 (12.1%) em união de facto.

Relativamente ao tempo de casamento ou união de facto, temos uma média de 18.02 anos e um desvio padrão de 8.623 anos como podemos observar no Gráfico 7.

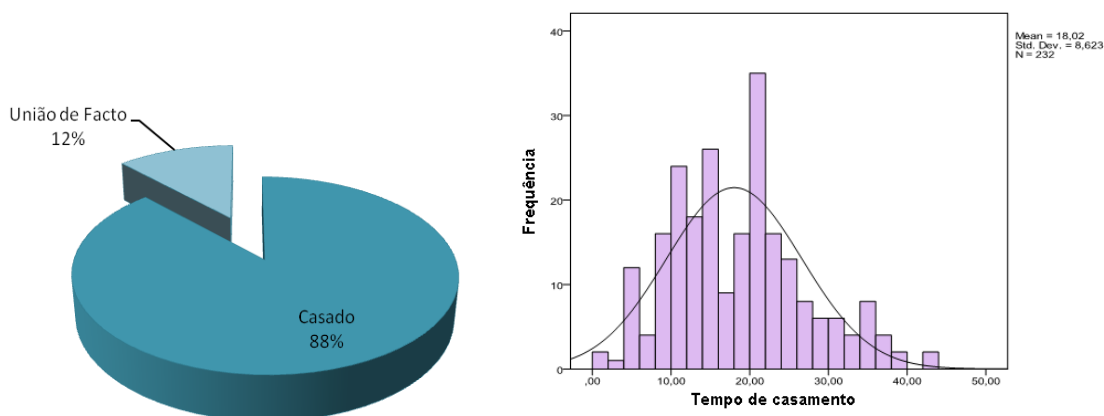


GRÁFICO 7. Distribuição dos participantes por situação relacional (à esquerda) e tempo de casamento (à direita)

No que diz respeito ao número de filhos no Gráfico 8, podemos constatar que em média têm 1.52 filhos com um desvio padrão 0.92.

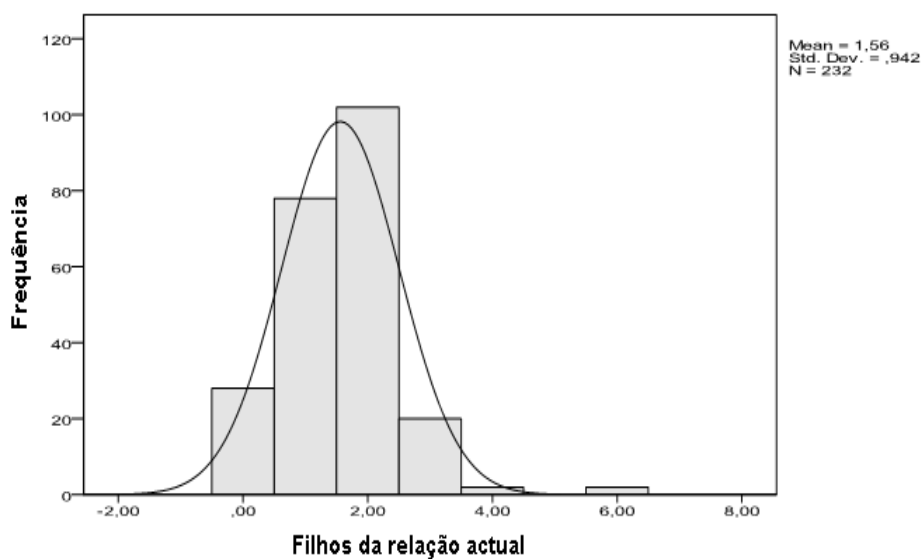


GRÁFICO 8. Distribuição do número de filhos da relação actual

Relativamente à existência de relacionamentos anteriores a esta relação conjugal, podemos visualizar na Tabela 2 que, 37 (15.9%) referem ter casamentos anteriores e 31 (13.4%) têm filhos dessas mesmas relações.

TABELA 2. Distribuição dos participantes por casamentos anteriores e filhos da relação anterior

	Casamentos anteriores		Filhos da relação anterior	
	Freq.	%	Freq.	%
Sim	37	15.9	31	13.4
Não	195	84.1	201	86.6
Total	232	100.0	232	100.0

2.1. OPINIÃO/SENTIMENTOS SOBRE CLIMATÉRIO/MENOPAUSA

Pretendemos nesta fase do estudo validar as opiniões/sentimentos mencionados no estudo exploratório relativamente às palavras climatério/menopausa; relacionamento conjugal e sexualidade, pelo que solicitamos a cada participante que atribuisse um nível de importância (1 – Nada importante até 5 – Muito importante) a cada palavra que tinha emergido.

No Gráfico 9, podemos observar o perfil traçado para o sexo masculino e feminino. Verificamos que relativamente ao climatério/menopausa os participantes parecem não estar familiarizados com a terminologia climatério, não lhe atribuindo grande sentido, sendo provavelmente este o factor responsável por estas palavras se situarem abaixo da linha média. No entanto, as mulheres apresentam um valor médio global superior e reconhecem maior importância às palavras maturidade, etapa de vida e mulher.

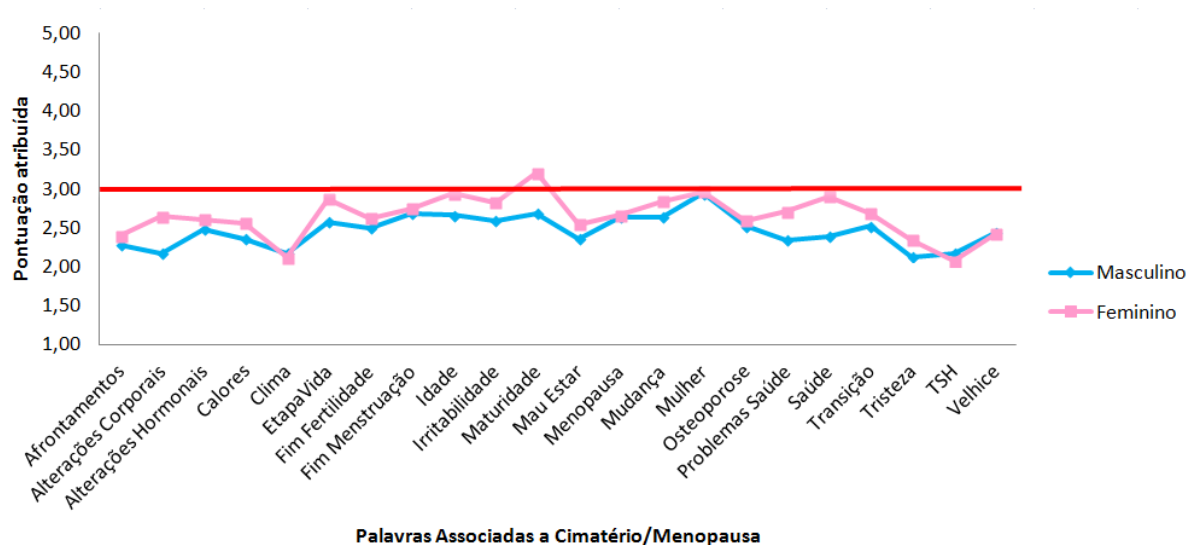


GRÁFICO 9. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados ao climatério/menopausa

2.2. OPINIÕES/SENTIMENTOS SOBRE RELACIONAMENTO CONJUGAL

O perfil traçado do Relacionamento Conjugal observamos no Gráfico 10 que a pontuação média atribuída é globalmente positiva sendo semelhante para os homens e mulheres, verificando-se apenas valores abaixo da média para as palavras ansiedade, dificuldade, irritabilidade e stress respectivamente com valores médios totais de 2.68; 2.63; 2.58 e 2.55.

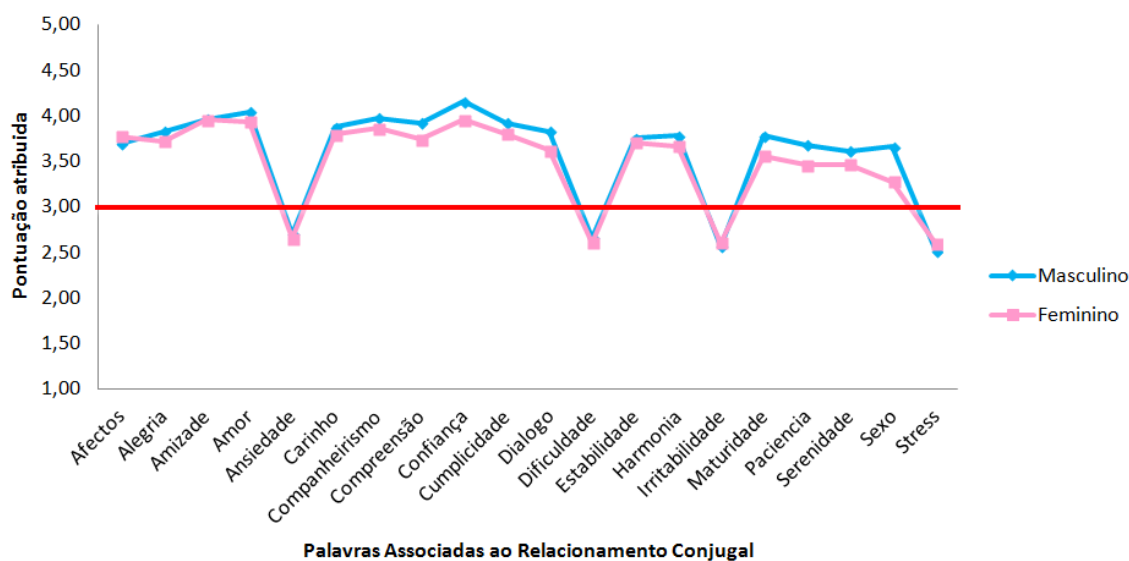


GRÁFICO 10. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados ao relacionamento conjugal

2.3. OPINIÕES/SENTIMENTOS SOBRE A SEXUALIDADE

No Perfil da sexualidade, constatamos que os homens atribuem maior pontuação média que as mulheres (Gráfico 11). As linhas de perfil são quase paralelas e acima do valor médio com excepção, para ambos os sexos, nas palavras dor (1.9) e secura (2.34) e para as mulheres nas palavras líbido e paixão, com 2.73 e 2.91, respectivamente.

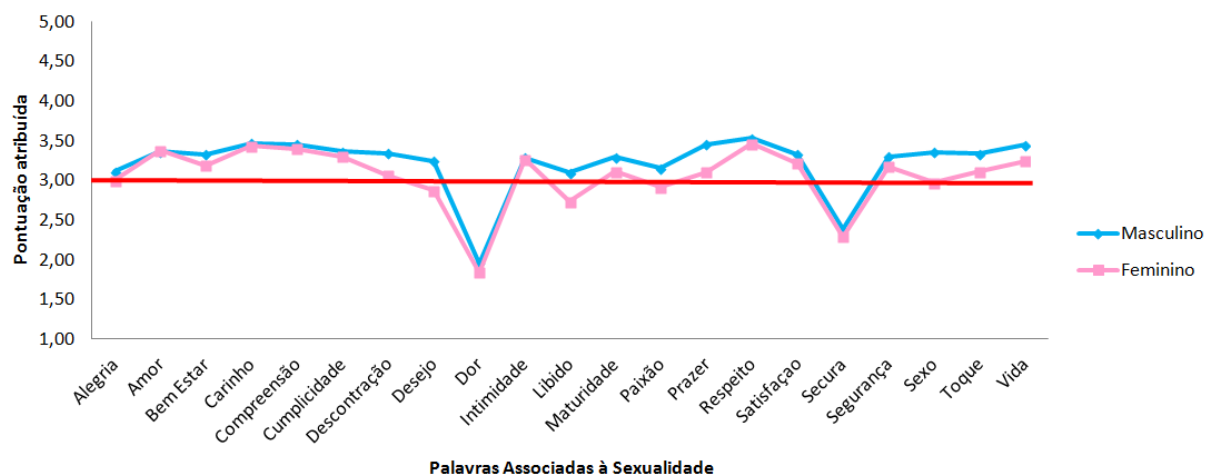


GRÁFICO 11. Pontuação atribuída pelos participantes do género masculino e feminino às representações/sentimentos/emoções associados à sexualidade no climatério/menopausa

2.4. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida foi avaliada através da WHOQOL-Bref, na Tabela 3 podemos verificar que a mesma não apresenta problemas de sensibilidade ao revelar valores de Skewness (assimetria; $Sk < 3$) e de Kurtosis (achatamento; $Ku < 7$) considerados normais para todos os domínios da qualidade de vida, no entanto, gráficamente apresenta uma ligeira assimetria á direita (Gráfico 12), sendo que, a Dimensão Geral da qualidade de vida apresenta um valor médio de 69.989, com desvio padrão de 15.814.

TABELA 3. Valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) dos domínios da Qualidade de vida (n=232)

Domínios QdV	Mínimo	Máximo	Média	DP	Sk	Ku
D1 (Físico)	3.57	100.00	76.139	15.442	-1.012	1.753
D2 (Psicológico)	4.17	100.00	72.450	14.751	-.928	2.010
D3 (Relações Sociais)	.00	100.00	69.683	17.948	-1.198	3.222
D4 (Ambiente)	.00	100.00	65.463	14.079	-.726	3.283
Faceta Geral de QdV	.00	100.00	69.989	15.814	-.840	1.699

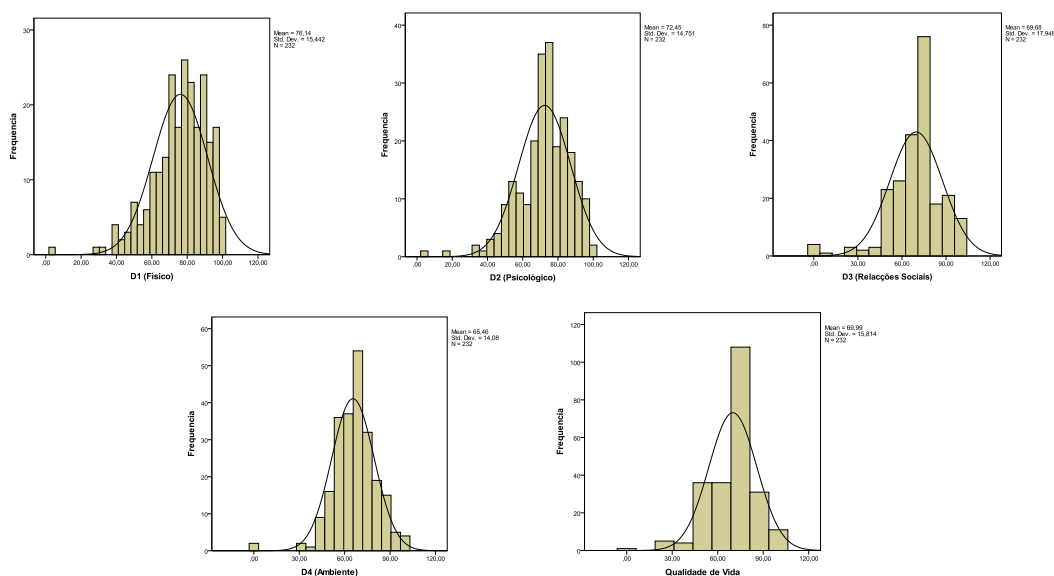


GRÁFICO 12. Histograma da dimensão geral e dos domínios da qualidade de vida

Considerando a região de naturalidade dos nossos participantes podemos visualizar na Tabela 4, que são os provenientes das Regiões Autónomas e os da Região de Lisboa que apresentam melhor qualidade de vida com valores médios de 75.0 e 72.143 respectivamente, contrariamente aos provenientes de Outras Regiões (média = 58.929), provavelmente condicionados pelas condições de vida inerentes à imigração.

TABELA 4. Valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) da Qualidade de vida (n=232) em função da região de Naturalidade

Qualidade de Vida						
Naturalidade (Regiões)	Minimo	Maximo	Media	DP	Ku	Sk
Lisboa	37.50	100.00	72.143	13.932	- .176	- .137
Norte	.00	100.00	68.966	20.217	4.179	-1.747
Centro	25.00	100.00	68.182	15.653	.446	-.551
Sul	25.00	87.50	61.111	19.121	- .580	- .790
Autónomas	75.00	75.00	75.000	.000		
Outros	25.00	75.00	58.929	18.700	.470	- .998
Total	.00	100.00	69.989	15.814	1.699	- .840

No Gráfico 13, podemos comparar a qualidade de vida por sexo e verificamos algumas situações pontuais nos extremos que apontam para as mulheres uma qualidade de vida inferior.

Na globalidade, a percepção da qualidade de vida embora semelhante para ambos os sexos é superior para o sexo masculino, respectivamente com valores médios de 69.40 e 70.58 e de desvio padrão de 16.595 e 15.041 para o sexo feminino e masculino.

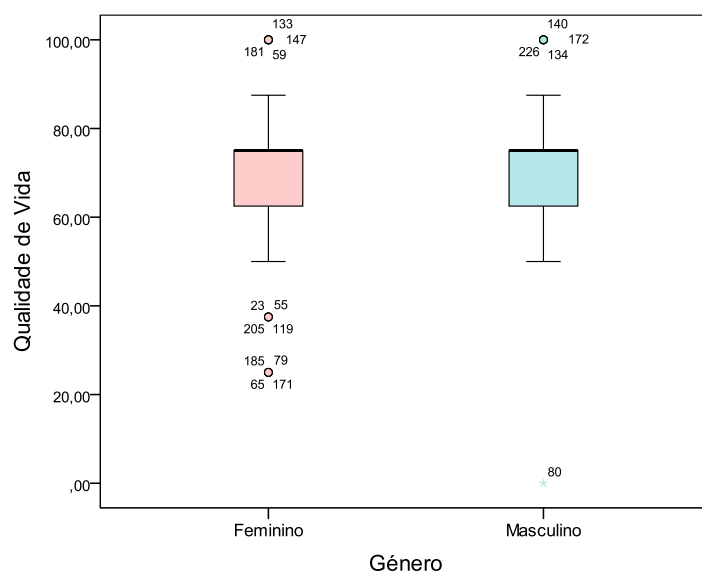


GRÁFICO 13. Qualidade de vida dos participantes por género

No que se reporta ao grupo etário, podemos observar na Tabela 5 que a percepção da qualidade de vida vai diminuindo ao longo do ciclo de vida e, é o domínio físico o que mais contribui para os valores globais da dimensão geral da qualidade de vida.

TABELA 5. Média (M) e desvio-padrão (DP) dos domínios da Qualidade de Vida (QdV) por Grupo Etário

Domínios QdV	Grupo Etário				
	35 - 45 anos (n=96)	46 - 55 anos (n=97)	56 - 65 anos (n=34)	65 anos (n=5)	Total (n=232)
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
D1 (Físico)	81.06 (12.24)	75.37 (14.60)	66.80 (18.90)	60.00 (21.93)	76.14 (15.44)
D2 (Psicológico)	76.00 (12.82)	71.61 (13.95)	68.50 (17.05)	47.50 (19.00)	72.45 (15.75)
D3 (Relações Sociais)	74.74 (14.83)	67.35 (18.66)	65.44 (18.02)	46.67 (28.01)	69.68 (17.95)
D4 (Ambiente)	68.68 (11.91)	65.30 (12.75)	59.38 (17.17)	48.13 (28.44)	65.46 (14.08)
Faceta Geral de QdV	73.31 (13.40)	69.46 (15.93)	65.44 (16.30)	47.50 (28.50)	69.99 (15.81)

Ao pensarmos no nível de escolaridade, podemos inferir que a qualidade de vida aumenta na medida em que aumenta o nível de escolaridade para todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente).

