



PREOCUPAÇÕES COM A FORMA CORPORAL EM
MULHERES NA MENOPAUSA

SOFIA FRANCO PEREIRA CRISTINA

Orientador de Dissertação:

MESTRE FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Mestre Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade de
Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037/2007 publicado

em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Filipa Pimenta, pela dedicação, respeito e frontalidade que sempre teve comigo, pela oportunidade que me deu e pelo conhecimento que me foi transmitindo ao longo deste ano;

A todas as colegas desta cadeira de mestrado, que sem o empenho de todas não seria possível a realização deste trabalho;

E principalmente, em especial, às minhas colegas Diana e Joana, pelo companheirismo, apoio, afecto e simpatia;

À minha avó, que embora já não esteja connosco neste momento, foi um grande apoio durante todo o meu percurso de vida e em particular durante a minha frequência nas aulas do mestrado.

RG40/Anexo III – Resumos ISPA - IU

NOME: Sofia Franco Pereira Cristina

Nº ESTUDANTE: 18156

CURSO: Mestrado

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia da Saúde

ANO LECTIVO: 2009-2010

ORIENTADOR: Prof. Filipa Pimenta

DATA: 22 de Novembro 2010

Preocupações com a forma corporal em mulheres na menopausa

RESUMO

A menopausa manifesta-se pelo cessar da menstruação. A mulher nesta fase sente diversos sintomas físicos e psicológicos que afectam a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Pretendeu-se averiguar se mulheres em diferentes fases da menopausa apresentam níveis diferentes de preocupações com a imagem corporal. Participaram no estudo 364 mulheres, com uma média de idades de 50,55 ($DP=5,244$), variando entre os 42 e 60 anos, constituindo uma amostra de conveniência. De forma a medir as preocupações com a forma corporal, foi utilizado o Questionário de Imagem Corporal (QIC), assim como um questionário de dados sociodemográficos e um questionário de saúde. Em relação à existência de diferentes níveis de preocupações com a forma corporal em mulheres em diferentes fases da menopausa, não foram encontradas diferenças significativas. Também em relação a se mulheres praticantes de exercício físico apresentavam níveis mais elevados de preocupações com a forma corporal, em relação às mulheres não praticantes, não foram encontradas diferenças significativas. Em relação à correlação entre as preocupações com a forma corporal e o índice de massa corporal foram encontradas correlações moderadas, positivas e significativas; já entre as preocupações com o corpo e a frequência e intensidade do exercício físico e entre o índice de massa corporal e o exercício físico foram encontradas correlações baixas, positivas e significativas. Apesar das preocupações com o peso e imagem corporal serem uma constante durante a vida da mulher, o que é evidenciado pela literatura, é que estas preocupações tornam-se mais elevada na fase da menopausa. As mulheres pertencentes à amostra em estudo, parecem

vivenciar as alterações ocorridas na fase da menopausa de forma menos intensa, no que respeita às preocupações com a imagem corporal.

Palavras-chave: imagem corporal, exercício físico, menopausa

Body shape concerns in postmenopausal women

ABSTRACT

Menopause is manifested by the cessation of menstruation. The woman feels at this stage various physical and psychological symptoms that affect their quality of life and well-being. It was intended to investigate whether women at different stages of menopause have different levels of body shape concerns. Participants of this study were recruited by a convenience method. The sample encompasses 364 women, with a mean age of 50, 55 ($SD=5,244$), ages varying between 42 and 60 years. In order to measure the concerns with body image, we used the Body Shape Questionnaire (BSQ) and a sociodemographic questionnaire and a health questionnaire. Regarding the existence of different levels of body shape concerns in women at different stages of menopause, there were no significant differences. Also in relation to women-exercising had higher levels of body shape concerns, compared to women not practicing, there were no significant differences. Regarding the correlation between concerns about body image and body mass index correlations were moderate, positive and significant, already between the concerns with the body and the frequency and intensity of exercise and also between body mass index and physical activity were low correlations, positive and significant. Despite concerns about weight and body image to be constant during a woman's life, which is evidenced by the literature, these concerns become higher during menopause. Women in this study, seem to experience the changes in menopause with less intensity, in relation to concerns about body image.

Key- words: body shape concerns, physical exercise, menopause

Índice

1. Introdução	8
2. Revisão de Literatura	10
2.1 Menopausa	12
2.2 Idade da Menopausa	12
2.3 Factores e Sintomas Associados	13
2.4 Estilos de Vida e Menopausa	14
2.5 Obesidade e Imagem Corporal na Menopausa	15
2.6 Exercício Físico e IMC na Menopausa	20
2.7 Modelos em Psicologia	27
2.7.1 Modelo de Crenças de Saúde	29
3. Método	30
4. Resultados	37
5. Discussão	48
6. Conclusão	55
7. Referências Bibliográficas	57
8. Anexos	

Anexo I – Consistência Interna do QIC

Anexo II – KMO do QIC

Anexo III – Análise Factorial do QIC a 4 factores

Anexo IV – Análise Factorial do QIC a 3 factores

Anexo V – Análise Factorial do QIC a 2 factores

Anexo VI – Análise Factorial do QIC – Comunalidades

Anexo VII – Análise Factorial do QIC – Total da Variância Explicada

Anexo VIII - Análise Factorial do QIC – Component Matrix

Anexo IX – Normalidade e Homogeneidade QIC

Anexo X – Diferenças Estados de Menopausa

Anexo XI – Normalidade e Homogeneidade Exercício Físico

Anexo XII – Diferenças Exercício Físico

Anexo XIII- Correlação Preocupações com o corpo X IMC

Anexo XIV – Correlação Exercício Físico X Preocupações com o Corpo

Anexo XV – Correlação IMC X Exercício Físico

1. Introdução

Uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Com o processo de envelhecimento existem mudanças principalmente na estatura, no peso e na composição corporal. Apesar do alto componente genético no peso e na estatura dos indivíduos, outros factores, como dieta e actividade física, factores psicossociais e doenças, entre outros, estão envolvidos nas alterações desses dois componentes durante o envelhecimento.

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal, no qual se podem reconhecer aspectos físicos e fisiológicos inerentes. Essas mudanças, próprias do envelhecimento com alterações anatómicas e funcionais, não são produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo (Freitas et al., 2002).

Actualmente, 10% da população mundial feminina está a atravessar a fase de menopausa ou já passou por esta experiência. Prevê-se que, durante a próxima década, 2% do total das mulheres no mundo irá chegar a este período das suas vidas (Skouby, 2004, cit. por Pimenta, Leal & Branco, 2007).

É hoje sabido que mulheres que se encontram na menopausa, enfrentam inúmeras mudanças que podem levar à perda de aptidão física, especialmente se forem sedentárias. O sedentarismo é visto hoje como um risco para a saúde, e a actividade física como um dos principais factores para a prevenção de doenças e aumento da qualidade de vida. O exercício físico é fundamental para manter a boa forma física e psicológica melhorando a saúde, em geral (Passos et al., 2001). Também o avanço tecnológico trouxe consigo várias facilidades ao nosso dia-a-dia, como a utilização do controle remoto, do elevador, do carro e dos mais variados electrodomésticos, entre outros. Toda essa comodidade da vida moderna é uma das causas prováveis do alto índice de obesos e sedentários que vem sendo observado na população dos mais diversos lugares do mundo. Em diversas fases da vida, a mulher sofre alterações na sua composição corporal, principalmente em relação à gordura. Após a menopausa, ocorre um acumular de gordura e a massa corporal da mulher tende a alterar-se

dos 55 aos 65 anos devido a uma maior perda de massa magra em detrimento do ganho de massa gorda.

Sabe-se que os indivíduos utilizam a própria imagem corporal para expressar as suas emoções, crenças, objectivos e comportamento.

Com base nesta informação, pretende-se com este estudo averiguar se mulheres em diferentes estádios da menopausa têm níveis diferentes de preocupações com o corpo.

2. Revisão de Literatura

2.1 A Menopausa

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade têm contribuído para um envelhecimento global da população. Como consequência, há uma percentagem cada vez maior da população feminina que está em pós-menopausa. Actualmente, as mulheres vivem cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa e este número compreende cerca de 10% da população de todo o mundo.

O envelhecer é um processo da vida inteira, é multidimensional e multidirecional, que varia no ritmo e no sentido das mudanças (ganhos e perdas) nas diversas características de cada indivíduo e entre indivíduos (Heikkinen, 2003). O envelhecimento pode ser definido como uma série de processos que ocorrem nos organismos vivos e que com o passar do tempo levam à perda da adaptabilidade, à alteração funcional e termina com a morte (Matsudo, 1997). Estes processos ocorrem a nível físico, social e psicológico havendo uma interligação entre os três níveis.

Segundo Spirduso (2005), o envelhecimento é um processo complexo que envolve muitas variáveis (por exemplo, genética, estilo de vida, doenças crónicas) que interagem entre si e influenciam significativamente o modo como alcançamos determinada idade. Este autor considera o envelhecimento um processo multifactorial que se caracteriza pela diminuição progressiva da capacidade funcional de todos os tecidos e órgãos do corpo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), estima-se que em 2030, cerca de 1,2 bilhões de mulheres terão mais de 50 anos, um número três vezes maior do que em 1990. Segundo estudo de Ginsberg (1991), entre 1990 e 2000, aproximadamente 24,5 milhões mulheres passaram pela menopausa, em cada ano; cerca de 5 milhões delas anualmente na China. Em 2020, o dobro das mulheres chegarão à menopausa em cada ano, e metade destas

mulheres pós-menopáusicas estarão na Ásia. A média da idade da menopausa na Europa e nos E.U.A. é de 50 anos, uma média de idade que não parece ter mudado ao longo dos últimos 100 anos.

Já na antiguidade, a menstruação era considerada um mecanismo para eliminar substâncias impuras e tóxicas. Assim, com a chegada da amenorreia, os produtos perigosos para a saúde da mulher seriam acumulados, provocando alterações do humor e até situações de loucura. A mulher é situada, então, numa condição desfavorável em relação ao homem, sendo considerada como um ser diminuído e socialmente irrelevante como resultado da sua infertilidade (López 1997, cit. por Serrão, 2008).

Actualmente a menopausa tem sido definida como um evento singular, consequência da cessação das menstruações, ou como um processo que envolve os estádios da perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Hammond, 1994, cit. por Serrão, 2008).

A menopausa é um fenómeno fisiológico que marca o fim da vida reprodutiva de uma mulher e ocorre universalmente em todas as mulheres que chegam à meia-idade. Do ponto de vista do modelo biomédico, entende-se por fase de menopausa o período durante o qual ocorre a cessação das menstruações, decorrendo esta da redução gradual do funcionamento dos ovários, verificando-se uma diminuição da libertação mensal de óvulos e da produção de estrogénios.

Do grego *men* (mês) e *pausis* (cessação), a menopausa reporta-se à última menstruação confirmada pela subsequência de um ano de amenorreia; desta forma, a menopausa é um acontecimento que apenas pode ser definido de forma retrospectiva (Pimenta, Leal & Branco, 2007).

Existe um início de uma nova fase, com diversas implicações biopsicossociais, associada à paragem definitiva da menstruação e ao limite da fertilidade a que chamaram de “síndrome climatérica” (Botell, Domínguez & Pinero, 2001, cit. por Serrão, 2008). Uma definição apresentada para síndrome climatérica é que esta agrupa “quatro entidades fisiopatológicas: a hemorragia uterina disfuncional, a síndrome vasomotora, a síndrome psiconeurofisiológica e a atrofia genito-urinária” (Ferrer et al, 2000; cit. por Serrão, 2008).

A fase do climatério consiste no período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva (Gouveia da Silva, 1999, cit. por Serrão, 2008). Segundo a OMS (1996; cit. por Serrão 2008) existem quatro estádios do ciclo menstrual: (a) a pré-menopausa, definida pela

regularidade menstrual durante os últimos doze meses; (b) a peri-menopausa, período de tempo que vai de dois a oito anos 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, aumentando o número de dias entre menstruações e caracteriza-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endocrinológicos, e psicológicos que marcam o fim da etapa reprodutiva; (c) a menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (só pode ser estabelecida em retrospectiva, após doze meses consecutivos de amenorreia), resultado da perda de actividade folicular; (d) e a pós-menopausa, que se inicia após a última menstruação.

2.2 Idade da Menopausa

De acordo com Oldenhave et al. (1994; cit. por Serrão 2008) existe um amplo espectro de idades na ocorrência da menopausa, pois pode ocorrer entre os 39 anos e os 59 anos, no entanto, na perspectiva de Rosvold-Brenholtz e de Singer e Hunter (1995, 1999; cit. por Serrão 2008) a média ronda os 51 anos. Na população portuguesa, a média de idades em que ocorre a menopausa natural ronda os 48 anos, segundo Silva et al. (1999; cit. por Serrão 2008). Na perspectiva de Serrão (2008), poderão existir factores socioeconómicos, ambientais, raciais, nutricionais ou ainda uma combinação multifactorial que possa explicar, de alguma maneira, as variações observadas ao nível da idade de início da menopausa. Ayatollahi, Ghaem e Ayatollahi (2005) realizaram um estudo para determinar a idade média da menopausa natural numa amostra de mulheres na cidade de Shiraz e medir sua associação com factores sociodemográficos. Neste estudo concluíram que o nível de escolaridade e estado civil não estavam relacionados com a idade da menopausa, mas quando comparado com as mulheres que nunca se casaram, houve diferenças significativas. Também em relação ao nível socioeconómico, a classe social mais baixa estava altamente associada à pré-menopausa. Também Garrido-Latorre et al. (1996) e Torgerson et al. (1994) concluíram que o aparecimento de uma menopausa natural precoce, está associado a classes socioeconómicas mais baixas. Num estudo mais actual de Gold et al. (2001) concluíram que um baixo nível de realização profissional devido a baixa escolaridade ou o desemprego estão relacionados com o aparecimento de menopausa natural em idades mais precoces, embora não exista relação entre a dificuldade de compra de bens essenciais e a idade precoce para a menopausa natural. Também Wise, Krieger, Zierler e Harlow (2002) estudaram as implicações das condições socioeconómicas na idade de entrada na menopausa e concluíram que condições

socioeconómicas adversas ao longo da vida, quando medidas em termos de dificuldades económicas e baixo nível educacional, podem estar associadas a um aumento da taxa de entrada na peri-menopausa.

2.3 Factores e Sintomas Associados

Tem sido relatado por diversos autores que a menopausa é um acontecimento fisiológico na vida das mulheres; é causada pelo envelhecimento dos ovários, que conduz à diminuição da produção de estrógeno e progesterona (gonadotrofinas). A deficiência destas hormonas provoca vários sintomas somáticos, vasomotores, psicológicos e sexuais que prejudicam a qualidade geral de vida das mulheres. Experimentar os sintomas da menopausa envolve não só uma interacção complexa entre factores sócio-culturais, psicológicos e ambientais, mas também as mudanças biológicas relacionadas com o estado hormonal alterado ou deficiência do ovário (Dennerstein, Dudley, Hopper, Guthrie & Burger, 2000).

Segundo Silva e Silva (1999; cit. por Serrão, 2008) surgem vários sintomas de ordem física, tais como afrontamentos, suores nocturnos, fragilidade óssea, perda de elasticidade e lubrificação, assim como também surgem várias consequências psicológicas associadas à perda de estrogénio, que segundo Bottell et al. e Demetrio (2001; 2000; cit. por Serrão 2008) poderão passar por ansiedade, stresse, depressão e irritabilidade.

Num estudo muito recente de İnceboz, Demirci, Özbasaran, Çoban & Nehir (2010) sobre os factores que afectam a gravidade dos sintomas da menopausa e da qualidade de vida entre as mulheres que vivem em Manisa, uma cidade a oeste da Turquia, numa amostra de 268 mulheres com idades entre os 40 e os 60 anos, concluíram que, a qualidade de vida foi negativamente afectada pela gravidade dos sintomas da menopausa, pela baixa escolaridade da amostra, pelo conhecimento limitado sobre os sintomas da menopausa e pelo excesso de peso. Os resultados mostraram que, um terço das mulheres do estudo não tinham conhecimento sobre a menopausa, logo aquelas que tinham esse conhecimento tinham maior qualidade de vida, tendo esse conhecimento sido transmitido através dos media ou de amigos e revelaram-se importantes fontes de conhecimento. O nível educacional também teve um impacto positivo sobre os sintomas da menopausa; assim, uma mulher com um nível de educação pode lidar melhor com os sintomas da menopausa. Ainda no mesmo estudo, e sabendo que a menopausa pode causar ganho de peso e uma mudança na distribuição da gordura, os resultados também mostraram que um quarto das mulheres apresentaram IMC

normal e as restantes apresentaram excesso de peso ou eram obesas. Em relação ao nível socioeconómico, também os autores encontraram um impacto positivo para alguns domínios da qualidade de vida. Como conclusão neste estudo, os autores destacam que a gravidade dos sintomas da menopausa está inversamente correlacionada com a qualidade de vida de mulheres no climatério. Assim, poderão aumentar a qualidade de vida destas mulheres, aumentando o seu nível de escolaridade e conhecimento da menopausa, ajudando-as a perder peso, e também diminuindo os sintomas da menopausa.