TABELA 6. Média (M) e desvio-padrão (DP) dos domínios da Qualidade de Vida (QdV) em função da Escolaridade

Domínios QdV	Escolaridade				
	1ºciclo	2ºciclo	Secundário	Licenciatura	Outro
	(n=28)	(n=37)	(n=62)	(n=81)	(n=24)
	M	M	M	M	M
	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)	(DP)
D1 (Físico)	57.91 (18.17)	75.97 (12.81)	78.05 (13.79)	78.79 (13.76)	84.08 (9.18)
D2 (Psicológico)	59.97 (19.22)	72.75 (12.29)	73.12 (13.15)	73.51 (13.10)	81.25 (13.57)
D3 (Relações Sociais)	60.42 (23.20)	68.69 (14.49)	68.41 (16.47)	72.63 (18.22)	75.35 (15.04)
D4 (Ambiente)	51.23 (18.85)	62.33 (10.67)	63.10 (10.43)	70.52 (12.31)	75.91 (9.90)
Faceta Geral de QdV	57.59 (19.35)	65.88 (15.50)	68.95 (13.90)	74.54 (14.18)	78.13 (11.21)

No que concerne aos anos de casamento, estes parecem não apresentar grande intercorrência na qualidade de vida (Gráfico 14).

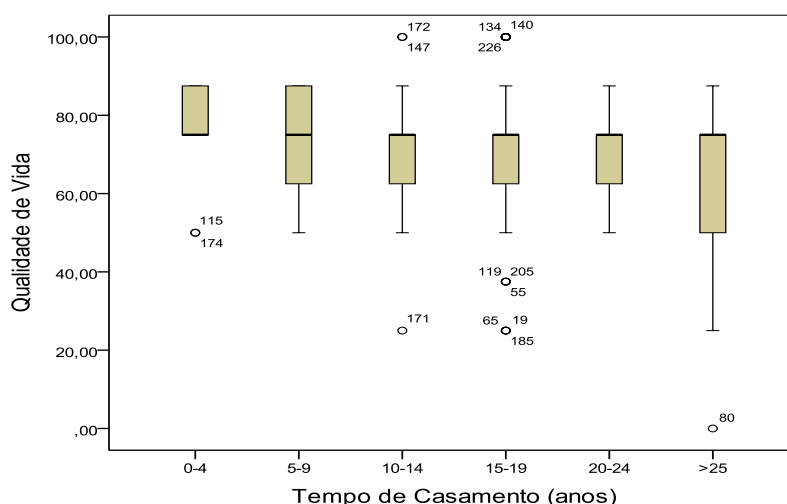


GRÁFICO 14. Qualidade de vida em função do tempo de casamento

Com recurso ao teste *t-student* foi analisado o efeito do género na qualidade de vida, depois de validados os pressupostos de homogeneidade de variâncias com o teste Levene ($F=0.648$; $p=0.230$). Podemos observar na Tabela 7, que não existem diferenças estatisticamente significativas [$t(230)=-0.570$; $p=0.230$] para a dimensão geral de qualidade de vida em função do género.

TABELA 7. Variabilidade da Qualidade de vida em função do género

Domínios QdV	Género		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino (n=116)	Feminino (n=116)		
	M(DP)	M(DP)		
D1 (Físico)	78.08 (14.21)	74.20 (16.41)	-1.924	.056
D2 (Psicológico)	73.78 (14.40)	71.12 (15.04)	-1.375	.170
D3 (Relações Sociais)	69.54 (15.85)	69.83 (19.89)	.122	.930
D4 (Ambiente)	66.43 (13.32)	64.49 (14.80)	-1.049	.295
Faceta Geral de QdV	70.58 (15.04)	69.40 (16.60)	-.570	.230

Teste *t de student*

Na Tabela 8 podemos observar o efeito das variáveis (naturalidade; tempo de casamento, escolaridade, grupo profissional e grupo etário) na qualidade de vida, analisados com o teste ANOVA. Parecem existir diferenças estatisticamente significativa para $\alpha=0.05$, relativamente à região de naturalidade ($F=2.640$; $p=0.024$), ao grupo etário ($F=6.137$; $p=0.000$), e à escolaridade ($F=6.137$ $p=0.000$).

Não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de casamento ($F=1.847$ $p=0.105$) e a qualidade de vida.

TABELA 8. Variabilidade da Qualidade de Vida em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade

Qualidade de Vida (Faceta Geral)		
	F*	p
Grupo etário	6.137	.000
Escolaridade	9.470	.000
Tempo de Casamento	1.847	.105
Grupo Profissional	3.430	.001
Naturalidade (Regiões)	2.640	.024

* Anova

O efeito da qualidade de vida por género e grupo etário (Tabela 9), revela que a qualidade de vida vai diminuindo com a idade, que é superior nos homens para todos os grupos etários e que para estes as diferenças são estatisticamente significativas ($p=.001$), contrariamente às mulheres.

TABELA 9. Qualidade de Vida em função do grupo etário e género

QUALIDADE DE VIDA (Faceta Geral)										
Grupo Etário	MASCULINO					FEMININO				
	N	Média	desvio padrão	F*	p	N	Média	desvio padrão	F*	p
35-45	43	74.71	13.77			53	72.17	13.12		
46-55	50	70.50	12.05	5.963	.001	47	68.35	19.30	1.951	.147
56-65	18	67.36	15.54			16	63.28	17.36		
> 65	5	47.50	28.50			0	---	---		
Total	116	70.58	15.04			116	69.40	16.59		

* Anova

Na análise de Correlações entre as variáveis de caracterização sociodemográficas e os domínios da qualidade de vida, utilizaram-se os testes de correlação de *Pearson* e de *Spearman's*, verificando-se similaridade nos resultados.

Na Tabela 10 podemos verificar que existem correlações estatisticamente significativas entre todos os domínios da qualidade de vida e o grupo etário, escolaridade, grupo profissional e tempo de casamento. Não se verifica qualquer correlação para o género e entre a naturalidade e o domínio psicológico.

Não sendo correlações consideradas fortes, as que mais se salientam são o domínio físico com a escolaridade (.385) e o domínio ambiente com a escolaridade (.476) e o grupo profissional (-.358).

TABELA 10. Correlação entre a Qualidade de vida e género, escolaridade, naturalidade (regiões), grupo profissional, grupo etário e tempo de casamento

Qualidade de Vida (QdV)						
Domínios	Género	Naturalidade	Grupo profissional	Grupo etário	Escolaridade	Tempo de casamento
D1 (Físico)	.126	-.248**	-.279**	-.345**	.385**	-.272*
D2 (Psicológico)	.090	-.112	-.204**	-.275**	.298**	-.162*
D3 (Rel. Sociais)	-.008	-.130*	-.158*	-.268**	.218**	-.206*
D4 (Ambiente)	.069	-.138*	-.358**	-.274**	.476**	-.271*
Faceta Geral	.038	-.191**	-.284**	-.247**	.373**	-.149*

*Correlação de Pearson *p<0.05; **p<0.01*

2.5. ASPECTOS DA VIDA CONJUGAL

Na análise da avaliação de aspectos da vida conjugal (EASAVIC), podemos verificar na Tabela 11, que os factores Amor e Funcionamento Conjugal que contribuem para a satisfação conjugal, não apresentam problemas de sensibilidade pois apresentam valores de Skewness (assimetria) e de Kurtosis (achatamento) considerados normais, sendo que a Satisfação Conjugal Global apresenta um score total médio de 190.422 e desvio padrão 42.987, correspondendo a um valor médio de 4.33.

Uma satisfação conjugal positiva é explicada por 81% dos nossos sujeitos e 50% atribuem uma satisfação superior a 4.4 (197).

TABELA 11. Valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) da Satisfação Conjugal (n=232) e dos seus factores componentes (Amor e Funcionamento Conjugal)

	Mínimo	Máximo	Media	DP	Sk	Ku
AMOR	26.00	156.00	116.108	26.969	-.656	.123
FUNCIONAMENTO	18.00	108.00	74.315	17.191	-.474	.138
SATISFAÇÃO CONJUGAL	44.00	264.00	190.422	42.987	-.616	.234

No Gráfico 15, podemos observar que o Amor apresenta um valor médio de satisfação superior (4.47) do que o Funcionamento Conjugal (4.13).

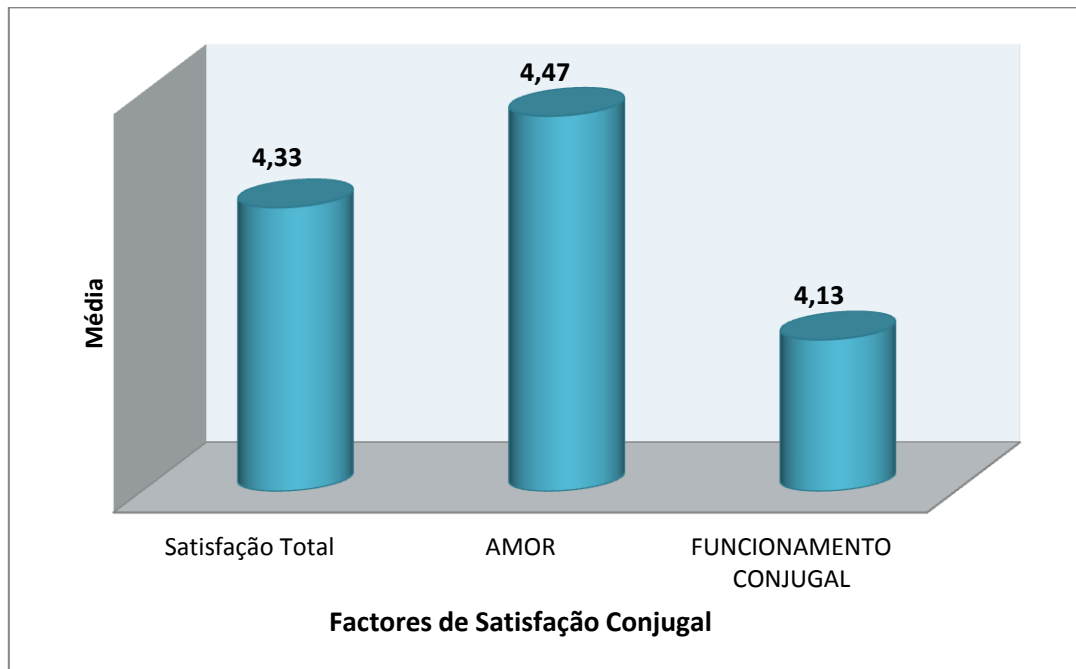


GRÁFICO 15. Valores médios da Satisfação Conjugal Total e dos Factores de Satisfação Conjugal

No que concerne à satisfação das áreas da vida conjugal, podemos visualizar no Gráfico 16, que todas as dimensões apresentam valores médios que podem ser considerados satisfatórios, no entanto, são a satisfação da intimidade emocional (4.52), a satisfação da autonomia (4.34) e a satisfação da sexualidade (4.33) as áreas que mais contribuem para a satisfação conjugal total.

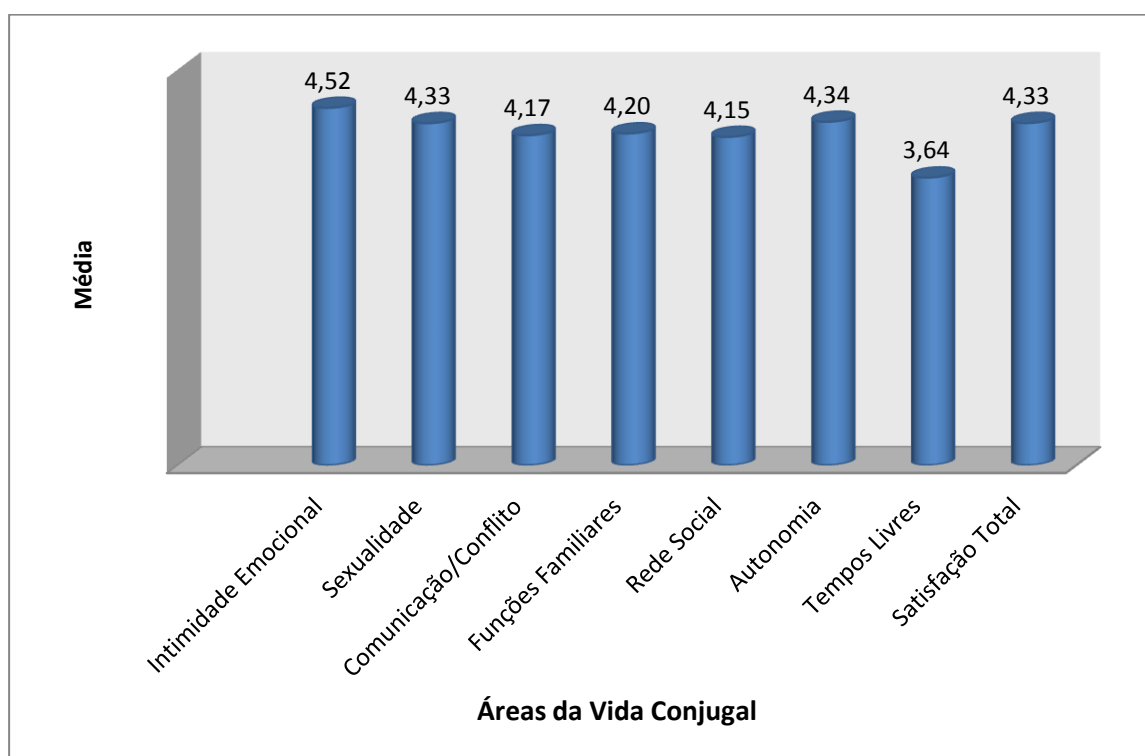


GRÁFICO 16. Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Valores médios)

A satisfação conjugal é a percepção que cada elemento do casal tem do próprio relacionamento conjugal (de uma forma geral). Ao observarmos o Gráfico 17, que demonstra a percepção que cada membro tem do seu relacionamento, podemos inferir que os homens [Média=192.59 (4.38); DP=43.25] têm uma visão mais positiva da relação traduzindo-se num resultado superior (mais satisfatório) da satisfação conjugal comparativamente às mulheres [Média=188.25 (4.28); DP=42.79].

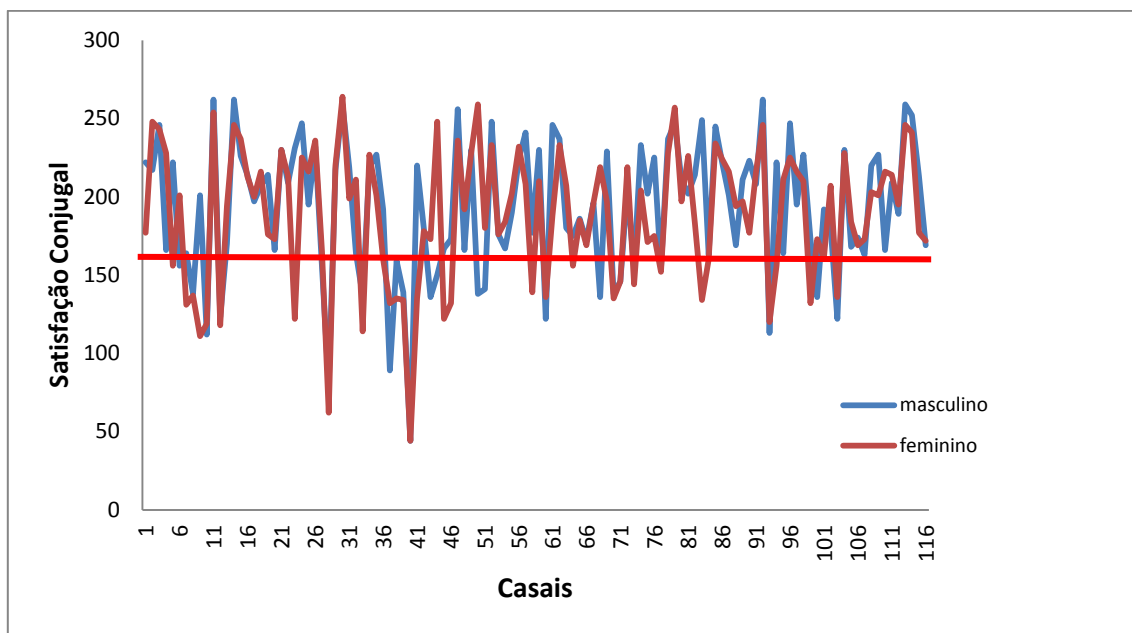


GRÁFICO 17. Satisfação Conjugal dos casais por género

A distribuição satisfação conjugal parece diminuir com o aumento da idade (Gráfico 18), atingindo valores mais baixos nos nossos participantes com idade superior a 65 anos [Média=116.80 (2.65); DP=49.59; Ku= -0.662; Sk= -0.862].

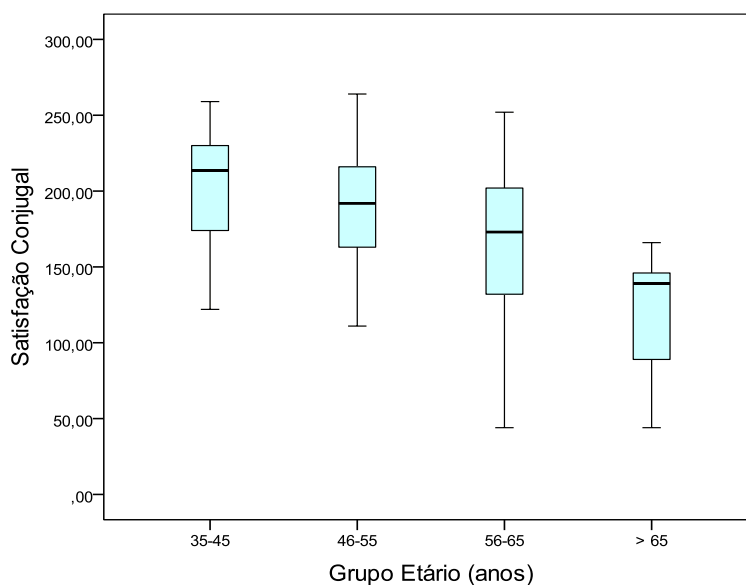


GRÁFICO 18. Satisfação Conjugal por grupo etário

Os níveis mais elevados de satisfação correspondem ao grupo mais jovem [Média=203.20 (4.62); DP=35.92; Ku= -0.818; Sk= -0.481], seguido do grupo com idades compreendidas entre os 46 e os 55 anos [Média =188.94 (4.29); DP=38.64; Ku= -0.730; Sk= -0.103] e os entre os 56 e 65 anos [Média =169.35 (3.85); DP=53.06; Ku= -0.240; Sk= -0.472].

O Gráfico 19 representa os factores Amor e Funcionamento Conjugal associados ao tempo de casamento, podendo concluir-se que nos primeiros quatro anos de convivência conjugal encontramos um Amor mais intenso [Média =130.55 (5.02); DP=22.30].

O Funcionamento conjugal é melhor no grupo dos 5-9 anos [Média =83.5 (4.64); DP=10.78], aparecendo um declínio de ambas as dimensões nos anos seguintes, surgindo um reforço dos seus níveis nos casais entre os 20 e 24 anos de união conjugal, para alcançar os níveis mais baixos após os 25 anos de conjugalidade.

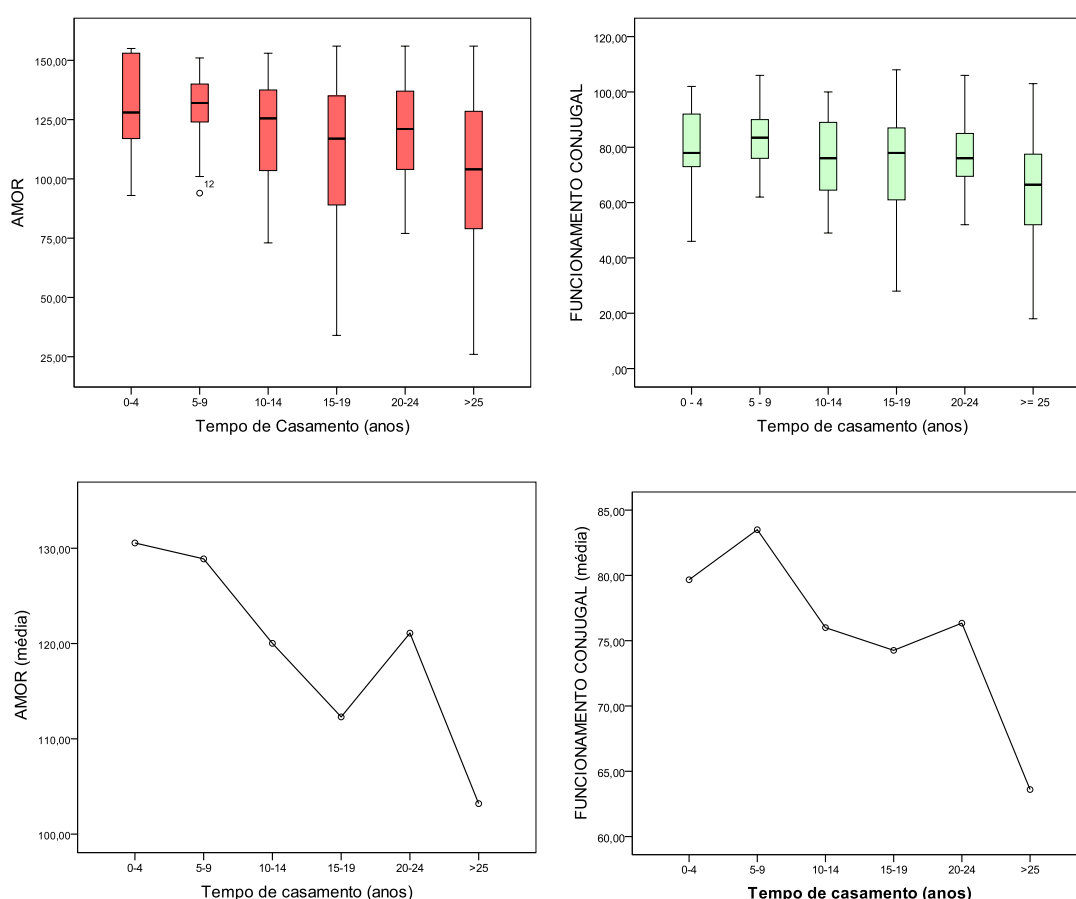


GRÁFICO 19. Amor e Funcionamento Conjugal em função do tempo de Casamento

O efeito do género na satisfação conjugal, foi analisado com o teste *t-student*, depois de validados os pressupostos de homogeneidade de variâncias com o teste Levene: Amor ($F=0.144$; $p=0.705$); Funcionamento Conjugal ($F=0.063$; $p=0.802$); Satisfação Conjugal ($F=0.082$; $p=0.774$).

Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas [$t(230) = -0.769$; $p=0.443$] para a satisfação conjugal global bem como para os factores Amor [$t(230) = -0.932$; $p=0.523$] e Funcionamento conjugal [$t(230) = -0.431$; $p=0.645$] em função do género.

TABELA 12. Variabilidade de aspectos da vida conjugal em função do género

	Género		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino (n=116)	Feminino (n=116)		
	M (DP)	M (DP)		
Amor	117.759 (27.273)	114.457 (26.678)	-0.932	.352
Funcionamento Conjugal	74.836 (17.259)	73.793 (17.181)	-0.461	.645
Satisfação Conjugal	192.595 (43.253)	188.250 (42.796)	-0.769	.443

Teste *t de student*

Quando na avaliação da satisfação conjugal consideramos o tipo de relacionamento e a existência de casamentos anteriores, podemos verificar que os sujeitos em união de facto [$N=28$; média= 199.071 (4.52); DP= 38.327] apresentam uma visão mais positiva que os casados [$N=204$; média=189.235 (4.3); DP=43.539], sem diferenças estatisticamente significativas ($t = -1.136$; $p=0.257$)

Em termos médios, na Tabela 13 constatamos que existe uma percepção mais satisfatória nos casais com relacionamentos anteriores [$t(230) = 0.093$; $p=0.926$] e sem diferenças estatisticamente significativas (teste *t de student*), perante os casais que têm apenas um casamento.

TABELA 13. Variabilidade das dimensões da vida conjugal em função de casamentos anteriores

	Casamentos Anteriores		<i>t</i>	<i>p</i>
	Sim (n=37) M(DP)	Não (n=195) M(DP)		
Amor	115.838 (31.308)	116.159 (26.156)	-.066	.947
Funcionamento Conjugal	75.189 (20.588)	74.149 (16.524)	.337	.737
Satisfação Conjugal	191.027 (51.294)	190.308 (41.376)	.093	.926

Teste *t* de student

A Variabilidade da Satisfação Conjugal em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade, analisados com o teste ANOVA, podemos observar na Tabela 14 que existem diferenças estatisticamente significativas para $\alpha=0.05$, para grupo profissional ($F=3.266$; $p=0.001$), Região de Naturalidade ($F=2.714$; $p=0.021$) e Tempo de Casamento ($F=4.572$; $p=0.001$).

TABELA 14. Variabilidade da Satisfação Conjugal em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade

	Satisfação Conjugal	
	<i>F</i> *	<i>p</i>
Grupo etário	11.974	.000
Escolaridade	9.490	.000
Tempo de Casamento	4.572	.001
Grupo Profissional	3.266	.001
Naturalidade (Regiões)	2.714	.021

* *Anova*

Embora os homens apresentem uma percepção mais positiva e satisfatória do casamento do que as mulheres, verificamos na Tabela 15, que a satisfação conjugal vai diminuindo em função do grupo etário com diferenças estatisticamente significativas para o género feminino e masculino.

TABELA 15. Satisfação Conjugal em função do grupo etário e género

SATISFAÇÃO CONJUGAL										
Grupo etário	MASCULINO					FEMININO				
	N	Média	Desvio padrão	F*	p	N	Média	Desvio padrão	F*	p
35-45	43	206.30	38.12	8.207	.000	53	200.70	34.20	8.065	.001
46-55	50	192.14	35.82			47	185.55	41.57		
56-65	18	182.17	50.10			16	154.94	54.15		
> 65	5	116.80	49.60			0	---	---		
Total	116	192.59	43.25			116	188.25	42.80		

* Anova

A análise da Tabela 16, permite inferir a existência de correlações significativas entre a satisfação conjugal (Amor e Funcionamento Conjugal) e o grupo etário (embora fracas são as que mais se salientam), o grupo profissional, o tempo de casamento e filhos da relação actual.

A região de naturalidade não apresenta qualquer correlação significativa com o Amor.

TABELA 16. Correlação entre as dimensões da vida conjugal e género, grupo etário, situação relacional, tempo de casamento, casamentos anteriores, filhos, naturalidade (regiões), grupo profissional e grupo etário

	Género	Situação relacional	Tempo de Casamento	Casamentos anteriores	Filhos relação actual	Naturalidade (regiões)	Grupo profissional	Grupo etário
<i>Amor</i>	.061	.077	-.251**	.004	-.209**	-.121	-.251**	-.363**
<i>Funcionamento Conjugal</i>	.030	.066	-.278**	-.022	-.233**	-.155*	-.230**	-.303**
Satisfação conjugal	.051	.075	-.268**	-.006	-.224**	-.138*	-.250**	-.349**

Nível de significância para : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Pearson Correlation

Não podemos aceitar a hipótese de que a satisfação conjugal global seja influenciada pelo grupo etário (.000) verificado pelo *Independent Samples Kruskal Wallis test*.

2.6. SATISFAÇÃO SEXUAL

Na escala que avalia o Índice de Satisfação Sexual dos nossos participantes, pode-se visualizar no Gráfico 20, que representa a satisfação sexual por género podemos verificar que as mulheres apresentam menor índice de satisfação que os homens, embora os valores médios se situem abaixo do ponto de corte (30), os valores máximos são francamente superiores no sexo feminino (72) do que no sexo masculino (58.67).

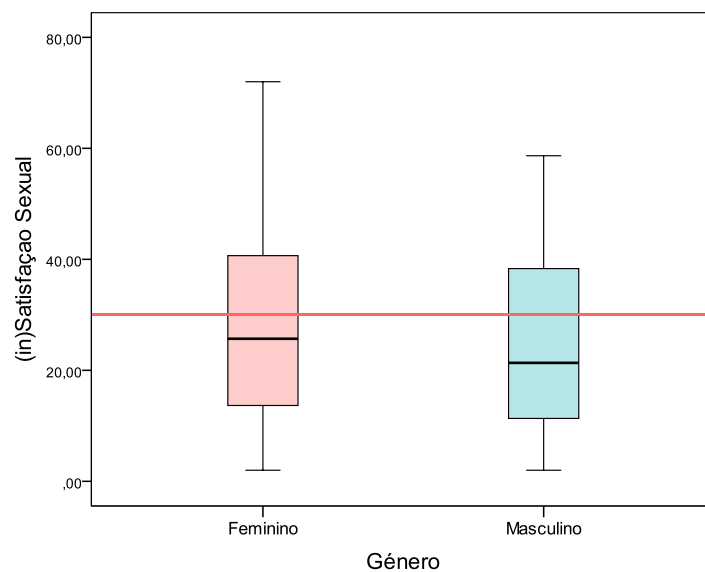


GRÁFICO 20. (in)Satisfação Sexual em função do Género

Na análise de variabilidade realizada pelo teste de *t de student*, não se confirma que a diferença de género seja estatisticamente significativa ($t=1.049$; $p= 0.295$) para a satisfação sexual (Tabela 17).

TABELA 17. Variabilidade da Satisfação Sexual em função do género

	Género		<i>t</i>	<i>p</i>
	Masculino (n=116)	Feminino (n=116)		
	M (DP)	M (DP)		
Satisfação Sexual	25.569 (16,431)	27.822 (16.274)	1.049	.295

Teste *t* de student

Na Tabela 18 podemos ver que o índice de satisfação sexual é maior nos grupos etários dos 56-65 anos (M= 34.08) e com idade superior a 65 anos (M= 42.67) e nos participantes com menor nível de escolaridade (1º ciclo: M= 42.52)

TABELA 18. Valores mínimos, máximos, média, desvio-padrão (DP), assimetria (Sk) e achatamento (Ku) do Índice de Satisfação Sexual (n=232) por grupo etário e escolaridade

	Índice de Satisfação Sexual						
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP	Sk	Ku
Grupo Etário							
35 - 45 anos (n=96)	2.00	58.67	20.62	15.33	14.34	.867	-,169
46 - 55 anos(n=97)	2.00	59.33	29.29	26.67	15.23	.252	-,934
56 - 65 anos(n=34)	6.67	72.00	34.08	33.33	18.78	.193	-,927
> 65 anos(n=5)	14.67	56.67	42.67	47.33	16.16	-1.864	3.979
Escolaridade							
1º ciclo (n=28)	3.33	72.00	42.52	47.33	15.80	-.667	.629
2º ciclo (n=37)	6.00	59.33	29.96	32.67	16.22	.038	-1.181
Secundário (n=62)	2.67	58.00	24.28	21.00	14.69	.574	-.467
Licenciatura (n=81)	3.33	58.67	24.00	19.33	15.35	.830	-.245
Outro (n=24)	2.00	44.00	18.53	13.67	12.53	.669	-.618

Os sujeitos participantes e naturais da região sul de Portugal (Gráfico 21) são os que apresentam maiores níveis de índice de satisfação sexual (máximo =72; M=35.222; DP=20.584), as restantes regiões apresentam-se maioritariamente abaixo do valor 30 embora com valores máximos entre os 49.33 (Regiões Autónomas) e 68.67 (Região Norte).

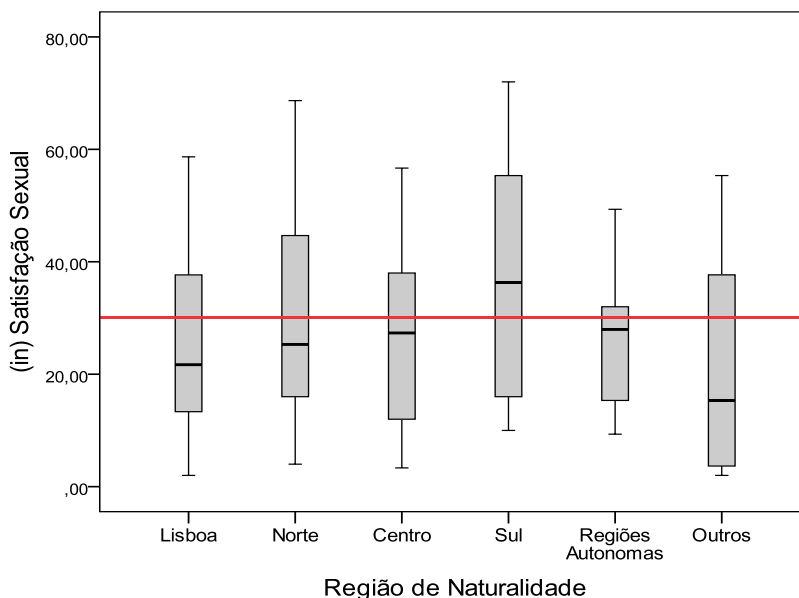


GRÁFICO 21. (in)Satisfação Sexual em função da região de naturalidade

No Gráfico 22 observamos que é nas profissões mais qualificadas que se verificam melhores níveis de satisfação sexual.

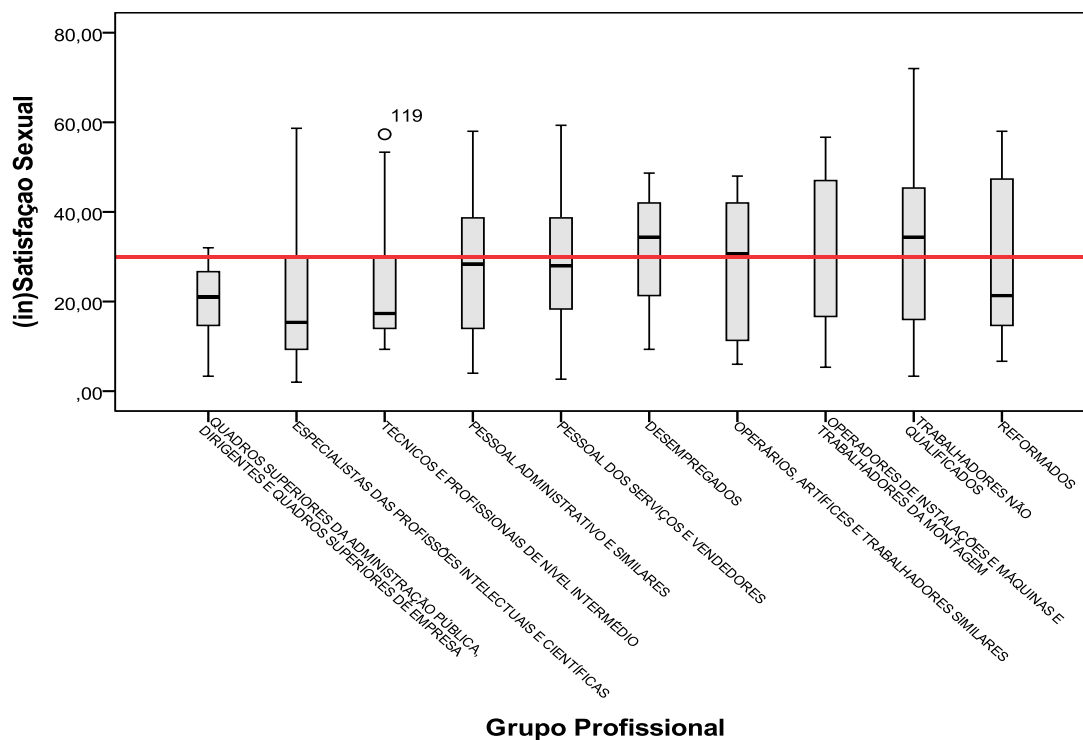


GRÁFICO 22. (in)Satisfação Sexual em função do Grupo Profissional

Quando pensamos na dinâmica conjugal e conseqüentemente na história de vida dos casais podemos constatar no Gráfico 23, que a satisfação sexual é variável com o tempo de casamento e é superior quando existiram relacionamentos anteriores (M=27.910; DP=16.930).

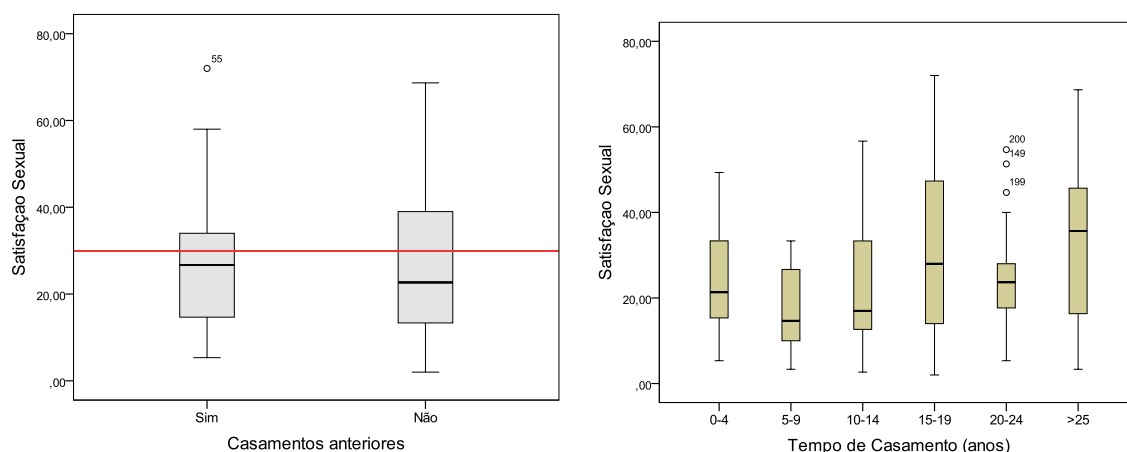


GRÁFICO 23. Satisfação Sexual em função de casamentos anteriores e o tempo de casamento

Parece não existir (Tabela 19), diferenças estatisticamente significativas ($t=0.492$; $p= 0.623$) na satisfação sexual entre os casais com ou sem relacionamentos conjugais anteriores.

TABELA 19. Variabilidade da Satisfação Sexual em função de casamentos anteriores

	Casamentos Anteriores		<i>t</i>	<i>p</i>
	Sim (n=37)	Não (n=195)		
	M (DP)	M (DP)		
Satisfação Sexual	27.910 (16.930)	26.465 (16.278)	.492	.623

Teste *t* de student

A Variabilidade do Índice de Satisfação Sexual por grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade, analisados com recurso a ANOVA (Tabela 20), salientam diferenças estatisticamente significativas para $\alpha=0.05$, relativamente ao grupo etário, escolaridade, grupo profissional e ao tempo de casamento. Não se verificando o mesmo no que reporta à Região de Naturalidade ($F=1.276$ $p=0.275$).

TABELA 20. Variabilidade da Satisfação Sexual em função do grupo etário, escolaridade, tempo de casamento, grupo profissional e região de naturalidade

Satisfação Sexual		
	F*	p
Grupo etário	10.212	.000
Escolaridade	10.906	.000
Tempo de Casamento	4.237	.001
Grupo Profissional	1.987	.042
Naturalidade (Regiões)	1.276	.275

* Anova

Na análise da Tabela 21, podemos observar que o índice de satisfação sexual vai aumentando com a idade com diferenças significativas para as mulheres e para os homens ($p \leq 0.001$), traduzindo uma satisfação sexual inferior nas mulheres.