Ainda segundo Nisar e Ahmed Sohoo (2010), num estudo sobre a gravidade dos sintomas da menopausa e o impacto na qualidade de vida nos diferentes estados da menopausa em 15721 mulheres com idades entre os 40 e os 70 anos de uma aldeia rural no Paquistão, concluíram que os resultados foram significativamente elevados para os sintomas somáticos e psicológicos na peri e pós-menopausa e que a gravidade dos sintomas da menopausa diminui a qualidade de vida no quotidiano de vida rural dessas mulheres.

2.4 Estilos de Vida e Menopausa

Fernández et al. (2003) referem que há evidência de que o estilo de vida tem um forte impacto sobre a preservação da saúde. O estilo de vida da mulher na menopausa é muito importante, uma vez que a redução da ingestão de álcool, do consumo de tabaco, a ingestão de uma dieta adequada, realização de exercício físico e o bem-estar físico e psíquico são fundamentais para diminuir o risco de patologias (doenças cardiovasculares, osteoporose e cancro) que podem ser potenciadas pela diminuição dos níveis hormonais. Tendo em conta que metade das mortes atribuem-se ao estilo de vida e à dieta, a atenção na saúde da mulher deverá basear-se fundamentalmente em aspectos preventivos e de promoção da saúde.

Na perspectiva de Mendonça, (2004, cit. por Kantoviski & Vargens, 2010) a imagem da mulher feminina, construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude e na fertilidade, atinge profundamente a identidade da mulher. Nesse sentido, a menopausa representada como um momento crítico, afecta negativamente a construção da sua auto-imagem. Por isso, é preciso que as mulheres entendam a menopausa não como a porta de entrada para a velhice mas sim, como o início de uma nova vida repleta de novos interesses e perspectivas.

Helman (2000; cit. por Patel et al., 2005) refere que em todas as culturas o corpo é um aspecto importante da opinião pública, é um importante comunicador social de uma posição na

sociedade. Inerente é também a noção cultural de beleza e do tamanho ideal e forma do corpo. A sociedade ocidental referencia que o ideal de magreza e a pressão para o conseguir, especialmente nas mulheres, é elevado (Striegel-Moore et al., 1986).

Segundo McKinley (2006) as mulheres internalizam os padrões culturais do corpo e ligam-nos à sua identidade, o que pode resultar em sentimentos de vergonha com o corpo, quando essas normas não são preenchidas. Na perspectiva de Martin (1997; cit. por McKinley, 2006) quando as mulheres envelhecem, ganham peso e experienciam outras mudanças fisiológicas, como a menopausa e alterações na pele e no tónus muscular, que são socialmente designados como a degeneração. Segundo Tiggemann (2004), a menopausa está associada com mudanças fisiológicas relacionadas com a redistribuição da gordura, que pode servir também como um marcador psicológico que as mulheres associam com a idade, de outras alterações corporais relacionadas que não são necessariamente causados pela menopausa.

2.5 Obesidade e Imagem Corporal na Menopausa

Segundo Carmo et al. (2007; cit. por Pimenta, Leal, Branco & Maroco, 2009) num estudo a nível nacional entre 2003 e 2005 com 8116 participantes, a prevalência de excesso de peso na população adulta com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, é em média 39,4% e de obesidade é igual a 14,2%. É ainda referido pelos autores que houve um aumento da prevalência de excesso de peso/obesidade em Portugal, sendo que no período de 1995-1998 era de 49,6%, passando agora para 53,6%. Ainda segundo o mesmo estudo, níveis baixos de habilitações literárias e de escalão socioeconómico encontram-se relacionados com uma maior prevalência de obesidade na população adulta.

A imagem corporal refere-se à atenção e avaliação da própria atractividade física e aparência geral de um indivíduo (Kelson, Keamey-Cooke & Lansky, 1990; Silberstein, Striegel-Moore, Timko, & Rodin, 1988; cit. por Koch, Mansfield, Thureau & Carey, 2005) e que segundo Crose (2002, cit. por Koch, Mansfield, Thureau & Carey, 2005) envolve três componentes: a atractividade sexual, preocupações com peso e a condição física da mulher. As normas sociais e culturais, bem como as atitudes da mulher, as crenças cognitivas, afectivas e orientação, afectam a imagem corporal.

De acordo com Thompson et al. (1999, cit. por Hausenblas & Fallon, 2006) a teoria mais empiricamente suportada e que explica a aquisição e a manutenção do distúrbio da imagem corporal é a teoria sociocultural; a premissa desta teoria é que as pressões sociais tais como os media, os amigos e a família, são o catalisador para o desejo das pessoas se conformarem com padrões físicos irrealistas, que são difíceis de conseguir sem fazer dieta rigorosa, exercício intenso, ou ambos. Assim, não é de estranhar que a gestão da imagem corporal seja um forte motivador para a participação da actividade física segundo McDonald e Thompson (1992, cit. por Hausenblas & Fallon, 2006).

Segundo Koch, Mansfield, Thureau e Carey (2005) num estudo com 307 mulheres perceberam que independentemente da idade específica da mulher, esta estava mais propensa a considerar-se mais atraente quando tinha menos 10 anos e a sua auto-percepção de atractividade não diferiu significativamente em relação ao seu estado de menopausa. Isto pode ser explicado se tivermos em conta que a percentagem de gordura corporal geralmente duplica antes de as mulheres chegarem aos 50 anos, altura que corresponde ao momento em que estão a chegar à menopausa; o peso também tende a ser redistribuído para que os seios se tornem maiores, para que a cintura engrosse e verifica-se um aumento de gordura na parte superior das costas. Estes resultados são congruentes com as pesquisas anteriores sobre a imagem corporal das mulheres, indicando que é a norma as mulheres estarem insatisfeitas com seus corpos. Ao longo da sua vida, o seu peso tende a ser um problema recorrente, e esta preocupação é bastante evidente entre as mulheres de meia-idade (Rodin et al., 1984; cit por Koch, Mansfield, Thureau & Carey, 2005).

Vocks, Hechler, Rohrig e Legenbauer (2009) estudaram os efeitos de uma sessão de exercício físico na imagem corporal e estado de humor associado. Concluíram que a imagem corporal é automaticamente afectada por uma única sessão de exercício físico e que o humor positivo aumentou significativamente; quanto maior o grau de insatisfação com o corpo, preocupações com o peso e a forma corporal, mais as suas estimativas de tamanho face ao corpo foram influenciadas pela sessão de exercício físico.

Um estudo longitudinal de 10 anos de McKinley (2006) sobre a consciência do corpo, cuidados corporais, atitudes e comportamentos relacionados com o peso, e bem-estar

psicológico em contextos culturais e de desenvolvimento, uma amostra de 74 mulheres de meia-idade e 72 jovens mulheres, mostrou que embora a maioria das mulheres de meia-idade seja susceptível de estar na menopausa, estas deveriam ter uma reduzida vigilância do corpo, mas verificou-se que essas mulheres de meia-idade não registaram mudanças a este nível, contrariando as expectativas e estudos anteriores da autora. Como era de se esperar, e ao longo dos 10 anos, as mulheres de meia-idade tinham um valor mais elevado de IMC, mais peso do que o desejado, e maior insatisfação com o peso do que as mulheres jovens. Neste caso, a mudança para a insatisfação com o peso é coerente com as alterações no IMC na amostra de meia-idade e a literatura sugere que um foco no bem-estar e actividade física poderá melhorar as funções fisiológicas e o bem-estar psicológico deste grupo. Este estudo contribui significativamente para o que se sabe sobre as diferenças de idade na experiência do corpo para estas mulheres, especialmente sendo o único estudo longitudinal sobre a experiência do corpo que examina as mudanças na consciência do corpo e cuidado do corpo ao longo do tempo, bem como a forma como as relações entre essas variáveis e mudanças no bem-estar psicológico, ao longo do tempo. Assim, o aumento exercício pode ter benefícios para as mulheres de meia-idade.

Num outro estudo de McKinley e Lyon (2008), a noção do envelhecimento na mulher e, com quantos anos se sente, é influenciada pela menopausa e perda da fertilidade. Os autores examinaram 74 mulheres com idades entre os 50 e os 68 anos, as suas atitudes em relação à menopausa, a aparência, a ansiedade e auto-estima face ao envelhecimento do corpo. Este autores observaram que as mulheres que tinham atitudes positivas em relação à menopausa e que mantinham uma aparência atraente, durante e depois da mesma, tinha mais auto-estima do que aquelas que não tinham as primeiras características. Observaram ainda que as mulheres têm sentimentos mistos sobre a menopausa, que vão da libertação da necessidade de utilizar um método contraceptivo, aos temores sobre o ganho de peso e perda de atractividade sexual, a diversas verificações do próprio corpo, para decidir o que a menopausa representa para elas. Os autores também observaram que algumas mulheres se esforçaram em pensar sobre o seu "novo" corpo, enquanto outras se apoiaram na sua aparência atraente para continuarem a manter a sua auto-estima.

Vários autores sublinham que as mudanças corporais ocorridas na mulher, tais como ganho de peso, flacidez, perda de cabelo, mudanças na pele (escamação), durante e após a menopausa fazem com que a mulher se sinta menos atraente (Trudel, 2000).

Num estudo de Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard e Morabia (1998) com 1053 mulheres suíças e com idades compreendidas entre os 30 e os 74 anos e onde analisaram qual o peso desejado e os comportamentos de dieta que tinham, concluíram que a maioria das mulheres na meia-idade e mulheres idosas expressaram insatisfação com o seu peso, muitas estavam tentadas a fazer dieta, mesmo as que tinham peso normal.

McLaren, Hardy e Kuh (2003) estudaram a relação entre o tamanho do corpo no passado e a insatisfação com o corpo actualmente em 933 mulheres de meia-idade, sendo que os dados relativos ao peso e à altura foram recolhidos nas idades de 7, 11, 15, 20, 26, 36, 43 e 54 anos. Neste estudo, a insatisfação corporal está associada a eventos de ordem reprodutiva, nomeadamente, a puberdade e a menopausa. Os autores mostraram que o tamanho do corpo no passado, à idade de 7 anos, bem como a trajectória de vida do IMC, diferem nos valores da insatisfação com o corpo na meia-idade. Em relação a estes resultados, os autores concluíram que as mulheres que estavam na pós-menopausa ou que iniciaram a Terapia de Reposição Hormonal (TRH), estavam mais satisfeitas com seu peso do que as mulheres pré-menopáusicas, isto porque mulheres que estavam na pré-menopausa estavam mais cientes de que a transição da menopausa é iminente e poderiam sentir-se, geralmente, mais preocupadas com seus corpos o que poderia conduzir a relatos de insatisfação com o peso, em relação aquelas que tinham terminado a transição ou às que sentiam uma diminuição dos sintomas, devido à fase pós-menopausa ou à TRH. Estes autores defenderam que a menopausa marca um ponto em que a aparência física se torna menos importante para as mulheres.

Para avaliar a relação entre a idade, menopausa, peso corporal e distribuição da gordura corporal, Genazzani e Gambacciani (2006), analisaram as medições da quantidade de tecido corporal total numa população de 2175 mulheres na fase do climatério com e sem terapia de reposição hormonal e concluíram que as alterações endócrinas ocorridas durante a transição da menopausa, em vez do processo de envelhecimento, estão relacionados com as alterações no peso corporal e distribuição de gordura nas mulheres. Os resultados confirmam o aumento

do peso corporal e a mudança para uma distribuição andróide de gordura mais centralizada em certos pontos, em mulheres normais durante todo o período do climatério. Assim, os resultados sugerem que as alterações hormonais do climatério desempenham um papel crítico na determinação do peso corporal e distribuição da gordura corporal.

Um estudo realizado por Stevens e Tiggemann (1998) mostrou que as mulheres de todas as idades experienciam insatisfação corporal, sugerindo que esta pressão é incansável durante todo o ciclo de vida. Ter excesso de peso pode ser sinónimo de carregar um estigma social e desaprovação moral que é angustiante para aqueles cujos corpos não obedecem a imagens de moda de beleza feminina. Parece que as mulheres identificam-se cada vez mais na sua independência, no seu poder enquanto consumidoras, na sua educação e carreiras, e o corpo magro tornou-se uma expressão pública de sucesso, de realização e androginia. As mudanças observadas no perfil biofísico feminino ao longo dos anos, e particularmente na fase climatérica tornam-se uma principal preocupação, pois resultam do ganho ponderal, do aumento da gordura corporal pela obesidade e de alterações na composição e distribuição do tecido adiposo.

Num estudo de Schuler et al. (2008), o objectivo foi comparar a percepção da forma corporal e índice de massa corporal de mulheres afro-americanas e mulheres americanas brancas. A amostra era constituída por 204 mulheres com idades compreendidas entre os 56 e os 84 anos. O estudo procurou determinar se uma maior aceitação dos valores do excesso de peso, níveis mais elevados de satisfação com o corpo, com a forma ou uma subestimação da própria forma do corpo, eram possíveis contribuintes para a maior prevalência de excesso de peso e obesidade presente na amostra de mulheres afro-americanas. Os resultados mostraram que existem diferenças significativas na percepção forma corporal entre as mulheres afro-americanas e mulheres americanas; sugerem que o excesso de peso das mulheres afro-americanas sobrestimou a sua actual forma do corpo e o seu IMC associado a cada um dos nove números identificados pelas mulheres como o sendo a sua actual forma do corpo; este número foi consistentemente maior nas mulheres afro-americanas em comparação às mulheres americanas.

A associação dos comportamentos, a prática regular de actividade física e a manutenção de um estado nutricional adequado, por meio de uma dieta saudável, pode estar relacionada com uma maior satisfação com a vida e melhor saúde psicológica, na perspectiva de Braggion (2002; cit. por Tribess, 2006), minimizando as perdas funcionais comuns à faixa etária acima de 60 anos.

2.6 Exercício Físico e IMC na Menopausa

Para a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2001) muitas actividades do dia-a-dia, tais como caminhar, dançar, jardinar constituem um exercício agradável de movimentos variados, com ritmos suaves; andar todos os dias é uma das melhores formas de praticar exercício. A DGS (2001) recomenda a este propósito que se deve caminhar 30 a 45 minutos por dia considerando que o caminhar é um dos melhores exercícios físicos para todas as idades, podendo a duração do exercício ser aumentada gradualmente e de forma a não cansar demasiado.

De facto conforme a DGS (2001, p. 31) argumenta a cerca das melhorias da actividade: “Caminhar permite usar as pernas, a coxa, os músculos das costas e abdominais a um ritmo e passada adequada. De um ponto de vista fisiológico, é um bom exercício. Desenvolve a tonicidade e a massa muscular, melhora a circulação e o equilíbrio e pode ajudar a reduzir espasmos e contracções dos músculos das costas e das pernas.” A prática de exercício físico regular ajuda a manter o corpo maleável e flexível. Contribui ainda para uma melhoria na postura, no visual, nas forças e no vigor. Desta forma, previne-se a dor e melhora-se a auto-imagem e a auto-estima (DGS, 2000).

De acordo com Fernández et al. (2003) é de conhecimento actual que a actividade física é eficaz para melhorar o estado de saúde, pelo menos, em seis áreas de patologia específica: a hipertensão, doença coronária, obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, osteoporose e bem-estar psicológico diminuído. Há também evidência de que a actividade física em mulheres menopáusicas diminui a mortalidade por todas as causas. O exercício, especialmente associado à dieta, tem efeitos benéficos sobre os factores de risco cardiovascular. O tabagismo e o consumo excessivo de álcool associam-se com um aumento do risco de osteoporose.