No entanto não apresenta diferenças estatisticamente significativas para ambos os sexos conforme visualizado anteriormente (Tabela 17).

TABELA 21. Índice de Satisfação Sexual em função do grupo etário e gênero

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL										
Grupo etário	MASCULINO					FEMININO				
	N	Média	Desvio padrão	F*	p.	N	Média	Desvio padrão	F*	p.
35-45	43	18.73	15.39	5.763	.001	53	22.16	13.38	8.423	.000
46-55	50	28.19	14.67			47	30.47	15.88		
56-65	18	29.89	17.76			16	38.79	19.32		
> 65	5	42.67	16.17			0	---	---		
Total	116	25.57	16.43			116	27.82	16.27		

* Anova

Na análise de Correlações entre as variáveis de caracterização sociodemográficas e a satisfação sexual, utilizaram-se os testes de correlação de *Pearson* e de *Spearman's*, verificando-se homogeneidade nos resultados. Na Tabela 22, podemos confirmar a existência de correlações estatisticamente significativas (embora fracas) entre o índice de satisfação sexual e o grupo etário, escolaridade, grupo profissional e tempo de casamento.

TABELA 22. Correlação entre o Índice de Satisfação Sexual e gênero, grupo etário, escolaridade, naturalidade (regiões), grupo profissional, tempo de casamento e casamentos anteriores

Correlação	Índice de Satisfação Sexual						
	Gênero/ sexo	Grupo etário	Escolaridade	Naturalidade (regiões)	Grupo profissional	Tempo de Casamento	Casamentos anteriores
<i>Pearson</i>	.069	.340**	-.364**	.063	.228**	.207**	-.032
<i>Spearman</i>	-.075	.334**	-.325**	.063	.230**	.214**	-.031

Nível de significância para : * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Não se verificando qualquer correlação com o gênero, região de naturalidade e a existência de casamentos anteriores.

2.7. SATISFAÇÃO CONJUGAL E QUALIDADE DE VIDA

Na Tabela 23 podemos inferir que existe uma correlação forte entre a qualidade de vida e a satisfação conjugal (.512) para um nível de significância de 0.01.

Encontramos correlações negativas entre a (in)satisfação sexual e a qualidade de vida (-.373) e a satisfação conjugal (-.778).

TABELA 23. Correlação entre a Qualidade de Vida, a (In)Satisfação Sexual e a Satisfação Conjugal

	(IN)SATISFAÇÃO SEXUAL	SATISFAÇÃO CONJUGAL
QUALIDADE DE VIDA	-.373**	.512**
(IN)SATISFAÇÃO SEXUAL	--	-.778**

*Pearson Correlation ** p<0.01 ; * p<0.05*

Podemos observar na Tabela 24, que existem correlações significativas entre a qualidade de vida e todos os aspectos da vida conjugal que integram os factores Amor (SES; SEX; IE; CR e CFP) e Funcionamento Conjugal (FF; TL; AUT; REF; CC) e conseqüentemente originam a satisfação conjugal.

TABELA 24. Correlação entre a Qualidade de Vida e Aspectos da vida conjugal

	Aspectos da Vida Conjugal									
	SES	SEX	IE	CR	CFP	FF	TL	AUT	REF	CC
QUALIDADE DE VIDA	.443**	.402**	.473**	.484**	.447**	.546**	.469**	.415**	.452**	.478**
AMOR	.961**	.920**	.969**	.936**	.925**	.750**	.650**	.785**	.811**	.861**
FUNCIONAMENTO CONJUGAL	.848**	.791**	.879**	.833**	.852**	.872**	.807**	.852**	.908**	.928**
SATISFAÇÃO CONJUGAL	.942**	.893**	.959**	.920**	.921**	.819**	.731**	.833**	.872**	.911**

Legenda: SES (sentimentos/expressão de sentimentos); SEX (sexualidade); IE (intimidade emocional); CR (continuidade da relação); CFP (características físicas e psicológicas); FF (funções familiares); TL (tempos livres); AUT (autonomia); REF (relações extra familiares); CC (comunicação e conflitos)

Podemos verificar pela análise de correlações visualizadas na Tabela 25, que existem correlações significativas entre todos os domínios da qualidade de vida e a satisfação conjugal, sendo mais forte para o domínio das relações sociais (.718).

TABELA 25. Correlação entre as Dimensões da Qualidade, a (in)satisfação sexual e a satisfação conjugal

	D1 (Físico)	D2 (Psicológico)	D3 (R. Sociais)	D4 (Ambiente)	(IN)SATISFAÇÃO SEXUAL
D1 (Físico)	-				
D2 (Psicológico)	.717**	-			
D3 (Relações Sociais)	.536**	.735**	-		
D4 (Ambiente)	.612**	.658**	.628**	-	
(IN)SATISFAÇÃO SEXUAL	-.461**	-.575**	-.613**	-.421**	-
SATISFAÇÃO CONJUGAL	.535**	.686**	.718**	.613**	-.778**

No que concerne à (in)satisfação sexual as correlações são negativas com todos os domínios da qualidade de vida e da satisfação conjugal global.

Em síntese, o Gráfico 24 ilustra a satisfação sexual e a satisfação conjugal por sexo e grupo etário. Podemos observar que a satisfação sexual e a satisfação conjugal diminuem na medida que a idade aumenta e que estes níveis de satisfação são superiores nos homens do que nas mulheres.

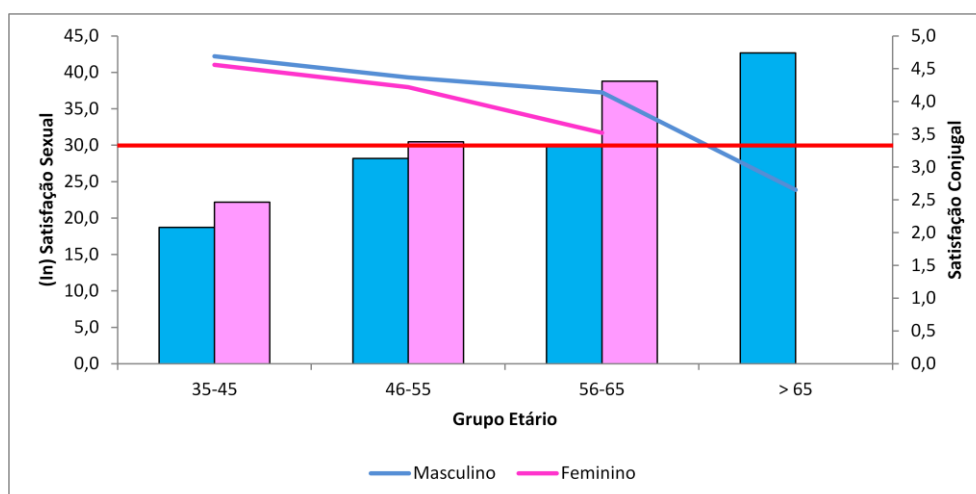


GRÁFICO 24. Satisfação Sexual e Satisfação Conjugal em função do género e grupo etário

2.8. CLIMATÉRIO/MENOPAUSA E RELACIONAMENTO CONJUGAL

Com a finalidade de aprofundar o nosso estudo foram analisadas as respostas às questões abertas e, no que reporta à influência que a fase do climatério tem no relacionamento com o seu parceiro. Podemos ver no Quadro 28, que 90 unidades de enumeração referem não existir alterações e 13 manifestaram alguma influência.

Salientamos a sexualidade como sendo o principal factor alterado e a comunicação como uma estratégia e ou problema existente mas não directamente relacionado com esta fase de transição.

Por outro lado, quando questionamos os casais mais especificamente sobre o seu relacionamento conjugal e se o mesmo tem ou vai influenciar a vivência do climatério/menopausa responderam a esta questão 100 participantes e, a maioria exprimiu que:

“não tem influência” (43%);

“um bom relacionamento e cumplicidade com compreensão e respeito se torna facilitador” (12%).

Outros consideram que *“o diálogo é muito importante e aceitam as coisas com normalidade”* (7%).

No aspecto, da sexualidade 4% afirmam que *“Quanto mais sexo fazemos mais gosto e prazer sinto e conseguimos ir inovando e praticando sexo em várias posições o que tem sido surpreendente”*; 2% referem ter *“menos paciência mesmo para conversas e que diminuiu a disponibilidade para a actividade sexual”*.

QUADRO 28. Influência do climatério/menopausa no relacionamento com o parceiro

Sub categorias Unidades Contexto	Unidades Registo	UE
Sem alterações	<i>Não houve alterações/não tem influenciado</i>	40
	<i>De forma nenhuma/Nada</i>	17
	<i>Sem influência/não tem influencia</i>	23
	<i>Não Aplicável/não estou nessa fase</i>	10
Alguma influência	<i>Tem influenciado muito pouco/moderadamente</i>	5
	<i>Aceitamos com tranquilidade as várias fases da vida e tentamos vivê-la o melhor possível</i>	4
	<i>Maior irritabilidade</i>	3
	<i>Menos disponibilidade por filhos pequenos e falta de tempo</i>	1
Comunicação	<i>No início alguma confusão nas sensações mas tudo voltou à normalidade</i>	3
	<i>O nosso problema não está relacionado com o climatério é mais falha de comunicação e interesses comuns</i>	3
	<i>A vida torna-se mais importante nesta fase de vida</i>	1
Sexualidade	<i>Pouca vontade de ter sexo/diminuição do apetite sexual (libido)</i>	5
	<i>Diminuição da prática sexual/não é o motivo para o fim da vida sexual</i>	3
	<i>Secura vaginal</i>	3
	<i>Com a THS tudo melhorou</i>	3
	<i>Não é a condição física ou de saúde</i>	1
	<i>Consigo estar mais a vontade com o meu marido e logo sinto mais prazer</i>	1
	<i>O sexo quase acabou por falta de desejo de ambos, mas sem problemas</i>	1

Podemos verificar no Gráfico 25 que 155 (67%) dos participantes não tem sentido necessidade de recorrer aos serviços de saúde por causa desta etapa de vida (climatério/menopausa), apenas 15 (6%) têm recorrido aos serviços de saúde para controlo da sintomatologia.

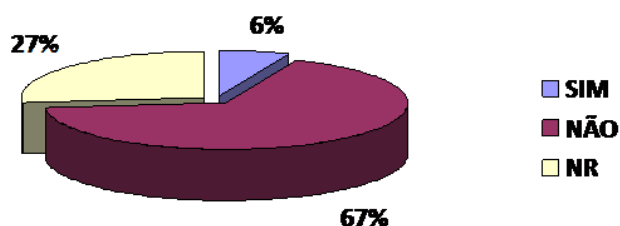


GRÁFICO 25. Recurso aos serviços de saúde

Dos que responderam que têm recebido algum apoio/accompanhamento por parte dos serviços de saúde, apurou-se que 42 participantes receberam apoio médico, 3 de vigilância de saúde e 2 com THS, o que faz salientar a representação social associando a menopausa a doença.

Como sugestões para que os profissionais contribuam para uma vivência/experiência do climatério/menopausa saudável, sentem necessidade de informações sobre possíveis alterações e mecanismos desta etapa, bem como dos factores facilitadores para a vivência.

Os participantes consideram que se deve informar os casais antes de esse período chegar para não se sentirem perdidos e para que o relacionamento com o parceiro continue a ser como antes.

Solicitam de alguma forma apoio profissional e psicológico (as pessoas não sabem envelhecer) através de equipas multiprofissionais, sugerem as várias técnicas para difundir a informação (panfletos, sessões de esclarecimento, consultas) e desmistificar crenças negativas.

Uma participante no estudo refere ainda que:

“A mentalidade é que faz toda a diferença. Um espírito aberto, diálogo e compreensão entre o casal mais uma pitada de AMOR é tudo o que os profissionais devem recomendar. Viver até morrer.”

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O conceito de representação social aponta uma configuração específica de conhecimento, ou seja, o saber do senso comum, traduzindo o entendimento social e pensamentos práticos, orientados para a comunicação, compreensão e domínio do ambiente social em que a pessoa vive. Em relação à menopausa, o facto de a mesma estar directamente associada a um processo biológico, tem permitido a construção de várias representações com base em diferentes tradições populares e em discursos científicos e sociais (Alves, Shimizu & Bervique, 2007; Serrão 2007).

De forma a compreender mais amplamente as representações desta etapa da vida (climatério) realizou-se um estudo exploratório, no sentido de apreendermos as principais dimensões e

significados que compõem as associações de ideias e emoções relativamente a cada palavra-estímulo.

Por conseguinte, em relação às palavras-estímulo “*Saúde faz-me pensar em...*”, obtiveram-se 420 ocorrências e 133 associações de palavras tendo-se retido os três primeiros factores correspondentes a 31.7% de palavras distintas. O primeiro eixo factorial parece representar as representações inerentes aos “*cuidados de saúde*” salientando-se palavras como doença, enfermeiros e serviços de saúde. Enquanto que, o segundo e terceiro eixos factoriais, parecem anunciar respectivamente o “*bem estar*” como fonte de saúde e a “*vida saudável*” opondo palavras como vida e vitalidade à alimentação e desporto, que correspondem a pensamentos concretos e que influenciam o estado de saúde.

Nas representações sobre o climatério decorrentes das palavras-estímulo “*climatério faz-me pensar em...*”, salientamos que, sem qualquer ligação ao climatério a palavra mais mencionada foi “*clima*” (62), revelando uma associação a “*alterações climáticas*” (vento, chuva, nevoeiro, neve...). No entanto, existem palavras frequentemente mencionadas sugestivas de que o climatério é percebido como algo que surge no percurso natural de vida das mulheres (menopausa, mudança, mulher, idade...) associado a uma fase de “*maturidade*”, de mudança e “*transição*” com as inevitáveis alterações corporais próprias do avançar da idade.

A percepção da menopausa encontra-se associada a uma fase da vida das mulheres, onde se espera o aparecimento de alguma sintomatologia reveladora das alterações hormonais progressivas com o evoluir da idade da mulher. A “*maturidade*” (93.5) surge como factor representativo no primeiro factor. Emergem ainda concepções inerentes a “*problemas de saúde*” no segundo factor onde predominam palavras associadas com problemas de saúde (55.4) e fim da fertilidade (21.4) (ver 1.1.4, página 113).

O terceiro factor resume a “*etapa de vida*” opondo palavras como mudança e etapa de vida a afrontamentos e terapia hormonal de substituição, correspondendo a representações concretas determinantes na influência da vivência da menopausa. Efectivamente, nesta fase de mudança, é frequente a presença de afrontamentos como sintomatologia principal e o recurso à reposição hormonal de substituição melhora a qualidade de vida das mulheres (Hunter & Rendall, 2007; Pimenta *el al.*, 2007). Provavelmente, esta é uma das razões para sobressair esta representação face à menopausa.

Ao confrontarmos estas representações de climatério e menopausa com a pontuação atribuída às palavras mais frequentes que daqui sobressaíram, verificamos que estas expressões apresentam uma conotação negativa, situando-se abaixo da linha média, embora as mulheres apresentem um valor global médio superior ao dos homens, ao reconhecerem maior importância às palavras maturidade, etapa de vida e mulher. Isto pode representar algum desconhecimento e falta de preparação para esta etapa de vida, uma vez que, nos serviços de saúde, não tem existido grande investimento nesta etapa do ciclo de vida, parecendo estar em consonância com Moraes *et al.* (2007), Hall *et al.* (2007) e Serrão (2007).

Os profissionais de saúde parecem revelar pouca sensibilidade para uma intervenção preventiva e de promoção de saúde. Baseando a sua actuação no modelo biomédico, admitem apenas controlar a sintomatologia das mulheres. A educação para a saúde centra-se apenas no esclarecimento de dúvidas face a algumas alterações fisiológicas que de alguma forma condicionam o quotidiano das mulheres, considerando que não vale a pena “*criar problemas e ansiedades desnecessárias*” (E2) pois “... *tudo é normal nesta fase...*” (E2).

Na resposta às palavras-estímulo “*Relacionamento Conjugal no climatério/menopausa faz-me pensar em...*”, concorrem as palavras mais frequentemente mencionadas, amor (48), companheirismo (22), compreensão (22), do total de 464 palavras produzidas e 248 retidas, sendo 20 (25.4%) diferentes, fazendo pensar em ligações conjugais harmónicas nesta etapa de vida.

Da análise factorial simples (AFS) das palavras retidas seleccionaram-se os três primeiros factores (31.31% da variância total). O “*stress*” parece traduzir os pensamentos representativos do primeiro factor ao sobressaírem palavras como irritabilidade e stress.

As alternâncias do “*estado de humor*” que, eventualmente, os casais vivenciam nesta etapa de vida, parecem representar o segundo factor para o qual contribuem a ansiedade (.72) e alegria (.33). Os pensamentos e sentimentos de “*segurança*” (terceiro factor) opõem palavras como confiança, paciência e maturidade à ansiedade, traduzindo pensamentos concretos que influenciam o relacionamento conjugal (ver 1.1.5., página. 117).

No entanto, o stress, a dificuldade, a ansiedade e a irritabilidade são as palavras que apresentaram valores médios totais mais baixos (2.55; 2.63; 2.68 e 2.58), contrariando a

importância globalmente positiva, para ambos os sexos, atribuída às palavras inventariadas para o relacionamento conjugal.

Na resposta à palavra-estímulo “*Sexualidade no climatério/menopausa faz-me pensar em...*” amor, carinho e compreensão, são as mais frequentemente mencionadas das 222 palavras retidas (48.2%) enaltecendo os afectos na sexualidade. Concordamos com os autores quando defendem que a sexualidade não se reduz apenas à relação sexual coital, que a intimidade sexual é um processo que implica a partilha de sentimentos privados (Perez, 2008) e que a vivência do casal permite a consolidação das dimensões (afectividade, personalidade e genitalidade) constituintes do conceito de sexualidade (Galvão, 2000).

Os nossos participantes mencionam ainda o sexo e a dor associadas às relações sexuais na fase de climatério/menopausa. É frequente as mulheres na peri-menopausa referenciam problemas sexuais pois, devido ao hipoestrogenismo, surge uma tendência para a diminuição da lubrificação vaginal e dispareunia) (Bacelar-Antunes, 2005; Castelo-Branco *et al.*, 2005; Northrup, 2006; Castelo-Branco, 2007).

Na análise sobressaem os factores “*desconforto*”; “*bem-estar*” e “*intimidade*”. Palavras como dor (.51) e libido (.36) traduzem algum eventual desconforto. Em contraposição, ao bem-estar (.22) e satisfação (.23), temos a descontração (.17), vida (.30) e paixão (.18), no segundo factor. No terceiro factor, surgem palavras como carinho (.46), intimidade (.22) e toque (.21) em oposição a bem estar (.25) e prazer (.21), palavras que correspondem a pensamentos concretos presentes na vivência da sexualidade humana (ver 1.1.6., página120).

Em conformidade com esta representação, constatamos que os homens atribuem maior pontuação às representações/sentimento/emoções referentes às palavras associadas à sexualidade, sendo as linhas de perfil quase paralelas e acima do valor médio com excepção para ambos os sexos da dor (1.9), secura (2.34) e para as mulheres, da libido e paixão, respectivamente com 2.73 e 2.91.

Na caracterização dos nossos participantes, salientamos que 193 (83.2%) possuem idade inferior ou igual a 55 anos e no que concerne à distribuição do sexo feminino por grupos etários, 53 (45.69%) têm entre 35 e 45 anos, 47 (40.52%) entre 46 e 55 anos e 16 (13.79%) estão no grupo dos 56 e 65 anos correspondendo respectivamente aos estadios inicial ou precoce, estadio médio e estadio tardio do climatério como defende Candella *et al.* (1995).

Dos participantes, 105 (44%) têm uma formação de nível superior e 28 (12.1%) possuem apenas o primeiro ciclo, o que condiz com a distribuição por grupos profissionais onde temos quadros superiores em contraste com operários especializados, desempregados e reformados.

Relativamente à proveniência e como era esperado, a maioria (60%) é da região de Lisboa encontrando-se 37% distribuídos pelas outras Regiões de Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira e, os outros 3% são estrangeiros (Alemanha, Angola, Moçambique e Índia).

O local de residência predominante é na zona de influência dos ACES e respectivas zonas limítrofes.

Oficializaram a sua situação relacional pelo casamento 102 (87%) dos nossos casais e, independentemente do tipo de situação relacional, têm uma média de tempo de vida em comum de 18.02 anos.

No historial de vida conjugal, observou-se que em média têm 1.5 filhos da relação actual e que 37 (15.9%) indivíduos tiveram casamentos anteriores havendo 31 (13.4%) com filhos desses relacionamentos.

Os casais em estudo apresentam uma Dimensão da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) considerada positiva com *score* médio de 69.98 (DP=15.81), bem como para os respectivos Domínios: Físico (M=76.13; DP=15.44), Psicológico (M=72.44; DP=14.75), Relações Sociais (M=69.68; DP=17.94) e Ambiente (M=65.46; DP=14.07).

Podemos considerar que a qualidade de vida é superior no género masculino (M=70.58) e nos provenientes das Regiões Autónomas (M=75.00) e Lisboa (M=72.14), apresentando diferenças estatisticamente significativas para a região de naturalidade (F=2.640; $p=.024$).

Verifica-se que a qualidade de vida vai diminuindo com a idade sendo o domínio físico o que mais contribui para os valores globais da dimensão geral da qualidade de vida. Isto prende-se com os efeitos inerentes ao processo de envelhecimento em que algumas limitações e doenças podem influenciar a vida das pessoas (Pais Ribeiro, 1994) e consequente percepção e auto-avaliação da qualidade de vida (Canavarro & Serra, 2010). Kamimura *et al.* (2012) também confirmam que com a idade o domínio físico apresenta *scores* mais baixos mas sem diferenças significativas com os outros domínios.

Quando pensamos na influência do nível de escolaridade com a qualidade de vida verificamos no nosso estudo que esta aumenta com o nível de literacia apresentando diferenças estatisticamente significativas ($F=6.137$; $p<.001$).

Normalmente, a uma maior escolaridade corresponde um nível sócio-económico mais elevado e os factores individuais e ambientais têm impacto na saúde. Consideramos que a uma melhor informação corresponde maior responsabilização individual e colectiva na melhoria das condições de vida, como sejam o recurso a uma alimentação equilibrada, condições de habitabilidade, prática de exercício físico, entre outros. Indivíduos com nível sócio-económico mais elevado, apresentam melhor qualidade de vida contrariamente às populações mais pobres e desfavorecidas (Ramos, 2004; Canavarro & Serra, 2010).

Verificamos a existência de correlações negativas fracas entre a qualidade de vida e o grupo profissional (-.284), o grupo etário (-.247) e o tempo de casamento (-.149), assim como, para todos os domínios da qualidade de vida, não se encontrando correlações significativas com o género. Estudos referenciados por Canavarro e Serra (2010) remetem-nos para correlações fracas com a idade e sexo e fortes para a situação de emprego e ainda que pessoas com relações afectivas duradouras são mais felizes.

No relacionamento conjugal, os casais participantes, individualmente, aparentam uma apreciação semelhante da relação e ostentam *scores* médios igualmente positivos para a satisfação conjugal global (190.42) e para cada uma das suas dimensões: Amor (116.10) e Funcionamento Conjugal (74.31) sendo que os homens (192.59) têm uma visão mais positiva e conseqüentemente mais satisfatória do que as mulheres (188.25). A avaliação positiva do outro e da relação (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009), traduz a satisfação das necessidades e desejos individuais bem como as expectativas do parceiro (Norgren *et al.*, 2004).

São os grupos com idades mais jovens que apresentam maior satisfação conjugal, indiciando um declínio de acordo com as etapas do climatério com *scores* médios de 203.20, 188.94 e 169.35 respectivamente para os grupo etários dos 35 a 45 anos, 46 a 55 anos e 56 a 65 anos, sendo as diferenças verificadas estatisticamente significativas ($F=11.97$; $p= .000$).

Apesar de se verificar no nosso estudo que a satisfação conjugal diminui com a idade, não podemos aceitar a hipótese de que a idade e conseqüentemente as etapas do climatério

influenciem o relacionamento conjugal, até porque algumas participantes dizem que: “*o nosso problema não está relacionado com o climatério é mais falta de comunicação e interesses comuns*”; outros salientam que “*a vida torna-se mais importante nesta fase da vida*”; “*um bom relacionamento e cumplicidade com compreensão e respeito se torna facilitador*” na vivência desta etapa de vida.

No que concerne à satisfação conjugal, nomeadamente no que se refere aos factores que a compõem e sua associação com o tempo de casamento, encontramos um Amor mais intenso nos casados há menos de quatro anos (130.55) o que está em consonância com Narciso (2002) quando nos diz que a fase inicial da relação está associada ao namoro e paixão onde predominam sentimentos primários como o Amor.

O Funcionamento Conjugal apresenta melhores médias no grupo de 5-9 anos (83.5) parecendo haver (*re*)ajustes ao longo dos anos seguintes com um (*re*)investimento no grupo entre os 20-24 anos de casado.

Com o passar do tempo de conjugalidade, os casais num processo de ajustamento carecem construir uma realidade relacional partilhada onde se torna fundamental o processo de negociação (Narciso & Ribeiro, 2009).

O percurso de vida conjugal, afecta e é afectado por factores pessoais, contextuais e demográficos e pelos factores intrínsecos à própria relação como sejam entre outros os sentimentos, a intimidade e o compromisso (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009). Casamentos estáveis, com cônjuges satisfeitos podem ser encarados como relações de sucesso (Narciso, 2001).

Observa-se ainda, que as correlações significativas ($p=.001$) entre a satisfação conjugal aumentam na medida em que diminui a idade (-.349), diminui o tempo de casamento (-.268) bem como com a existência de filhos (-.224). A qualidade de vida diminui com a qualificação do grupo profissional (-.250), podendo este factor ser influenciado pelo stress profissional a que os profissionais mais qualificados estão frequentemente submetidos principalmente nestes tempos de crise económica.

O género, o tipo de situação relacional e a existência de casamentos anteriores não têm qualquer correlação estatisticamente significativa com a satisfação conjugal.

Os casais consideram que o seu relacionamento não vai influenciar a vivência do climatério/menopausa (43%) e que *“um bom relacionamento e cumplicidade com compreensão e respeito se torna facilitador”* (12%) em qualquer etapa de vida e esta é mais uma fase que vão ultrapassar e aprender a viver. Outros, consideram que o *“diálogo é muito importante e aceitam as coisas com normalidade”* (7%).

A sexualidade é uma das dimensões do relacionamento conjugal que poderá ser afectada pelas alterações fisiológicas resultantes das alterações hormonais próprias do climatério ao causar secura e atrofia vaginal, ocasionando algum desconforto nas relações sexuais (Bacelar-Antunes, 2005; Castelo-Branco *et al.*, 2005; Castelo-Branco, 2007), levando ao evitamento das mesmas, ao aumento da atrofia vaginal e consequente diminuição da frequência das relações sexuais (Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003; Squire, 2005; Pechorro, Diniz & Vieira, 2010), formando-se um ciclo vicioso.

E, 2% referem que o climatério/menopausa diminuiu a disponibilidade para a actividade sexual mas 4% afirmam que *“Quanto mais sexo fazemos mais gosto e prazer sinto e conseguimos ir inovando e praticando sexo em várias posições o que tem sido surpreendente”*. Esta forma de vivenciar a sexualidade está de acordo com Allen Gomes (2004) ao defender que a sexualidade no casamento deve ser um processo de permanente descoberta e desenvolvimento e com Cancelo (2012) quando nos diz que a actividade sexual melhora a elasticidade e a lubrificação vaginal.

As alterações (disfunções) sexuais podem ser um dos motivos que levam 15 (6%) a recorrer aos serviços de saúde (principalmente as mulheres). Apurou-se que 42 participantes receberam apoio médico, 3 de vigilância de saúde e 2 fazem terapia hormonal de substituição (THS), o que faz salientar a representação social em que se associa a menopausa a doença.

Comparativamente com os relatos dos peritos entrevistados, consideram que existem algumas diferenças no comportamento dos homens e das mulheres na *“reação à menopausa”*. Quanto à *“sexualidade”*, consideram que as mulheres rejeitam a sexualidade, pois ao perderem a sua função reprodutora sentem-se menos mulheres, existe alteração da imagem corporal e aparentemente não gostam de falar sobre a sexualidade (principalmente nesta etapa de vida), sentem-se inibidas, pois a sua maturidade e experiência de vida não se coaduna com as dificuldades que sentem.

Como em qualquer fase de transição do ciclo vital este deve também ser considerado como um momento de aprendizagem e um foco de intervenção em termos de promoção da saúde.

Verificou-se no nosso estudo que as mulheres apresentam índices de satisfação sexual mais elevados ($M=27.82$; $DP=16.27$) que os homens ($M=25.56$; $DP=16.43$), no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas ($t=1.049$; $p=.295$). Estes resultados parecem coincidir com o estudo realizado por Maia e Pessoa (2009) com pessoas de meia-idade na Covilhã onde ambos os sexos revelaram estar satisfeitos com a sua vida sexual.

Confirmou-se ainda que o índice de satisfação sexual é superior nos indivíduos com menor nível de escolaridade ($M=42.52$) e com mais de 56 anos, respectivamente com valores médios de 34.08 e 42.67 para os grupos etários entre os 56 e 65 anos e nos de idade superior aos 65 anos, sendo as diferenças por grupo etário, estatisticamente significativas. Comparativamente, com o processo de menopausa, o processo de envelhecimento nos homens, aproximadamente a partir dos 50 anos com a diminuição dos níveis de testosterona pode ocorrer a andropausa e conduzir a uma resposta sexual mais lenta (Papalia, 2000).

Algumas mulheres aparentam vivenciar experiências sexuais stressantes e que podem indiciar alguma violência ao apresentarem valores máximos de índice de satisfação sexual com pontuação de 72 (Pechorro, 2006).

Pimenta *et al.* (2012) referem que o QoL sexual é superior em estados de pré-menopausa e que a saúde não parece ser influenciada pela idade das mulheres entre os 42 e 60 anos.

Encontramos variabilidade estatisticamente significativa entre a satisfação sexual e o tempo de casamento ($F=4.237$; $p=0.001$). Entre os casais com ou sem relacionamentos conjugais anteriores, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($t= 0.492$; $p= 0.623$), sendo o índice de satisfação sexual superior quando existiram relacionamentos anteriores ($M=27.91$; $DP=16.93$).

Northup (2006) refere que algumas mulheres resolveram os problemas sexuais quando mudaram de parceiro, pelo que, na avaliação da satisfação sexual deve-se também ter em consideração a relação do ajustamento marital (Pechorro, Diniz & Vieira, 2010) atendendo que algumas mulheres referem falta de privacidade e barreiras de comunicação para falarem de sexo com os seus maridos (Badran *et al.*, 2007).

O grupo profissional também apresenta diferenças estatisticamente significativas para $\alpha=0.05$ ($F=1.987$; $p=0.042$), correspondendo um melhor nível de satisfação sexual aos grupos profissionais mais qualificados como Quadros Superiores ($M=20.33$; $DP=7.65$); Especialistas de profissões intelectuais e científicas ($M=20.36$; $DP=15.18$) e Técnicos de profissões intermédias ($M=25.2$; $DP=14.62$). Maiores valores médios de insatisfação ocorrem nos trabalhadores não qualificados ($M=32.24$; $DP=18.77$) e nos desempregados ($M=31.67$; $DP=16.37$).

No que concerne à satisfação sexual não se verificam correlações significativas com o género, casamentos anteriores e região de naturalidade.

Inferimos no nosso estudo que existe correlação forte entre a qualidade de vida e a satisfação conjugal (.512) para um nível de significância de 0.01, bem como, para todos os aspectos da vida conjugal que integram os factores Amor e Funcionamento Conjugal e que, naturalmente, contribuem para a satisfação conjugal global. Relativamente aos domínios da qualidade de vida e da satisfação conjugal, a correlação mais forte surge no domínio das relações sociais (.718).

Considerando que a satisfação conjugal resulta da avaliação pessoal do casamento e que esta é crucial para o bem-estar (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro 2009) verifica-se que as pessoas felizes são mais sociáveis e com melhores aptidões na resolução de conflitos e tendem a uma melhor qualidade de vida (Canavarro & Serra, 2010).

Os homens, de uma forma geral, ao considerarem que a menopausa é um problema das mulheres, não pedem ajuda para lidar com esta nova situação assumindo um papel passivo ao não usufruírem do direito de acompanhar a companheira nas consultas, desta forma, evitam o seu envolvimento nesta fase de transição o que se pode repercutir no relacionamento conjugal.

Os casais do nosso estudo referiram necessidades de informações sobre “*possíveis alterações e mecanismos desta etapa*”, bem como, dos “*factores facilitadores para a vivenciar*” e apresentam algumas sugestões para que os profissionais possam contribuir para uma vivência/experiência do climatério/menopausa saudável. Consideram que se deve informar os casais antes de chegar esse período para “*não se sentirem desnorteados e para que o relacionamento com o parceiro continue a ser como antes*”.

Os técnicos de saúde parecem demonstrar pouca segurança e preparação com esta etapa de vida e só intervêm se as mulheres apresentarem queixas. Apesar das terapias complementares ou alternativas serem utilizadas por muitas mulheres, só recentemente começou a ser aceite a sua monitorização pela comunidade médica, pois a evidência científica ainda não é suficientemente demonstrada e aceite. Os fitofármacos, nomeadamente as isoflavonas, actuam sobre uma sintomatologia específica (Puigarnau, 2009; Gasull, 2010) mas, as plantas, por serem naturais não são inócuas pois têm na sua gênese componentes químicos, (Duran, 2012), devendo ser usadas com critérios de segurança (Haya, 2009; Palazuelos, 2009; Puigarnau, 2009; Gasull, 2010; Cañigüeral, 2012; Duran, 2012). O yoga surge como recomendação no tratamento alternativo de sintomatologia vasomotora na menopausa (Allzadeh, 2012).

Os profissionais de saúde que referem prestar cuidados antecipatórios, parecem de alguma forma redutores ao expressarem que a intervenção:

“Começa com a sintomatologia característica da menopausa e relacionar com as patologias que daí podem advir, a partir do momento em que elas percebem o nexo de causalidade entre as alterações hormonais específicas da menopausa e que se vão desenvolver as patologias (e a sintomatologia da menopausa), é mais fácil introduzir as alterações da vida delas e promover uma maior adesão ao tratamento seja farmacológico ou não farmacológico.” (E1).

Os profissionais referiram ainda que:

“Começo a preparar para esta fase, a partir dos 45 anos, começo a falar dos desconfortos para as preparar para a menopausa se e quando devem deixar de tomar a pílula para a paragem menstrual. Se há disponibilidade da mulher avanço com a resposta a dúvidas” (E2).

Os casais solicitam de alguma forma apoio psicológico, alertando para o facto de que, na nossa sociedade, as pessoas não sabem envelhecer. Alvitram um acompanhamento através de equipas multiprofissionais, apontando várias técnicas para difundir a informação (panfletos, sessões de esclarecimento, consultas) e desmistificação de crenças negativas, mitos e estereótipos.

Nos contextos da prática clínica, temos verificado que, tal como nos referenciamos os peritos entrevistados, a educação para a saúde centra-se essencialmente no esclarecimento das dúvidas das mulheres e é a partir daí que se começa uma eventual preparação individual para esta fase onde existem alterações fisiológicas que interferem no quotidiano, nomeadamente, a nível da sexualidade. Concordamos com Lima e Sá (2003) quando dizem que se deve favorecer a optimização das capacidades no domínio das relações interpessoais e sexuais ao longo do ciclo de vida.

Podemos ressaltar a preocupação dos nossos peritos com a falta de uniformidade de procedimentos, a acessibilidade aos serviços e a necessidade de se trabalhar em rede para uma melhor preparação para a menopausa e conseqüentemente para a qualidade de vida da população, considerando que a melhoria destes padrões seriam contributos importantes dos serviços de saúde.

Uma participante no estudo refere ainda que: *“A mentalidade é que faz toda a diferença. Um espírito aberto, diálogo e compreensão entre o casal mais uma pitada de AMOR é tudo o que os profissionais devem recomendar. Viver até morrer.”* E que este deve ser o lema dos profissionais no sentido de contribuírem para melhorar a qualidade de vida nesta fase de vida da mulher e do casal.

Parece fundamental uma aposta na formação de profissionais por forma a poderem desenvolver as suas competências no âmbito da promoção da saúde tendo em vista o processo de transição da menopausa e promoção de cuidados culturalmente adaptados.

CONCLUSÃO

A investigação que nos propusemos realizar teve como ponto de partida a necessidade em aprofundar a temática do climatério e menopausa e sua influência no relacionamento conjugal e qualidade de vida, pois consideramos ser uma área a descoberto para o qual os profissionais de saúde não se encontram sensibilizados e como tal ainda pouco informados. Conhecendo de perto a resposta dos centros de saúde, o investimento em termos de promoção da saúde e ao confrontarmo-nos com um aparente desconhecimento sobre esta temática por parte dos profissionais que ingressavam nos cursos pós-graduados por um lado, e encarando a estadia no climatério por outro, estes elementos aportaram como principais fontes de motivação para desenvolver este estudo.

O período da meia-idade que compreende aproximadamente as idades de 45 a 60 anos, tem auferido menos atenção por parte dos investigadores, com excepção da menopausa onde encontramos estudos mais directamente ligados a situações da clínica médica (osteoporose, fracturas, cancro, depressão, entre outros) e disfuncionais. No que se reporta ao homem, começam a surgir estudos, igualmente numa perspectiva médica e disfuncional, relacionados com a andropausa, porém estes estudos padecem de uma abordagem psicológica e social no que respeita ao desenvolvimento natural desta etapa da vida.

Embora a idade adulta seja uma das fases considerada mais estável do ciclo de vida, as pessoas mudam na sequência de alterações físicas, eventos da vida e expectativas sociais.

As limitações do nosso trabalho dizem respeito a aspectos que consideramos importantes no decorrer da realização do mesmo. Consideramos que face aos condicionalismos dos serviços de saúde, a obtenção de autorização em apenas dois Agrupamentos de Centros de Saúde limitou a nossa amostragem. Embora estes agrupamentos, por si só, abranjam uma população bastante heterogénea em termos sócio-económicos e com uma forte componente multicultural, nos nossos participantes encontrámos diversidade sócio-económica mas não multicultural, o que podemos também considerar uma limitação.

Múltiplas são as razões que limitam a acessibilidade aos serviços de saúde da população migrante, não só pelo desconhecimento do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, pelo medo de denúncia e repatriamento em situações de eventual ilegalidade/clandestinidade, vergonha de se exporem principalmente em questões directamente relacionadas com processos de intimidade e sexualidade, independentemente do género.

Atendendo à especificidade do estudo em que os participantes se confrontavam com respostas a questões que interferiam com a sua própria vida íntima, verificamos que alguns demonstraram dificuldade em lidar com o assunto e desistiram de participar no estudo, não tendo respondido consciente e assumidamente na totalidade do questionário, não o devolverem, responderem parcialmente, ou ainda, por vezes, ter sido apenas um dos cônjuges a responder, o que invalidava a inclusão no estudo.

Na identificação da representação do climatério e da menopausa, encontramos a menopausa associada a uma etapa de vida da mulher, onde emergem a maturidade e alguma sintomatologia associada a problemas de saúde.

Relativamente ao climatério destacamos um desconhecimento ao se coligarem palavras indicadoras de “*alterações climáticas*”. No entanto, algumas palavras mencionadas revelam opiniões que associam o climatério a uma etapa da vida da mulher (menopausa, idade, mulher, mudança).