O exercício físico e a dieta constituem assim os pilares fundamentais dos cuidados a levar a cabo na menopausa.

São muitos os estudos que sublinham que o exercício físico pode ter influência no aumento do bem-estar psicológico, reforçando a auto-estima e auto-confiança do sujeito, na medida em que há uma maior satisfação em relação ao corpo, aumentam os sentimentos de realização e auto-eficácia (Ogden, 1999, cit. por Vaz & Nodin, 2005).

Para Santana (2003) a actividade física pode ser entendida como um meio importante de promoção de saúde, tornando-se, por isso, imperioso que aproveitemos a tendência cada vez mais generalizada na sociedade, da adopção de modelos de vida correspondentes àqueles habitualmente considerados como determinantes na promoção da saúde – hábitos de vida activa, prática sistemática de exercício físico, etc.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é aceite como o padrão de medida internacional para identificar, da melhor maneira possível, o grau de obesidade de uma pessoa. Podemos assim dizer que a obesidade é uma situação resultante de um excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo. A massa gorda deve compreender 20 a 25 por cento do peso corporal na mulher (Carmo, 2001).

Segundo um estudo de Loland (1998) realizado com 768 mulheres na faixa etária de 18 a 67 anos de idade foi constatado que menores níveis de IMC estavam associados com maiores níveis de satisfação com o peso em todos os grupos de mulheres segundo o nível de actividade física: inactivas, pouco activas, moderadamente activas e muito activas e também que o IMC estava correlacionado de forma significativa com a satisfação corporal para as inactivas e pouco activas.

Num estudo de Mirzaiinjhabadi, Anderson e Barnes (2006) o principal objectivo foi examinar a relação entre a actividade física e o IMC e os sintomas da menopausa em 883 mulheres de meia-idade australianas com idades entre os 45 e os 60 anos. As mulheres seleccionadas responderam a um questionário, que incluiu factores sócio-demográficos (emprego, idade e escolaridade), saúde em geral, uso de terapia de reposição hormonal, tabagismo, padrão de exercício físico e IMC. Este estudo encontrou relações estatisticamente significativas entre o exercício, e sintomas somáticos e psicológicos; o estudo não mostrou

relação estatisticamente significativa entre os sintomas vasomotores e o exercício e também não encontrou relação estatisticamente significativa entre o IMC e os sintomas da menopausa. Este estudo mostrou que o exercício pode ser eficaz no alívio dos sintomas somáticos e psicológicos da menopausa, como depressão e ansiedade.

Estes resultados são um bom contributo para as mulheres que estão interessados em usar as intervenções não farmacológicas para os sintomas da menopausa.

Mekary, Feskanich, Malspeis, Hu, Willett e Field (2009) estudaram a associação entre actividade física e a manutenção do peso num grupo de 46.754 mulheres na fase da pré-menopausa com idades entre os 25 e os 43 anos durante 8 anos. Concluíram que a prática de exercício físico, especialmente quando é mais intensa está associada a uma redução no ganho de peso a longo prazo, e uma maior duração dessa actividade está associada a menor ganho de peso. Os benefícios foram observados com um aumento de actividade física entre os 11 e os 20 minutos por dia, e não foram encontrados mais benefícios para um limite superior. No mesmo estudo identificaram que a actividade de jogging/ corrida com a mesma duração, parece ser a maior protecção contra o ganho de peso, identificando que a intensidade de uma actividade pode modificar o tempo necessário para prevenir o ganho. O comportamento sedentário foi associado ao ganho de peso e, o benefício do aumento da actividade física, independente do nível de actividade, parece ser maior em mulheres com excesso de peso ou com obesidade, do que nas participantes com peso normal.

Numa revisão da literatura de Asikainen, Kukkonen-Harjula e Miilunpalo (2004) sobre o tipo de exercício físico, com especial referência para a melhoria da saúde no início da pós-menopausa, concluíram que o programa deve ser composto pelo menos por 30 minutos de caminhada moderada por dia de 1 a 3 séries, além de exercícios de resistência, duas vezes por semana. Para uma pessoa sedentária, a caminhada é uma forma viável de iniciar o exercício através da sua introdução na vida quotidiana. Também Amer, Sanches e Moraes (2001) constataram que a caminhada, por ser uma actividade aeróbica de fácil acesso, praticada pela maioria das pessoas, e quando realizada sob orientação, poderá proporcionar benefícios importantes para as diversas idades.

Para determinar os efeitos de diferentes programas de exercício de curto prazo nos sintomas da menopausa, saúde psicológica e qualidade de vida em mulheres pós-menopáusicas, 36 mulheres pós – menopáusicas com idade entre os 45 e os 60 anos foram escolhidas para participar num estudo de Ağıl, Abike, Daşkapan, Alaca e Tüzün (2010). As 36 mulheres na pós-menopausa foram divididas aleatoriamente em dois grupos diferentes de exercício: aeróbico e de resistência. O resultado do estudo apoia a ideia de que o exercício físico regular tem efeitos positivos sobre os sintomas somáticos. O efeito do exercício de resistência e do exercício aeróbico nos sintomas climatéricos foram analisados em termos gerais e verificou-se que os efeitos positivos do exercício aeróbico sobre os sintomas da menopausa foram superiores em termos de quantidade de influência. Os exercícios de resistência e exercícios aeróbicos mostraram ter um impacto positivo sobre os sintomas da menopausa, saúde psicológica, depressão e qualidade de vida. Concluiu-se que o aumento obtido na qualidade de vida pode ser paralelo à melhoria observada nos sintomas da menopausa de ambos os grupos. Em relação aos sintomas de depressão, verificou-se que os níveis de depressão tanto com o treino aeróbico como com o de resistência diminuiu significativamente. Segundo os autores, foi visto que tanto os exercícios de resistência como os exercícios aeróbicos têm efeitos semelhantes sobre os sintomas da menopausa, saúde psicológica e qualidade de vida, porém o exercício aeróbico é ligeiramente mais eficaz em termos de quantidade de influência. Revelam que a única coisa que importa, mais que as mulheres pós-menopáusicas participarem em programas de actividade física, é motivá-las a fazer exercício físico regular durante toda a vida.

Num estudo de Shaw, Ebbeck e Snow (2000), que envolvia 44 mulheres na pós-menopausa, com idade entre 50 e 75 anos, após nove meses de actividade física estruturada, realizada três vezes por semana, identificou-se uma associação da satisfação com a imagem corporal com a diminuição da massa gorda.

Num estudo de Elavsky e McAuley (2007) sobre os efeitos na saúde mental, de quatro meses de exercício físico em 164 mulheres sedentárias com idades entre os 42 e os 58 anos, foi evidenciado que a actividade física parece melhorar o humor e a qualidade de vida relacionada com a menopausa, no entanto, outros aspectos da saúde mental pode ser afectada apenas como resultado da redução dos sintomas da menopausa; concluíram igualmente que a

caminhada e a ioga foram eficazes, revelando efeitos positivos, no reforço dos afectos positivos e qualidade de vida relacionadas com a menopausa e que reduziu os afectos negativos. Existem poucos estudos que documentam o benefício das modalidades de exercício alternativo tais como a ioga, mas a prática de ioga melhora o bem-estar mental ou emocional, reduz o stress e aumenta a energia dos praticantes.

Riesco et al. (2008) estudaram o impacto de um programa de 3 semanas para redução de peso que combinava dieta e actividade física aeróbia (90 minutos/ 6 dias por semana) e tendo em conta o perfil metabólico, os comportamentos alimentares e estado de saúde geral percebido como sedentário, comparando mulheres na pré e na pós-menopausa, moderadamente obesas. Apesar da curta duração do programa, os autores conseguiram perceber que o programa de redução de peso, que combinou a actividade física aeróbica e dieta, promoveu a perda de massa corporal e de massa gorda, a redução na circunferência da cintura e, portanto, na adiposidade visceral e teve um impacto favorável sobre os índices metabólicos seleccionados, no comportamento alimentar e na percepção do estado de saúde nas mulheres na pré e pós-menopausa. Os autores referem ainda que o facto das melhorias terem sido observadas também no estado de pré-menopausa, revelam que o estado de menopausa, ao invés do envelhecimento por si só, tem influência sobre algumas respostas metabólicas e comportamentais de perda de peso.

De Lorenzi, Danelon e Saciloto (2005) fizeram um estudo com o objectivo de avaliar os factores indicadores da sintomatologia climatérica em 254 mulheres com idades entre os 45 e os 60 anos e concluíram que a sintomatologia climatérica mostrou-se significativamente mais intensa entre as mulheres que não tinham uma actividade física regular. A raça caucasiana, as atitudes positivas em relação à menopausa e a prática regular de exercício físico associaram-se a menor sintomatologia climatérica. Em contrapartida, entre as mulheres que não se consideraram de raça caucasiana, sem actividade física regular e, com atitudes negativas sobre a menopausa, os sintomas climatéricos revelaram-se significativamente mais intensos. Já um estudo de Stevenson, Davy, Jones, Desouza e Seals (1997) com 52 mulheres com idades entre os 55 e os 59 anos corrobora os resultados do estudo anterior, estes autores concluíram que o exercício físico estimula a secreção de endorfinas hipotalâmicas, substâncias estas envolvidas na termorregulação hipotalâmica, reduzindo os sintomas vasomotores. Promove o

fortalecimento muscular, a manutenção da mobilidade articular e da capacidade respiratória, além de menor acúmulo de gordura. No geral a actividade física contribui ainda para uma melhoria da imagem corporal, aumentando a auto-estima feminina.

Segundo Martins et al. (2008) o exercício físico pode desempenhar um papel - chave na gestão de peso a longo prazo, influenciando os processos fisiológicos como o metabolismo energético e apetite, bem como os aspectos psicológicos como a auto-eficácia, a imagem corporal ou humor. O estudo de Mata et al. (2009), apresenta uma amostra constituída por 239 mulheres com excesso de peso e mulheres moderadamente obesas com idades entre os 23 e os 50 anos. Este estudo está essencialmente focado na auto-motivação e adesão ao exercício, com o objectivo de controlar o peso a longo prazo. Em 12 meses (final da intervenção), o grupo de intervenção aumentou a perda de peso tendo apresentado maiores níveis de actividade física / exercício. A motivação para o exercício predisso a regulação de comer para além da auto-determinação geral e motivação para o tratamento. Isso sugere que não é apenas a auto-determinação geral e a motivação para a regulação de comer, mas que também a motivação para um exercício específico contribui para uma melhoria no comportamento alimentar. Maior auto-determinação e motivação para o exercício parecem facilitar a melhoria na auto-regulação da alimentação durante o controle de peso nas mulheres. Estes mecanismos motivacionais também sustentam a relação entre a melhoria no exercício e regulação de comer.

Num estudo de Mirzaiinjmadadi et al. (2006), o principal objectivo foi verificar a relação entre actividade física e o IMC sobre os sintomas da menopausa em mulheres australianas de meia-idade. Este estudo concluiu que existem relações estatisticamente significativas entre o exercício, e os sintomas somáticos e psicológicos, sem nenhuma associação vista para os sintomas sexuais e os sintomas vasomotores; também não encontraram nenhuma relação entre IMC e sintomas da menopausa.

Os resultados sugerem que o exercício é eficaz no alívio de sintomas somáticos e psicológicos, incluindo depressão e ansiedade. Os autores sugerem ainda que estes resultados são uma notícia promissora para as mulheres que estão interessadas em usar intervenções não-farmacológicas para o alívio de alguns sintomas da menopausa.

Num estudo de Hós (2005) com a durabilidade de um ano, o objectivo foi investigar os efeitos de um programa profissionalmente guiado de exercícios aeróbicos de dança, na auto-imagem e auto-estima das mulheres de meia-idade. O autor concluiu que o programa de exercícios aeróbicos de dança teve efeitos positivos sobre a auto-imagem das mulheres de meia-idade. Os resultados mostraram melhoras significativas ao nível da imagem corporal nas mulheres que participaram no programa de exercícios aeróbicos, enquanto a imagem corporal do grupo de controlo permaneceu a mesma. Um ano sistemático do programa de dança aeróbica teve um efeito positivo na auto-imagem, auto-estima e condição física das mulheres de meia-idade. Com base nos resultados podemos concluir que uma imagem corporal positiva pode melhorar, influenciar e estabilizar a auto-estima. Além disso, podemos supor que a melhoria da auto-estima e auto - imagem pode contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das mulheres de meia-idade e pode compensar os efeitos negativos do período da menopausa. O programa reforçou não só a imagem corporal das mulheres como também a imagem individual, social e moral de si próprias.

Num estudo de Hausenblas e Fallon (2006) sobre a análise do impacto do exercício físico sobre a imagem corporal e variáveis que podem moderar esse relacionamento, concluíram que existe um efeito, revelando que os praticantes de exercício tinham uma melhor imagem corporal do que os não praticantes, revelando que o exercício está associado a um resultado positivo na avaliação da imagem corporal da população em geral.

Com essas mudanças no peso e na estatura, o IMC também se modifica com o transcorrer dos anos. Segundo Spirduso (1995, cit. por Matsudo, 2002) e de acordo com dados recolhidos da população americana, as mulheres atingem o pico do IMC entre os 60 e 70 anos, o que significa que continuam a aumentar o seu peso em relação à estatura por 20 anos mais depois de os homens terem estabilizado o seu valor. De acordo com Fiatarone-Singh (1998^a, cit. por Matsudo, 2002) os sujeitos que se classificam como mais activos têm menor peso corporal, IMC, percentagem de gordura corporal e relação cintura/quadril do que os indivíduos da mesma idade sedentários.

Das revisões de literatura apresentadas anteriormente podemos dizer que a menopausa é uma fase de transição na vida da mulher que traz muitas alterações, quer a nível psicológico, quer a nível físico. Para atingir um peso ideal e com ele associado uma imagem corporal satisfatória,

podemos dizer que o é importante manter uma alimentação equilibrada e praticar frequentemente exercício físico. A actividade física tem um papel de modificação das alterações de peso e composição corporal relacionada com a idade.

2.7 Modelos em Psicologia

Diversos estudos têm tentado explicar a possível relação existente entre a fase do climatério, a saúde e a doença da mulher, tendo até ao momento surgido vários modelos com perspectivas diferentes que podem explicar a menopausa; por exemplo o modelo biomédico, segundo Kantoviski e Vargens (2010), utilizado na perspectiva dos cuidados de saúde, onde a paciente é vista como um conjunto de órgãos que podem adoecer e quando isto acontece prevalece uma intervenção isolada, tem o objectivo de tratar e curar o órgão afectado desvalorizando a globalidade da mulher. Esse modelo de assistência à saúde privilegia uma assistência curativa com ênfase na medicalização e dá pouco ênfase na prática preventiva com educação para saúde.

Para Bergner e Gilson (1981) e Good (1996), o modelo médico assenta na ideia da determinação de uma génese biológica para uma qualquer doença, à qual corresponde uma sintomatologia física. Na perspectiva deste modelo, o climatério é então visto como uma doença ao nível da deficiência hormonal e, por consequência, uma fase problemática ao nível físico e emocional e o tratamento terá de ser direccionado para esta perturbação, isto é, tratamento de substituição hormonal (Serrão, 2008).

De forma distintamente diferente, o modelo sociocultural propõe que a menopausa seja encarada como um processo natural com poucos ou nenhuns efeitos para a mulher e que os problemas associados à menopausa são construídos através da cultura estando, por exemplo, associados a atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento da mulher. Este modelo foi suportado por estudos antropológicos (Hunter & O`Dea, 2001).

Os dois modelos atrás referidos (modelo médico e modelo sociocultural) são inadequados enquanto modelos explicativos da menopausa, na medida em que não têm em conta a experiência individual da menopausa e, por isso, apresentam uma utilidade prática limitada (Hunter & O`Dea, 2001).

Foi ainda apontado por Serrão (2008) o modelo psicossocial proposto por Greene (1984, cit. por Serrão, 2008) que vislumbra uma abordagem do climatério centrada no conceito da

vulnerabilidade da mulher nesta fase de vida. Esta vulnerabilidade é, por sua vez, influenciada quer por factores hormonais, quer por factores vivencias geradores de stress, como sejam o divórcio, o luto, a síndrome do ninho vazio.

Uma ideia subjacente a este modelo é a de que estes factores de vida são, por si só, geradores de stress para a mulher. Porém, a mulher atribui o sofrimento psicológico ao climatério, desvalorizando o papel dos acontecimentos de vida que a rodeiam.