Reforçando-se esta representação no perfil traçado para ambos os sexos quando atribuíram pontuação que se situam abaixo da linha média, relativamente à importância atribuída às palavras associadas a estes conceitos.

No nosso estudo, predominam os naturais da região de Lisboa, com formação académica de nível superior, casados em média há 18 anos e com 1.5 filhos; 15.9% tiveram casamentos anteriores e 13.4% têm filhos desses relacionamentos.

A qualidade de vida é superior no sexo masculino, aumenta com o nível de escolaridade e vai diminuindo com a idade, sendo o domínio físico o que é considerado como o que mais contribui para a redução da qualidade de vida. Com o aumento da esperança de vida verificamos um aumento de doenças, nomeadamente as crónicas, resultantes do processo de envelhecimento.

Verificou-se que existe uma correlação forte entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida.

Na avaliação da satisfação conjugal os nossos casais demonstram alguma conformidade ao apresentarem uma percepção individual de cada membro (homem e mulher) e avaliação semelhante da sua própria relação. A maior satisfação conjugal verifica-se nos sujeitos mais jovens, apontando um declínio em função do grupo etário.

Os participantes com maior nível de escolaridade apresentam melhores *scores* de satisfação conjugal e o sexo masculino tem uma visão mais positiva e apresenta de igual forma *scores* mais elevados, no entanto sem qualquer correlação estatisticamente significativa.

O tempo de casamento parece apresentar alguma variabilidade na satisfação conjugal, o Amor parece mais intenso nos casamentos com menos de quatro anos e o Funcionamento Conjugal alvítra (re)ajustes ao longo do percurso de vida conjugal.

A intimidade/sexualidade do casal implica partilha de sentimentos íntimos norteado pela comunicação e deve ser vivida de forma positiva. Estudos demonstram que as alterações hormonais verificadas nas mulheres nesta etapa de vida, com eventuais repercussões a nível da saúde vaginal, podem alterar a sexualidade do casal. Compete ao casal encontrar estratégias para ultrapassar eventuais dificuldades onde deve predominar comportamentos saudáveis, incentivar o namoro, a comunicação, o desejo e o reforço da auto-estima do próprio e do outro.

No que reporta à sexualidade deve-se fugir da rotina, a iniciativa não tem que forçosamente partir sempre do mesmo (culturalmente assumida como sendo do homem, que apresenta maiores necessidades sexuais), o outro também se deve sentir desejado e não apenas uma resposta a um “pedido”. A sexualidade deve ser um processo de descoberta e desenvolvimento do casal e esta etapa de vida pode ser um momento propício pela própria maturidade, pelo conhecimento do outro (desejos, atitudes, preferências) podendo a meia-idade ser uma fase da vida enriquecedora e gratificante, quer para os homens quer para as mulheres.

Encontramos *scores* de maior satisfação sexual no sexo masculino e em sujeitos com idades mais jovens e com maiores níveis de escolaridade.

A Sexualidade pode ser um dos motivos da procura dos serviços de saúde por eventuais desajustes no relacionamento conjugal e com repercussões na qualidade de vida.

A influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal, depende da forma como cada casal se entrega e vivencia o seu próprio relacionamento, esta é mais uma fase de transição do ciclo de vida. Como em qualquer outra fase de transição (adolescência, parentalidade) tem de ser aprendida e reajustada face às mudanças.

Apesar de se terem verificado diferenças na satisfação conjugal em função do grupo etário, não podemos aceitar que a etapa do climatério/menopausa seja o único motivo que eventualmente possa interferir no relacionamento do casal. Alguns casais reforçam esta corrente quando nos dizem que a menopausa não influencia o relacionamento conjugal e vice-versa pois valorizam o diálogo, a comunicação, a compreensão, a cumplicidade e o respeito como aspectos facilitadores para ultrapassarem qualquer dificuldade em qualquer fase da vida e que alguma dissonância que eventualmente exista, se deve a divergências de interesses e de objectivos e não ao processo de climatério e menopausa.

Os casais participantes no nosso estudo demonstraram necessidades de informação sobre esta etapa de vida e consideram que os profissionais de saúde devem preparar os casais antes do período climatério/menopausa chegar para não se sentirem perdidos e possam assim, ter uma vivência/experiência saudável no relacionamento com o parceiro. Na realidade, não se privilegiam os cuidados antecipatórios, ou seja, não se preparam os indivíduos para esta fase de transição.

A aparente falta de sensibilidade ou de segurança dos profissionais sobre esta etapa da vida da mulher e suas repercussões na qualidade de vida, leva-os a investir apenas no controlo sintomatológico, quando manifestado, em vez da promoção de saúde e de cuidados antecipatórios.

A falta de uniformidade de procedimentos, a acessibilidade aos serviços e a necessidade de se trabalhar em rede, é uma preocupação dos nossos peritos entrevistados, pois não existe conjugação de esforços com vista à obtenção de ganhos em saúde. Efectivamente, esta etapa da vida pouco considerada no investimento do plano de saúde, devia contemplar equipas multiprofissionais e diferentes níveis de cuidados de saúde (primários e hospitalares) que utilizassem a mesma linha condutora na promoção de saúde neste grupo populacional.

A promoção da saúde, de forma coordenada e integrada, embora considerada importante e fundamental, quer pelos utentes, quer pelos profissionais, face aos condicionalismos que o país atravessa parece ser uma área em que dificilmente se vai investir, principalmente na dinamização de novos grupos de intervenção no âmbito do climatério e da menopausa bem como com os respectivos casais.

Embora esta seja uma estratégia de saúde primária e fundamental e, mais económica em termos de saúde pública e na obtenção de ganhos em saúde, por só apresentar resultados a longo prazo, pode não ser uma prioridade nas estratégias políticas. No entanto consideramos que esta aparente ameaça deve ser aproveitada e transformada em oportunidade pelos profissionais e gestores na reestruturação dos serviços de saúde.

Consideramos fundamental investir na formação de profissionais, quer a nível da formação inicial quer ao longo da vida, no sentido de se potenciarem e desenvolverem capacidades no âmbito da promoção da saúde visando o processo de transição da menopausa e da andropausa. A inclusão destas temáticas nos planos curriculares dos cursos no âmbito da psicologia e das ciências da saúde, quer em termos de formação graduada quer pós-graduada, para além de se promover o desenvolvimento de Seminários, *Workshops* e cursos de curta duração, numa perspectiva multidisciplinar parecem essenciais para a mudança de comportamentos facilitadores no processo de transição nesta etapa de vida.

Estratégias de parceria entre os serviços de saúde e estabelecimentos de ensino superior parecem imprescindíveis no sentido de promover a formação em contexto de trabalho e fomentar a investigação e a evidência científica com repercussões nos ganhos em saúde das comunidades. O envolvimento de todos os interlocutores, permitiria evidenciar a complementaridade e as capacidades dos vários contextos para o domínio formativo e científico.

Estas estratégias, permitem melhorar a “*carteira de serviços*” disponíveis para a população, nomeadamente através de uma abordagem mais sistémica e integrativa na vigilância e promoção de saúde, na promoção de rastreios e na criação de cursos/formação para os casais (a semelhança dos que existem na preparação para a parentalidade).

Uma boa articulação e dinamização de todas as forças vivas da comunidade no sentido de rentabilizar e potenciar os recursos tendo em vista a optimização de resultados, aliados a uma intervenção culturalmente adequada e que integre a dimensão somática e psicológica, através de equipas multidisciplinares, no sentido de desmistificar crenças negativas e erradas, seria um contributo importante para a qualidade de vida destes casais e consequentemente das populações.

Modificar atitudes, comportamentos e a representação social do climatério e menopausa deve começar com informação e formação em idades mais jovens, não só porque os iria preparar para essa etapa de vida de forma mais positiva, como possivelmente os ajudaria na convivência com os seus pais, minimizando o conflito de gerações, pois ambas estão em momento de transição e de crise.

As Instituições de Ensino Superior, nomeadamente as Universidades, têm uma missão importante neste contexto educacional e de saúde, deviam potenciar parcerias de formação e investigação com estabelecimentos de ensino de outros níveis de educação.

Alargar os domínios do conhecimento pelo desenvolvimento de mais investigação nesta temática, numa perspectiva global, integrada e multiprofissional, é fundamental na demonstração científica com contributos da e para a prática.

Este foi um estudo preliminar, com uma abordagem singular no percurso de transição de uma etapa de vida que na nossa sociedade ocidentalizada, não tem sido encarada como um percurso natural da vida com eventuais implicações na vida da mulher e conseqüentemente dos casais. Ao pensarmos em pessoas de meia-idade devemos pensar nas alterações e perspectivas de género individualmente mas, também, na repercussão em termos da vida conjugal.

Parece fundamental o desenvolvimento de mais estudos, no âmbito da psicologia e das ciências da saúde, no sentido de melhor compreendermos esta etapa de vida não só o climatério/menopausa mas também a andropausa, estando esta última pouco estudada, numa perspectiva de desenvolvimento, saúde e psicossocial, mas também, numa perspectiva de género e intercultural, pois sendo nós um país e sociedade constituída por imigrantes provenientes de múltiplas origens, precisamos de entender as suas perspectivas e necessidades para um melhor acompanhamento e intervenção face à saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Pretendemos dar continuidade ao estudo, com casais nesta etapa de vida, integrando uma maior diversidade cultural, recorrendo aos contextos das próprias comunidades migrantes na recolha dos participantes, alargando o estudo a outras regiões do país.

Parece importante uma abordagem longitudinal por forma a compreender a evolução do relacionamento conjugal ao longo do ciclo conjugal e de vida e, assim, num contexto de desenvolvimento, compreender os vários processos de transição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboin, S. (2009). Da pluralidade dos afectos: trajetórias e orientações amorosas nas conjugalidades contemporâneas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24(70).
- Alder, E. (1998). *The Blatt-Kuperman menopausal index: a critique*. *Maturitas* 29, 19-24.
- Alexander, I., & Moore, A. (2007). Treating vasomotor symptoms of menopause: the nurse practitioner's perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(3), 152-163.
- Alizadeh, L., & Mehraban, Z. (2012). Effect of yoga on menopausal hot flash. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS.
- Allen Gomes, F. (2004). *Paixão, amor e sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Allen Gomes, F. (2008). O viver insatisfatório da sexualidade. Problemas e disfunções. Acedido em [http://agriciencia.servehttp.com/nedo/nedo_old /pages/psico.htm](http://agriciencia.servehttp.com/nedo/nedo_old/pages/psico.htm)
- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1990). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, L., Luz, M. H., & Monteiro, C. (2007). Ser mulher no climatério: Uma análise compreensiva pela enfermagem. *R Enferm UERJ Rio de Janeiro*, 15(3):370-5., 15(3), 370-375.
- Alves, T. M. R., Shimizu, A. M., & Bervique, J. A. (2007). Representações sociais em mulheres em processo de menopausa: um estudo na unidade de saúde da família no município da Graça. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 117-129.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Anderson, D., & Posner, N. (2002). Relationship between psychosocial factor and health behaviours for women experiencing menopause. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 265-273.
- Angier, N. (1999). *Mulher, uma geografia íntima*. Lisboa: Editora Gradiva.

- Araujo, M. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 12-21.
- Argote, L. A. O., Mejia, M. E. R., Vásquez, M. L. T., & Villaquiran de González, M. E. (2008). Climatério y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichan*, 8(1), 33-49.
- Bacelar-Antunes, A. (2005). *Como viver a sua menopausa*. Gondomar: Xerezade.
- Backes, M. T. S., Rosa, L. M., Fernandes, G. C. M., Becker, S. G., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. A. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da História sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem*, 17, 111-117.
- Badran, A. V., Araújo, A. L. L., Nagae, D. K. I., Takahashi, L. R., Formicola, N. R., Miyamoto, W. R., Prado, R. A. A. (2007). Aspectos da sexualidade na menopausa. *Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 52(2), 39-43.
- Bain, C., Barber, B., Botros, S. M., Daley, S., Dening, T., Frasar, W. D., Goldberg, R. P., Hardy, R., Hodson, J., Issa, S. N., Keith, L., Kuh, D., Lloyd, G. W. L., Milne, A., Mishra, G., O'Brien, J., Sand, P. K., Sharma, L., Taggu, W., Walters, M. & Whalley, L.. (2005). *Menopause, postmenopause and ageing*: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Bandeira, S. S. d. (2001). *Histórias de uma mulher casada*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Barbosa, J. (2008). A sexualidade nas mulheres mastectomizadas. Acedido em <http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/1010284/686/1/Monografia.pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Bastos, M. (2003). *Sorria você está na menopausa: Manual de terapia natural para a mulher* (1ª ed.). Lisboa: Editora Pregaminho.

- Bozon, M. (2002). *Sociologie de la sexualité*. Paris: Nathan.
- Brendler, J. (2004). La ausencia de identificación femenina com la mujer sexuada aparece em relaciones de larga duración. *Revista Terapia Sexual y de Pareja*, 20, 68-77. Acedido em [http://www.terapiadosexo.com.br/html /faces](http://www.terapiadosexo.com.br/html/faces)
- Brito, R. S., & Makiama, S. T. (2008). Terapia de reposição hormonal e qualidade da vida sexual de mulheres no climatério. *Interação em Psicologia*, 12(2), 245-253.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5, 163-177.
- Calvinho, M. S. E., & Ramos, M. N. (2008). Diversas faces do poder sobre a mulher - o caso da violência conjugal. Florianópolis: Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder.
- Camões, L.V. (2005). *Luís de Camões – Rimas*. Editora Almedina.
- Camps, V. (2001). *O século das mulheres*. Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Simões, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um projecto. *6º Congresso Virtual HIV/AIDS* 1-11.
- Cancelo, M. J. (2012). Novidades en la salud vaginal: Aproximación a la salud vaginal, 9ª *Jornada sobre Controversias en Ginecología*. Barcelona.
- Candella, C., Ruggiero, C., Araya, M., & Silva, R. (1995). Assistência de enfermagem à mulher no climatério. *Rev. Esc. Enferm.*, 29(1), 47-58.
- Cañigueral, S. (2012). Mesa de fitoterapia: Fitoterapia, los puntos sobre las "íes", 9ª *Jornada sobre Controversias en Ginecología*. Barcelona.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucuras*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Castelo-Branco, C. (2007). Atrofia genito urinaria. *Siete dias medicos*, 729, 53-58.
- Castelo-Branco, C. (2010). *Envejecimiento de la piel y las mucosas - Fundamentos clínicos y enfoque integral*: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- Castelo-Branco, C., & Cancelo, M. J. (2008). Compounds for the treatment of atropic vaginitis. *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 18(12), 1385-1394.
- Castelo-Branco, C., Huezo, M. L., Lagarda, J. L. B. (2008). Definition and diagnosis in the XXI Century. *Maturitas*, 60, 50-58.
- Castelo-Branco, C., Blumel, J. E., Araya, H., Riquelme, R., Castro, G., Haya, J., & Gramegna, G. (2003). Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-age women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 426-430.
- Castelo-Branco, C., Cancelo, M. J., Villero, J., Nohales, R., & Julia, M. D. (2005). Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas*, 52, Sup. 1: S46-52.
- Castro, M. N. (2007). A menopausa. Acedido a 20/10/2007, em www.spmenopausa.pt/view_article.asp?id=50&cet=39
- Catalá, R. C. (2009). Aspectos de la sexualidad que preocupan a la mujer menopáusica. In M. J. C. Puigarnau (Ed.), *La menopausia al inicio del siglo XXI* (Vol. 2, pp. 213-223). Barcelona: Editorial Glosa, S. L.
- Catão, L. I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M., & Silva, P. T. (2010). Abordagem da menopausa - Nos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 227-236.
- Colomer, F. D., Pérez, F. J., & Molina, A. M. (2001). La salud de la mujer en climatério según las creencias y costumbres populares. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

- Correia, M. I. (2009). Conhecimentos e comportamentos das mulheres menopáusicas sobre a menopausa. Universidade Fernando Pessoa.
- Costa, G. (2004). Sexualidade e hormonas. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 9(1), 63-68.
- Costa, G. M., & Gualda, D. M. R. (2008). Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(1), 81-89.
- Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Lisboa: ASA.
- Costa, M. E. (1994). *Intervenção psicológica em transições familiares: Divórcio, monoparentalidade e recasamento*. Porto: Edições Asa.
- Costa, M. E. (1998). *Novos encontros de amor*. Porto: Edinter.
- Costa, M. E. (2000). *O desenvolvimento da intimidade*.
- Coutinho, M. P. L., Franken, I., & Ramos, N. (2010). Gênero e qualidade de vida no contexto da imigração internacional, *Fazendo Género 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis.
- Crawford, M. (2011). *Diário sexual e conjugal de um casal*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Currie, H. (2006). *Menopause*. London: Class Publishing.
- Daley, A., MacArthur, C., Mutrie, N., & Stokes-Lampard, H. (2007). Exercise for vasomotor menopausal symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(4), 1-13.
- Duran, M. (2012). Mesa de fitoterapia: Las asociaciones mejoran la clínica en la mujer, 9ª *Jornada sobre Controversias en Ginecología*. Barcelona.
- Eden, J. A. (2012). Phytoestrogens for menopausal symptoms: A review. *Maturitas*, 72, 157-159.
- Erkkola, R. (2006). *The menopause: European practice in gynecology and obstetrics*. Philadelphia: Elsevier.
- Fagulha, T. (2005). *Psicologia – a meia-idade da mulher* (Vol. 19). Lisboa: Edições Colibri.

- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sócio-demográficas *Psicologia: a meia-idade da mulher* (Vol. 19, pp. 19-38). Lisboa: Edições Colibri.
- Fagundes, J. O., Duarte, A., Cavasin, S., Aratangi, L. R., Campos, M., Tiba, I., Bragante, L. A., Costa, R. P. D., Costa, M., Gaudencio, P., Verucci, F., Cuschnir, L., Popovic, S., Gaiarsa, J. A., Fraiman, A. P. & Rosenthal, C. (1994). *Amor e sexualidade – A resolução dos preconceitos*. São Paulo, Brasil: Editora Gente.
- Favarato, M., Aldrighi, J., Pires, A., & Lima, S. (2000). Sexualidade e climatério: influências de factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprodução Climatério*, 15(4), 199-202.
- Fernandes, L. (2006). *Assistência de enfermagem nos principais distúrbios relacionados* (Vol. 2). São Paulo: Editorial Ricardo Meirelles.
- Ferreira, J. (2007). Menopausa: tabu e mito. Acedido em http://comunidade.sol.pt/blogs/julietta/archive/2007/05/17/MENOPAUSA_2D00_-Tabu-e-Mito.aspx
- Ferreira, P. M. (2003). Tendências e modalidades da conjugalidade. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, 67-82.
- Fielder, K., & Kurpius, S. (2005). *Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys* (Vol. 19). Lisboa: Edições Colibri.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freire, I. (2007). *Fantasia eróticas. Segredos das mulheres portuguesas* (2ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.

- Freitas, K., Silva, Â., & Silva, R. (2004). Mulheres vivenciando o climatério *In Acta Scientiarum Health Sciences* (Vol. 26, pp. 121-128). Maringá.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 203-214.
- Galvão, J. J. (2000). *Um Olhar sobre a Sexualidade Humana para uma Paternidade Responsável*. Lisboa: Editora Paulinas.
- Gannon, L. (1994). Sexuality and menopause In P. Choi & P. Nicolson (Eds.), *Female sexuality: psychology, biology and social context* (pp. 100-124). London: Harvester Wheatsheaf.
- Gasull, M. G. (2010). *Vida saludable más allá del climaterio*. Barcelona: Nexus Médica Editores, S. L.
- Gimeno, A. (2001). *A Família: o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gomes, R. (2003). A intimidade sexual na intimidade conjugal. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds.), *A sexologia: Perspectiva multidisciplinar* (Vol. 2, pp. 113-127). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gotter, E. (2007). Atitudes negativas ante os primeiros sinais de envelhecimento na perimenopausa. Acedido em de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/psico/psico18.htm>
- Gottman, J., & Silver, N. (2001). *Os sete princípios do casamento*. Cascais: Pergaminho.
- Gove, W. R., Huges, M., & Briggs-Style, C. B. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well being of the individual? *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 122-131.
- Graziottin, A., & Leiblum, S. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *The Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 133-145.