Acresce que este modelo sublinha ainda a importância do estatuto sociocultural como sendo um factor importante no período climatérico. Nesta óptica, mulheres com estatuto socioeconómico mais baixo teriam mais sintomatologia associada ao climatério.

Por outro lado Mori e Coelho (2004) defendem o modelo biopsicossocial, em que o envelhecer é determinado não só pela cronologia, mas também pela condição social na qual se encontra a pessoa em questão, além de ser um processo fortemente afectado pelas singularidades individuais. Esta perspectiva aponta para a inter-relação de aspectos biopsicossociais na meia-idade feminina. As mudanças corporais, previstas no processo de envelhecimento, impedem a auto-imagem feminina e potencializam um sofrer psíquico segundo a visão de cada sociedade em relação à mulher de meia-idade. Nas sociedades ocidentais, a história das mulheres tem passado pela história dos seus corpos, cuja tríade da perfeição física - juventude, beleza e saúde - tem trazido consequências psicológicas cada vez mais sérias no enfrentar do processo de envelhecimento. Os factores de ordem biológica, psicológica e sociocultural estão presentes no período da meia-idade feminina, justificando a atenção clínica e a investigação sobre o fenómeno. A menopausa, que se insere neste período, pode ser palco de sofrimento psíquico, apesar de fazer parte da vida da mulher. O desequilíbrio hormonal da menopausa, acompanhado pela desvalorização estética do corpo e por toda uma sintomatologia física e psíquica - que no limite aparece como sofrimento depressivo, sinaliza o envelhecimento inevitável e a finitude. No entanto, apesar de o corpo feminino ser fortemente marcado pelo ciclo biológico-reprodutivo, o destino da mulher não pode ser reduzido à fisiologia humana. Mudanças provocadas por perdas - saída dos filhos de casa, reforma, relacionamento conjugal muitas vezes desgastado - podem intensificar os conflitos inerentes à subjectividade. A compreensão do fenómeno da meia-idade feminina exige-nos, ainda, considerar aspectos socioculturais. Na nossa sociedade contemporânea, envelhecer significa distanciar-se da exigência da perfeição do corpo humano, já que a beleza e a juventude são valorizadas como modelo de saúde. Neste sentido, as mudanças físicas e

psíquicas que a mulher enfrenta devem ser compreendidas tendo em vista as expectativas e representações dessa sociedade. Assim, transformações tais como a diminuição das hormonas, as mudanças nas relações interpessoais, na identidade pessoal e nos papéis sociais desempenhados pela mulher reflectem-se em como ela é percebida e valorizada em diferentes domínios da sociedade, tornando-a objecto de estudo e de intervenções de diferentes disciplinas.

A literatura é, de um modo geral, consensual ao referir que a compreensão do processo global da menopausa deverá assumir uma visão bio-psico-social, pois só ela permitirá uma visão suficientemente abrangente deste processo.

2.8 O Modelo de Crenças de Saúde

A psicologia da saúde é, actualmente, uma das mais importantes áreas da psicologia, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, aperfeiçoamento do sistema de atendimento e formação de políticas de saúde segundo Matarazzo (1980, cit. por Coleta, 1999).

No Modelo de Crenças de Saúde parte-se da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela percepção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde, ou seja, aquilo em que as mulheres acreditam em termos de saúde e doença influencia os comportamentos de saúde adoptados perante as transformações que sentem na sua passagem pela fase da menopausa. A estas percepções o indivíduo acaba por atribuir um valor, valor esse que o leva a acreditar ou não na eficácia das acções tendentes à melhoria da sua saúde (Couto, 1998). Segundo Ogden (2004), aceitar seguir um regime dietético, praticar ou frequentar programas de prática regular de exercício físico está relacionado com a percepção de que os benefícios da acção preventiva dos sintomas da menopausa são superiores aos custos. Assim, o Modelo de Crenças de Saúde afirma que a disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que as mulheres têm da probabilidade de vir a sofrer de alguma doença ou sintoma particular e pela percepção da gravidade das consequências desse sintoma. A acção ou o comportamento que as mulheres possam adoptar, poderá englobar melhoria dos estilos de vida, gestão do stress, ou, de acordo com alguns dos resultados encontrados, a prática de actividade física regular poderá ter benefícios na pré, peri e pós-menopausa e poderá ainda influenciar as expectativas da mulher no período climatérico face a este comportamento.

3. Método

Participantes

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação sobre a forma como as mulheres portuguesas vivem e sentem a menopausa.

Foram convidadas a participar neste estudo mulheres entre os 42 e os 60 anos, que constituem uma amostra não probabilística, pois desconhece-se a probabilidade de qualquer elemento ser incluído na amostra, e de conveniência, pois foi seleccionada em diversos contextos por conveniência do investigador.

Caracterização da amostra

Participaram neste estudo, 364 mulheres na fase do climatério, com idades compreendidas entre os 42 e os 60 anos, ($M= 50,55$; $DP=5,244$), tendo sido caracterizadas em relação às seguintes variáveis: estado civil, situação profissional, habilitações literárias, rendimento anual, estado menopausa. A sua distribuição apresenta-se nas tabelas que se seguem.

No que respeita ao estado civil, 67,9% é casada ou vive em união de facto, sendo este o estado civil com mais expressão na nossa amostra e 3% são viúvas, sendo este estado civil o que tem menos expressão.

Tabela 1. Frequências e percentagens relativas ao estado civil.

Estado civil	Frequência	Percentagem
Casada/União de facto	247	67,9
Divorciada/Separada	75	20,6
Solteira	29	8,0
Viúva	11	3,0
Missing	2	0,5
Total	364	100,0

Relativamente à situação profissional, 85,2% das mulheres da nossa amostra mantêm-se activas, sendo esta a situação profissional com mais expressão na nossa amostra e 0,5% encontram-se de baixa médica, sendo esta a situação profissional com menos expressão.

Tabela 2. Frequências e percentagens relativas à situação profissional.

Situação Profissional	Frequência	Percentagem
Activa	310	85,2
Reformada	18	4,9
Desempregada	21	5,8
Doméstica	5	1,4
Baixa médica	2	0,5
Missing	8	2,2
Total	364	100,0

No que concerne às habilitações literárias 29,9% têm licenciatura, sendo este o nível com mais expressão da nossa amostra e apenas 0,8% são doutoradas, sendo esta a habilitação literária com menos expressão.

Tabela 3. Frequências e percentagens relativas às habilitações literárias.

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
1º Ciclo do Básico ou menos	35	9,6
2º Ciclo do Básico	2	0,5
3º Ciclo do Básico	96	26,4
Secundário	85	23,4
Bacharelato	20	5,5
Licenciatura	109	29,9
Pós-graduação	1	0,3
Mestrado	8	2,2
Doutoramento	3	0,8

Missing	5	1,9
Total	364	100,0

Em relação ao rendimento anual bruto do agregado, o escalão com mais expressão dentro da amostra é entre 10.001 e 20.000 euros onde se encontram perto de 25% das mulheres e o escalão que apresenta menor número de mulheres é o referente a rendimentos superiores a 70.001 euros onde a percentagem é 5,5%.

Tabela 4. Frequências e percentagens relativas ao rendimento total anual bruto do agregado familiar.

Rendimento anual do agregado	Frequência	Percentagem
Até 10.000 euros	81	22,3
De 10.001 a 20.000 euros	92	25,3
De 20.001 a 37.500 euros	67	18,4
De 37.501 a 70.000 euros	54	14,8
Superior a 70.001 euros	20	5,5
Missing	53	13,7
Total	364	100,0

A amostra divide-se em três grupos de acordo com o estado de menopausa, sendo que: 25,8% das mulheres se encontram na pré-menopausa, 25,8% na peri-menopausa e 47,5% na pós-menopausa, sendo este o estado de menopausa que mais se destaca na nossa amostra.

Tabela 5. Frequências e percentagens relativas ao estado de menopausa

Estado de menopausa	Frequência	Percentagem
Pré - menopausa	94	25,8
Peri - menopausa	94	25,8
Pós - menopausa	173	47,5
Missing	3	0,8
Total	364	100,0

A amostra divide-se em dois grupos de acordo com a prática de exercício físico, praticantes e não praticantes, sendo que: 54,1% das mulheres praticam exercício físico e 45,1% não são praticantes de exercício físico, sendo as praticantes o grupo que mais se destaca.

Tabela 6. Frequências e percentagens relativas à prática de exercício físico

Estado de menopausa	Frequência	Percentagem
Praticantes de exercício físico	164	45,1
Não praticantes de exercício físico	197	54,1
Missing	3	0,8
Total	364	100,0

Material

A avaliação foi feita através do preenchimento de questionários de auto-resposta, todos eles confidenciais, tendo sido respeitado os princípios éticos para a elaboração desta investigação.

Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, elaborado para o estudo, que inclui variáveis como: idade, estado civil (casada, união de facto, divorciada, separada, solteira, viúva), número de filhos, situação profissional (activa, reformada, desempregada, doméstica e baixa médica), habilitações literárias (1ºciclo, 2ºciclo, 3ºciclo, secundário, bacharelato, licenciatura, pós-graduação, mestrado, doutoramento), e rendimento total anual bruto do agregado familiar (até 10.000 euros, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 37.500, de 37.501 a 70.000, superior a 70.000).

Tendo em vista a avaliação do estado geral de saúde foi utilizado um questionário dividido em quatro áreas mais específicas: A- Menopausa, B- Saúde geral, C- Consumo de tabaco, bebidas quentes, álcool e café e D- Exercício físico e peso.

O cálculo do IMC foi feito através da seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{altura (m)}^2$. É através dos valores do peso e da altura, que se faz o cálculo do IMC. A fórmula procura relacionar a altura com o peso do corpo de um indivíduo. Assim, conforme o resultado do

IMC, podemos classificar se um indivíduo está com o peso reduzido, peso adequado, excesso de peso ou obesidade. A medição do índice de massa corporal é talvez a correlação mais consistente de insatisfação corporal em mulheres.

O estado de menopausa foi avaliado através de três perguntas de resposta sim ou não: “Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos, isto é, com menos 7 ou mais dias do que o habitual?”; “Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, passaram 2 meses (ou mais meses) sem que o período lhe aparecesse e permaneceu sem ter o período durante 60 ou mais dias?”; “Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?”.

Para se poder determinar o estado de menopausa fez-se a seguinte avaliação das respostas dadas: se a resposta às três questões fosse não, o estado de menopausa seria pré-menopausa; se a resposta fosse não às duas primeiras e sim à terceira ou não à primeira e sim às duas seguintes, o estado de menopausa seria pós-menopausa; se a resposta à primeira pergunta fosse sim e às duas restantes fosse não ou sim às duas primeiras questões e não à terceira, o estado de menopausa seria peri-menopausa.

Havia ainda um questionário de exercício físico, onde lhe era perguntado se praticava ou não actividade física. Se a resposta fosse afirmativa, a participante responderia a duas perguntas adicionais: “Quantas vezes por semana?”; “Durante quanto tempo?”. A fim de nos ser possível a realização de um estudo correlacional, procedemos, posteriormente à uniformização da variável multiplicando a frequência pela intensidade (utilizando a unidade “minuto”).

De forma a medir a preocupação com a forma corporal e com o peso, especialmente a frequência com que os indivíduos experimentam a sensação de se “sentirem gordos”, foi utilizado o Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper e Fairburn (1987). De acordo com os autores, o BSQ é uma medida de auto-relato das preocupações com a forma do corpo, em especial, a experiência fenomenal de "sentir-se gordo". O BSQ fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios na imagem corporal em população clínica e não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento de Doenças do Comportamento Alimentar. No estudo original para verificar a validade e fiabilidade, o instrumento demonstrou bons índices de validade discriminante e concorrente e boa fiabilidade teste-reteste, bem como adequada

consistência interna, a escala total apresenta um valor de *alpha* de Cronbach= 0,88 (Rosen, Jones, Ramirez & Waxman, 1995).

Esta escala é constituída por 34 itens, sendo como exemplo o item 1 “sentir-se aborrecida fê-la preocupar-se com a forma do seu corpo?” e o item 2 “tem estado tão preocupada com a forma do seu corpo que começou a sentir que devia fazer dieta?”. Os sujeitos respondem em que medida se sentiram em relação à sua aparência ao longo do último ano, assinalando as respostas numa escala tipo Likert, de 1 a 6 em que 1 corresponde a “Nunca”, 2 a “Raramente”, 3 a “Às vezes”, 4 a “Frequentemente”, 5 a “Muito frequentemente” e 6 “Sempre”.

No presente estudo obtivemos o seguinte valor relativo à consistência interna: a escala total apresenta um valor de *alpha* de Cronbach= 0,963 revelador de uma forte consistência interna (ver anexo 1). Tendo em conta que os indicadores da consistência interna apresentam valores elevados, podemos afirmar, com base neste valor, que o instrumento apresenta uma boa capacidade para medir de forma repetida e consistente.

O material utilizado incluía duas cópias do consentimento informado e carta de apresentação.

Procedimento

Mulheres entre os 42 e os 60 anos foram convidadas a participar nesta investigação mediante o preenchimento de um questionário previamente elaborado, confidencial e de auto-resposta. Os questionários foram entregues em mão, dadas as instruções e entregues ao investigador (ou ao próximo) após o seu preenchimento dentro de um envelope fechado.

No início do questionário foi requerida a autorização das participantes mediante um protocolo de consentimento informado que constava na folha de rosto, explicitando os objectivos da investigação, confirmando a participação voluntária na mesma e assegurando a confidencialidade dos dados fornecidos. As participantes foram ainda informadas do seu direito em não querer participar e no direito de desistirem da sua participação em qualquer momento, sem que isso trouxesse consequências negativas para a participante. Para além do consentimento informado, era incluída uma carta de apresentação. Garantia ainda o cumprimento dos procedimentos éticos aplicados a uma investigação com estas características. Era feita em duplicado, sendo uma cópia para a participante. Os dados das 364

participantes foram, posteriormente, inseridos no programa SPSS (versão 17.0), onde foi realizada a análise estatística.

Questões de Investigação

- Será que mulheres em diferentes fases da menopausa (pré, peri e pós- menopausa) apresentam diferentes níveis de preocupações com a forma corporal?
- Será que mulheres praticantes de exercício físico apresentam níveis mais elevados de preocupações com a forma corporal, comparativamente às mulheres não praticantes de exercício físico?
- Será que existe correlação entre as preocupações com a forma corporal e o índice de massa corporal?
- Será que existe correlação entre as preocupações com a forma corporal e o exercício físico praticado?
- Será que existe correlação entre o Índice de Massa Corporal e o exercício físico?

Desenho da Investigação

O estudo tem um desenho do tipo observacional - descritivo transversal, pois não há manipulação de variáveis. Tratou-se de um estudo comparativo e correlacional. O objectivo passa por verificar a existência de diferenças entre grupos ou se uma das variáveis varia em função da outra, sem manipulação das mesmas, ou seja, é comparativo pois procura comparar três grupos de mulheres, as que se encontram na pré-menopausa; menopausa e pós-menopausa em relação às preocupações com a forma corporal e comparar as mulheres com e sem excesso de peso, que praticam e não praticam exercício físico. Trata-se de um estudo correlacional, pois procura estabelecer relação entre as variáveis presentes e saber se essa relação realmente existe, em que sentido se estabelece e qual a sua magnitude e também prever o comportamento de uma das variáveis ou seja, estabelecer uma relação entre o comportamento da variável dependente em função da variável independente.

4. Resultados

Os dados foram introduzidos numa base de dados de Excel, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17,0 para o *Microsoft Windows*.

Para iniciar, fomos fazer uma análise factorial ao Questionário de Imagem Corporal. A análise factorial é uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores que, de algum modo, controlam as variáveis originais (Maroco, 2007).

A análise factorial usa as correlações encontradas entre as variáveis originais para estimar os factores comuns, assim como as relações estruturais que ligam os factores latentes às variáveis. Assim, o objectivo da análise factorial é o de atribuir uma quantificação a constructos não directamente observáveis (Maroco, 2007).

A estrutura relacional do Questionário de Imagem Corporal (QIC) foi avaliada pela Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matrix das correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação Varimax, onde se pretende obter uma estrutura factorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor, e pouco associada com os restantes factores. Os factores comuns retidos foram aqueles que apresentavam um eigenvalue superior a 1, uma vez que de acordo com Maroco (2007) a utilização de um único critério pode levar à retenção de mais ou menos factores do que aqueles relevantes para descrever a estrutura latente.

Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling (KMO) para avaliar o nível de correlação entre os indicadores com os critérios de classificação definidos por Maroco (2007). Observou-se um $KMO = 0,959$, $p < 0,001$, (ver

anexo 2) o que nos refere como recomendação face à AF que é considerada segundo a classificação do autor como excelente Maroco (2007). Os scores de cada sujeito no factor retido foi obtido pelo método de Bartlett implementado no SPSS (v.17.0).

Fomos de seguida utilizar a regra de extracção de factores com eigenvalue superior a 1 e o programa extraiu 4 factores, que estão apresentados na tabela 7.

A negrito encontram-se os pesos factoriais saturados no factor e consideramos os valores acima de 0,40.

Tabela 7. Pesos factoriais de cada item no factor retido, eigenvalues e % de variância explicada – solução a 4 factores

Item	Factor				Comunalidade
	1	2	3	4	
QIC 1	,589	,190	,191	,133	0,438
QIC 2	,786	,256	,107	,184	0,728
QIC 3	,565	,257	,455	-,039	0,594
QIC 4	,780	,278	,160	,035	0,712
QIC 5	,696	,129	,197	,001	0,539
QIC 6	,695	,152	,355	-,078	0,639
QIC 7	,222	,097	,655	,354	0,613
QIC 8	,046	,153	,724	,120	0,564
QIC 9	,347	,458	,620	-,029	0,716
QIC 10	,315	,163	,712	,005	0,633
QIC 11	,364	,222	,639	,118	0,604
QIC 12	,368	,496	,452	-,117	0,600
QIC 13	,242	,307	,648	,249	0,634
QIC 14	,417	,613	,395	,000	0,705
QIC 15	,486	,625	,295	-,042	0,717
QIC 16	,533	,369	,064	,159	0,450
QIC 17	,626	,340	,330	,041	0,619
QIC 18	-,022	,422	,581	,235	0,571
QIC 19	,415	,558	,467	,024	0,703

QIC 20	,214	,608	,571	,051	0,744
QIC 21	,747	,108	,128	,241	0,645
QIC 22	,455	,178	,333	-,155	0,373
QIC 23	,571	,408	,243	-,005	0,552
QIC 24	,571	,567	,225	,133	0,716
QIC 25	,363	,247	,540	,245	0,545
QIC 26	-,050	,153	,332	,651	0,560
QIC 27	,116	,410	,595	,227	0,587
QIC 28	,437	,574	,296	,070	0,614
QIC 29	,339	,755	,262	,008	0,753
QIC 30	,299	,593	,103	,261	0,521
QIC 31	,147	,759	,221	,156	0,671
QIC 32	,324	,100	,180	,691	0,625
QIC 33	,274	,748	,301	,189	0,760
QIC 34	,734	,267	,013	,143	0,631
Eigenvalue	15,848	2,555	1,494	1,178	
% Variância Explicada	46,612%	7,515%	4,393%	3,466%	

No primeiro factor saturam os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 21, 23 e 24. Este factor explica 46,6% da variância total.

No segundo factor saturam os itens 12, 15, 19, 20, 24, 28, 29, 30, 31 e 33. Explica 7, 5% da variância total.

No terceiro factor saturam os itens 7, 8, 9, 10, 11, 13, 18, 25 e 27. Explica 4,3% da variância total.

No quarto factor saturam os itens 26 e 32. Explica 3,4% da variância total.

Exploremos então a estrutura forçando agora 3 factores:

Tabela 8. Pesos factoriais de cada item no factor retido, eigenvalues e % de variância explicada – solução a 3 factores

Item	Factor			Comunalidade
	1	2	3	
QIC 1	,596	0,203	0,197	,436
QIC 2	,793	0,252	0,133	,711
QIC 3	,563	0,332	0,355	,554
QIC 4	,778	,306	,114	,712
QIC 5	,695	,169	,142	,532
QIC 6	,691	,225	,248	,590
QIC 7	,252	,126	,729	,612
QIC 8	,062	,226	,693	,535
QIC 9	,345	,543	,508	,672
QIC 10	,323	,260	,619	,555
QIC 11	,377	,290	,600	,585
QIC 12	,358	,573	,316	,556
QIC 13	,262	,349	,667	,634
QIC 14	,412	,660	,310	,701
QIC 15	,476	,669	,199	,714
QIC 16	,537	,355	,089	,422
QIC 17	,626	,385	,273	,615
QIC 18	-,006	,448	,607	,568
QIC 19	,413	,613	,388	,697
QIC 20	,215	,666	,499	,738
QIC 21	,761	,100	,185	,623
QIC 22	,445	,255	,203	,305
QIC 23	,567	,445	,174	,549
QIC 24	,572	,575	,212	,703
QIC 25	,382	,280	,566	,545

QIC 26	-,006	,081	,580	,344
QIC 27	,132	,443	,610	,586
QIC 28	,435	,599	,253	,612
QIC 29	,330	,779	,192	,752
QIC 30	,307	,556	,169	,432
QIC 31	,148	,747	,228	,633
QIC 32	,368	,013	,449	,337
QIC 33	,278	,744	,309	,726
QIC 34	,738	,256	,032	,611
Eigenvalue	15,848	2,555	1,494	
% Variância Explicada	46,612	7,515	4,393	

No primeiro factor saturam os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 21, 23 e 24. Este factor explica 46,6% da variância total.

No segundo factor saturam os itens 9, 12, 14, 15, 19, 20, 24, 28, 29, 30, 31 e 33. Explica 7,5% da variância total.

No terceiro factor saturam os itens 7, 8, 9, 10, 11, 13, 18, 25 e 27. Explica 4,3% da variância total.

Exploremos então a estrutura forçando agora 2 factores:

Tabela 9. Pesos factoriais de cada item no factor retido, eigenvalues e % de variância explicada – solução a 2 factores

Item	Factor		Comunalidade
	1	2	
QIC 1	,609	,209	,415
QIC 2	,816	,160	,692
QIC 3	,606	,414	,539
QIC 4	,822	,176	,706
QIC 5	,696	,134	,502
QIC 6	,701	,253	,556
QIC 7	,212	,649	,466

QIC 8	,069	,693	,485
QIC 9	,457	,680	,671
QIC 10	,332	,621	,497
QIC 11	,395	,615	,534
QIC 12	,497	,534	,533
QIC 13	,300	,716	,602
QIC 14	,577	,571	,658
QIC 15	,651	,476	,650
QIC 16	,614	,208	,420
QIC 17	,690	,367	,612
QIC 18	,087	,749	,568
QIC 19	,555	,610	,680
QIC 20	,376	,753	,708
QIC 21	,731	,125	,550
QIC 22	,484	,259	,301
QIC 23	,663	,324	,545
QIC 24	,708	,426	,683
QIC 25	,399	,581	,498
QIC 26	-,032	,528	,280
QIC 27	,214	,734	,585
QIC 28	,584	,488	,579
QIC 29	,550	,546	,600
QIC 30	,457	,409	,376
QIC 31	,365	,579	,469
QIC 32	,309	,340	,211
QIC 33	,479	,630	,627
QIC 34	,775	,085	,607
Eigenvalue	15,848	2,555	
% Variância Explicada	46,612	7,515	

No primeiro factor saturam os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 28, 29, 30 e 34. Este factor explica 46,6% da variância total.

No segundo factor saturam os itens 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 25, 26, 27, 29, 31 e 33. Explica 7, 5% da variância total.

O item 32 não satura em factor nenhum.

Se forçarmos a solução tendo seguido a proposta dos autores, isto é a escala ter apenas um factor, mediremos apenas um constructo teórico e obtemos um factor no qual os itens saturam.

Em seguida fomos verificar as comunalidades, os valores próprios e a percentagem da variância explicada; a percentagem de variância de cada variável explicada pelos factores comuns extraídos varia entre os 20% e os 60%, havendo umas situações que é de 11% (anexo 6).

De acordo com a regra do eigenvalue superior a 1, a estrutura relacional do QIC é explicada por um factor latente. Este factor que explica cerca de 47% da variabilidade total (anexo 7). É de se notar que a percentagem é igual para a extracção inicial e para a extracção transladada. Os pesos factoriais no factor encontram-se no anexo 8.

Na tabela 10, resumem-se os pesos factoriais de cada item no factor, os seus eigenvalues, a comunalidade de cada item e a percentagem de variância explicada no factor, após uma Análise Factorial Exploratória com extracção de factores pelo método das componentes principais.

Tabela 10. Pesos factoriais de cada item no factor retido, eigenvalues e % de variância explicada – solução a 1 factor

Item	Factor	Comunalidade
QIC 1	0,591	0,349
QIC 2	0,711	0,506
QIC 3	0,727	0,528
QIC 4	0,725	0,526

QIC 5	0,604	0,365
QIC 6	0,688	0,474
QIC 7	0,594	0,352
QIC 8	0,518	0,268
QIC 9	0,796	0,634
QIC 10	0,664	0,441
QIC 11	0,706	0,499
QIC 12	0,727	0,529
QIC 13	0,704	0,496
QIC 14	0,811	0,657
QIC 15	0,801	0,642
QIC 16	0,593	0,352
QIC 17	0,758	0,574
QIC 18	0,569	0,324
QIC 19	0,821	0,675
QIC 20	0,785	0,617
QIC 21	0,624	0,389
QIC 22	0,532	0,283
QIC 23	0,709	0,502
QIC 24	0,810	0,656
QIC 25	0,687	0,472
QIC 26	0,332	0,110
QIC 27	0,653	0,427
QIC 28	0,760	0,578
QIC 29	0,774	0,599
QIC 30	0,613	0,376
QIC 31	0,660	0,436
QIC 32	0,457	0,209
QIC 33	0,779	0,606
QIC 34	0,630	0,396
Eigenvalue	15,848	
% Variância Explicada	46,612%	

Os pesos factoriais saturados todos acima de 0,40, situam-se todos no único factor encontrado a que designamos por “Preocupações com a imagem corporal”. Consideramos que todos pertencem ao factor, mas apenas existe um item, o item 26 que não satura neste factor, pois apresenta um valor de 0,332.

Da AFE feita e tendo sido apresentado inicialmente 4 factores e tendo nós forçado posteriormente 3 e 2 factores, nenhuma das soluções atrás obtidas eram sustentáveis dado os vários factores não medirem, através dos itens associados, constructos teóricos distintos. Com isto forçamos a solução tendo seguido a proposta dos autores, isto é, a escala ter apenas um factor. Só neste caso é que o programa nos dá apenas um factor, factor este que aceitámos, pois todos os itens manifestam pesos factoriais adequados.

Seguidamente iremos apresentar os resultados obtidos para cada um dos objectivos específicos, assim como a respectiva discussão e conclusão.

- Será que mulheres em diferentes fases da menopausa (pré, peri e pós menopausa) apresentam diferentes níveis de preocupações com a forma corporal?

Para responder a este objectivo, fomos averiguar a normalidade da distribuição e homogeneidade das variâncias para as preocupações com o corpo em relação à pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa. Por se tratar de uma amostra superior a 30 pessoas, usámos o teste de Kolmogorov- Smirnov com a correlação de Lilliefors para a pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa e podemos verificar que, com uma probabilidade de erro de 5%, a normalidade da distribuição não se verifica, pois *p-value* é menor que 0,05 para a pré- menopausa (*p-value*=0,002 < α =0,05), para a peri-menopausa (*p-value*=0,001 < α =0,05) e para a pós-menopausa (*p-value*=0,000 < α =0,05). Através do teste de Levene calculado podemos concluir que as variâncias populacionais estimadas a partir da amostra são homogéneas, pois *p-value* é maior que 0,05 (*p-value*=0,260 > α =0,05), logo podemos dizer que existe homogeneidade das variâncias (ver anexo 9). Para o total da escala do QIC, ainda que a condição de normalidade não seja verificada, verifica-se a condição de homogeneidade das variâncias, condição prevalente para a aplicação de estatística paramétrica (Maroco, 2007).

Assim tendo em conta os resultados, apesar de a distribuição não ser normal, existe homogeneidade das variâncias, iremos usar um teste paramétrico, a estatística de teste ANOVA, pois iremos agora comparar três grupos (pré- menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa).

Aplicámos a estatística de teste ANOVA para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa no que diz respeito às preocupações com o corpo. Com uma probabilidade de erro de 5%, podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os 3 grupos em relação às preocupações com o corpo porque ($F(2) = 0,329$; $p = 0,720$) (ver anexo 10).

- Será que mulheres praticantes de exercício físico apresentam níveis mais elevados de preocupações com a forma corporal, comparativamente às mulheres não praticantes de exercício físico?

Para este segundo objectivo fomos averiguar a normalidade e homogeneidade para as preocupações com corpo em mulheres que praticam exercício físico e mulheres que não praticam exercício físico e podemos verificar através do teste de Kolmogorov-Smirnov com a correlação de Lilliefors que a normalidade da distribuição não se verifica pois p -value é menor que 0,05; para ambos os grupos, as praticantes e não praticantes de exercício físico (p -value < 0,001 < $\alpha = 0,05$). Através do teste de Levene, podemos verificar que não existe homogeneidade das variâncias pois p -value é menor que 0,05 (p -value = 0,011 < $\alpha = 0,05$) (ver anexo 11). Tendo em conta os resultados, isto é não havendo distribuição normal, e não existindo homogeneidade das variâncias, iremos usar um teste não paramétrico, para amostras independentes, pois trata-se de 2 grupos, praticantes e não praticantes de exercício físico: o teste de Wilcoxon Mann Whitney. Podemos concluir que não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo entre mulheres praticantes de exercício físico e mulheres não praticantes de exercício físico, porque p -value > 0,05 ($U = 11868,5$; $W = 22308,5$; $p = 0,419$) (ver anexo 12).

- Será que existe correlação entre as preocupações com a forma corporal e o índice de massa corporal?

Para o terceiro objectivo fomos averiguar se existe correlação entre o índice de massa corporal (IMC) e as preocupações com o corpo, através de uma correlação de Pearson, e obtivemos os seguintes valores ($r=0,468$; $p<0,001$). Podemos concluir que se trata de uma correlação moderada, positiva e significativa. Podemos inferir que como sendo um valor positivo, quando o Índice de Massa Corporal aumenta as Preocupações com o corpo também aumentam (anexo 13).

- Será que existe correlação entre as preocupações com a forma corporal e a frequência e intensidade na prática do exercício físico?

Para o quarto objectivo fomos averiguar se existe correlação entre as preocupações com o corpo e a frequência e intensidade da prática de exercício físico, através de uma correlação de Pearson, tendo-se obtido uma correlação muito baixa, positiva e significativa ($r=0,028$; $p=0,030$). Podemos inferir que como sendo um valor positivo ainda que muito baixo, quando as preocupações com o corpo aumentam o exercício físico também aumenta (anexo 14).

- Será que existe correlação entre o Índice de Massa Corporal e o exercício físico?

Para o quinto objectivo fomos averiguar se existe correlação entre o índice de massa corporal e o exercício físico, através de uma correlação de Pearson, e obteve-se os seguintes valores ($r=0,185$; $p=0,028$) Podemos concluir que se trata de uma correlação muito baixa, positiva e significativa. Podemos inferir que como sendo um valor positivo ainda que muito baixo, quando o índice de massa corporal aumenta o exercício físico também aumenta (anexo 15).

5. Discussão

A literatura evidencia que o número de mulheres em pós-menopausa é crescente e cada mulher vive progressivamente mais tempo nessa fase da sua vida, sofrendo assim as consequências precoces e tardias da sua situação fisiológica; a menopausa natural, na população portuguesa, ocorre na média de idades dos 48 anos (Silva et al., 1999, cit. por Serrão, 2008), a nossa amostra apresenta uma média de idades de 50,55 anos, sendo que 188 mulheres encontram-se nas fases de pré e peri-menopausa (94 e 94 respectivamente) e 173 encontram-se em pós-menopausa, sendo este o grupo que mais se destaca.

O processo de envelhecimento traz repercussões psicológicas e, principalmente fisiológicas. A imagem corporal é a parte que mais externaliza os sinais dos tempos. A pesquisa demonstrou que a vigilância do corpo está relacionada com algumas medidas, medidas tais como o cuidado do corpo, a vergonha do corpo e o bem-estar psicológico.