- Guirao, J. A. G., Gonzalez, C. Á., Muñoz, F. L., & Vaquero, D. B. (2009). *Adordaje farmacológico de la menopausia: Debates en ginecología - Búsqueda de nuevos horizontes*. Madrid: Editorial Siglo.
- Gupta, P., Sturdee, D. W., & Hunter, M. S. (2006). Mid-age health in women from the Indian subcontinent (Mahwis): general health and the experience of menopause in women. *ByClimateric*, 9(1), 13-22.
- Gutierrez, A. A., Soto, M. T. U., & Valdes, B. C. (2006). Climatério y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar segun la etapa del periodo. *Ciencia Y Enfermeria*, 12(1), 19-27.
- Hall, L., Callister, L. C., Berry, J. A., & Matsumura, G. (2007). Meanings meopause: cultural influences on perceptions and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*, 25(2), 106-118.
- Haya, J. (2009). *Fitoterapia: 100 perguntas más frecuentes*. Barcelona: Editores Médicos, S. A.
- Hernández, B., & Botell, M. (2007). Edad de la menopausia y su relación com el hábito de fumar, estado marital y laboral. *Revista Cubana de Obstetrícia e Ginecologia*, 33(3).
- Horta, A. L. M., & Feijó, M. R. (2007). *Sexualidade na família*. São Paulo, Brasil: Expressão e Arte.
- Howes, L. G., Howes, J. B., & Knight, D. C. (2006). Isoflavone therapy for menopausal flushes: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 55, 203-211.
- Hudson, W. W. (1981). Index of sexual satisfaction. In C. M. Davis, W. L. Yaber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality - related measures* (pp. 512-513). London: Safe Publications.
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-social-cultural perspectivas on menopausa. *Best Practice of Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 261-274.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional. (2001). *Classificação nacional de profissões* (2ª ed.). Lisboa: IEFP.

- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Indicadores Demográficos*. Lisboa: INE. Acedido a 14/08/2012, em <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estatísticas Demográficas* (No. 978-989-25-0055-3). Lisboa: INE, IP.
- Jenkins, R. (2004). Cuidar das famílias no ambiente domiciliário. In R. Rice (Ed.), *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – Conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência.
- Jr., O. M. R. (1995). *Psicologia e sexualidade*. Tijuca, Brasil: MEDSI.
- Kadri, N., Alami, K. M., & Berrada, S. (2010). Sexuality in Morocco: women sexologist's point of view. *Sexologies*, 19, 20-23.
- Kamimura, Q. P., Postigo, S., Rozemberg, L., Molina, V. L. I., & Cornetta, V. K. (2012). Quality of life of women after menopause. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS
- Keith, L. (2005). *Menopause, postmenopause and ageing*: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Kelley, C. (2007). Estrogen and its effect on vaginal atrophy in post-menopausal women. *Urologic Nursing*, 27(1), 40-45.
- Kielcolt-Glaser, J., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and her. *Psychological bulletin*, 127(4), 472-503.
- Lima, M. P., & Sá, E. (2003). *Quero-te! Psicologia da sexualidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lima, V., Vieira, F., & Soares, I. (2006). Vinculação em casais: Avaliação da representação da intimidade e da interacção conjugal. *Psicologia*, 20(1), 51-63.
- Lind, W., Faisca, L., Moreira, J., Relvas, A. P., & Saraiva, R. S.-N. (2010). *A relationship rating form revista e a satisfação conjugal em casais mono e biculturais*. Universidade do Minho.

- Lobiondo-Wood, G. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, C. G. (2007). *Integridade na saúde da mulher: a questão do climatério*. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Sub-área de Concentração: Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.
- Lopes, M. J. (2000). A multiculturalidade: sinuosidades no comunicar. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2ª série*(19), 14-18.
- Lopes, S. (2008). *Influências familiares na conjugalidade: o clima relacional na família de origem, a satisfação conjugal e a proximidade conjugal*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). Evolução da sexualidade. In F. López & A. Fuertes (Eds.), *Para compreender a sexualidade* (pp. 129-141). Lisboa: APF – Associação para o Planeamento da Família.
- Lorenzi, D. (2008). Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30*(3), 103-106.
- Lorenzi, D. R. S., Catan, L. B., MoreiraII, K., & ÁrticoI, G. R. (2009). Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem, 62*(2), 287-293.
- Lorenzi, D., & Saciloto, B. (2006). Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas *Revista da Associação Médica Brasileira 52*(4), 256-260.
- Lorenzi, D., Danelon, C., Saciloto, B., & Jr., I. P. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 27*(1), 12-19.
- Lourenço, M. (2003). Uma sexualidade para o século XXI ou a sexualidade e o desenvolvimento humano. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III 8*:3, 151-159.

- Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2003). Conjugalidade e subjectividades contemporâneas: O parceiro como instrumento de legitimação do "eu". *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*.
- Maia, L. A. C. R., & Pessoa, P. (2009). Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia-idade da cidade da Covilhã, Portugal. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido em www.psicologia.com.pt
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de pesquisa* (3ª ed.). S. Paulo: Atlas.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro: Reportnumber.
- Marques, E. (2001). Amor e qualidade de vida conjugal: Aplicações do inventário ENRICH. *Interacções, 1*(79-107).
- Martins, A., Leitão, J., Pires, M. J., & Presado, M. H. (2010). Auto-conceito da mulher na menopausa. Monografia de Pos-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saude Materna e Obstetricia (não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Martins, M. C. A. (2005). A promoção da saúde: percursos e paradigmas.
- Martins, S. (2003). Alterações do desejo sexual. In L. Fonseca (Ed.), *A sexologia, perspectiva multidisciplinar* (pp. 145-149). Coimbra: Quarteto.
- Mashhadian, M. (2012). Sexual dysfunction in menopause. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS
- Mashhadian, M., & Abady, M. A. J. (2012). Comparative study on women's sexual functioning disorders before and after menopause. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS.

- McCoy, N. (2002). Longitudinal study of menopause and sexuality. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 617-622.
- Melby, M. K., Lock, M., & Kaufert, P. (2005). Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*, 11(5), 495-512.
- Mendes, R. M. N. (2008). História dos conceitos de saúde e de doença. *Revista Nursing*, 231.
- Mendonça, E. (2004). Representações médicas e de género na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9(3), 751-762.
- Menezes, M. M. P. N. C. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Merighi, M. A. B., & Gonçalves, R. (2007). Climatério: Novas abordagens para o cuidar. In R. Á. Q. Fernandes & N. Z. Narchi (Eds.), *Enfermagem e Saúde da Mulher* (Vol. 5, pp. 1-325). São Paulo: Manole.
- Mimoun, S. (2003). Ménopause, andropause et fonction sexuelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31, 141-146.
- Ministério da Saúde do Brasil – Secretaria Atenção à Saúde – Departamento de Ações Políticas Estratégicas. (2008). *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília, MSB/SAS/DAPE.
- Ministério da Saúde & Alto Comissariado da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*: Lisboa, MS/ACS.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*: Lisboa, DGS.
- Mishra, G. D. & Kuh, D. (2012). Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: *British prospective study*. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 344-402
- Mishra, G. (2012). Health symptoms in relation to the menopausal transition. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS

- Monterrosa-Castro, Á., Marrugo-Florez, M., Fernández-Alonso, A. M., Chedraui, P., Pérez-López, F. R., & Romero-Pérez, I. M. (2012). Assessment of sexual function and quality of life in mid-aged afro-descendent colombian women. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS.
- Moore, K., Jekielek, S., Bronte-Tinkew, J., Guzman, L., Ryan, S., & Reed, Z. (2004). What is "health marriage"? Defining the concept. *Child Trends*, *16*, 1-8.
- Moraes, V., Vandenbergue, L., & Silveira, N. (2007). Humor, Atenção Centrada e Qualidade de Vida no Climatério: Um estudo no Brasil Central. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *8*(2), 221-237.
- Moreira, A. (2003). Disfunções sexuais masculinas. In L. Fonseca (Ed.), *A sexologia, perspectiva multidisciplinar* (pp. 132-144). Coimbra: Quarteto.
- Moreira, A. S. P., Camargo, B. V., Jesuíno, J. C., & Nobrega, S. M. (2005). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa, Paraíba, Brasil: Editora Universitária UFPB.
- Moreira, C. F. (2005). *A "era da menopausa consciente"*. Tese de Mestrado. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social, Lisboa.
- Moreira, H., Vaz, L., Rocha, J., Ogando, B. & Gabriel, R. (2012). Effects of exercise training on climatic symptoms of postmenopausal woman: a randomized study. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS.
- Mori, M., & Coelho, V. (2004). Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17*(2), 177-187.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale* (1^a ed.). Paris: Press Universitaire de France.
- Mosmann, C., & Wagner, A. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia*, *16*(35), 315-325.
- Moura, F., Oliveira, J., Martins, S., Santos, S., & Presado, M. H. (2010). Qualidade de vida no climatério: Um desafio para o cuidar em enfermagem. Monografia de Licenciatura em Enfermagem (não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Nappi, R. E., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, *63*, 138-141.
- Nappi, R. E., & Nijland, E. A. (2008). Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a European telephone survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *137*, 10-16.
- Nappi, R. E., Albani, F., Santamaria, V., Tonani, S., Magri, F., Martini, E., Chiovato, L., Polatti, F. (2010). Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and late early menopause. *Maturitas*, *67*, 78-83.
- Narciso, I. (1994). *Metamorfoses do amor e da satisfação conjugal*. Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. (1995). Metamorfoses do amor e satisfação conjugal. *Cadernos Consulta de Psicologia*, *10/11*, 129-139.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas - À procura do padrão que liga*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica*, *31*, 49-62.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *12*, 11-130.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Narciso, I., Costa, M., & Pimenta, F. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou "aquilo que pode fazer com que um casamento funcione". *Revista Portuguesa de Psicologia*, *36*, 67-88.
- Negreiros, T. C. G. M. (2004). Sexualidade e género no envelhecimento. *ALCEU*, *5(9)*, 77-86.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais: teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.

- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. (2003). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunction in a portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 173-183.
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M. d., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.
- Northrup, C. (2006). *A sabedoria da menopausa* (Estrela Polar ed.).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001). *Conhecer os caminhos da saúde. Relatório Primavera 2001 - síntese*. Lisboa: OPSS.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Olazábal, J. (2003). *La menopausia: um programa educativo desenvolvido em Salamanca*. Salamanca: Lasalina.
- Oliveira, A. (1995). *Percepção da morte: A realidade interdita*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional – especialidade cognição social, Instituto Superior Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas de saúde para todos - metas de estratégia regional europeia de saúde para todos*. Lisboa: DEPS.
- Organização das Nações Unidas (1996). IV Conferencia Mundial sobre a mulher – Beijing-China. ONU. Rio de Janeiro: FioCruz
- Pais Ribeiro, J. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12(2-3), 179-191.
- Pais Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J., & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(2), 191-202.
- Pais, J. M. (1987). *Sexologia em Portugal* (Vol. 2). Lisboa: Texto Editora.

- Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Parrilla, J. J., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., et al. (2004). Calidad durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina Clínica*, 122(6), 205-211.
- Palacios, S., Tobar, A., & Menendez, C. (2002). Sexuality in the climateric years. *Maturitas*, 43(Supl. 1), S69-S77.
- Palazuelos, F. J. H. (2009). Manejo clínico de la fitoterapia. In M. J. C. Puigarnau (Ed.), *La menopausia al inicio del siglo XXI* (Vol. 2, pp. 259-268). Barcelona: Editorial Glosa, S. L.
- Pan American Health Organization, World Health Organization, & World Association for Sexology. (2000). *Promotion of sexual health recommendations for action*. Guatemala: PAHO, WHO, WAS.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2000). *Desenvolvimento humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 28(4), 665-681.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Viira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(27), 99-108.
- Pechorro, P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Patologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Penteado, S., Fonseca, A. M., Vicente Renato Bagnoli, J. S., & Pinotti, J. A. (2004). Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 444-450. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n4/22760.pdf>
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Perez, E. (2008). *Amor e desejo na relação conjugal*. Lisboa: Editorial Presença.

- Phillips, R. N. (2005). *A biblia da menopausa*. Lisboa: Estampa.
- Phipps, W. J., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos da clínica ginecológica da Faculdade de Medicina da USP* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 25(3), 455-466.
- Pimenta, F., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Quality of life: differences among a community sample of Portuguese women in pre-, peri- and post-menopause. *9th European Congress on Menopause and Andropause*. Athens: EMAS.
- Pinotti, J. A., & Barros, A. C. (2004). *Ginecologia Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Lda.
- Pitkin, J. (2009). Sexuality and the menopause. *Best Practice of Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23, 33-52.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Puigarnau, M. J. C. (2009). Evidencia científica del tratamiento con isoflavonas en los sofocos. In M. J. C. Puigarnau (Ed.), *La menopausia al inicio del siglo XXI* (pp. 247-258). Barcelona: Editorial Glosa, S. L.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, F., & Gomes, C. (2005). Menopausa...Um fim e um começo! *Revista SERVIR*, 53(3), 150-153.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Ramos, N. (2005). *Família, cultura e relações intergeracionais*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional: Solidariedade Intergeracional. Universidade Aberta, FCT, CEMRI.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde: perspectivas de investigação e de intervenção. *Psychologica*, 41, 329-350.
- Ramos, N. (2008). *Comunicação e saúde em contexto multicultural*. IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Acedido em www.cult.fba.br/enecult2008/14556-02.pdf.
- Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(1), 1-11.
- Ramos, N. (2010). Gênero e migração - questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante, *Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis, UFSC, Anais Electrónicos 1278173824.
- Ramos, N. (2012). Cuidados de Saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas de saúde. *Revista INTER-LEGERE*, 11, 30-51, UFRN.
- Ramos, N. (2012). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. N. Ramos (Org.). *Família, Educação e Desenvolvimento no Século XXI*. Olhares Interdisciplinares. Portalegre, ESEP, IPP, 21-28.
- Rees, M., Purdie, D. W., & Hope, S. (2006). *The menopause: What you need to know*. London: Royal Society of Medicine Press and British Menopause Society Publications.
- Resel, L., & Gualda, D. (2003). A sexualidade como uma construção cultural: reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo*, 82-87.
- Ribeiro, M. T. (2005). Casais de meia-idade: estudos com casais portugueses numa perspectiva sistémica. *Psicologia*, 19(1-2), 57-85.

- Ribeiro, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 13-32.
- Rodrigues, S. (2007). *Sexualidade feminina: O mal estar na menopausa* (1ª ed.). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Sahin, N. H., & Coskun, A. (2007). The menopausal age, related factors and climateric complaints in Turkish women. *Rev. Referencia*, 2ª série(4), 91-99.
- Santos, C., & Diniz, G. (2007). Envelhecimento, representações sociais, saúde e cidadania: perspectiva de género. Retrieved from www.fazendogenero7.ufsc.br
- Santos, L. M., & Campoy, M. A. (2008). Vivenciando a menopausa no ciclo vital: Percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. *O Mundo da Saúde*, 32(4), 486-494.
- Santos, L. M., Eserian, P. V., Rachid, L. P., Cacciatore, A., Bourget, I. M. M., Rojas, A. C., et al. (2007). Síndrome do climatério e qualidade de vida: Uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Revista APS*, 10(1), 20-26.
- Scavone, L. (2011). Masculinidade no limiar da nova era. *História, Ciências, Saúde*, 18(1), 269-272.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2010). Satisfação sexual: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3).
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2009). Casar e ser feliz: Mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Psico*, 40(4), 430-437.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

- Serrão, C. (2007). Representações sociais na menopausa: do mito à realidade. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Universidade Sénior Contemporânea*, 1, 12-15.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise psicológica*, 1(26), 15-23.
- Shea, J. L. (2006). Cross-cultural comparison of women's midlife symptom-reporting: a China study. *Medicine and Psychiatry*, 30, 331-362.
- Silva, D., & Silva, J. (1999). *Terapêutica hormonal de substituição: na prática clínica*. Lisboa: Oganon Portuguesa, Lda.
- Simões, R., Soares, J., & Baracat, E. (2005). Disfunção sexual. In E. Baracat & G. Rodrigues de Lima (Eds.), *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp. 369-378). São Paulo: Manole.
- Soares, C. (2000). Depressão puerperal, tensão premenstrual e depressão na menopausa. In B. Lafer, O. Almeida, R. Fregues & E. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo de vida* (pp. 145-156). Porto Alegre: Artmed.
- Soares, C., & Warren, M. (2009). *The menopausal transition - Interface between gynecology and psychiatry* (Vol. 175): Karger.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2004). Consenso & estratégia para a saúde da mulher para a pós-menopausa. 1-80. Acedido em <http://spginecologia.pt/uploads/menopausa.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Menopausa, & Asociación Española para el Estudio de la Menopausia. (2008). *Qualidade de vida na menopausa*. Barcelona: Doctoractive S. L., SPM & AEEM
- Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2009). Consenso da Sociedade Portuguesa de Menopausa sobre terapêuticas hormonais. In SPM (Ed.), *Normas e Consensos*. Óbidos.
- Sousa, M. (2009). Comunicação pessoal. *XI Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Menopausa*. Chaves, 17 Outubro

- Sousa, C. L. (2005). Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Revista Brasileira de Terapias cognitivas*, 1(2). Rio Janeiro.
- Sousa, C. L. & Mayer, S. B. (2001). Um exercício de análise funcionam: a actuação do psicólogo em grupos de menopausa. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e cognitiva*, 3(2). S. Paulo
- Sousa, R. L., Sousa, E. S. S., Silva, J. C. B., & Filizola, R. G. (2000). *Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kuperman*, 22(8), 481-487.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Strey, M. N., Matos, F. M. B., Medeiros, P. F., Cardoso, L. W., Mello, D. C., Stefani, M., & Torres, S. B. (1999). Velhice e casamento, vivências e visões. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2, 23-34.
- Thiele, A. (2002). Middle-age men: sexuality and well-being. *International Congress Series*, 1229, 53-60.
- Tomlinson, J. M. (2005). *Sexual health and the menopause*: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Torres, A. (2000). A individualização no feminino, o casamento e o amor. In C.E.Peixoto, F.Singly & V. Chiccelli (orgs), *Família e Individualização* (pp.135-155). Rio de Janeiro: Fundação Gertúlio Vargas Editora.
- Torres, A. (2002). *Casamento em Portugal: uma análise sociológica*. Oeiras, Celta Editora.
- Torres, A. (2002). Casamento: conversa a duas vozes e em três andamentos. *Análise Social*, 37(163), 569-602.
- Touraine, A. (2006). *O mundo das mulheres*. Loures: Instituto Piaget.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In J. M. Pinto (Ed.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Lisboa: Editora Afrontamento.