Como já foi descrito anteriormente, a fase do climatério é uma fase na vida da mulher que produz alterações quer a nível psicológico quer a nível físico (Tiggemann, 2004).

O presente estudo teve como objectivo geral averiguar se mulheres em diferentes estádios da menopausa têm diferentes níveis de preocupações com a forma corporal, usando um questionário para avaliar a imagem corporal.

Antes de passarmos aos objectivos específicos, aplicámos uma Análise Factorial Exploratória ao Questionário de Imagem Corporal e podemos perceber que existe só um factor, isto é, Preocupações com a Imagem Corporal. Podemos ainda verificar que todos os itens da escala saturam no único factor existente ao qual demos o nome de “Preocupações com a forma corporal”. O item 26 apresenta um valor de saturação muito abaixo do valor de referência, pelo que é o único que não é associado ao factor. Uma possível explicação para o facto prende-se com a possibilidade deste item 26 – “vomitou para se sentir mais magra estarem mais relacionados com um constructo teórico diferente e mais relacionado com doenças do comportamento alimentar.

Em relação aos objectivos específicos do nosso estudo, e segundo Cash, Ancis, e Strachan, (1997; cit. por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008) a construção da imagem corporal tem sido definida como uma atitude multidimensional em relação ao próprio corpo, que inclui componentes perceptuais, afectivos e cognitivos, mas a maior ênfase nos estudos da imagem corporal está na forma, no peso, e no grau em que os indivíduos estão satisfeitos com sua aparência. Segundo estes autores, as preocupações com a imagem corporal representam uma fonte de angústia para a maioria das mulheres.

Uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Com o processo de envelhecimento existem mudanças principalmente na estatura, no peso e na composição corporal. Apesar do alto componente genético no peso e na estatura dos indivíduos, outros factores, como uma dieta equilibrada e actividade física, factores psicossociais e doenças, entre outros, estão envolvidos nas alterações desses dois componentes durante o processo de envelhecimento.

No nosso estudo não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo nas mulheres na fase da pré-menopausa, peri-menopausa ou pós menopausa. Estes resultados poderão ser explicados com os resultados de Stevens e Tiggemann (1998) que sugerem que a pressão para as mulheres terem um corpo magro é incansável durante todo o decurso de vida, mas devido às alterações ocorridas na fase climatérica existe uma preocupação adicional, não havendo referência a nenhuma fase específica. Também num estudo de Tiggeman e Lynch (2001) com mulheres dos 20 aos 84 anos concluíram que embora a insatisfação com o corpo tenha permanecido estável ao longo das várias faixas etárias, o acompanhamento ao corpo, a ansiedade com a aparência e a sintomatologia de perturbação alimentar diminuiu significativamente com a idade. Os mesmos autores também observaram que apesar do aumento no índice de massa corporal e da presença de insatisfação com o corpo, a importância do corpo diminuiu em mulheres com idade avançada.

Koch, Mansfield, Thureau & Carey (2005) perceberam que independentemente da idade específica da mulher, ela sentir-se-ia mais atraente quando tinha menos 10 anos e que a sua percepção de atractividade não diferiu significativamente em relação ao estado de menopausa.

Estes autores defendem que ao longo da vida da mulher, o peso tende a ser um problema recorrente e esta preocupação tende a ser bastante evidente entre as mulheres de meia-idade. Segundo Webster e Tiggemann (2003; cit. por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008), a satisfação com o corpo é invariante com a idade, mas de acordo com Franzoi e Koehler (1998; cit por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008) a tendência é aumentar com a idade. Estes últimos resultados poderão justificar os nossos visto a nossa amostra ser maioritariamente mulheres em fase de pós menopausa.

Noutro sentido vão os resultados encontrados num estudo de Braggion (2002; cit por Tribess, 2006) e usando uma da faixa etária dentro das idades por nós estudada. Estes autores concluíram que a associação da percepção da imagem corporal (satisfeito e insatisfeito) com a idade verificou-se, mostrando que mulheres com idade entre 50 e 60 anos têm 5,2 vezes mais valores de insatisfação com a aparência corporal, e mulheres com 61 a 70 anos têm 3 vezes mais valores de insatisfação quando comparadas àquelas que têm idade entre 71 e 80 anos.

Num estudo de Vartanian, Giant, e Passino (2001; cit. por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008), cerca de 50% das mulheres jovens estão muito insatisfeitas com sua aparência física actual, assim como segundo Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard e Morabia (1998; cit. por Peat, Peyerl & Umehlenkampa, 2008) esta insatisfação com o corpo também é evidente em mulheres mais velhas. Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard e Morabia (1998) também concluíram que a maioria das mulheres de meia-idade e idosas da amostra do estudo, expressaram insatisfação com o peso e muitas estavam tentadas a fazer dieta, mesmo as que tinham um peso normal.

Num estudo longitudinal, com resultados diferentes dos nossos levado a cabo por McLaren, Hardy e Kuh (2003), verificaram que as mulheres que estavam na pré-menopausa, apresentavam mais preocupações com o corpo ou estavam insatisfeitas com o peso, do que as outras em fase da pós menopausa. As mulheres que se encontravam em fase de pós-menopausa estavam mais satisfeitas com o seu peso do que as mulheres na fase da pré-menopausa, isto porque estas estavam mais cientes de que a transição da menopausa é iminente e poderiam sentir-se mais preocupadas com os seus corpos, o que poderia conduzir a

relatos de insatisfação com o peso. Estes autores defendem que a menopausa marca um ponto em que a aparência física se torna menos importante.

Segundo Webster e Tiggemann (2003) num estudo no decorrer do percurso de vida em 106 mulheres com idades entre os 20 e os 65 anos, observavam a relação entre a satisfação com o corpo e a auto-imagem, e concluíram que a idade modera a satisfação com o corpo e a auto-estima e que as mulheres mais jovens apresentaram uma insatisfação maior com o corpo e uma relação mais forte entre a insatisfação com o corpo e a auto-imagem e auto-estima.

Estes resultados também poderão explicar porque não obtivemos diferenças significativas entre os três grupos da menopausa em relação às preocupações com o corpo. Poderão também explicar que não havendo essa percepção de insatisfação com o corpo, também não há a necessidade da prática de exercício físico, visto a literatura referir que a prática de exercício físico está associada ao desejo de ter um corpo desejado.

O exercício físico apresenta uma potencial importância, na medida em que é um contributo válido para o aumento da vitalidade mental, física e social, com o conseqüente aumento da independência funcional em relação às actividades do quotidiano e melhoria da sua qualidade de vida (Mota & Carvalho, 1999). No nosso estudo verificámos que não existem diferenças significativas em relação às preocupações com o corpo entre mulheres praticantes de exercício físico e mulheres não praticantes de exercício físico. Poderemos justificar estes resultados com o facto da prática de actividade física não estar associada às preocupações com a imagem corporal, ou seja, as mulheres que praticam exercício físico podem-no fazer por ser um hábito saudável que tenham adquirido ao longo dos anos ou uma prescrição médica feita para melhoria de alguma doença ou sintoma; praticam exercício físico porque estão preocupadas por motivos de prevenção da saúde ou prevenção da doença. Segundo Fernandez et al. (2003) o exercício físico, especialmente associado à dieta, tem efeitos benéficos sobre os factores de risco cardiovascular entre outros.

Num outro estudo com resultados contraditórios aos nossos, Hausenblass e Fallon (2006) concluíram que sobre a análise do impacto do exercício físico sobre a imagem corporal, os praticantes de exercício físico revelavam uma melhor imagem corporal do que os não praticantes e que o exercício físico está associado a um resultado positivo na avaliação da imagem corporal da população em geral.

Em relação ao nosso estudo sobre a correlação existente entre as preocupações com o corpo e o IMC obtivemos uma correlação moderada, positiva e significativa. Podemos inferir que como sendo um valor positivo, quando o índice de massa corporal aumenta também as preocupações com o corpo aumentam, estes resultados estão de acordo com os de Lolland (1998) com 768 mulheres na faixa etária de 18 a 67 anos de idade, foi constatado que menores níveis de IMC estavam associados com maiores níveis de satisfação com o peso em todos os grupos de mulheres segundo o nível de actividade física. Também o estudo Shaw et al. (2000) demonstrou uma associação da satisfação com a imagem corporal com a diminuição da massa gorda, após nove meses de actividade física estruturada realizada três vezes por semana, num grupo de 44 mulheres na pós-menopausa com idade entre 50 e 75 anos. Igualmente também McKinley (2006) num estudo longitudinal, verificou que as mulheres na menopausa apresentavam valores mais elevados de IMC, valores mais elevados do que os desejados de peso evidenciavam uma maior insatisfação com a sua aparência física, logo mais peso do que o desejado.

Em relação às baixas associações entre o índice de massa corporal e o exercício físico e entre as preocupações com o corpo e a frequência e intensidade do exercício físico, podemos explicar, como já foi referido, com o facto de a nossa amostra ter 173 mulheres em fase de pós- menopausa. Embora seja difícil distinguir as mudanças ao nível da imagem corporal, com a perspectiva de que as mulheres mais velhas são confrontadas com alterações físicas e biológicas que afectam o seu corpo, mantendo-as mais longe de estereótipos culturais de beleza, o envelhecimento pode contribuir para o desenvolvimento de uma perspectiva mais saudável do corpo, visto haver a premissa que com a idade a aumentar a satisfação com o corpo também aumenta. Os resultados por nós obtidos não são consistentes com os estudos de Asikainen, Kukkonen-Harjula e Miilunpalo (2004) no qual concluíam que um programa composto de 30 minutos de caminhada uma a três vezes por semana ou exercícios de resistência duas vezes por semana, melhoram a saúde de mulheres no início da pós-menopausa. Também Vocks, Hechler, Rohrig e Legenbauer (2009) concluíram que a imagem corporal foi imediatamente afectada por uma única sessão de exercício físico e que quanto maior o grau de insatisfação com o corpo, preocupações com o peso e forma corporal, mais as suas estimativas de tamanho face ao corpo foram influenciadas pela sessão de exercício físico. Existem vários estudos relacionados com barreiras à prática de actividade física. Yoshida et

al. (1988), investigaram uma amostra de 244 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, tendo verificado que as principais barreiras percebidas foram, a falta de tempo, razões relacionadas com a saúde, a falta de energia, de motivação ou necessidade. Estes resultados poderão justificar os nossos resultados, 310 mulheres da nossa amostra encontram-se em situação profissional descrita como activa, sendo a falta de tempo uma possível justificação. Similarmente, Brownson et al. (2001), sobre as determinantes ambientais e políticas de actividade física, encontraram como barreiras à prática de actividade física a falta de tempo, o sentimento de cansaço, o facto de já trabalharem muito no emprego e a falta de motivação para o exercício. A falta de motivação é, também, considerada uma barreira significativa relacionada com a actividade física, num estudo de Bowles et al. (2002). Num outro estudo de Wilcox et al. (2003), realizado em 102 idosas, as barreiras à prática de actividade física mais citadas foram os problemas de saúde, a falta de motivação e a falta de tempo, sendo as motivações, factores relacionados com a saúde, o suporte social, a perda de peso e o aspecto físico.

As crenças de cada pessoa desempenham um papel extremamente importante, condicionando as atitudes perante os desafios que vão sendo impostos principalmente nesta fase da vida da mulher, nomeadamente no que concerne à saúde. Estas crenças são alicerçadas pela percepção de susceptibilidade à doença e às suas implicações, assim como à percepção de auto-eficácia que cada um tem (Ogden, 2004). A percepção das mudanças ocorridas durante esta fase do climatério quer sejam físicas ou psicológicas, influenciam a postura da mulher perante o mesmo, a sua adesão à intervenção assim como as expectativas face a possíveis resultados, ou mesmo à ausência destes. A título de exemplo, a percepção de que serão incapazes de enfrentar os sintomas característicos desta fase, poderá fazer com que o impacto desses sintomas seja sentido como negativo e incontrolável, tornando a experiência da menopausa numa fonte de sofrimento.

Os resultados obtidos no presente estudo reflectem a possível influência de crenças e representações sociais, na forma como a mulher vivencia as mudanças características do climatério. Isto é notório, tanto no aumento do peso como da insatisfação com a imagem corporal na entrada na menopausa – decorrente, entre outras, de uma preocupação com o declínio da saúde consequente ao envelhecimento e aos sintomas e doenças associados. O

facto de uma parte expressiva da nossa amostra (30%) ter alguma diferenciação a nível educativo (grau de licenciatura ou superior) poderá influenciar os resultados obtidos. O acesso a informação e conseqüente compreensão dos fenómenos inerentes ao climatério poderá levar a uma maior estabilidade e aceitação dos sintomas associados a esta fase, justificando assim não haver diferenças significativas nos vários domínios, nem correlações significativas.

6. Conclusão

Há evidência descrita na revisão de literatura que a actividade física regular protege contra o ganho excessivo de peso, enquanto os hábitos sedentários, especialmente as ocupações sedentárias, promovem esse mesmo aumento de peso. A revisão da literatura demonstrou que pessoas que exercem actividade física regular em quantidades moderadas ou elevadas, apresentam menor ganho de peso e menor ocorrência de excesso de peso e obesidade, tendo em conta os valores médios do índice de massa corporal; estas evidências não se verificaram no nosso estudo, o que nos leva a pensar que se analisarmos de uma maneira geral, as alterações que têm acontecido ao nosso estilo de vida, os padrões culturais e a alimentação de fast-food que subitamente passou a fazer parte do menu diário dos portugueses, poderão explicar estes resultados. Associado a isso, com a tecnologia que hoje qualquer um tem à sua disposição, cada vez se realiza menos esforço para levar a cabo as mesmas tarefas diárias, que no passado exigiam um grande dispêndio energético. Estas modificações do estilo de vida expuseram homens e mulheres ao aumento de incidência das chamadas doenças hipocinéticas, provocadas pela ausência de exercício físico. Assim, o presente estudo sublinha uma associação, ainda que fraca entre o aumento do IMC e o aumento do exercício físico.

Parece que a maturidade, as experiências de vida e uma redução na exposição aos modelos de beleza irrealistas podem servir para reduzir alguma vulnerabilidade relacionada com uma imagem negativa do corpo em pessoas idosas. No entanto, algum nível de insatisfação com o corpo permanece. Esta aparente contradição entre o surgimento de uma imagem corporal saudável e insatisfação com o corpo continua a ser explorada em maior detalhe, mas oferece a esperança para a identificação de factores que auxiliam as mulheres no desenvolvimento de relações positivas com seu corpo.

Parece que as preocupações com o corpo dizem respeito a um padrão em toda a vida, mas é preciso haver mais estudos nessa área, pois a actual literatura não é conclusiva. A etiologia, curso e os padrões de uma imagem corporal perfeita e co-ocorrência de uma satisfação com o corpo em todo o ciclo de vida forma uma área que precisa de pesquisa empírica.

A maioria dos trabalhos mostra que a mudança de estilo de vida parece ser a melhor estratégia para o controle do aumento de peso e dos seus factores de risco nesta fase de vida da mulher – entre essas mudanças, encontra-se a prática de actividade física regular supervisionada com controlo da duração, frequência e intensidade do programa de treino físico.

Assim, mudanças no estilo de vida, como educação alimentar e a prática de actividade física regular, parecem trazer melhores resultados na qualidade de vida de mulheres após a menopausa.

A escassez da literatura por nós encontrada e a que podíamos ter acesso, bem como inconsistências nos resultados, indica uma necessidade de examinar mais detalhadamente o decurso e o resultado da imagem corporal em mulheres mais velhas e na fase da menopausa.

O facto de o questionário ter sido passado num único momento, torna redutora a representação desta realidade; também a amostra ter sido de conveniência, não podemos considerá-la representativa da população portuguesa.

O IMC, apesar de ser um Índice muito usado, mesmo pela classe médica, não nos dá a realidade da massa gorda, pois podemos ter uma mulher com muita massa muscular e ser de baixa estatura e através do cálculo do IMC poderá ser considerada obesa.

Embora seja difícil distinguir as mudanças ao nível da imagem corporal, provocadas pela menopausa das que resultam do próprio envelhecimento, era interessante investigar qual a preocupação que as mulheres têm em relação a esta dimensão.

O tipo de alimentação que a mulher faz e o tipo de exercício físico, nesta fase da vida também deverá ser explorado.

Era também importante fazer um estudo longitudinal com uma durabilidade de no mínimo 2 a 5 anos, pois seria uma mais valia perceber e acompanhar as alterações que a mulher vai tendo ao longo de toda a fase de menopausa.

Sugerimos também perceber e ter uma questão que avalie o tipo de exercício físico que as mulheres fazem durante esta fase das suas vidas, no sentido de perceber se existe algum que seja comum à amostra.

7. Bibliografia

Ağıl A, Abike F, Daşkapan A, Alaca R, Tüzün H. (2010). Short-term exercise approaches on menopausal symptoms, psychological health, and quality of life in postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7.

Allaz, A., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M., Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 287–294.

Amer, N., Sanches, D., Moraes, S. (2001). Corporal mass index (cmi) and waist/hip rate (whr) of practicers of moderate aerobical activity. *Journal of Physical Education/UEM*, 12 (2), 97 – 103.

Asikainen, T., Kukkonen-Harjula, K., Miilunpalo, S. (2004). Exercise for Health for Early Postmenopausal Women: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Sports Medicine*, 34 (11), 753-778.

Ayatollahi,S., Ghaem, H., Ayatollahi, S. (2005). Sociodemographic factors and age at natural menopause in Shiraz, Islamic Republic of Iran. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 11, No 1/2, 146-154.

Brownson, R., Baker, E., Housemann, R., Brennan, L., Bacak, S. (2001). Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1995-2003.

Carmo, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Coleta, M. (1999). O Modelo de Crenças da Saúde (HBM). *Temas da Psicologia*, 7 (2), 175-182.

Cooper P., Taylor Mj., Cooper Z., Fairburn C. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças na Saúde e na Terapia do Comportamento Planeado na Educação para a saúde. *Revista Referência*, 1.

De Lorenzi, D., Danelon, C., Saciloto, B. (2005). Factores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.*, , 27 (1), 7-11.

Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie, Burger HG. (2000). A prospective populationbased study of menopausal symptoms. *Obstetrics and Gynecology International*, 96, 351-358.

DGS. (2000). *Autocuidados na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas, n°5: A Dor Crónica De Origem Não Maligna*. 3ª Ed. Lisboa, EUROPRESS.

DGS. (2001). *Autocuidados na Saúde e na Doença Guias para as Pessoas Idosas “Quem? Eu? Exercício?” Exercício sem Riscos para lá dos Sessenta. Recomendado aos Prestadores de Cuidados Informais*. Lisboa, Editora Grafifina

Duvigneaud, N., Wijndaele, K., Deriemaeker, P., Philippaerts, R., Lefevre, J., Thomis, M., Duquet, W. (2007). Socio-economic and lifestyle factors associated with *overweight* in Flemish adult men and women. *BMC Public Health*, 7, 23, 1-10.

Elavsky, S., McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 2, 132-142.

Fernández, F., Rodríguez, A., Rodríguez, L. (2003). *Tratado de Ginecologia, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A.

Freitas, E., Miranda, R., Nery, M., (2002). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 609-617.

Garrido-Latorre F, Lascano-Ponce E, Lopez-Carrillo L, et al. (1996). Age of natural menopause among women in Mexico City. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 53, 159–66.

Genazzani, A., Gambacciani, M. (2006). Effect of climacteric transition and hormone replacement therapy on body weight and body fat distribution. *Gynecological Endocrinology, March*; 22 (3), 145– 150.

Ginsberg J. (1991). What determines the age at the menopause? *British Medical Journal*, 302, 1288 - 1289.

Gold E., Bromberger J, Crawford S, Samuels, S., Greendale, G., Harlow, S., Skurnick, J. (2001). Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. *American Journal of Epidemiology*, 153 (9), 865–874.

Hausenblas, H., Fallon, E. 2006. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 21 (1), 33–47.

Heikkinen, R.L. (2003). *O Papel da Actividade Física no Envelhecimento Saudavel, sob orientação da Organização Mundial de Saúde - Programa de Envelhecimento e Saúde*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Hunter, M., O’Dea, I. (2001). Cognitive Appraisal of the Menopause: The Menopause Representations Questionnaire. *Psychology, Health and Medicine*, 6 (1), 65-76.

İnceboz, Ü., Demirci, H., Özbasaran, F., Çoban, A., Nehir, S. (2010). Factors Affecting the Quality of Life in Climacteric Women in Manisa Region. *Medical Journal of Trakya University*, 27 (2), 111-116.

Kantoviski, A., Vargens, O. (2010). O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12 (3), 567-70.

Koch, P.; Mansfield, P., Thureau, D., Carey, M. (2005). "Feeling Frumpy": The Relationships Between Body Image and Sexual Response Changes in Midlife Women. *Journal of Sex Research*, 42 (3), 215-223.

Loland, N. W. (1998). Body image and physical activity: a survey among Norwegian men and women. *International Journal of Sport Psychology*, 29, 339-363.

Martins, C., Morgan, L., Truby, H. (2008). A review of the effects of exercise on appetite regulation: An obesity perspective. *International Journal of Obesity*, 32, 1337–1347.

Mata, J., Silva, M., Vieira, P., Carraça, E., Andrade, A., Coutinho, S., Sardinha, L., Teixeira, J. 2009. Motivational “Spill-Over” During Weight Control: Increased Self-Determination and Exercise Intrinsic Motivation Predict Eating Self-Regulation. *Health Psychology*. 28 (6), 709–716.

Matsudo, S. (2002). Envelhecimento, actividade física e saúde. *Revista Mineira de Educação Física*, 10 (1), 195-209.

Matsudo, S. (1997). *Envelhecimento e actividade física*. In: A. Junior (Eds.), *Actividades Fisicas para a Terceira Idade*. (pp.23-36) Brasilia SESI.

McKinley, M. (2006). The Developmental and Cultural Contexts of Objectified Body Consciousness: A Longitudinal Analysis of Two Cohorts of Wome. *Developmental Psychology*, 42 (4), 679–687

McKinley N, Lyon L (2008) Menopausal attitudes, objectified body consciousness, ageing anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image*. 5 (4), 375-380.

McLaren, L., Hardy, R., Kuh, D. (2003). Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: A prospective study. *Health Psychology*, 22, 370–377.

Mekary RA, Feskanich D, Malspeis S, Hu FB, Willett WC, Field AE. (2009). Physical activity patterns and prevention of weight gain in premenopausal women. *International Journal of Obesity*. 33(9), 1039-47.

Mirzaiinjmadadi, K., Anderson, D., Barnes, M. (2006). The relationship between exercise, Body Mass Index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 28–34.

Mori, M., Coelho, V. (2004). Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (2), 177-187.

Nisar, N., Sohoo, N. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, Vol. 2, (5), 118-130.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores. 2ª Ed. Lisboa.

Passos, B., Moreira, C., Carqueja, E., Silva, S. – Guia para a doente com cancro da mama. Consultado a 21 de Novembro 2010 através de http://www.hsjoao.minsaude.pt/gpm/GuiaDoente/guia_doente.html.

Patel, P., Lee, J., Wheatcroft, R., Barnes, J., Stein, A. (2005). Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23 (4), 347–364.

Peat, C., Peyerl, N., Muehlenkamp, J. (2008). Body Image and Eating Disorders in Older Adults: A Review. *The Journal of General Psychology*, 135(4), 343–358.

Pimenta, F., Leal, I., Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466.

Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 175-187.

Rosen J., Jones A., Ramirez E., Waxman S. (1996) Body shape questionnaire studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (3), 315-9.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Riesco, E., Roussel, M., Lemoine, S., Garnier, F., Mauriège, P. (2008). What is the influence of menopausal status on metabolic profile, eating behaviors, and perceived health of obese women after weight reduction? *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 33, 957 – 965.

Serrão, C. (2008). (Re) pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 15-23.

Shaw, J. M., Ebbeck, V., Snow, C. (2000). Body composition and physical self-concept in older women. *Journal of Women & Aging*, 12 (3-4), 59-75.

Schering (2005). Um Novo Olhar sobre a Menopausa. Consultado em 01 de Novembro 2010 através de:

http://www.schering.pt/html/pt80_downloads/gyn_andro/pdf/Livro_Menopausa.pdf

Stevens, C., Tiggemann, M. (1998). Women's body figure preferences across the life span. *Journal of Genetic Psychology*, 159 (1), 94–102.

- Stevenson E., Davy K., Jones P., Desouza C., Seals D. (1997). Blood pressure risks factors in healthy postmenopausal women: physical activity and hormone replacement. *Journal of Applied Physiology*; 82, 652-60.
- Tiggemann, M. (2004b). Dietary restraint and self-esteem as predictors of weight gain over an 8-year time period. *Eating Behavior*, 5, 251–259.
- Tiggemann, M., Lynch, J. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37, 243–253.
- Tiggemann, M., Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43, 119–127.
- Tihanyi Hős, A. (2005). The effects of guided systematic aerobic dance programme on the self-esteem of adults. *Kinesiology* 37 (2), 141-150.
- Torgerson D., Avenell A., Russell I., et al. (1994). Factors associated with onset of menopause in women aged 45–49. *Maturitas*, 19 (2), 83–92.
- Tribess, S. (2006). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 15-23.
- Vaz, R., Nodin, N. (2005). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, 23 (3), 329-339.
- Vocks, S., Hechler, T., Rohrig, S., Legenbauer, T. (2009). Effects of a physical exercise session on state body image: The influence of pre-experimental body dissatisfaction and concerns about weight and shape. *Psychology and Health*, 24 (6), 713–728.

Webster, J., Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology, 164*, 241–252.

Wilcox, S., Bopp, M., Oberrecht, L., Kammermann, S., MacElmurray, C. (2003). Psychosocial and Perceived Environmental Correlates of Physical Activity in Rural and Older African American and White Women. *The Journals of Gerontology. Série B: Psychological Sciences, 58* (6), 329-337.

Wise, L., Krieger, N., Zierler, S., Harlow, B. (2002). Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause. *Journal of Epidemiology Community Health, 56* (11), 851–860.

Yoshida, K., Allison, K., Osborn, R. (1988). Social factors influencing perceived barriers to physical exercise among women. *Canadian Journal of Public Health, 79*, 104-108.

Anexos

Caracterização da Amostra

```
GET FILE='C:\Documents and Settings\Sofia Cristina\Desktop\Base de Dados
Completa.sav'. FREQUENCIES VARIABLES=IDD Est_Civil Sit_Profissional
Hab_Lit_R Rendimento_anual Estado_de_Menopausa /STATISTICS=STDDEV MINIMUM
MAXIMUM MEAN /BARChart FREQ /ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

		Idade da participante	Estado Civil	Situação profissional	Hab. Lit. Revistas	Rendimento total anual bruto do agregado familiar	Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?
N	Valid	364	362	356	359	314	361
	Missing	0	2	8	5	50	3
	Mean	50,55	1,60	1,28	4,23	2,49	2,70
	Std. Deviation	5,244	1,154	,915	1,727	1,223	1,302
	Minimum	42	1	1	1	1	1
	Maximum	60	6	8	9	5	4

Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casada/união de facto	247	67,9	68,2	68,2
	divorciada/separada	75	20,6	20,7	89,0
	solteira	29	8,0	8,0	97,0
	viúva	11	3,0	3,0	100,0
	Total	362	99,5	100,0	
Missing	System	2	,5		
Total		364	100,0		

Situação profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	activa	310	85,2	87,1	87,1
	reformada	18	4,9	5,1	92,1
	desempregada	21	5,8	5,9	98,0
	doméstica	5	1,4	1,4	99,4
	baixa médica	2	,5	,6	100,0
	Total	356	97,8	100,0	
Missing	System	8	2,2		
Total		364	100,0		

Hab. Lit. Revistas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º ciclo do básico ou menos	35	9,6	9,7	9,7
	2º ciclo do básico	2	,5	,6	10,3
	3º ciclo do básico	96	26,4	26,7	37,0
	Secundário	85	23,4	23,7	60,7
	Bacharelato	20	5,5	5,6	66,3
	Licenciatura	109	29,9	30,4	96,7
	Pós-graduação	1	,3	,3	96,9
	Mestrado	8	2,2	2,2	99,2
	Doutoramento	3	,8	,8	100,0
	Total	359	98,6	100,0	
Missing	System	5	1,4		
Total		364	100,0		

Rendimento total anual bruto do agregado familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 10.000 euros	81	22,3	25,8	25,8
	de 10.001 a 20.000 euros	92	25,3	29,3	55,1
	De 20.001 a 37.500 euros	67	18,4	21,3	76,4
	de 37.501 a 70.000 euros	54	14,8	17,2	93,6
	superior a 70.001 euros	20	5,5	6,4	100,0
	Total	314	86,3	100,0	
Missing	System	50	13,7		
Total		364	100,0		

Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRÉ	94	25,8	26,0	26,0
	peri	94	25,8	26,0	52,1
	PÓS	173	47,5	47,9	100,0
	Total	361	99,2	100,0	
Missing	System	3	,8		
Total		364	100,0		

Caracterização da amostra – Exercício Físico**Statistics**

Pratica algum tipo de exercício físico?

N	Valid	361
	Missing	3
Mean		1,55
Std. Deviation		,499

Pratica algum tipo de exercício físico?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	164	45,1	45,4	45,4
	não	197	54,1	54,6	100,0
	Total	361	99,2	100,0	
Missing	System	3	,8		
Total		364	100,0		

Anexo I

Consistência Interna QIC

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	320	87,9
	Excluded ^a	44	12,1
	Total	364	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,963	34

Anexo II

Análise Factorial QIC**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,959
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7777,776
	df	561
	Sig.	,000

Anexo III

Análise Factorial a 4 factores

Comunalidades

Communalities

	Initial	Extraction
QIC_1	1,000	,438
QIC_2	1,000	,728
QIC_3	1,000	,594
QIC_4	1,000	,712
QIC_5	1,000	,539
QIC_6	1,000	,639
QIC_7	1,000	,613
QIC_8	1,000	,564
QIC_9	1,000	,716
QIC_10	1,000	,633
QIC_11	1,000	,604
QIC_12	1,000	,600
QIC_13	1,000	,634
QIC_14	1,000	,705
QIC_15	1,000	,717
QIC_16	1,000	,450
QIC_17	1,000	,619

QIC_18	1,000	,571
QIC_19	1,000	,703
QIC_20	1,000	,744
QIC_21	1,000	,645
QIC_22	1,000	,373
QIC_23	1,000	,552
QIC_24	1,000	,716
QIC_25	1,000	,545
QIC_26	1,000	,560
QIC_27	1,000	,587
QIC_28	1,000	,614
QIC_29	1,000	,753
QIC_30	1,000	,521
QIC_31	1,000	,671
QIC_32	1,000	,625
QIC_33	1,000	,760
QIC_34	1,000	,631

Extraction Method: Principal
Component Analysis.

Análise factorial a 4 factores – Rotated Component Matrix

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
QIC_1	,589	,190	,191	,133
QIC_2	,786	,256	,107	,184
QIC_3	,565	,257	,455	-,039
QIC_4	,780	,278	,160	,035
QIC_5	,696	,129	,197	,001
QIC_6	,695	,152	,355	-,078
QIC_7	,222	,097	,655	,354
QIC_8	,046	,153	,724	,120
QIC_9	,347	,458	,620	-,029
QIC_10	,315	,163	,712	,005
QIC_11	,364	,222	,639	,118
QIC_12	,368	,496	,452	-,117
QIC_13	,242	,307	,648	,249
QIC_14	,417	,613	,395	,000
QIC_15	,486	,625	,295	-,042
QIC_16	,533	,369	,064	,159
QIC_17	,626	,340	,330	,041

QIC_18	-,022	,422	,581	,235
QIC_19	,415	,558	,467	,024
QIC_20	,214	,608	,571	,051
QIC_21	,747	,108	,128	,241
QIC_22	,455	,178	,333	-,155
QIC_23	,571	,408	,243	-,005
QIC_24	,571	,567	,225	,133
QIC_25	,363	,247	,540	,245
QIC_26	-,050	,153	,332	,651
QIC_27	,116	,410	,595	,227
QIC_28	,437	,574	,296	,070
QIC_29	,339	,755	,262	,008
QIC_30	,299	,593	,103	,261
QIC_31	,147	,759	,221	,156
QIC_32	,324	,100	,180	,691
QIC_33	,274	,748	,301	,189
QIC_34	,734	,267	,013	,143

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Análise factorial a 4 factores – total da variância explicada

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,848	46,612	46,612	15,848	46,612	46,612	7,465	21,956	21,956
2	2,555	7,515	54,127	2,555	7,515	54,127	6,073	17,863	39,818
3	1,494	4,393	58,520	1,494	4,393	58,520	5,891	17,328	57,146
4	1,178	3,466	61,986	1,178	3,466	61,986	1,646	4,840	61,986
5	1,010	2,971	64,957						
6	,942	2,771	67,728						
7	,759	2,233	69,961						
8	,730	2,147	72,108						
9	,722	2,123	74,231						
10	,671	1,973	76,204						
11	,621	1,827	78,031						
12	,581	1,710	79,741						
13	,548	1,613	81,353						
14	,536	1,576	82,929						
15	,510	1,500	84,429						
16	,467	1,374	85,804						
17	,430	1,265	87,068						

18	,397	1,168	88,236					
19	,366	1,076	89,313					
20	,354	1,040	90,353					
21	,332	,976	91,329					
22	,320	,941	92,270					
23	,307	,904	93,174					
24	,296	,872	94,046					
25	,257	,757	94,804					
26	,248	,731	95,534					
27	,233	,687	96,221					
28	,222	,654	96,875					
29	,203	,596	97,471					
30	,189	,557	98,028					
31	,185	,543	98,571					
32	,173	,509	99,080					
33	,159	,469	99,549					
34	,153	,451	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo IV

Análise Factorial a 3 factores

Comunalidades

Communalities

	Initial	Extraction
QIC_1	1,000	,436
QIC_2	1,000	,711
QIC_3	1,000	,554
QIC_4	1,000	,712
QIC_5	1,000	,532
QIC_6	1,000	,590
QIC_7	1,000	,612
QIC_8	1,000	,535
QIC_9	1,000	,672
QIC_10	1,000	,555
QIC_11	1,000	,585
QIC_12	1,000	,556
QIC_13	1,000	,634
QIC_14	1,000	,701
QIC_15	1,000	,714
QIC_16	1,000	,422
QIC_17	1,000	,615
QIC_18	1,000	,568
QIC_19	1,000	,697
QIC_20	1,000	,738
QIC_21	1,000	,623
QIC_22	1,000	,305
QIC_23	1,000	,549
QIC_24	1,000	,703
QIC_25	1,000	,545
QIC_26	1,000	,344
QIC_27	1,000	,586
QIC_28	1,000	,612
QIC_29	1,000	,752

QIC_30	1,000	,432
QIC_31	1,000	,633
QIC_32	1,000	,337
QIC_33	1,000	,726
QIC_34	1,000	,611

Extraction Method: Principal
Component Analysis.

Análise factorial a 3 factores – Rotated Component Matrix

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
QIC_1	,596	,203	,197
QIC_2	,793	,252	,133
QIC_3	,563	,332	,355
QIC_4	,778	,306	,114
QIC_5	,695	,169	,142
QIC_6	,691	,225	,248
QIC_7	,252	,126	,729
QIC_8	,062	,226	,693
QIC_9	,345	,543	,508
QIC_10	,323	,260	,619
QIC_11	,377	,290	,600
QIC_12	,358	,573	,316
QIC_13	,262	,349	,667
QIC_14	,412	,660	,310
QIC_15	,476	,669	,199
QIC_16	,537	,355	,089
QIC_17	,626	,385	,273
QIC_18	-,006	,448	,607
QIC_19	,413	,613	,388
QIC_20	,215	,666	,499
QIC_21	,761	,100	,185
QIC_22	,445	,255	,203
QIC_23	,567	,445	,174
QIC_24	,572	,575	,212
QIC_25	,382	,280	,566
QIC_26	-,006	,081	,580
QIC_27	,132	,443	,610
QIC_28	,435	,599	,253
QIC_29	,330	,779	,192

QIC_30	,307	,556	,169
QIC_31	,148	,747	,228
QIC_32	,368	,013	,449
QIC_33	,278	,744	,309
QIC_34	,738	,256	,032

Extraction Method: Principal Component

Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser

Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Análise factorial a 3 factores – total da variância explicada

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,848	46,612	46,612	15,848	46,612	46,612	7,552	22,212	22,212
2	2,555	7,515	54,127	2,555	7,515	54,127	6,866	20,194	42,407
3	1,494	4,393	58,520	1,494	4,393	58,520	5,479	16,113	58,520
4	1,178	3,466	61,986						
5	1,010	2,971	64,957						
6	,942	2,771	67,728						
7	,759	2,233	69,961						
8	,730	2,147	72,108						
9	,722	2,123	74,231						
10	,671	1,973	76,204						
11	,621	1,827	78,031						
12	,581	1,710	79,741						
13	,548	1,613	81,353						
14	,536	1,576	82,929						
15	,510	1,500	84,429						
16	,467	1,374	85,804						

17	,430	1,265	87,068					
18	,397	1,168	88,236					
19	,366	1,076	89,313					
20	,354	1,040	90,353					
21	,332	,976	91,329					
22	,320	,941	92,270					
23	,307	,904	93,174					
24	,296	,872	94,046					
25	,257	,757	94,804					
26	,248	,731	95,534					
27	,233	,687	96,221					
28	,222	,654	96,875					
29	,203	,596	97,471					
30	,189	,557	98,028					
31	,185	,543	98,571					
32	,173	,509	99,080					
33	,159	,469	99,549					
34	,153	,451	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo V

Análise Factorial a 2 factores

Comunalidades

Communalities

	Initial	Extraction
QIC_1	1,000	,415
QIC_2	1,000	,692
QIC_3	1,000	,539
QIC_4	1,000	,706
QIC_5	1,000	,502
QIC_6	1,000	,556
QIC_7	1,000	,466
QIC_8	1,000	,485
QIC_9	1,000	,671
QIC_10	1,000	,497
QIC_11	1,000	,534
QIC_12	1,000	,533
QIC_13	1,000	,602
QIC_14	1,000	,658
QIC_15	1,000	,650
QIC_16	1,000	,420
QIC_17	1,000	,612
QIC_18	1,000	,568
QIC_19	1,000	,680
QIC_20	1,000	,708
QIC_21	1,000	,550
QIC_22	1,000	,301
QIC_23	1,000	,545
QIC_24	1,000	,683
QIC_25	1,000	,498
QIC_26	1,000	,280
QIC_27	1,000	,585

QIC_28	1,000	,579
QIC_29	1,000	,600
QIC_30	1,000	,376
QIC_31	1,000	,469
QIC_32	1,000	,211
QIC_33	1,000	,627
QIC_34	1,000	,607

Extraction Method: Principal
Component Analysis.

Análise factorial a 2 factores – Rotated Component Matrix

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
QIC_1	,609	,209
QIC_2	,816	,160
QIC_3	,606	,414
QIC_4	,822	,176
QIC_5	,696	,134
QIC_6	,701	,253
QIC_7	,212	,649
QIC_8	,069	,693
QIC_9	,457	,680
QIC_10	,332	,621
QIC_11	,395	,615
QIC_12	,497	,534
QIC_13	,300	,716
QIC_14	,577	,571
QIC_15	,651	,476
QIC_16	,614	,208
QIC_17	,690	,367
QIC_18	,087	,749
QIC_19	,555	,610
QIC_20	,376	,753
QIC_21	,731	,125
QIC_22	,484	,259
QIC_23	,663	,324
QIC_24	,708	,426
QIC_25	,399	,581
QIC_26	-,032	,528

QIC_27	,214	,734
QIC_28	,584	,488
QIC_29	,550	,546
QIC_30	,457	,409
QIC_31	,365	,579
QIC_32	,309	,340
QIC_33	,479	,630
QIC_34	,775	,085

Extraction Method: Principal

Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with

Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3
iterations.

Análise factorial a 2 factores – total da variância explicada

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,848	46,612	46,612	15,848	46,612	46,612	9,810	28,853	28,853
2	2,555	7,515	54,127	2,555	7,515	54,127	8,593	25,274	54,127
3	1,494	4,393	58,520						
4	1,178	3,466	61,986						
5	1,010	2,971	64,957						
6	,942	2,771	67,728						
7	,759	2,233	69,961						
8	,730	2,147	72,108						
9	,722	2,123	74,231						
10	,671	1,973	76,204						
11	,621	1,827	78,031						
12	,581	1,710	79,741						
13	,548	1,613	81,353						
14	,536	1,576	82,929						
15	,510	1,500	84,429						
16	,467	1,374	85,804						
17	,430	1,265	87,068						

18	,397	1,168	88,236					
19	,366	1,076	89,313					
20	,354	1,040	90,353					
21	,332	,976	91,329					
22	,320	,941	92,270					
23	,307	,904	93,174					
24	,296	,872	94,046					
25	,257	,757	94,804					
26	,248	,731	95,534					
27	,233	,687	96,221					
28	,222	,654	96,875					
29	,203	,596	97,471					
30	,189	,557	98,028					
31	,185	,543	98,571					
32	,173	,509	99,080					
33	,159	,469	99,549					
34	,153	,451	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo VI

Communalities

	Initial	Extraction
QIC_1	1,000	,349
QIC_2	1,000	,506
QIC_3	1,000	,528
QIC_4	1,000	,526
QIC_5	1,000	,365
QIC_6	1,000	,474
QIC_7	1,000	,352
QIC_8	1,000	,268
QIC_9	1,000	,634
QIC_10	1,000	,441
QIC_11	1,000	,499
QIC_12	1,000	,529
QIC_13	1,000	,496
QIC_14	1,000	,657
QIC_15	1,000	,642
QIC_16	1,000	,352
QIC_17	1,000	,574
QIC_18	1,000	,324
QIC_19	1,000	,675
QIC_20	1,000	,617
QIC_21	1,000	,389
QIC_22	1,000	,283
QIC_23	1,000	,502
QIC_24	1,000	,656
QIC_25	1,000	,472
QIC_26	1,000	,110
QIC_27	1,000	,427
QIC_28	1,000	,578
QIC_29	1,000	,599
QIC_30	1,000	,376
QIC_31	1,000	,436
QIC_32	1,000	,209
QIC_33	1,000	,606

Anexo 7

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	15,848	46,612	46,612	15,848	46,612	46,612
2	2,555	7,515	54,127			
3	1,494	4,393	58,520			
4	1,178	3,466	61,986			
5	1,010	2,971	64,957			
6	,942	2,771	67,728			
7	,759	2,233	69,961			
8	,730	2,147	72,108			
9	,722	2,123	74,231			
10	,671	1,973	76,204			
11	,621	1,827	78,031			
12	,581	1,710	79,741			
13	,548	1,613	81,353			
14	,536	1,576	82,929			
15	,510	1,500	84,429			
16	,467	1,374	85,804			
17	,430	1,265	87,068			
18	,397	1,168	88,236			

19	,366	1,076	89,313
20	,354	1,040	90,353
21	,332	,976	91,329
22	,320	,941	92,270
23	,307	,904	93,174
24	,296	,872	94,046
25	,257	,757	94,804
26	,248	,731	95,534
27	,233	,687	96,221
28	,222	,654	96,875
29	,203	,596	97,471
30	,189	,557	98,028
31	,185	,543	98,571
32	,173	,509	99,080
33	,159	,469	99,549
34	,153	,451	100,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo VIII

Component Matrix^a

	Component
	1
QIC_1	,591
QIC_2	,711
QIC_3	,727
QIC_4	,725
QIC_5	,604
QIC_6	,688
QIC_7	,594
QIC_8	,518
QIC_9	,796
QIC_10	,664
QIC_11	,706
QIC_12	,727
QIC_13	,704
QIC_14	,811
QIC_15	,801
QIC_16	,593
QIC_17	,758
QIC_18	,569
QIC_19	,821
QIC_20	,785
QIC_21	,624
QIC_22	,532
QIC_23	,709
QIC_24	,810
QIC_25	,687
QIC_26	,332
QIC_27	,653
QIC_28	,760
QIC_29	,774
QIC_30	,613

QIC_31	,660
QIC_32	,457
QIC_33	,779
QIC_34	,630

Extraction Method:

Principal Component

Analysis.

a. 1 components

extracted.

Anexo IX

Normalidade e Homogeneidade QIC

Case Processing Summary

	Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
QIC_Total	PRÉ	81	86,2%	13	13,8%	94	100,0%
	peri	83	88,3%	11	11,7%	94	100,0%
	PÓS	153	88,4%	20	11,6%	173	100,0%

Tests of Normality

	Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QIC_Total	PRÉ	,129	81	,002	,906	81	,000
	peri	,134	83	,001	,891	83	,000
	PÓS	,131	153	,000	,883	153	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QIC_Total	Based on Mean	1,352	2	314	,260
	Based on Median	,856	2	314	,426

Based on Median and with adjusted df	,856	2	306,212	,426
Based on trimmed mean	1,103	2	314	,333

Anexo X

Diferenças Estados Menopausa

ANOVA

QIC_Total

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,379	2	,190	,329	,720
Within Groups	181,314	314	,577		
Total	181,693	316			

Multiple Comparisons

QIC_Total

Tukey HSD

(I) Estado de Menopa usa: pré, peri ou pós?	(J) Estado de Menopa usa: pré, peri ou pós?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
PRÉ	peri	-,080	,119	,780	-,36	,20
	PÓS	-,079	,104	,730	-,32	,17
peri	PRÉ	,080	,119	,780	-,20	,36
	PÓS	,001	,104	1,000	-,24	,24
PÓS	PRÉ	,079	,104	,730	-,17	,32
	peri	,000	,104	1,000	-,24	,24

QIC_Total

Tukey HSD^{a,b}

Estado de Menopausa: pré, peri ou pós?	N	Subset for alpha = 0.05
		1
PRÉ	81	1,83
PÓS	153	1,91
peri	83	1,91
Sig.		,745

Anexo XI

Homogeneidade e Normalidade Exercício Físico

Tests of Normality

Pratica algum tipo de exercíci o físico?	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QIC_Total sim	,115	144	,000	,913	144	,000
não	,129	174	,000	,884	174	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QIC_Total	Based on Mean	6,516	1	316	,011
	Based on Median	3,836	1	316	,051
	Based on Median and with adjusted df	3,836	1	283,539	,051

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QIC_Total	Based on Mean	6,516	1	316	,011
	Based on Median	3,836	1	316	,051
	Based on Median and with adjusted df	3,836	1	283,539	,051
	Based on trimmed mean	5,329	1	316	,022

Anexo XII

Diferenças Exercício Físico

```
GET FILE='J:\MESTRADO\TESE\Base de Dados Completa.sav'. NPAR TESTS /M-W= QIC_Total
BY Ex_Físico(1 2) /MISSING ANALYSIS.
```

Mann Whitney Test

Ranks

Prática algum tipo de exercício o físico?	N	Mean Rank	Sum of Ranks

QIC_Total	sim	144	154,92	22308,50
	não	174	163,29	28412,50
	Total	318		

Test Statistics^a

	QIC_Total
Mann-Whitney U	11868,500
Wilcoxon W	22308,500
Z	-,808
Asymp. Sig. (2-tailed)	,419

a. Grouping Variable: Pratica algum tipo de exercício físico?

Anexo XIII

Correlação Preocupações com o corpo X IMC

Correlations

		QIC_Total	Índice de Massa Corporal
QIC_Total	Pearson Correlation	1	,468**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	320	318
Índice de Massa Corporal	Pearson Correlation	,468**	1

	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	318	360

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo XIV

Correlação Exercício físico (frequênciaxintensidade)X Preocupações com o corpo

```
CORRELATIONS /VARIABLES=Ex_Fis_Total_Semana QIC_Total /PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

		Freq x Int	QIC_Total
Freq x Int	Pearson Correlation	1	,028
	Sig. (2-tailed)		,759
	N	137	120
QIC_Total	Pearson Correlation	,028	1
	Sig. (2-tailed)	,759	
	N	120	320

Correlação IMC x Exercício Físico

CORRELATIONS /VARIABLES=IMC Ex_Físico_Duração /PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

		Índice de Massa Corporal	(Se pratica ex. físico) Durante qto tempo (MINUTOS) exercita?
Índice de Massa Corporal	Pearson Correlation	1	,185*
	Sig. (2-tailed)		,028
	N	360	142
(Se pratica ex. físico) Durante qto tempo (MINUTOS) exercita?	Pearson Correlation	,185*	1
	Sig. (2-tailed)	,028	
	N	142	143

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).