- Vasconcellos, D., Novo, R. F., Castro, O. P. d., Vion-Dury, K., Ruschel, Â., Couto, M. C. P. d. P., et al. (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: Novas perspectivas - Comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 413-419.
- Vidal, M. (2002). *Ética da Sexualidade*. São Paulo: Edições Loyola.
- World Health Organization, & United Nations International Children's Emergency Fund. (1978). *Primary health care - Report of the International Conference on PHC*. Alma-Ata, USSR. WHO/UNICEF, Genebra. Health-for-All Series nº 1.
- World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Geneva: WHO. Technical report series 572.
- World Health Organization. (1986). Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ (Ed.), *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá* (pp. 11-18). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde/IEC.
- World Health Organization. (1988). Declaração de Adelaide. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ (Ed.), *Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá* (pp. 19-30). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde/IEC.
- World Health Organization. (1991). Declaração de Sundsvall. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ (Ed.), *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá* (pp. 31-40). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde/IEC.
- World Health Organization. (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Geneva, Switzerland: Technical report Scr 886.
- World Health Organization. (1997). Declaración de Yakarta. In P. M. Buss (Ed.), *Promoção da saúde e saúde pública* (pp. 174-178). Rio de Janeiro, Brasil: ENSP.
- World Health Organization. (1998). *The world health report 1998: life in the 21st century - a vision for all*. Genebra: WHO.
- World Health Organization. (2000). Health promotion: bridging the equity gap. City of Mexico: 5th Global Conference on Health Promotion.

World Health Organization. (2002). *Defining sexual health*. Geneva: Sexual health document series. Report of a technical consultation on sexual health.

World Health Organization. (2004). Sexual health - a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, 67, 1-8.

World Health Organization. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Bangkok.

ANEXOS

ANEXO I

INQUÉRITO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Estimado Colaborador/ Colaboradora

Estamos a realizar um estudo sobre o que as pessoas pensam sobre o climatério, onde a sua participação é fundamental. O instrumento de colheita de dados é anónimo, ou seja, não será identificado(a) pelo seu nome.

Esta pesquisa não é um teste de conhecimentos sobre o tema, e muito menos existe uma resposta certa ou errada. Procura apenas conhecer a sua opinião.

Instruções

Numa investigação desta natureza, tem particular importância a procura de dimensões qualitativas, assim solicito que responda a cada questão/estímulo com palavras soltas ou frases curtas aos estímulos que a seguir apresentamos, num máximo de cinco palavras, como pode ver no exemplo.

Mais uma vez agradecemos a sua disponibilidade e colaboração sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

Exemplo:

Primavera faz-me pensar em:

1. Flores
2. Natureza
3. Alegria
4. Vida
5. Andorinhas

DADOS BIOGRÁFICOS

Sexo: F M Idade: _____ anos

Naturalidade: _____ Residência (local): _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

QUESTÕES

1. **Saúde** faz-me pensar em:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2. **Climatério** faz-me pensar em:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3. **Menopausa** faz-me pensar em:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. **Relação conjugal** no climatério/menopausa faz-me pensar em:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

5. **Sexualidade** no climatério/menopausa faz-me pensar em:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ANEXO II

CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisa: Representação social da Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal

Equipe:

Prof. Doutora Natália Ramos (Universidade Aberta)

Helena Presado (Doutoranda; Prof. Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa); e-mail: mhpresado@esel.pt

Exm^o (ª) Sr. (a)

Estamos a realizar um estudo sobre a **Representação social da Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal**, inserido no programa de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Aberta.

Com o estudo pretende-se Identificar as representações sociais da menopausa de homens e mulheres da Região de Lisboa visando identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivencia desta etapa da vida com qualidade e bem-estar.

Solicitamos a sua participação por meio de respostas a perguntas do questionário, cujo preenchimento levará aproximadamente 12 minutos.

Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato de todos os participantes. A sua participação é voluntária e tem o direito de decidir se quer ou não participar, podendo desistir a qualquer momento. Gostaria no entanto de salientar a importância da sua colaboração para a realização deste estudo.

Estamos à disposição para os esclarecimentos adicionais necessários, garante-se aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Helena Presado

Nome da entrevistadora

Assinatura da entrevistadora

Lisboa, ____ de _____ de 2009

Agradeço a sua colaboração

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisa: Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal

Equipe:

Prof. Doutora Natália Ramos (Universidade Aberta)

Helena Presado (Doutoranda; Prof. Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa); e-mail: mhpresado@esel.pt

Exm^o (ª) Sr. (a)

Estamos a realizar um estudo sobre a **Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal**, inserido no programa de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Aberta.

Com o estudo pretende-se Identificar a influência da menopausa no relacionamento conjugal, visando identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivencia desta etapa da vida com qualidade e bem-estar.

Solicitamos a sua participação por meio de respostas a perguntas do questionário, cujo preenchimento levará aproximadamente 15 minutos.

Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato de todos os participantes. A sua participação é voluntária e tem o direito de decidir se quer ou não participar, podendo desistir a qualquer momento. Gostaria no entanto de salientar a importância da sua colaboração para a realização deste estudo.

Estamos à disposição para os esclarecimentos adicionais necessários, garante-se aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo.

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

Lisboa, ____ de _____ de 2011

Agradeço a sua colaboração

ANEXO III

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

INSTRUÇÕES

Os questionários que se seguem inserem-se numa investigação de doutoramento sobre a menopausa e o relacionamento conjugal a decorrer na Universidade Aberta.

Para a realização do estudo é necessário recolher dados através de questionários. A análise destes dados vai permitir uma maior compreensão sobre a influência da menopausa no relacionamento conjugal. Isso irá também permitir que se possa, no futuro, conhecer e ajudar de uma forma mais eficaz os casais para uma vivência desta etapa da vida com qualidade e bem-estar. Por tudo isto, a sua colaboração é extremamente importante.

Os questionários são anónimos e todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Os questionários que irá encontrar apresenta, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser correctamente analisados.

Não pense demasiado nas respostas nem gaste muito tempo a responder às perguntas. Nestes questionários não há respostas certas ou erradas; o mais importante é mesmo a sua opinião. O preenchimento do conjunto dos questionários leva cerca de 15 minutos. Recorde-se que estes questionários devem ser preenchidos individualmente.

Talvez ache que algumas perguntas são demasiado pessoais, mas não se preocupe. Lembre-se que este questionário é anónimo e confidencial.

Desde já, agradecemos a sua disponibilidade em participar neste estudo. Sem o seu contributo seria impossível realizar esta investigação.

Por favor, vire a página e comece a responder. Leia com atenção as questões e responda a todas elas.

Depois de preencher coloque o questionário no envelope “mulher” e, depois de fechado, coloque no envelope destinado ao “casal” e devolva-o conforme combinado.

Muito obrigada!

Helena Presado

ANEXO IV

INQUÉRITO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PONDERAÇÃO ATRIBUÍDA ÀS PALAVRAS ASSOCIADAS A CLIMATÉRIO/MENOPAUSA; RELACIONAMENTO CONJUGAL E SEXUALIDADE

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

IDADE _____ anos

SEXO: Feminino Masculino

PROFISSÃO: _____

NATURALIDADE: _____

ZONA DE RESIDENCIA: _____

ESCOLARIDADE

1º Ciclo/4º ano

2º Ciclo/9º ano

Secundário

Licenciatura

Outro _____

SITUAÇÃO RELACIONAL

Casado União de facto Desde : ____ anos

Quantos filhos tem do casamento/união de facto actual? _____

Teve casamento/união de facto anteriores? SIM NÃO

Tem filhos de casamento/união de facto anteriores? SIM NÃO

Nos quadros seguintes, utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- 1 - Absolutamente Nada; 2- Pouco ; 3- Razoavelmente; 4- Muito; 5- MUITÍSSIMO**

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

1 - Diga em que medida é que o Climatério/Menopausa lhe suscita os seguintes pensamentos, emoções (sentimentos) e símbolos (ou imagens)

	Absolutamente Nada			Muitíssimo	
Afrontamentos	1	2	3	4	5
Alterações corporais	1	2	3	4	5
Alterações hormonais	1	2	3	4	5
Calores	1	2	3	4	5
Clima	1	2	3	4	5
Etapa de vida	1	2	3	4	5
Fim fertilidade	1	2	3	4	5
Fim menstruação	1	2	3	4	5
Idade	1	2	3	4	5
Irritabilidade	1	2	3	4	5
Maturidade	1	2	3	4	5
Mau estar	1	2	3	4	5
Menopausa	1	2	3	4	5
Mudança	1	2	3	4	5
Mulher	1	2	3	4	5
Osteoporose	1	2	3	4	5
Problemas saúde	1	2	3	4	5
Saúde	1	2	3	4	5
Transição	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Terapia Hormonal Substituição	1	2	3	4	5
Velhice					

2 - Diga em que medida é que o **Relacionamento Conjugal** lhe suscita os seguintes pensamentos, emoções (sentimentos) e símbolos (ou imagens)

	Absolutamente Nada			Muitissimo	
Amor	1	2	3	4	5
Companheirismo	1	2	3	4	5
Compreensão	1	2	3	4	5
Carinho	1	2	3	4	5
Cumplicidade	1	2	3	4	5
Amizade	1	2	3	4	5
Dialogo	1	2	3	4	5
Sexo	1	2	3	4	5
Stress	1	2	3	4	5
Estabilidade	1	2	3	4	5
Paciência	1	2	3	4	5
Maturidade	1	2	3	4	5
Irritabilidade	1	2	3	4	5
Confiança	1	2	3	4	5
Harmonia	1	2	3	4	5
Ansiedade	1	2	3	4	5
Serenidade	1	2	3	4	5
Dificuldade	1	2	3	4	5
Alegria	1	2	3	4	5
Afectos	1	2	3	4	5

3 - Diga em que medida é que a **Sexualidade** no climatério/menopausa lhe suscita os seguintes pensamentos, emoções (sentimentos) e símbolos (ou imagens)

	Absolutamente Nada			Muitíssimo	
Alegria	1	2	3	4	5
Amor	1	2	3	4	5
Bem estar	1	2	3	4	5
Carinho	1	2	3	4	5
Compreensão	1	2	3	4	5
Cumplicidade	1	2	3	4	5
Descontracção	1	2	3	4	5
Desejo	1	2	3	4	5
Dor	1	2	3	4	5
Intimidade	1	2	3	4	5
Libido	1	2	3	4	5
Maturidade	1	2	3	4	5
Paixão	1	2	3	4	5
Prazer	1	2	3	4	5
Respeito	1	2	3	4	5
Satisfação	1	2	3	4	5
Secura	1	2	3	4	5
Segurança	1	2	3	4	5
Sexo	1	2	3	4	5
Toque	1	2	3	4	5
Vida	1	2	3	4	5

ANEXO V

EASAVIC – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ASPECTOS DA VIDA CONJUGAL

EASAVIC

(Narciso, I. & Costa, M. E., 1996)

Instruções:

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- 1** - Nada satisfeito (a); **2** - Pouco Satisfeito(a); **3** - Razoavelmente Satisfeito (a);
4 - Satisfeito(a); **5** - Muito satisfeito (a); **6** - Completamente Satisfeito (a)

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. O modo como gerimos a nossa situação financeira..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. A distribuição de tarefas domésticas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. O modo como tomamos decisões..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. A distribuição de responsabilidades..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. O modo como passamos os tempos livres..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. A quantidade de tempos livres..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. O modo como nos relacionamos com os amigos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. A minha privacidade e autonomia..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. A nossa relação com a minha profissão..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. A frequência com que conversamos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. O modo como conversamos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. A frequência dos conflitos que temos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

18. O modo como resolvemos os conflitos.....	1	2	3	4	5	6
19. O que sinto pelo meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
20. O que o meu cônjuge sente por mim.....	1	2	3	4	5	6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim.....	1	2	3	4	5	6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim.....	1	2	3	4	5	6
25. A frequência com que temos relações sexuais.....	1	2	3	4	5	6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais.....	1	2	3	4	5	6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais.....	1	2	3	4	5	6
28. A qualidade das nossas relações sexuais.....	1	2	3	4	5	6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá.....	1	2	3	4	5	6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim.....	1	2	3	4	5	6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim.....	1	2	3	4	5	6
35. A partilha de interesses e actividades.....	1	2	3	4	5	6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses.....	1	2	3	4	5	6
38. Os nossos projectos para o futuro.....	1	2	3	4	5	6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.....	1	2	3	4	5	6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação.....	1	2	3	4	5	6
41. O aspecto físico do meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico.....	1	2	3	4	5	6
43. As características e hábitos do meu cônjuge.....	1	2	3	4	5	6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos.....	1	2	3	4	5	6

ANEXO VI

WHOOQOL (BREF) – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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



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

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

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

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHOQOL-BREF 3

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO VII

ISS – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL

ISS (Índice de Satisfação Sexual)

(Hudson et al, 1981, Validação portuguesa por Vieira e Pechorro, 2005)

Este questionário foi projectado para medir o grau de satisfação que tem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro. Não é um teste, logo não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada item de forma tão cuidadosa e precisa quanto puder, colocando um número de acordo com a escala seguinte.

- 1 = Nunca;
- 2 = Muito raramente
- 3 = Poucas vezes
- 4 = Algumas vezes
- 5 = Bastantes vezes
- 6 = A maioria das vezes
- 7 = Sempre

1. ____ Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.
2. ____ A nossa vida sexual é muito excitante.
3. ____ O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.
4. ____ O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.
5. ____ Sinto que o nosso sexo é sujo e desagradável.
6. ____ A nossa vida sexual é monótona.
7. ____ Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.
8. ____ Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.
9. ____ O meu companheiro é sexualmente muito excitante.
10. ____ Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.
11. ____ Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.
12. ____ Penso que o nosso sexo é maravilhoso.
13. ____ O meu companheiro insiste demasiado no sexo.
14. ____ Tento evitar o contacto sexual com o meu companheiro.
15. ____ O meu companheiro é demasiado rude ou bruto quando fazemos sexo.
16. ____ O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.
17. ____ Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.
18. ____ O meu companheiro não quer fazer sexo quando eu quero.
19. ____ Sinto que a nossa vida sexual é uma mais valia para o nosso relacionamento.
20. ____ O meu companheiro parece evitar o contacto sexual comigo.
21. ____ É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.
22. ____ Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo.
23. ____ O meu companheiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais.
24. ____ O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.
25. ____ Sinto que a minha vida sexual é aborrecida

ANEXO VIII

QUESTÕES PARA APROFUNDAR A INFLUÊNCIA DA MENOPAUSA NO RELACIONAMENTO CONJUGAL E VICE-VERSA

Por favor responda o mais pormenorizadamente possível a cada questão.

1. De que forma é que o climatério/menopausa tem influenciado o relacionamento com o seu parceiro?

2. De que forma é que o relacionamento com o seu parceiro tem influenciado a sua vivência/experiência do climatério/menopausa?

3. Tem sentido necessidade de recorrer aos serviços de saúde por causa desta etapa de vida (climatério/menopausa)?

SIM

NÃO

4. Que tipo de apoio/acompanhamento é que tem recebido?

5. De que forma é que os profissionais de saúde podem contribuir para uma saudável vivência/experiência do climatério/menopausa?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO IX

AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

ACEs Odivelas
2-6-2011
Exm^a Directora Executiva
ACES-ODIVELAS
Directora Executiva do ACES Odivelas/Pontinha
Dr^a Margarida Vale

*Saben se Dr^a Margarida
já deu aval a este
inquérito*

Assunto: Pedido de autorização para realização de um Estudo sobre Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal

Maria Helena Valente Presado, Prof. Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e Doutoranda no Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Aberta, encontra-se a realizar a tese de doutoramento sobre *Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal*.

Com o estudo pretende-se identificar a influência da menopausa no relacionamento conjugal, visando identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivência desta etapa da vida com qualidade e bem-estar.

Solicitamos, para o efeito, que V^a Ex^a se digne autorizar a aplicação de um questionário, a casais inscritos no ACES que V^a Ex^a dirige.

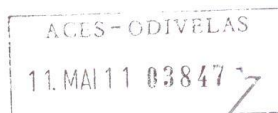
Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato de todos os participantes. A participação no estudo é voluntária e os colaboradores têm o direito de decidir se querem ou não participar, podendo desistir a qualquer momento. Gostaria no entanto de salientar a importância da colaboração para a realização deste estudo.

Estamos à disposição para os esclarecimentos adicionais necessários, garante-se o acesso aos resultados obtidos no final do estudo e agradecemos a colaboração.

Certa de V. melhor atenção, subscrevo-me com estima e consideração

Lisboa, 2 de Maio de 2011

Helena Presado
Tlm: 91 471 02 15 ; e-mail: mhpresado@esel.pt



UNITO INTERESSE PARA O TÍTULO / ACES X
AUTORIZO A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
ANEXO

ACES X
Cacém / Queluz

05 MAIO 2011

ENTRADA N.º 1221

Exm.ª Sr.ª
Directora Executiva do ACES IX (Queluz-Cacém)
Dr.ª Maria Clara Pais

2011.05.0
ACES - X
Directora Executiva
Maria Clara Pais

Assunto: Pedido de autorização para realização de um Estudo sobre Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal

Maria Helena Valente Presado, Prof. Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e Doutoranda no Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Aberta, encontra-se a realizar a tese de doutoramento sobre *Saúde, Menopausa e Relacionamento conjugal*.

Com o estudo pretende-se Identificar a influência da menopausa no relacionamento conjugal, visando identificar as necessidades dos casais em termos de formação/educação e vigilância da saúde para uma vivencia desta etapa da vida com qualidade e bem-estar.

Solicitamos, para o efeito, que V.ª Ex.ª se digne autorizar a aplicação de um questionário, a casais inscritos no ACES que V.ª Ex.ª dirige.

Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato de todos os participantes. A participação no estudo é voluntária e os colaboradores têm o direito de decidir se querem ou não participar, podendo desistir a qualquer momento. Gostaria no entanto de salientar a importância da colaboração para a realização deste estudo.

Estamos à disposição para os esclarecimentos adicionais necessários, garante-se o acesso aos resultados obtidos no final do estudo e agradecemos a colaboração.

Certa de V.ª melhor atenção, subscrevo-me com consideração

Lisboa, 2 de Maio de 2011

Helena Presado

Tlm: 91 471 02 15; e-mail: mhpresado@esel.pt

Apois apresentaçãõ do Estudo de investigaçãõ pela doutoranda em Neurol de Conselho Clínico, entende-se que a temãtã a estudar se reveste de especial interesse para a definiçãõ de estratégias de abordagem mais ajustadas às necessidades dos casais e não implica grande dispendio de tempo e profissionais durante a colaboraçãõ na aplicaçãõ do questionário à pop. alvo. Neste sentido, apresento em defesa do pedido de autorizaçãõ para a realizaçãõ do estudo e informar mais do nosso interesse em conhecer os resultados do mesmo.

CRISTINA COELHO
Enf.ª Chefe de G. C. de
ACES X - CACÉM/QUELUZ
Assinatura 5/5/2011

Enviado: segunda-feira, 11 de Abril de 2011 16:13

Para: [MARIA HELENA CARVALHO VALENTE Presado](#)

Cc: [antonio.diniz \[antonio.diniz@netcabo.pt\]](#); [Rui Vieira \[ruivie2@gmail.com\]](#)

Boa tarde

Tem a minha autorização para utilizar a escala ISS.

Melhores cumprimentos,
Pedro Pechorro

Enviado: quarta-feira, 27 de Abril de 2011 2:57

Para: [MARIA HELENA CARVALHO VALENTE Presado](#)

Anexos:  [EASAVIC.doc \(89 KB\) \[Abrir como Página Web\]](#);  [Dados Psicométricos EASAVIC.doc \(214 KB\) \[Abrir como Página Web\]](#)

Cara colega

Com certeza que pode utilizar a EASAVIC. Envio-lhe os dados do último estudo realizado (ainda não publicado) com uma amostra muito superior à do estudo original.


Bom trabalho. Acho o tema muito interessante!

Os meus cumprimentos

Isabel Narciso

Enviado: sexta-feira, 6 de Maio de 2011 18:37

Para: MARIA HELENA CARVALHO VALENTE Presado

Anexos:  [WHOQOL-BREF.zip \(206 KB\)](#)

Cara Dra. Helena Presado,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref
- manual de aplicação e cotação
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whoqolbref.htm> poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradece se pudesse, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P´lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro