



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DO PROCESSO DE MENOPAUSA NA
SATISFAÇÃO RELACIONAL, SEXUAL E
AUTOIMAGEM**

PETRA VANESSA MENDES RODRIGUES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR PEDRO COSTA

Coordenador(a) de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Pedro Costa, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Este é o momento de agradecer a todos os que tornaram possível esta minha jornada.

À Professora Doutora Isabel Leal pelo incentivo em realizar a tese. Ao Professor Doutor Pedro Costa pela orientação, apoio no SPSS e sobretudo pela sua compreensão ao longo deste percurso.

À minha amiga Rute por todo o apoio nestes dois anos e à Luísa pelas dicas e apoio mútuo durante a realização da tese. Obrigada pela vossa ajuda!

A todas as participantes no estudo EVISA porque sem a vossa disponibilidade esta tese não seria possível.

A todos os meus amigos que me transmitiram força e sempre acreditaram em mim.

Aos meus pais, muito obrigada pela vossa dedicação e por permitirem que eu tivesse a oportunidade de realizar este mestrado.

À minha restante família pelo amor e apoio que transmitiam cada vez que regressava a Lisboa e aos meus tios (Miguel e Ana) por me terem acolhido.

Aos meus avós que já partiram e que sempre me deram muita força para lutar pelos meus objetivos.

À minha “Honney”, Catarina Gonçalves, pelo apoio incondicional e pela força que me foi transmitindo ao longo destes meses e que nunca me deixou desistir. Foi a tua presença que me ajudou a superar a distância de casa e a melhor notícia que recebi quando disseste que vinhas para cá. Obrigada por me teres aturado nos momentos de maior desespero e nunca esquecerei os nossos momentos de animação. Sabes que poderás contar sempre comigo.

À minha grande amiga Nair, à sua princesa e à Andreia pela forma que me transmitiram força mesmo à distância.

E finalmente, ao meu Amor, Luís Gonçalves, companheiro de vida por todo o apoio que me deu, mesmo sabendo o quanto estava ser difícil estarmos longe um do outro, nunca deixou de acreditar nas minhas capacidades e dar-me força para voar. És o meu pilar e o meu porto seguro.

Resumo

Introdução: A menopausa é um marco importante na vida da mulher na meia-idade inserindo-se no processo de envelhecimento, afectando a sua qualidade de vida devido aos sintomas que acarreta. Este estudo realizou-se com o objectivo de perceber de que forma os sintomas sexuais e vasomotores associados à menopausa podem afectar dimensões relevantes da qualidade de vida como a satisfação sexual, satisfação relacional e autoimagem. **Método:** No estudo correlacional transversal participaram 202 mulheres, com idades compreendidas entre os 40 e os 75 anos (M de idade = 51.36, DP = 7.81) que responderam aos seguintes instrumentos: Escala de Satisfação Sexual, (NSSS); o Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa (MSSI-38), a Escala Revista de Ajustamento Diádico (RDAS) e uma Escala de Satisfação com a Aparência construída pela equipa de investigação EVISA. **Resultados:** os resultados evidenciaram diferenças na presença de sintomas sexuais entre mulheres em pré e pós-menopausa, contudo, não houve diferenças significativas nos sintomas vasomotores nos diferentes estados de menopausa. Não houve diferenças ao nível da satisfação relacional, sexual e a autoimagem da mulher quanto ao estado de menopausa. A severidade dos sintomas sexuais encontrou-se associada à satisfação sexual, relacional e à autoimagem. Todavia, não obtivemos os mesmos resultados para os sintomas vasomotores. Para estudos futuros seria pertinente a realização de um estudo comparativo longitudinal com a utilização total do Inventário de Sintomas da Menopausa e relacionar com a satisfação sexual, relacional e autoimagem em mulheres que pratiquem desporto e realizem Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e mulheres que não pratiquem desporto nem façam TRH.

Palavras-Chave: Menopausa, Sintomas, Satisfação Sexual, Satisfação Relacional e Autoimagem

Abstract

Introduction: Menopause is an important milestone in women's life in middle age through the entrance in the aging process, affecting their quality of life due to symptoms that it entails. This study was conducted with the aim to understand how sexual and vasomotor symptoms associated with menopause may affect relevant dimensions of quality of life such as sexual satisfaction, relational satisfaction and self-image. **Method:** In the transverse correlational study 202 women participated with ages between 40 and 75 years (M age = 51.36; SD = 7.81) who responded to the following instruments: New Sexual Satisfaction Scale (NSSS); Menopause Symptoms' Severity Inventory Severity (MSSI-38); Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) and Satisfaction Scale Appearance built by the research team EVISA. **Results:** the results showed differences in the presence of sexual symptoms among women in pre and post-menopausal however, there were no significant differences in vasomotor symptoms in in different states of menopause. There were also no differences in terms of relational satisfaction, sexual and women's self-image as the state of menopause. The severity of sexual symptoms was found associated with sexual satisfaction, relational and self-image. However, we have not obtained the same results for vasomotor symptoms. For future studies it would be appropriate to carry out a longitudinal comparative study with full use of the Inventory of Symptoms of Menopause and related to sexual, relational satisfaction and self-image in women who practice sport and realize Hormone Replacement Therapy (HRT) and for women who do not practice sport or do HRT.

Key-words: Menopause, Symptoms, Sexual Satisfaction, Relational Satisfaction and Self-Image

Índice

Introdução	1
Menopausa e a sua influência na satisfação sexual, relacional e autoimagem	10
Método	13
Delineamento	13
Procedimento	13
Participantes	13
Escala de Satisfação Sexual (<i>NSSS</i>)	16
Escala Revista de Ajustamento Diádico (<i>RDAS</i>)	17
Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa (<i>MSSI-38</i>)	17
Escala Autoimagem	18
Análise Estatística	18
Resultados	20
Satisfação Relacional e Satisfação Sexual	20
Autoimagem	20
Sintomas Sexuais e Sintomas Vasomotores	22
Sintomas sexuais, sintomas vasomotores e o estado da menopausa	23
Satisfação sexual, satisfação relacional, autoimagem e o estado da menopausa	24
Gravidade de sintomas sexuais e vasomotores associados à satisfação sexual, relacional e autoimagem	25
Discussão	26
Conclusão	32
Referências	34
ANEXOS	41
Anexo A: Protocolo EVISA	42

Lista de Tabelas

Tabela 1	Características das participantes Idade, Altura e Peso	14
Tabela 2	Características Sociodemográficas das participantes	14
Tabela 3	Classificação das participantes em relação ao estado da menopausa	16
Tabela 4	Valores de referência para as Correlações de Pearson e KMO	19
Tabela 5	Valores da Fiabilidade da Satisfação Relacional e Sexual	20
Tabela 6	Itens da Escala da Autoimagem, Pesos factoriais, Percentagem da Variância Explicada, Médias, Desvio Padrão e Fiabilidade	21
Tabela 7	Correlações de Pearson dos Sintomas Sexuais ao nível da Frequência, Intensidade e Índice de Gravidade	22
Tabela 8	Correlações de Pearson dos Sintomas Vasomotores ao nível da Frequência, Intensidade e Índice de Gravidade	23
Tabela 9	Médias, Desvio Padrão e Fiabilidade dos Sintomas Sexuais e Vasomotores	23
Tabela 10	Média, Desvio Padrão e ANOVA (hipótese 1)	24
Tabela 11	Média, Desvio Padrão e ANOVA (hipótese 2)	24
Tabela 12	Matriz das correlações de Pearson (hipóteses 3 e 4)	25

Introdução

O processo de envelhecimento difere de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para alguns sujeitos e célere para outros. Estas variações dependem de diversos factores, designadamente genéticos, ambientais, estilos de vida, condições socioeconómicas, a presença ou não de doenças crónicas (Fechine & Trompieri, 2012).

A meia-idade é um período de desafios, com perspetivas de intervenção e prevenção, existindo ganhos para os últimos anos de vida (Fagulha, 2005). A especificidade da vivência feminina evidencia-se através da menopausa, um marco biológico da finalização da atividade reprodutiva da mulher, considerado como o acontecimento mais marcante para a mulher na meia-idade (Cavadas, Nunes, Pinheiro & Silva, 2010; Fagulha, 2005; Ferreira, Chinelato, Castro & Ferreira, 2013).

A temática da menopausa e o seu impacto na vida da mulher têm recebido maior destaque no campo científico, uma vez que com o aumento da esperança média de vida a mulher passa cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa. Esta ocorre normalmente entre os 40 e os 65 anos, sendo que a idade média da sua ocorrência nos países desenvolvidos situa-se nos 51,2 anos. Em caso de existir uma menopausa precoce ou prematura (de amenorreia secundária), que ocorre antes dos 45 anos, existe uma causa espontânea ou induzida. No caso de ser menopausa induzida, pode ter origem em intervenções médicas como a quimioterapia, a histerectomia ou a cirurgia ooforectomia bilateral (remoção dos ovários) (Berlezi, Balzan, Cadore, Pillatt & Winkelmann, 2013; Cabral, et al., 2012; Shuster, et, al., 2010).

Quando se aborda esta temática torna-se fulcral fazer a distinção entre menopausa e climatério. A menopausa significa a última menstruação, enquanto o climatério representa a transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva (Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007). No campo biomédico, o termo climatério “ponto crítico da vida humana” é caracterizado como a fase de evolução biológica da mulher, na qual ocorre o processo de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, consistindo num período de aproximadamente 15 anos, situando-se entre os 45 e os 50 anos (Oliveira, Jesus, & Merighi, 2008). A palavra menopausa deriva do termo grego *meno* (mês) e *pausis* (pausa), que corresponde ao último ciclo menstrual, mas só é reconhecida depois de 12 meses de amenorreia (Avis & Mckinlay, 1991; Pimenta, Leal & Branco, 2007).

A nível biológico podemos dividir a menopausa em três fases: a pré-menopausa, a perimenopausa e a pós-menopausa. A pré-menopausa é caracterizada do ponto de vista

endócrino pelo aumento gradual dos níveis séricos da hormona folículo estimulante (FSH), ocorrendo normalmente na quarta ou quinta década da vida da mulher. Por sua vez a perimenopausa corresponde ao período imediatamente antes da menopausa, caracterizando-se por algumas alterações endócrinas e biológicas em que a menstruação apresenta-se de forma irregular até à última menstruação (menopausa) seguido por um período de amenorreia (12 meses). A pós-menopausa corresponde à paragem completa e definitiva do funcionamento ovárico (Cavadas, Nunes, Pinheiro & Silva, 2010; Fernandes, 2011; Utian, 2004).

Ao longo destas fases ocorre uma diminuição da produção de estrogénio pelos ovários podendo surgir diversos sintomas: a nível psicológico (por exemplo, perturbações de humor); cognitivos (por exemplo, ao nível da memória); cardiovasculares (por exemplo, aumento de colesterol); ósseos (por exemplo, osteoporose); cutâneos (por exemplo, perda de tonicidade da pele); vasomotores (por exemplo, calores, afrontamentos ou suores noturnos) e geniturinários (por exemplo, perda de elasticidade e da lubrificação da mucosa vaginal; incontinência urinária; alterações da espessura do endométrio) (Berlezi, Balzan, Cadore, Pillatt & Winkelmann, 2013; Cabral, et al., 2012; Cavadas, Nunes, Pinheiro & Silva, 2010; Pimenta, Leal & Branco, 2007). A presença e a intensidade destes sintomas variam de mulher para mulher, no entanto, a literatura é consensual no que se refere aos sintomas mais comuns como por exemplo alterações ao nível do funcionamento sexual (devido à falta de lubrificação vaginal), os afrontamentos, o aumento de peso e as alterações de pele. A presença destes sintomas pode afetar a qualidade de vida da mulher originando sentimentos de baixa autoestima e confiança (Berlezi, et al., 2013; Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012; Sharma & Mahajan, 2015).

Um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite (2006) com uma amostra de 391 mulheres, em que 72% da amostra era composta por mulheres com idade superior aos 60 anos, constatou-se que um número significativo de mulheres na menopausa experienciava irritabilidade (55%), suores noturnos (53%), afrontamentos (49%), insónias (49%) e secura vaginal (32%), dados que corroboram os principais sintomas referidos na literatura.

A menopausa é, por vezes, caracterizada como um processo complexo, pois as mulheres deparam-se com diversas alterações na sua vida. Alterações como o fim do período reprodutor, a panóplia de sintomas sentidos, nomeadamente a nível das relações sexuais e feminilidade, bem como todo o processo de envelhecimento podem originar um grande impacto na vida. Por este motivo não podemos deixar de observar a menopausa à luz do

modelo biopsicossocial, pois também é esperado nesta fase da vida outro tipo de mudanças, como por exemplo, a saída dos filhos de casa e a reestruturação da vida do casal, em que o companheiro também se encontra num processo de envelhecimento, sendo que, as alterações que advêm da menopausa podem intensificar a insatisfação ou sofrimento (Catão, 2008; Ornat, et al., 2013; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). Além disso, os sintomas físicos e psicológicos associados a esta faixa etária das mulheres podem estar relacionados com o seu *status* social, nível educacional, profissão, o índice de massa gorda no corpo, assim como as suas crenças e atitudes perante a menopausa e o envelhecimento (Hardy & Kuh, 2002). O estatuto sociocultural, as crenças e as atitudes parecem predizer a sintomatologia na menopausa, uma vez que mulheres que têm um nível sociocultural mais baixo tendem a apresentar um maior número de sintomas na menopausa (Serrão, 2008). No que diz respeito ao índice de massa gorda, alguns autores relatam que este aumenta nas mulheres em perimenopausa (idades compreendidas entre os 35 e os 49 anos), causado pelas alterações do ciclo menstrual e hormonal, existindo assim, uma prevalência do aumento de peso em mulheres em pós-menopausa (Davis et al., 2012; Lins & Sichieri, 2001). Desta forma, é possível que estes fatores possam influenciar o grau em que a menopausa vai afetar a saúde da mulher (Hardy & Kuh, 2002; Serrão, 2008).

Segundo o impacto que a menopausa pode ter na vida de uma mulher bem como os sintomas mais comuns referidos na literatura, no presente estudo vamos analisar através de um inventário de sintomas da menopausa, de que forma os sintomas vasomotores e os sintomas a nível sexual podem influenciar a satisfação relacional, a satisfação sexual e a autoimagem da mulher. Desta forma, iremos abordar na literatura a menopausa à luz destas variáveis e como os sintomas podem ter influência e impacto na vida de uma mulher.

A menopausa pode afectar a qualidade de vida da mulher, nomeadamente, a satisfação relacional (Graziottin, 2010). Isto ocorre devido aos fatores psicológicos e somáticos que podem influenciar a sexualidade feminina na menopausa e as mudanças nas dinâmicas e nos relacionamentos familiares, principalmente com o parceiro (Melby & Lampl, 2011). Num estudo realizado por Mishra e Kuh (2006) com uma amostra de 1,525 participantes britânicas, os resultados demonstraram que as mulheres em pós-menopausa, em comparação com as mulheres em pré-menopausa e perimenopausa, manifestavam um declínio da qualidade relacional, alguma sintomatologia psicológica (vida percecionada como stressante) bem como sintomas somáticos relacionados com a menopausa (por exemplo secura vaginal e afrontamentos). Kurpius, Nicpon e Maresh (2001), realizaram um estudo com 303

participantes em menopausa, sendo um dos critérios de inclusão no estudo, estar casada ou numa relação. Os resultados foram convergentes com os dados do estudo anterior, sendo que a severidade dos sintomas variava consoante a percepção do estado de felicidade na relação, isto é, mulheres que não estavam satisfeitas com o parceiro apresentavam estados de humor mais negativos, particularmente raiva e depressão, agravando-se com o estado e gravidade da sintomatologia da menopausa.

A satisfação relacional é o resultado da apreciação pessoal e subjetiva da qualidade da relação, sendo considerada um indicador da felicidade conjugal/relacional que influencia positivamente o bem-estar e a saúde individual e familiar (Barrientos & Páez, 2006). A satisfação relacional engloba diferentes áreas da vida conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações com a família de origem, comunicação, conflitos e sexualidade), dos afectos (intimidade e compromisso), da cognição (percepções e expectativas), do contexto (família de origem, rede social e profissão) e do indivíduo (personalidade, vinculação, idade, género, educação, etnia, religião e nível socio-económico) (Bolze, Schmidt, Crepaldi & Vieira, 2013). Na mesma linha de pensamento, Narciso e Ribeiro (2009) classificaram os factores que influenciam a satisfação e a qualidade relacional em 3 tipos: os centrípetos, os centrífugos e o factor tempo ou percurso de vida. Os centrípetos são intrínsecos à própria relação e nele incluem-se vários processos: afetivos (sentimentos, intimidade e compromisso), comportamentais (que se refletem no funcionamento relacional como a comunicação, os conflitos/resolução e controlo relacional) e os cognitivos (percepções, atribuições e expectativas que influenciam e são influenciados pela relação). Os factores centrífugos englobam os factores pessoais (características da personalidade e padrões de vinculação), contextuais (família de origem, a rede social, a escola e o trabalho) e os factores demográficos (idade, género, habilitações literárias, nível sociocultural e económico). No aspeto tempo ou percurso de vida conjugal, considera-se o tempo de duração de casamento, tempo de namoro, as etapas normativas e as situações não normativas do ciclo de vida que, afecta e é afectado pelos factores centrípetos e centrífugos.

Num estudo realizado sobre as alterações no relacionamento com o parceiro, entre 60% e 80% das mulheres referiram que os factores psicológicos (irritabilidade, diminuição da autoestima e humor depressivo) e os factores somáticos associados à menopausa (afrontamentos e suores nocturnos) contribuem negativamente para a qualidade de vida em geral e dificuldades no relacionamento conjugal em particular (Deeks & McCabe, 2001). Em outro estudo envolvendo uma amostra de 3,062 mulheres entre os 40 e 70 anos, verificou-se

que as mulheres em pós-menopausa apresentaram valores inferiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico mas também ao nível das relações quer sejam familiares ou alargadas, parecendo existir uma associação entre a menopausa e alterações ao nível das relações, com impacto negativo (Nisar & Soho, 2010).

Northup (2006) defende que os relacionamentos sofrem adaptações face às alterações hormonais que ocorrem durante a menopausa. Expectativas positivas elevam a atribuição sobre os parceiros, fomentam a afectividade e o enriquecimento do casal, enquanto, as expectativas baixas podem degradar a relação pela antecipação de factores stressantes nas interacções, podendo contribuir para situações de ruptura (Narciso & Ribeiro, 2009). Neste sentido, Fielder e Kurpius (2002) defendem que parece existir uma relação causal entre a saúde física e mental da mulher e a qualidade/satisfação das interacções na relação diádica.

A satisfação relacional, por sua vez, revela-se preponderante para a satisfação sexual, uma vez que a sexualidade integra-se na história relacional, incluindo, especificamente questões como crenças ou papéis sexuais, padrões de interação, necessidades e exigências quanto à intimidade e nível de atração pelo parceiro (Pascoal, 2012). Segundo Pechorro e colaboradores (2009) a satisfação sexual está estritamente relacionada com a satisfação conjugal, uma vez que, as mulheres que referem estar satisfeitas com os seus relacionamentos conjugais também mencionam estar satisfeitas com os seus relacionamentos sexuais. O ajustamento relacional tem adquirido maior protagonismo, sendo que esta dimensão apresenta uma forte relação com a satisfação sexual, sendo bidirecional com a satisfação conjugal (Pechorro, et al., 2015). Os autores Fincham e Beach (2006), referem-se à satisfação sexual como o indicador da vida conjugal. Desta forma, a compreensão da definição de satisfação sexual no contexto da relação diádica torna-se essencial (Pascoal, Narciso & Pereira, 2014). Vários estudos salientam que quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a satisfação sexual, sendo que, para a população feminina, quanto maior o nível de proximidade emocional numa relação, maior a satisfação sexual (Barrientos & Páez, 2006; Pechorro et al., 2015; Young, Young & Lupis, 2000).

O estudo da satisfação sexual tem vindo a ganhar destaque no campo da sexualidade, uma vez que esta é considerada um indicador importante para a saúde e o bem-estar sexual e, consequentemente, para o bem-estar geral (OMS, 2010). Pechorro, et al. (2009), definem satisfação sexual como o grau em que a atividade sexual de um indivíduo corresponde aos seus ideais. A satisfação sexual pode ainda ser definida como uma resposta afetiva consequente da avaliação de cada pessoa relativamente ao seu relacionamento sexual. Assim,

inclui-se a percepção que cada pessoa tem de que as suas necessidades sexuais estão a ser atendidas, bem como as expectativas do parceiro, englobando uma avaliação positiva da relação sexual na sua totalidade. Desta forma, destacam-se duas dimensões ao nível da satisfação sexual: a satisfação sexual geral (relativa à satisfação da mulher com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais) e a satisfação com o seu companheiro (Pechorro, Diniz & Vieira, 2009; Pechorro et al., 2015).

Num estudo realizado com 1,148 mulheres portuguesas com o objetivo de compreender os fatores determinantes da satisfação sexual feminina, as autoras chegaram à conclusão que os principais fatores determinantes da satisfação sexual eram fatores interpessoais, nomeadamente: o sentir-se desejada, receber atenção do parceiro, ser capaz de satisfazer o parceiro e sentir que o parceiro gosta do seu corpo (Carvalheira & Leal, 2008). Desta forma, na relação interpessoal existe uma contextualização da sexualidade feminina. Com menor grau de importância, as mulheres atribuem os fatores de funcionamento físico-sexual, nomeadamente sentir prazer físico, sentir excitação física, ter vontade de ter sexo e sentir lubrificação (Sousa, 2013). Estes fatores são mais individuais e relacionados com o próprio prazer e a função sexual da mulher, no entanto, não são os mais importantes para as mulheres (Carvalheira & Leal, 2008; Sousa, 2013).

Deeks e McCabe (2001) concluíram que os sintomas da menopausa, juntamente com o ajustamento diádico e o bem-estar psicológicos, são bons preditores de satisfação sexual, independentemente do funcionamento sexual, uma vez que os factores interpessoais são mais importantes para as mulheres. A literatura tem demonstrado que um relacionamento com elevado nível de comprometimento, assim como o conhecimento sexual, a comunicação sexual (expressar e perguntar acerca das necessidades, desejos e preferências sexuais) e a frequência da atividade sexual estão positivamente associados à satisfação sexual (Tang, Bensman, & Hatfiel, 2013). Um estudo realizado por Pascoal, Narciso e Pereira (2014), com 760 participantes em relações (heterossexuais) de compromisso e exclusividade, responderam na forma escrita à questão “Como define a satisfação sexual?”. Os resultados demonstraram que a satisfação sexual é um constructo similar para ambos os sexos, sendo caracterizado através de sentimentos positivos e que não se definem pela ausência de problemas ou sofrimento, mas sim por dimensões transversais relacionadas com o bem-estar individual e relacional.

As mudanças nas funções sociais, emocionais, psicológicas e físicas que a mulher enfrenta na menopausa podem influenciar a satisfação sexual, uma vez que a satisfação sexual

vai mais além do ato sexual (Gott & Hinchliff, 2003). A satisfação sexual é o fator psicológico mais estudado no âmbito das disfunções sexuais (Pechorro, et al., 2009). A prevalência destas disfunções aumenta com a idade, existindo vários estudos da sexualidade na menopausa devido à maior incidência de disfunções sexuais nesta fase da vida (Cabral, et al., 2012; Lorenzi & Saciloto, 2006; Mishra & Kuh, 2006; Polizer & Alves, 2009; Tavares, Assis, Rezende & Silva, 2015). Num estudo realizado sobre a influência dos sintomas da menopausa sobre a função sexual das mulheres de meia-idade, os resultados mostraram que cerca de 67% das mulheres podem apresentar risco de disfunção sexual devido aos sintomas da menopausa, sendo que mulheres que sofrem mais sintomatologia revelaram mais riscos de disfunção sexual (Cabral, et al., 2012).

Vários estudos têm evidenciado que existe uma redução na frequência das relações sexuais após a menopausa devido aos sintomas sentidos, nomeadamente, diminuição do desejo sexual, atrofia e secura vaginal (podendo originar dispareunia e vaginismo), perda da libido e dificuldade em atingir orgasmos (Cabral, et al., 2012; Lorenzi & Saciloto, 2006; Melby & Lampl, 2011; Mishra & Kuh, 2006; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009; Rani, 2009; Samsioe, Doren & Lobo, 2006). Num estudo realizado em Portugal sobre a sexualidade na pós-menopausa concluiu-se que cerca de 50% da amostra encontrava-se sexualmente insatisfeita, realçando que as principais mudanças sexuais observadas foram a redução do desejo sexual e a deterioração do desempenho sexual do parceiro (Fonseca, et al., 2003).

Os sintomas da menopausa têm um impacto mais gravoso e complexo sobre a sexualidade se a menopausa surgir precocemente (antes dos 40 anos) (Melby & Lampl, 2011). Quanto mais jovem é a mulher, mais percebe a menopausa como um fator negativo no cumprimento dos objectivos do seu ciclo de vida, na sua identidade e função sexual, uma vez que, os sintomas já referidos podem conduzir a uma reduzida satisfação sexual, influenciando negativamente a motivação, a frequência sexual e a satisfação conjugal (Melby & Lampl, 2011).

Em contrapartida, outros estudos evidenciam que a satisfação sexual pode manter-se elevada após a menopausa (Cabral et al., 2014; Silva & Borges, 2012; Vilarinho, 2010; Woloski-Wruble, 2010). O bom relacionamento entre o casal é um fator fundamental para que a sexualidade seja vivenciada de forma plena, influenciando de forma positiva a percepção que as mulheres têm acerca de si. Desta forma, há uma adaptação às mudanças decorrentes da menopausa sem comprometer a sexualidade e o casal mantém ou até mesmo melhora o seu relacionamento (Silva & Borges, 2012).

Cabral e colaboradores (2014) realizaram um estudo com uma amostra de mulheres que frequentavam uma clínica de apoio e tinham acompanhamento na menopausa. Os autores concluíram que estas tinham níveis de satisfação sexual superiores à média e uma boa comunicação sexual/íntima com o parceiro, sendo que a principal queixa de insatisfação estava apenas relacionada com a falta de diversidade existente na sua vida sexual. Num outro estudo com o objetivo de avaliar a satisfação sexual, realizado com uma amostra representativa da população feminina portuguesa entre os 18 e os 75 anos (668 participantes), Vilarinho (2010) afirmou que apesar das mudanças relatadas na sexualidade após a menopausa, a satisfação sexual é reportada como elevada: 72 % das participantes com parceiros sexuais relataram estar fisicamente e emocionalmente satisfeitas com suas relações sexuais.

Os sintomas da menopausa podem ou não repercutirem-se na vivência da sexualidade da mulher, mas devido à falta de conhecimento, muitas mulheres tendem a associar as modificações que ocorrem no corpo e nas relações sexuais exclusivamente à menopausa, sem considerar outros fatores que possam interferir na vivência desse momento (Silva & Borges, 2012).

A satisfação com o corpo é uma componente importante na saúde e no bem-estar das mulheres, em todas as faixas etárias, por estar associada ao ideal feminino e a uma imagem de magreza (Stephenson & Sullivan, 2009; Webster & Tiggemann, 2003). A insatisfação corporal é a dimensão mais estudada no que concerne à autoimagem corporal, sendo considerada uma dimensão emocional e atitudinal da imagem corporal, envolvendo sentimentos e crenças negativas e disfuncionais acerca da forma corporal e do peso (Pascoal, 2012). O construto da imagem corporal tem sido definido como uma atitude multidimensional em relação ao corpo que inclui componentes perceptivas, afetivas e cognitivas, sendo que a investigação tem-se focado no peso, na forma e no grau em que as mulheres estão satisfeitas com a sua aparência (Pet, Peyerl, & Muehlenkamp, 2008).

A menopausa pode afectar negativamente a construção da autoimagem, uma vez que alguns dos sintomas como o aumento de peso e as alterações no corpo alteram os padrões sedimentados na nossa cultura de beleza, de juventude e fertilidade (Meltzer e McNulty, 2010; Oliveira, Jesus & Merighi, 2008). As mulheres com a entrada na menopausa não se sentem muito positivas no que se refere à sua aparência e forma física, embora aceitem que existiram mudanças físicas (Deeks & McCabe, 2001). Silva e Borges (2012) referem que as mulheres que apresentavam maiores sentimentos de inferioridade e de insatisfação em relação

ao corpo encontravam-se na menopausa, considerando que esta contribuía para a perda da sua feminilidade e da sua capacidade de exercer plenamente a sua sexualidade, mostrando também insatisfação para com a sua autoimagem. Melby e Lampl (2011) referem que os sintomas associados à menopausa como os afrontamentos, o ganho de peso e alterações na pele influenciam a percepção da autoimagem, sendo que os resultados revelaram que as mulheres em pré-menopausa foram mais positivas sobre a sua aparência do que as mulheres que se encontravam em pós-menopausa. No mesmo sentido, num estudo de Soares e Pádua (2014) com mulheres em menopausa, observou-se que a maioria não tem uma boa percepção da sua imagem corporal, sendo que 75% das mulheres fisicamente activas mostraram-se insatisfeitas com a sua imagem corporal devido ao excesso de peso e por correrem o risco de vir a ter problemas cardiovasculares.

No entanto, a literatura refere que as mulheres mais velhas começam a ter uma percepção mais realista sobre as alterações que ocorreram com os seus corpos, sendo que apenas mais de um quarto das mulheres com menopausa sentiu-se mais positiva e confortável com os seus corpos, o que indica uma pequena aceitação crescente do processo da menopausa e das implicações físicas a nível de transformações corporais (Graziottin, 2010). O aumento de peso, as alterações na pele, um aumento da adiposidade podem prejudicar a percepção da atratividade pessoal e contribuir para uma maior preocupação com a imagem corporal, sendo que está mais associada a mulheres mais jovens com menopausa (Muhlen, Kritz-Silverstein, & Connor, 1995). Por sua vez, Holloway (2011) indica que embora haja uma preocupação com a aparência, as mulheres mais velhas estão mais centradas em fatores como avaliação e orientação sobre saúde.

Os estudos realizados acerca das alterações físicas na meia-idade realçam a importância da alteração para estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente, a prática de exercício físico e uma alimentação equilibrada, contribuem para reduzir a severidade dos sintomas sentidos na menopausa quer a nível dos sintomas sexuais, vasomotores, relacionados com a autoimagem e ainda sintomas psicológicos, aumentando a qualidade de vida (Coradi, 2012; Guimarães & Baptista, 2011; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012; Ornat, et al., 2013; Vaz & Nodin, 2005).

Em suma, à luz do modelo biopsicossocial, a meia-idade constitui uma etapa de reformulações, no que respeita às relações consigo e com os outros, em consequência das transformações biológicas e relacionais que coincidem com esta fase da vida e que nas mulheres ainda podem ser fortemente marcadas pelas modificações que advêm da menopausa

(Fagulha, 2005; Mori & Coelho, 2004). As queixas e os distúrbios que possam surgir deverão ser percebidos num contexto de uma vivência global que inclui as alterações biológicas (endócrinas), os conteúdos psicológicos e as características da personalidade (Chornesky, 1998; Fagulha, 2005; Murray, 1998; Serrão, 2008). Assim como o psíquico exerce uma enorme influência sobre a condição biológica, também os significados que a mulher atribui às modificações sentidas no seu corpo, necessitam ser entendidos e respondidos para que possa integrar esta nova imagem (Fagulha, 2005).

Menopausa e a sua influência na satisfação sexual, relacional e autoimagem

Segundo a literatura os principais sintomas associados à menopausa que podem afetar a satisfação relacional, a satisfação sexual e a autoimagem da mulher são: os sintomas que alteram o funcionamento sexual, os afrontamentos, o aumento de peso, as alterações na pele e sintomatologia depressiva (Berlezi, et al., 2013; Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012).

A autoimagem positiva está relacionada com a satisfação sexual, enquanto a insatisfação com a autoimagem é um preditor negativo da saúde sexual feminina, nomeadamente, no que concerne ao prazer, excitação e satisfação (Bloch, 2002). Segundo um estudo desenvolvido por Penteado e colaboradores (2003) com mulheres saudáveis na menopausa, foi possível verificar a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-estima e a satisfação sexual. Complementando estes dados, Tang, Bensman e Hatfiel (2013) concluíram que a satisfação sexual se relaciona com a imagem corporal global e a auto percepção da atratividade sexual. Isso pode ser comprovado pelo facto de as mulheres tenderem a realizar cirurgias estéticas com o intuito de manter ou aumentar a atratividade sexual, o que parece indicar a existência de focos específicos de preocupação, procurando, eventualmente, produzir algum impacto ao nível da sexualidade.

Desta forma é possível estabelecer a seguinte relação no que concerne à autoimagem influenciar a satisfação sexual, sendo que a satisfação sexual está estritamente relacionada com a satisfação conjugal (Aron & Henkemeyer, 1995; Carvalheira & Leal, 2008; Pechorro et al., 2009; Young, Young & Luquis, 2000). A satisfação sexual relaciona-se com a existência de relações íntimas e com a qualidade dessas relações, sendo que, para a população feminina, quanto maior o nível de proximidade emocional numa relação, maior a satisfação com o relacionamento sexual (Byers, 2010; Pechorro et al., 2009; Young, Young & Luquis, 2000). Os aspetos não sexuais dos relacionamentos influenciam a satisfação das experiências sexuais. Assim, a presença de conflitos não resolvidos, a distância emocional experienciada

pelos parceiros ou o facto do indivíduo não se sentir amado ou desejado pode afetar a satisfação sexual (Sousa, 2013).

O decréscimo no desejo sexual, geralmente está associado ao decréscimo da satisfação da relação diádica (Byers, 2010; Ferreira, 2013; Levine, 2002;). O bom relacionamento entre o casal é um fator fundamental para que a sexualidade seja vivenciada de forma plena, influenciando de forma positiva a percepção que as mulheres têm acerca de si. Desta forma, há uma adaptação às mudanças decorrentes da menopausa sem comprometer a sexualidade e o casal mantém ou até mesmo melhora o seu relacionamento (Silva & Borges, 2012). O sentimento de decepção causado pela incompreensão do cônjuge frente às dificuldades femininas enfrentadas durante a menopausa, assim como as consequências que os problemas na esfera sexual podem desencadear e culminar em casos extremos em divórcio (Silva & Borges, 2012).

A insatisfação corporal pode inibir o comportamento sexual, uma vez que, as mulheres devido à antecipação do medo de rejeição ou ao desconforto induzido por uma imagem corporal negativa tendem a inibir-se de se envolverem sexualmente (Murnen & Smolak, 2012). Em contrapartida, experiências sexuais satisfatórias podem contribuir para uma autoimagem corporal mais positiva na mulher, do mesmo modo que uma mulher que se sinta mais confortável e satisfeita com a sua imagem corporal provavelmente estará mais disponível para desfrutar do ato sexual (Pascoal, 2012).

Sendo a menopausa um processo natural da vida de todas as mulheres e inserido no seu processo de envelhecimento, e que a mulher passa cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa, este estudo tem como objectivo principal perceber de que forma os sintomas vasomotores e sexuais associados à menopausa influenciam a satisfação relacional, a satisfação sexual e a autoimagem da mulher. Apesar da crescente investigação sobre a menopausa no nosso país, este estudo permite relacionar diversas variáveis, uma vez que a maior parte dos estudos realizados até ao momento, debruçam-se maioritariamente ao nível da menopausa e sexualidade. Com base nos estudos anteriores é esperado encontrar diferenças significativas entre as variáveis em estudo, o estado de menopausa e a severidade dos sintomas.

Neste sentido definimos as seguintes hipóteses:

H 1: Existem diferenças ao nível dos sintomas sexuais e vasomotores em mulheres em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa;

H 2: Existem diferenças ao nível da satisfação sexual, satisfação relacional e autoimagem em mulheres em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa;

H 3: A gravidade dos sintomas sexuais da menopausa está associada à satisfação sexual, satisfação relacional e à autoimagem da mulher;

H 4: A gravidade dos sintomas vasomotores da menopausa está associada à satisfação sexual, satisfação relacional e à autoimagem da mulher.

Método

Delineamento

O presente estudo assenta numa abordagem quantitativa e correlacional. É um estudo transversal, uma vez que a avaliação foi realizada num único momento, permitindo fazer a análise entre as variáveis (Ribeiro, 2010).

Este estudo faz parte integrante da investigação Experiências de Vida I Saúde na Vida Adulta (EVISA), desenvolvido por uma equipa de investigadores do ISPA – Instituto Universitário. Esta investigação tem como objectivo estudar diversas experiências associadas à meia-idade, saúde e sexualidade, sendo a equipa responsável constituída pela Professora Doutora Filipa Pimenta, o Professor Doutor Pedro Costa, a Professora Doutora Isabel Leal e o Professor Doutor João Marôco.

Procedimento

A recolha de dados em papel iniciou-se em Dezembro de 2014 terminando em Maio de 2015. Foram distribuídos diversos questionários em universidades seniores, escolas, juntas de freguesia, centros recreativos entre outras instituições. Nos locais referidos, os investigadores reuniam com os presentes, pedindo autorização para a participação no estudo. Depois de aceite, o investigador entregava o questionário (Anexo A), onde era apresentado inicialmente o consentimento informado. Neste é explicado o que se pretende com esta investigação, ou seja, o objectivo de estudar as diversas experiências associadas à meia-idade, saúde e sexualidade em mulheres acima dos quarenta anos. Também é referido que o questionário tem uma duração de preenchimento de aproximadamente quinze a vinte minutos, sendo a participação voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais. Ainda no consentimento informado é apresentada a equipa de investigação e os contactos da instituição (ISPA- Instituto Universitário).

Após o preenchimento dos questionários, estes eram entregues na hora ou em data agendada pelo investigador para a recolha dos mesmos. Desta maneira foi possível deixar nas referidas instituições diversos questionários para serem distribuídos a quem aceitasse participar. Assim, esta amostra é caracterizada por conveniência e snowball, de modo a divulgar ao máximo de indivíduos (Marôco, 2011).

Participantes

A amostra recolhida teve um total de 217 participantes. No entanto, foram eliminadas da amostra 15 participantes, uma vez que não preenchiam os critérios de inclusão para a

análise do estudo, isto é, 6 das participantes não se conseguiu classificar quanto ao estado da menopausa e as restantes 9 não responderam aos instrumentos necessários (sintomas da menopausa, satisfação sexual, satisfação relacional e autoimagem). A amostra final é constituída por 202 mulheres com 40 ou mais anos de idade.

Tabela 1

Características das participantes Idade, Altura e Peso

	Mínimo	Máximo	Média (<i>M</i>)	Desvio Padrão (<i>DP</i>)
Idade	40	75	51.36	7.81
Altura	1.44	1.80	1.61	.06
Peso	42.00	96.00	65.86	10.29

Todas as participantes do nosso estudo têm nacionalidade Portuguesa, sendo que mais de metade da amostra foi recolhida na ilha da Madeira, seguindo-se o distrito de Lisboa e cerca de três quartos da amostra vive numa zona urbana. Ao nível das habilitações 30.2% da amostra é licenciada e 28.7% tem o 12ºano de escolaridade. Quanto à situação profissional, a maioria das participantes têm um trabalho a tempo inteiro, seguindo-se as participantes que se encontram reformadas. Relativamente ao estado civil, cerca de metade das participantes são casadas, sendo que a maioria têm filhos. No que concerne ao rendimento anual, o mais frequente varia entre os 7.001€ e os 20.000€, seguido de uma percentagem significativa da amostra que tem um rendimento anual inferior a 7.000€. Com o intuito de descrever melhor a amostra analisou-se o facto de as mulheres terem ou não algum tipo de doença, sendo a hipertensão a doença mais frequente seguida da presença de problemas psicológicos. No que se refere ao Índice de Massa Corporal (IMC) mais de metade da amostra está entre as categorias de excesso de peso e obesidade. Estes dados encontram-se descritos da tabela 2.

Tabela 2

Características Sociodemográficas das participantes

	<i>n</i>	%
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	202	100%
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	196	97.0%
Homossexual	4	2.0%
Bissexual	2	1.0%

<i>Distrito*</i>		
Beja	10	5.0%
Évora	1	.5%
Faro	5	2.5%
Lisboa	58	28.7%
Santarém	1	.5%
Setúbal	2	1.0%
Madeira	124	61.4%
 <i>Local</i>		
Urbano	139	68.8%
Semiurbano	53	26.2%
Rural	10	5.0%
 <i>Ensino</i>		
4º ano	20	9.9%
6º ano	16	7.9%
9º ano	31	15.3%
12º ano	58	28.7%
Licenciatura	61	30.2%
Mestrado	15	7.4%
Doutoramento	1	.5%
 <i>Situação Profissional</i>		
Tempo inteiro	137	67.8%
Tempo parcial	13	6.4%
Desemprego	13	6.4%
Reforma	29	14.4%
Outra	10	5.0%
 <i>Rendimentos*</i>		
Até 7.000€	40	19.8%
7.001€ a 20.000€	77	38.1%
20.001€ a 40.000€	39	19.3%
40.0001€ a 80.000€	22	10.9%
Mais de 80.001€	5	2.5%
 <i>Estado Civil</i>		
Solteiro	21	10.4%
Casado	108	53.5%
União factó	24	11.9%
Divorciado	34	16.8%
Viúvo	15	7.4%
 <i>Filhos</i>	176	87.1%
 <i>Netos*</i>	38	18.8%
 <i>Presença de Doenças*</i>	90	44.6%
Cardiovascular*	6	3.0%

Oncológica*	9	4.5%
Neurológica*	9	4.5%
Traumatismo*	6	3.0%
Hormonal*	15	7.4%
Diabetes*	16	7.9%
Hipertensão*	45	22.3%
Outra*	33	16.3%
Problema Psicológico	35	17.3%
<i>Classificação do IMC**</i>		
Baixo peso	2	1.0%
Peso Normal	97	48.0%
Excesso de Peso	77	38.1%
Obesidade Grau I	22	10.9%
Obesidade Grau II	4	2.0%

* Quando as percentagens não somam 100% deve-se a valores em falta

** IMC = Índice Massa Corporal

Por fim, através de um questionário sobre o estado da menopausa, agrupou-se as participantes consoante a fase em que se encontram, sendo que grande parte da amostra (aproximadamente metade) encontra-se em pós-menopausa (tabela 3).

Tabela 3

Classificação das Participantes em Relação ao Estado da Menopausa

Estado da Menopausa	<i>n</i>	%
Pré-Menopausa	56	27.7%
Perimenopausa	53	26.2%
Pós-menopausa	93	46.1%

Instrumentos

Escala de Satisfação Sexual (NSSS)

Para avaliar a satisfação sexual, foi utilizada a *Escala de Satisfação Sexual (NSSS)*, versão reduzida dos autores Stulhofer, Busko e Brouillard (2011). A escala completa inclui cinco dimensões conceptuais, enfatizando a importância dos vários domínios do comportamento sexual: sensações sexuais; presença sexual/ consciência; variedade das relações sexuais; ligação emocional/ proximidade e actividade sexual. Para a construção e validação desta escala foram realizadas sete amostras independentes com mais de 2000 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos na Croácia e nos Estados

Unidos da América. A escala reduzida tem apenas uma dimensão composta por 12 itens (ex: ser capaz de me deixar levar e disfrutar do prazer sexual durante a relação; o meu humor após as relações sexuais). As respostas são assinaladas numa escala Likert de cinco pontos (1- nada satisfeita a 5- extremamente satisfeita). Na versão reduzida o coeficiente de fiabilidade da escala variou entre .90 a .93, sendo considerado elevado.

Escala Revista de Ajustamento Diádico (RDAS)

A *Escala Revista de Ajustamento Diádico (RDAS)* tem como objectivo avaliar a satisfação e ajustamento relacional, sendo constituída por três dimensões (consenso, satisfação e coesão). A dimensão do consenso com seis itens (ex: demonstrações de afeto; relações sexuais) é avaliada numa escala Likert de seis pontos (1- sempre de acordo a 6- sempre em desacordo). A dimensão da satisfação é composta por 4 itens (como por exemplo, com que frequência aborda ou já considerou a separação ou terminar a sua relação?) é avaliada numa escala Likert de seis pontos (1- sempre a 6- nunca). Na dimensão da coesão composta por quatro itens (ex: participam juntos em actividades fora da família?) a avaliação é feita numa escala Likert com seis pontos (1- nunca a 6- diariamente). No que concerne aos coeficientes de fiabilidade da escala variam entre valores aceitáveis a elevados, sendo o α de Cronbach de .652 para o consenso, para a coesão um α de .704 e para a satisfação o α é de .901 (Costa, Pereira & Leal, 2011). Para este estudo apenas foi utilizada a dimensão da satisfação.

Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa (MSSI-38)

Para a avaliação dos sintomas de meia-idade foi utilizado o *Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa (MSSI-38)* constituído por doze dimensões: ansiedade (por exemplo, tensão e nervosismo; ansiedade); humor depressivo (por exemplo, humor deprimido ou triste; perda do interesse pela maior parte das coisas); dor e sofrimento (por exemplo, dores na parte lombar das costas; dores de cabeça); sintomas vasomotores (por exemplo, sudação excessiva; suores noturnos; afrontamentos); diminuição cognitiva (por exemplo, diminuição geral da capacidade de desempenho das actividades diárias; dificuldade de concentração ou de manutenção da atenção); mudanças na boca, unhas e cabelo (por exemplo, alterações nas unhas; problemas na boca e nos dentes; perda de cabelo ou mais fino); percepção da perda de controlo (por exemplo, ataques de pânico; dificuldade em respirar ou falta de ar); dormência (por exemplo, dormência ou formigueiro em algumas partes do corpo; perda de sensibilidade nas mãos ou pés); sintomas urinários (por exemplo, vontade excessiva de urinar; perdas de

urina ao rir ou tossir); sintomas sexuais (por exemplo, secura vaginal; diminuição na frequência de relações sexuais); mudança na pele e nos pêlos faciais (por exemplo, mudanças na aparência, textura ou tonalidade da pele; aumento dos pêlos faciais) e finalmente, as mudanças corporais (por exemplo, alteração da forma corporal; perda significativa de peso sem alterações na alimentação). A nível da frequência os itens são avaliados numa escala Likert de cinco pontos (1- nunca a 5- diariamente ou quase todos os dias), sendo que o nível da intensidade dos sintomas é avaliado numa escala Likert de cinco pontos (1- nenhuma intensidade a 5- intensidade extrema). Este inventário obteve boas qualidades psicométricas ao nível análise factorial, validades (convergente, discriminante e de critério) e sensibilidade, sendo que os α Cronbach das dimensões variavam entre .613 e .899 (Pimenta; Leal; Marôco & Ramos, 2011). Para este estudo foram utilizadas apenas duas dimensões, os sintomas vasomotores e os sintomas sexuais.

Escala Autoimagem

Para avaliar a autoimagem foi desenvolvida uma escala pela equipa do estudo EVISA e encontra-se em processo de adaptação, sendo constituída por doze itens (como por exemplo, é muito importante para mim que os outros me achem atraente). A avaliação desta escala permite expressar a concordância em relação à autoimagem, numa escala Likert de cinco pontos (1- discordo totalmente a 5- concordo totalmente). Desta forma, antes de proceder a análise estatística das hipóteses, foi necessário a realização de uma Análise Factorial Exploratória.

Análise Estatística

Numa primeira fase, antes de analisarmos as hipóteses propostas para este estudo, foi necessário a realização de algumas análises estatísticas. Analisou-se a confiabilidade da dimensão da Satisfação Relacional e do questionário da Satisfação Sexual, através do cálculo do α de Cronbach.

Uma vez que a escala da Autoimagem foi construída pela equipa de investigação EVISA, recorreu-se à Análise Factorial Exploratória (AFE), sendo que para a sua validade utilizou-se o critério de Kaise-Meyer-Olkin (KMO) (Marôco, 2011). Depois de realizada a AFE analisou-se a confiabilidade das dimensões da escala, bem como a confiabilidade global, através do cálculo do α de Cronbach.

Para as dimensões utilizadas neste estudo do Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa, recorreu-se a correlações de Pearson a fim de averiguar se os sintomas sexuais correlacionam-se entre si e o mesmo para os sintomas vasomotores. Foi calculado o Índice de gravidade tanto para os sintomas sexuais como para os sintomas vasomotores, bem como a confiabilidade através do cálculo do α de Cronbach.

Para a análise das hipóteses propostas para este estudo foram realizadas várias correlações de Pearson e ANOVAs (one-way). Quanto aos testes *Post-hoc*, recorreu-se ao teste Scheffé por ser indicado para amostras pequenas, isto é, quando se compara um reduzido número de grupos e não existe violação dos pressupostos da homogeneidade (Marôco, 2011).

Para a análise dos resultados recorreu-se ao software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 22).

Na tabela seguinte são apresentados os valores de referência utilizados neste estudo para as correlações de Pearson e para o KMO (Marôco, 2011).

Tabela 4

Valores de referência para as Correlações de Pearson e KMO

Valor da Correlação de Pearson	Recomendação
$r < 0.25$	Correlação Fraca
$0.25 \leq r < 0.5$	Correlação Moderada
$0.5 \leq r < 0.75$	Correlação Forte
$r \geq 0.75$	Correlação Muito Forte

Valor de KMO	Recomendação relativamente à AFE
]0.9; 1.0]	Excelente
]0.8; 0.9]	Boa
]0.7; 0.8]	Média
]0.6; 0.7]	Medíocre
]0.5; 0.6]	Mau, mas aceitável
≤ 0.50	Inaceitável

Resultados

Satisfação Relacional e Satisfação Sexual

Neste estudo utilizou-se apenas a dimensão Satisfação Relacional, sendo que o valor obtido para a fiabilidade é considerado bom. Em relação ao questionário da Satisfação Sexual o valor obtido para a fiabilidade é excelente (Marôco, 2011).

Tabela 5

Valores da Fiabilidade da Satisfação Relacional e Sexual

Instrumento	α	M	DP	Nº itens
Satisfação Relacional	0.82	19.16	2.95	4
Satisfação Sexual	0.97	44.24	8.39	12

Autoimagem

Para a utilização desta escala recorreu-se a uma AFE. Através do valor do KMO = .813 (valor considerado bom) e o teste de esferecidade de Bartlett ($\alpha < .001$) foi possível prosseguir com a AFE. A análise de componentes principais produziu, inicialmente três factores que explicam 60% da variância. A análise da matriz revelou que um dos factores era constituído por um único item, não sendo aconselhável reter factores com menos de três itens e com peso factorial $< .5$ (Marôco, 2011). Assim, através da análise da matriz e do scree plot, realizou-se uma AFE retendo dois factores com rotação Varimax. Esta nova configuração factorial explica cerca de 51% da variância. Foi eliminado o item 7 (eu perco pouco tempo a arranjar-me antes de sair de casa), pois o seu peso factorial era inferior a $.5$. Neste sentido, esta análise permitiu que a escala final fosse composta por onze itens distribuídos por dois factores. O primeiro factor denomina-se “Importância com a Autoimagem”, composto por seis itens e o segundo factor denomina-se “Satisfação com a Autoimagem”, composto por cinco itens, sendo que os valores da fiabilidade encontram-se entre aceitáveis a bons (tabela 6). A escala global apresenta um valor aceitável para a fiabilidade com $\alpha = .77$ ($M = 3.41$; $DP = .77$).

Tabela 6

Itens da Escala da Autoimagem, Pesos Factoriais, percentagem da Variância Explicada, Médias, Desvio Padrão e Fiabilidade

Itens da Escala	Factor 1	Factor 2
	Importância com a autoimagem Variância Explicada: 28.03% $M = 3.64 ; DP = .64$ $\alpha = .80$	Satisfação com a autoimagem Variância Explicada: 23.09% $M = 3.12 ; DP = .70$ $\alpha = .75$
4 É muito mais fácil gerir as minhas tarefas diárias quando me sinto bem com a minha aparência	.796	
3 Para que o dia me corra bem, eu tenho de me sentir bem com a minha aparência	.788	
5 A minha imagem é uma parte importante de quem eu sou	.727	
1 Olho-me ao espelho com frequência durante o dia para ter certeza que estou bem vestida e arranjada	.688	
12 Sentir-me bem com a minha imagem é muito importante para mim	.631	
9 É muito importante para mim que os outros me achem atraente	.590	
10 Eu gosto do meu corpo		.829
11 Eu sinto-me uma pessoa atraente a maior parte dos dias		.705
6 Há coisas no meu corpo que eu gostava de mudar se pudesse		.690
2 Estou satisfeita com a minha aparência física		.690
8 O envelhecimento vai tornar-me menos atrativa		.634

Sintomas Sexuais e Sintomas Vasomotores

O Inventário de Severidade de Sintomas de Menopausa avalia os sintomas de duas formas, frequência e intensidade. Recorreu-se a correlações de Pearson a fim de averiguar se os sintomas sexuais correlacionam-se entre si quanto à frequência e à intensidade. Procedeu-se ao cálculo do índice de gravidade através da média entre a frequência e intensidade de cada sintoma. Ao nível das correlações, os resultados encontrados foram significativos para todos os pares de itens, variando entre correlações moderadas a fortes (tabela 7). Foi repetido o mesmo processo para os sintomas vasomotores e encontrou-se correlações significativas entre todos os pares de itens que variavam entre moderadas a muito fortes (tabela 8). Finalmente, procedeu-se à análise da fiabilidade dos sintomas sexuais obtendo-se um resultado aceitável e dos sintomas vasomotores um valor considerado bom (tabela 9).

Tabela 7

Correlações de Pearson dos Sintomas Sexuais ao nível da Frequência, Intensidade e Índice de Gravidade

Sintomas sexuais	Frequência			Intensidade			Gravidade		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
(1) Secura Vaginal	-			-			-		
(2) Diminuição na frequência de relações sexuais	.246**	-		.434**	-		.394**	-	
(3) Perda de interesse sexual	.333**	.650**	-	.385**	.676**	-	.409**	.713**	-

** nível de significância $p < 0.01$

Tabela 8

Correlações de Pearson dos Sintomas Vasomotores ao nível da Frequência, Intensidade e Índice de Gravidade

Sintomas Vasomotores	Frequência			Intensidade			Gravidade		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
(1) Sudação excessiva	-			-			-		
(2) Suores noturnos	.532**	-		.605**	-		.606**	-	
(3) Afrontamentos	.307**	.654**	-	.431**	.764**	-	.389**	.741**	-

** nível de significância $p < 0.01$

Tabela 9

Médias, Desvio Padrão e Fiabilidade dos sintomas sexuais e vasomotores

Subescalas	<i>M (DP)</i>	<i>α</i>
Sintomas Sexuais	5.69(2.55)	.76
Sintomas Vasomotores	4.93 (2.53)	.81

Sintomas sexuais, sintomas vasomotores e o estado da menopausa

Para a hipótese 1 foi realizada uma ANOVA one-way para averiguar se existem diferenças ao nível dos sintomas sexuais e dos sintomas vasomotores em mulheres em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. Os resultados indicam que existem diferenças significativas na incidência dos sintomas sexuais nos diferentes estados da menopausa $F(2, 201) = 3.529, p = .031$, contudo não existem resultados significativos entre os sintomas vasomotores e o estado da menopausa $F(2, 201) = 2.755, p = .066$ (tabela 10).

Para realizar as comparações múltiplas entre os diversos estados da menopausa e os sintomas sexuais, foram utilizados testes *post-hoc* de Scheffé revelando que os sintomas sexuais aumentam significativamente entre a pré-menopausa e a pós-menopausa ($p = .034$).

Tabela 10

Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste ANOVA (hipótese 1)

	Estado da Menopausa						ANOVA
	Pré-menopausa		Perimenopausa		Pós-menopausa		
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
Sintomas sexuais	56	1.68 (.78)	53	1.85 (.74)	93	2.05 (.93)	$F(2, 201) = 3.529,$ $p = .031^*$
Sintomas Vasomotores	56	1.44 (.78)	53	1.65 (.84)	93	1.77 (.87)	$F(2,201) = 2.755,$ $p = .066$

* $p < .05$ **Satisfação sexual, satisfação relacional, autoimagem e o estado da menopausa**

Para a análise da hipótese 2 utilizou-se ANOVA one-way, com o intuito de avaliar as diferenças ao nível da satisfação relacional, sexual e da autoimagem nos diferentes estados da menopausa (pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa). Para esta análise selecionaram-se apenas as participantes que estão numa relação e que mantêm uma vida sexualmente ativa. Não existem resultados significativos para nenhuma das variáveis (tabela 11).

Tabela 11

Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste ANOVA (hipótese 2)

	Estado da Menopausa						ANOVA
	Pré-menopausa		Perimenopausa		Pós-menopausa		
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>N</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
Satisfação Relacional	46	4.86 (.78)	42	4.79 (.65)	52	4.84 (.66)	$F(2,139) = .119,$ $p = .888$
Satisfação Sexual	46	3.85 (.66)	42	3.64 (.71)	52	3.52 (.68)	$F(2,139) = 2.841,$ $p = .062$
Satisfação Autoimagem	46	3.26 (.69)	42	3.09 (.71)	52	3.14 (.65)	$F(2,139) = .771,$ $p = .465$
Importância Autoimagem	46	3.65 (.62)	42	3.81 (.55)	52	3.69 (.63)	$F(2,139) = .749,$ $p = .475$

Gravidade de sintomas sexuais e vasomotores associados à satisfação sexual, relacional e autoimagem

Finalmente, para a análise das hipóteses 3 e 4 realizou-se correlações de Pearson com o objectivo de avaliar se a gravidade dos sintomas sexuais e dos sintomas vasomotores estão associadas às variáveis em estudo, ou seja, à satisfação sexual, satisfação relacional e à autoimagem (tabela 12). Para esta análise também recorreu-se apenas às participantes que estão numa relação e que mantêm uma vida sexualmente ativa. Foram encontradas correlações significativas entre os sintomas sexuais, a satisfação sexual, relacional e a autoimagem, no entanto, no que diz respeito aos sintomas vasomotores não foram encontradas correlações significativas com as variáveis em estudo.

Tabela 12

Matriz de Correlações entre as variáveis em estudo (hipóteses 3 e 4)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) Sintomas Sexuais	-					
(2) Sintomas Vasomotores	.574**	-				
(3) Satisfação Sexual	-3.02**	-.076	-			
(4) Satisfação Relacional	-.257**	-.159	.373**	-		
(5) Importância Autoimagem	.018	.026	.159	.055	-	
(6) Satisfação Autoimagem	-.214*	-.140	.362**	.157	.214*	-

** $p = .01$ * $p = .05$

Discussão

Segundo o impacto que a menopausa pode ter na vida de uma mulher, neste estudo quisemos avaliar de que forma os sintomas vasomotores e os sintomas a nível sexual decorrentes do processo da menopausa podem influenciar a satisfação relacional, a satisfação sexual e a autoimagem da mulher.

A nossa primeira hipótese foi estatisticamente confirmada no que se refere aos sintomas sexuais, ou seja, existem diferenças ao nível dos sintomas sexuais em mulheres em pré-menopausa e pós-menopausa. Assim, podemos afirmar que existe um aumento da severidade dos sintomas sexuais (secura vaginal, diminuição na frequência de relações sexuais e perda de interesse sexual) ao longo dos estados da menopausa (Berlezi, et al., 2013; Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007; Pimenta, Leal, Maroco & Ramos, 2012; Sharma & Mahajan, 2015). Desta forma, estes resultados corroboram os diversos estudos referidos anteriormente que apontam o aumento dos sintomas sexuais e maior risco de incidência de disfunções sexuais em pós-menopausa devido à cessação do funcionamento ovárico (Cabral, et al., 2012; Lorenzi & Saciloto, 2006; Mishra & Kuh, 2006; Polizer & Alves, 2009; Tavares, Assis, Rezende e Silva, 2015).

Apesar dos sintomas tenderem a aumentar nos diversos estados da menopausa, a primeira hipótese não foi confirmada quanto aos sintomas vasomotores, isto é, não houve resultados estatisticamente significativos para a existência de diferenças ao nível dos sintomas vasomotores em mulheres em pré, peri e pós-menopausa. Segundo vários estudos, os sintomas vasomotores são os mais comuns ao longo deste processo que culmina na menopausa (Berlezi, et al., 2013; Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007; Pimenta, Leal, Maroco & Ramos, 2012; Sharma & Mahajan, 2015). Podemos justificar estes resultados devido às dimensões pequenas de cada grupo do estado da menopausa. Se a amostra tivesse maior dimensão, e uma vez que existe a tendência para o aumento da severidade destes sintomas, a nossa hipótese poderia ter sido confirmada devido ao valor de $p = .066$ (estar próximo de .05).

Todavia, é importante ressaltar que muitas mulheres recorrem à Terapia de Reposição Hormonal (TRH) com o objectivo de reduzir a severidade/ intensidade dos sintomas associados à menopausa, nomeadamente, ao nível dos afrontamentos, suores nocturnos e sintomas relacionados com a actividade sexual (Currie, 2007; Martins, et al., 2009; NAMS, 2000). Alterações para estilos de vida mais saudáveis, como uma dieta equilibrada e a realização de actividade física também ajudam na redução da severidade/ intensidade dos

sintomas vasomotores (Ornat, et al., 2013; Coradi, 2012; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012; Guimarães & Baptista, 2011; Vaz & Nodin, 2005). Uma vez que para este estudo não foram controladas variáveis como o tratamento hormonal e a actividade física podem ter contribuído para este resultado.

Na segunda hipótese pretendíamos averiguar se existem diferenças ao nível da satisfação sexual, relacional e ao nível da autoimagem e os estados da menopausa. Ao nível da satisfação sexual em mulheres nos diversos estados da menopausa, os resultados não foram estatisticamente significativos. No entanto, devido ao valor de $p = .062$, se a nossa amostra fosse de maior dimensão, a nossa hipótese poderia ter sido confirmada. Os sintomas da menopausa podem ou não repercutirem-se na vivência da sexualidade da mulher (Silva & Borges, 2012). Para diversos autores, os principais determinantes para a satisfação sexual feminina são, primeiramente, os factores interpessoais e só depois os factores que envolvem o funcionamento físico-sexual (Barrientos & Páez, 2006; Carvalheira & Leal, 2008; Deeks & McCabe, 2001; Sousa, 2013). Assim, existem estudos que concluem que um bom ajustamento diádico, uma boa comunicação, comprometimento e bem-estar psicológico, independentemente dos sintomas associados à menopausa, nomeadamente ao nível do funcionamento sexual, existe satisfação sexual por parte da mulher após a menopausa (Deeks & McCabe, 2001; Pascoal, Narciso & Pereira, 2014; Tang, Bensman, & Hatfiel, 2013; Vilarinho, 2010; Woloski-Wruble, 2010). Torna-se ainda importante realçar que as mulheres que frequentam clínicas de apoio ou têm algum tipo de acompanhamento relativamente à menopausa, tendem a adaptar-se com mais facilidade às alterações que ocorrem, apresentando níveis de satisfação sexual superiores à média e uma boa comunicação sexual/ íntima com o seu parceiro (Cabral et al., 2014).

O ajustamento relacional está fortemente relacionado de forma bidireccional com a satisfação sexual e a satisfação conjugal (Fincham & Beach, 2006; Pascoal, 2012; Pechorro, et. al., 2015). Os resultados do nosso estudo não foram estatisticamente significativos quanto à existência de diferenças ao nível da satisfação relacional em mulheres em pré, peri e pós-menopausa. A menopausa pode afectar a satisfação relacional devido aos sintomas físicos e psicológicos (Graziottin, 2010; Melby & Lampl, 2011; Nisar & Sohoo, 2010). No entanto, uma boa adaptação face às alterações que ocorrem na menopausa, uma boa comunicação entre o casal, a aceitação do parceiro, fomentam a afectividade e fortalecimento da relação (Narciso & Ribeiro, 2009; Northup, 2006).

A menopausa pode afectar negativamente a construção da autoimagem, uma vez que alguns dos sintomas como o aumento de peso, as alterações na pele, a adiposidade, afrontamentos, alteram os padrões sedimentados na nossa cultura (Melby & Lampl, 2011; Meltzer & McNulty, 2010; Oliveira, Jesus & Merighi, 2008). Apesar de existir um consenso na literatura sobre o impacto da menopausa na autoimagem, a nossa hipótese não foi estatisticamente confirmada, ou seja, não existem diferenças ao nível da autoimagem da nossa amostra em mulheres em pré, peri e pós-menopausa. Uma das razões que podem ser apontadas para estes resultados pode dever-se ao facto de não ter havido um controlo da variável prática de exercício físico, uma vez que vários autores referem que a prática de exercício físico e uma dieta equilibrada contribuem para a manutenção e satisfação com a aparência na menopausa (Coradi, 2012; Guimarães & Baptista, 2011; Ornat, et al., 2013; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012; Vaz & Nodin, 2005).

Uma vez que a literatura aponta para uma associação entre a satisfação sexual, relacional e a autoimagem, a hipótese três tem o intuito de averiguar se a severidade dos sintomas sexuais estão associados a estas variáveis. Foi encontrada uma associação significativa negativa moderada entre a gravidade dos sintomas sexuais e a satisfação sexual. Isto significa que a nossa hipótese foi confirmada e que à medida que aumenta a severidade dos sintomas sexuais, tende a existir uma diminuição da satisfação sexual. Estes dados corroboram alguns dos estudos referidos anteriormente indicando que a severidade dos sintomas sexuais pode originar disfunções sexuais e conseqüentemente um declínio da satisfação sexual (Cabral, et al., 2012; Lorenzi & Saciloto, 2006; Melby & Lampl, 2011; Mishra & Kuh, 2006; Polizer & Alves, 2009; Tavares, Assis, Rezende & Silva, 2015). O desejo sexual tendencialmente baixa com o passar do tempo de relação, estando esta baixa relacionada também com a relação diádica (Basson, 2002; Regan & Berscheid, 1999). Assim, a percepção individual pode trazer conseqüências sérias quando estão associadas às disfunções, o que baixa a auto-estima sexual e diminuí o desejo sexual (Basson, 2001).

Como a satisfação sexual é um preditor da satisfação relacional, a nossa hipótese foi estatisticamente significativa, ou seja, foi encontrada uma relação negativa moderada entre a gravidade dos sintomas sexuais e a satisfação relacional. Isto significa que à medida que aumenta a gravidade dos sintomas sexuais, tende a existir uma diminuição da satisfação relacional. Estudos reportam que a satisfação relacional pode ser afectada devido à presença de sintomas associados à menopausa, nomeadamente, a sintomatologia depressiva juntamente com os sintomas ao nível sexual como a secura vaginal (Deeks & McCabe, 2001; Nisar &

Sohoo, 2010). Para Silva e Borges (2012) é essencial que exista um sentimento de compreensão por parte dos parceiros, uma vez que a incompreensão do cônjuge face às dificuldades femininas durante a menopausa, bem como a sintomatologia na esfera sexual, podem desencadear sentimentos de insatisfação relacional, originando em casos extremos situações de divórcio. No entanto, como já foi referido anteriormente a satisfação sexual não é o único preditor de satisfação relacional. Segundo Pascoal (2012), a satisfação relacional é crucial para a satisfação sexual, uma vez que a sexualidade faz parte de uma história relacional, que inclui diversos factores como crenças ou papéis sexuais, padrões de interacção, nível de intimidade, entre outros factores.

Podemos afirmar que os nossos resultados corroboram os estudos que apontam que um bom ajustamento relacional apresenta uma forte relação com a satisfação sexual e vice-versa, sendo crucial a compreensão da definição da satisfação sexual no contexto da relação diádica (Fincham & Beach, 2006; Pascoal, Narciso & Pereira, 2014; Pechorro, et al., 2015). Estudos apontam que quanto maior a satisfação com os relacionamentos, maior será a satisfação sexual (Barrientos & Páez, 2006; Pechorro et al., 2015; Young, Young & Lupis, 2000).

Ao longo do processo de envelhecimento do ser humano, existem diversas alterações no que diz respeito à aparência. Na mulher, estas alterações tendem a evidenciar-se na menopausa devido a diversos sintomas como o aumento de peso, as alterações na pele, originando sentimentos menos positivos em relação à autoimagem (Deeks & McCabe, 2001; Meltzer e McNulty, 2010; Oliveira, Jesus & Merighi, 2008; Pearce, Thogersen & Duda, 2013; Pet, Peyerl, & Muehlenkamp, 2008). Têm sido realizados diversos estudos sobre a associação entre a satisfação com a aparência e a satisfação sexual, dados confirmados também nos nossos resultados através das correlações. Havendo esta associação entre estas variáveis, a nossa hipótese tem como objectivo averiguar se a gravidade dos sintomas sexuais estão associados á autoimagem. A hipótese foi confirmada, apesar de ter sido uma associação fraca e negativa entre a severidade dos sintomas sexuais e uma das dimensões da escala da aparência, ou seja, à medida que aumenta a severidade dos sintomas sexuais tende a existir uma diminuição com a satisfação da aparência. Estes resultados são convergentes com um estudo realizado por Bloch (2002) que apontam que a autoimagem positiva está relacionada com a satisfação sexual, enquanto que a insatisfação com a autoimagem pode ser um preditor negativo da saúde sexual feminina. Os nossos resultados corroboram a perspectiva de Pascoal (2012), afirmando que experiências sexuais satisfatórias podem contribuir para uma autoimagem corporal mais positiva, do mesmo modo que a satisfação com a aparência levará

com que a mulher esteja mais disponível para desfrutar do ato sexual. A insatisfação com o corpo pode inibir o ato sexual, assim como a severidade dos sintomas sexuais pode originar declínio do funcionamento sexual que por sua vez afeta a satisfação com a autoimagem (Aron & Henkemeyer, 1995; Murnen & Smolak, 2012).

A última hipótese em análise neste estudo refere-se à severidade dos sintomas vasomotores associados às restantes variáveis, sendo que a sua discussão será realizada em conjunto. Não foi encontrada uma relação significativa entre os sintomas vasomotores e a satisfação sexual. Também não existem resultados significativos entre os sintomas vasomotores e a satisfação relacional, no entanto, o valor de $p = .060$, indica-nos uma tendência para esta hipótese ser confirmada com o aumento da dimensão da amostra, demonstrando uma possibilidade de que com o aumento da severidade dos sintomas vasomotores, pode levar a uma diminuição na satisfação relacional. Finalmente não foram encontradas relações significativas entre os sintomas vasomotores e a autoimagem.

Segundo a literatura, a presença de sintomas vasomotores, como os afrontamentos e suores nocturnos em conjunto com outros sintomas associados à menopausa (sexuais, depressivos, alterações do corpo) têm impacto na qualidade de vida da mulher associando-se à satisfação sexual, satisfação relacional e à autoimagem da mulher (Berlezi, et al., 2013; Cabral, et al., 2012; Pimenta, Leal & Branco, 2007; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012). Os afrontamentos e os suores afectam cerca de 60-85% das mulheres em pós-menopausa e a sua intensidade varia muito de mulher para mulher, sendo mais intensa nos primeiros dois anos após a menopausa e tende a diminuir com o tempo. A ocorrência dos afrontamentos, sudção excessiva, suores nocturnos gera um mal-estar generalizado na mulher em menopausa, provocando preocupações na área pessoal, profissional, social e até alterações dos padrões de sono (Currie, 2007; Roura, 2003).

Com a esperança média de vida a aumentar, cada vez mais as mulheres sentem necessidade de procurar manter qualidade de vida na pós-menopausa. Apesar de algumas das hipóteses do nosso estudo não terem sido confirmadas, concluiu-se que os sintomas associados à menopausa podem afectar a satisfação sexual, relacional e a autoimagem da mulher.

A literatura é consensual quanto aos sintomas climatéricos afectarem quer o físico como o emocional de uma mulher. É neste sentido que a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) assume um papel de destaque no tratamento da sintomatologia da menopausa, sendo uma das medidas mais frequentes para melhorar a qualidade de vida da mulher na pós-

menopausa. Esta terapia tende a aliviar os sintomas decorrentes do hipoestrogenismo (carência da produção dos estrogénios), aliviando os sintomas vasomotores, a atrofia urogenital, perturbações do sono e a preservação da massa óssea, mantendo a qualidade de vida (Clapauch et al., 2005; Currie, 2007; Martins et al., 2009; NAMS, 2000; Pardini, 2007).

Para além da TRH, os riscos de doenças e a severidade da sintomatologia associada à menopausa e ao envelhecimento, as alterações no estilo de vida como o deixar de fumar, uma alimentação equilibrada e o aumento da actividade física são cruciais. Assim, é aconselhado uma dieta hipocalórica, pobre em gorduras calóricas saturadas, rica em frutas e vegetais, além de um consumo moderado de cafeína, proteínas, álcool e fibras preservando a massa óssea e a manutenção de um peso saudável. As mulheres em peri e pós-menopausa devem ser incentivadas a aumentar a prática diária de actividade física, nomeadamente exercícios aeróbicos, natação e caminhadas, de modo a estimularem a resistência do tecido magro esquelético e minimizar a sintomatologia quer física e psicológica associada à menopausa (Clapauch et al., 2005; Coradi, 2012; Currie, 2007; Guimarães & Baptista, 2011; Ornat, et al., 2013; Pardini, 2007; Pimenta, Leal, Marôco & Ramos, 2012; Vaz & Nodin, 2005).

Conclusão

Num mundo em constante evolução, com o avanço das inovações tecnológicas, procedimentos, medicamentos e vacinas, bem como os conhecimentos acerca da alimentação combinado com os efeitos do exercício físico, a longevidade deixou de ser uma vitória, visto que nos países desenvolvidos a esperança média de vida encontra-se por volta dos oitenta anos (Araújo & Araújo, 2000).

No processo de envelhecimento de uma mulher, a menopausa é um processo fisiológico e um marco importante no ciclo de vida. Assim é fundamental compreender a menopausa à luz do modelo biopsicossocial, uma vez que a mulher terá de adaptar-se a alterações que podem influenciar os diferentes contextos em que está inserida (família, trabalho, sociedade) e também é esperado nesta fase da vida outro tipo de mudanças (saída dos filhos de casa, reestruturação da vida do casal, envelhecimento do parceiro, surgimento de doenças) (Catão, 2008; Ornat, et al., 2013; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

O modelo de intervenção Biopsicossocial tem assumido cada vez mais destaque, uma vez que reúne as três componentes essenciais para a qualidade de vida de um indivíduo (biológico, social e psicológico). Deste modo, este modelo procura dar importância a uma multiplicidade de fatores que podem influenciar a saúde de um indivíduo, uma vez que o conceito de saúde proposto pela OMS integra diversos componentes e não apenas a ausência de doença, como o bem-estar físico, mental e social (Ogden, 2000).

O presente estudo teve como principais resultados a diferença da presença de sintomas sexuais entre mulheres em pré e pós-menopausa, contudo, não houve diferenças significativas entre os sintomas vasomotores e o estado da menopausa. No que concerne ao estado da menopausa, não houve diferenças ao nível da satisfação relacional, sexual e a autoimagem da mulher. Quanto à severidade dos sintomas, os nossos resultados apontaram que a severidade dos sintomas sexuais está associada à satisfação sexual, relacional e à autoimagem. Todavia, não obtivemos os mesmos resultados para os sintomas vasomotores.

Este estudo foi pertinente uma vez que relacionou-se variáveis consideradas importantes sobre a qualidade de vida. A nossa amostra é diversificada sendo constituída por mulheres de várias idades, nível de escolaridade, distrito e local de residência. Assim, os resultados demonstram a especificidade da população portuguesa, o que pode ser útil na prática clínica dos psicólogos.

A Psicologia da Saúde é a ciência interdisciplinar da Psicologia que visa compreender, prever, prevenir e tratar a relação bidirecional ente fatores psicológicos e fisiológicos que

podem originar doenças (Gidron, 2002). A definição mais usual é “o domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e com disfunções a elas associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e aperfeiçoamento da política de saúde” (Matarazzo, 1982, citado por Ogden, 2000, p.18). Desta forma, compreende-se a importância da presença de um psicólogo nas equipas multidisciplinares dando estratégias de coping quer aos utentes como aos profissionais que lidam com mulheres nos diferentes estados da menopausa de modo a manterem qualidade de vida.

Como limitações ao nosso estudo apontamos as seguintes: a dificuldade em recolher amostra, uma vez que muitas pessoas recusavam participar quando percebiam que existiam questões sobre a sexualidade; a dimensão total do questionário e consequentemente o tempo de preenchimento; não terem sido controladas variáveis importantes como o tratamento hormonal e a prática de exercício físico (devido à dimensão pequena de cada grupo referente ao estado da menopausa) e finalmente não ter sido utilizada a dimensão das alterações do corpo (ex: aumento de peso; alterações de pele) do inventário de sintomas da menopausa.

Este estudo permitiu a realização da AFE para a escala da autoimagem, desenvolvida para o projecto EVISA, chegando-se à conclusão que a escala deveria ser denominada de “Escala de Aparência”, uma vez que remete-nos para este construto. Com a exclusão do item 7 (eu perco pouco tempo a arranjar-me antes de sair de casa), a AFE revelou bons indicadores psicométricos, porém estes resultados deverão ser confirmados em amostras com maiores dimensões.

Quanto a estudos futuros seria pertinente a utilização total do Inventário de Sintomas da Menopausa e relacionar com a satisfação sexual, relacional e autoimagem. Através de uma amostra de maiores dimensões seria importante a realização de um estudo comparativo longitudinal, sobre a severidade dos sintomas bem como a satisfação sexual, relacional e autoimagem em mulheres que pratiquem desporto e realizem a TRH e mulheres que não pratiquem desporto nem façam TRH.

Referências

- Araújo, D. S. M. S., & Araújo, C. G. S. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 6 (5), 194-203.
- Aron, A. & Henkemeyer, L. (1995). Marital satisfaction and passionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 139-146.
- Avis, N. & Mckinlay, S. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause: Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 13, 65-79.
- Barrientos, J. & Paez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 351-368.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire – Disordered or misunderstood. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 17-28.
- Bayers, E. S. (2010). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationship. *The Journal of Sex Research*, 42, 113-118.
- Berlezi, E. M., Balzan, A., Cadore, B. F., Pillatt, A. P. & Winkelmann, E. R. (2013). Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e na associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira Geriatria & Gerontologia*, 16(2), 273-283.
- Bolze, S., Schmidt, B., Crepaldi, M., & Vieira, M. (2013). Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Atualidades em Psicologia*, 27 (114), 71-85.
- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. C., Amaral, R. L. G. & Gonçalves, A. K. S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, 34(7), 329-334.
- Cabral, P., Canário, A., Spyrides, M., Uchôa, S., Júnior, J., Giraldo, P., & Gonçalves, A. (2014). Physical activity and sexual function in middle-age women. *Revista Associação Médica Brasileira*, 60 (1), 47- 52.
- Carvalho, A. & Leal, I. (2008). Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Revista Internacional de Andrologia*, 6 (1), 3-7.

- Catão, L. (2008). *Sexualidade na mulher de meia-idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia de Licenciatura em Psicologia. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M. & Silva, P. T. (2010). Abordagem da Menopausa Nos cuidados de Saúde Primários. In *Acta Médica do Porto*, 23, 227-236.
- Chornesky, A. (1998). Multicultural perspectives on menopause and the climacteric. *Journal of Women & Social Work*, 13 (1), 31-47.
- Clapauch, et al. (2005). Terapia hormonal da Menopausa: posicionamento do Departamento de Endocrinologia Feminina e Andrologia da SBEM em 2004. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia*, 49 (3), 449-454.
- Coradi, J. (2012). Satisfação da imagem corporal e visão de idosas ativas sob a influência do exercício físico na autoimagem. *Revista Kairós Gerontologia*, 15 (3), 67-80. São Paulo: Brasil.
- Costa, P. A., Pereira, H. & Leal, I. (2011). Desenvolvimento da Escala Revista de Ajustamento Diádico (RDAS) Com Casais do Mesmo Sexo. In *Actas VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Lisboa, 25-27 Jul. 2011.
- Currie, H. (2007). *Tudo sobre a menopausa*. São Paulo: Editora LTDA.
- Davis, et al. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15, 419-429.
- Deeks, A. & McCabe, M. (2001). Menopausal stage and age perceptions of body image. *Psychology & Health*, 16 (3), 367-379.
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade na mulher. *Psicologia*, 19(1), 13-17.
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20(1), 106-194.
- Fernandes, C. E. (2011). Climatério: Guideline. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*. São Paulo.
- Ferreira, L. C. N. T. (2013). *Intimidade e o desejo sexual nas relações de casal: o paradoxo da diferenciação conjugal*. Tese de Doutoramento. Lisboa/Coimbra.
- Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R., & Ferreira, M. E. C. (2013). Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 410-419.

- Fielder, K. & Kurpius, S. (2005). *Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fincham, F. D. & Beach, S. R. H. (2006). Relationship Satisfaction. In *The Cambridge handbook of personal relationships*. Eds. Perlman, D. e Vangelisti, A. 463-482.
- Fonseca, A., Penteadó, S., Bagnoli, V., Assis, J., & Pinotti, J. (2003). Evaluation of orgasm in menopausal women. *In NAMS 2003 – 14 th Annual Meeting, The North American Menopause Society*, Sept 17-20; Miami Beach.
- Gidron, Y. (2002). Evidence-based Health Psychology: Racional and support. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (1), 3-10.
- Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Fam Pract*, 20 (6), 690-695.
- Graziottin, A. (2010). Menopause and sexuality: key issues in premature menopause and beyond. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 12 (5), 254-261.
- Guimarães, A. C. A. & Baptista, F. (2011). Atividade Física Habitual e Qualidade de Vida de Mulheres de Meia-idade. *Revista Brasileira Médica e do Esporte*, 17(5), 305-309.
- Hardy, R. & Kuh, D. (2002). Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social science & medicine*, 55, 1975-1988.
- Heinrichs, K. (2007). *An investigation of female sexual self-esteem in heterosexual, pre-menopausal, women engaged in continuous long-term relationships*. Master Thesis. Trinity Western University.
- Holloway, D. (2011). An overview of the menopause: assessment and management. *Nursing Standard*, 25 (30), 47-57.
- Kurpius, S. E. R., Nicpon, M. F. & Maresh, S. E. (2001). Mood, Marriage, and Menopause. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (1), 77-84.
- Levine, S. B. (2002). Re-exploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 39-51.
- Lins, A. P. M. & Sichieri, R. (2001). Influência da menopausa no índice de massa corporal. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 45 (3), 265-270.
- Lorenzo, D. & Saciloto, B. (2006). Frequência da atividade sexual em mulher menopausadas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (4), 256-260.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Rolo & Filhos II.

- Martins, A. D. M., Nahas, E. A. P., Nahas-Neto, J., Uemura, G., buttros, D. A. B. & Taiman, P. (2009). Qualidade de Vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia Hormonal. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, 31 (4), 196-202.
- Melby, M. & Lampl, M. (2011). Menopause, a biocultural perspective. *Annual Revision Anthropology*, 40, 53-70.
- Meltzer, A. L. & McNulty, J. K. (2010). Body Image and Marital Satisfaction: Evidence for the Mediating Role of Sexual Frequency and Sexual Satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 24 (2), 156-164.
- Mishra, G. & Kuh, D. (2006). Sexual functioning throughout menopause: The perceptions of women in a British cohort. *Menopause*, 13 (6), 880-890.
- Mori, M. & Coelho, V. (2004). Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: reflexão e crítica*, 17 (2), 177-187.
- Muhlen, D., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (1995). A community-based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. *Maturitas*, 22, 71-78.
- Murnen, S. & Smolak, L. (2012). Social considerations related to adolescent girls' sexual empowerment: A response to Lamb and Perterson. *Sex Roles*, 66, 725-735.
- Murray, M. (1998). *Menopausa: uma abordagem natural*. Rio de Janeiro: Campos.
- Nisar, N. & Soho, N. A. (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*, 2 (5), 118-130.
- Narciso, I. & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- North American Menopause Society. (2000). *Basics facts about menopause*.
- Northrup, C. (2006). *A sabedoria da menopausa*.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde* (2nd ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, D., Jesus, M., & Merighi, M. (2008). O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de juiz de fora – minas gerais. *Revista APS*, 11, (1), 42-53.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. Department of Reproductive Health and Research.

- Ornat, L., Martínez-Deearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M. & Pérez-López, F. R. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*, 75, 261-269.
- Pardini, D. (2007). Terapia Hormonal da Menopausa. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia*, 51 (6), 938-942.
- Pascoal, P. (2012). *Contributo de variáveis individuais e relacionais para a satisfação sexual de pessoas em relação de conjugalidade com e sem problemas sexuais*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.
- Pascoal, P. M., Narciso, S. B. & Pereira, N. M. (2014). What is Sexual Satisfaction? Thematic Analysis of Lay People's Definitions. *Journal of Sex Research*, 51 (1), 22-30.
- Pearce, G., Thogersen-Ntoumain, C. & Duda, J. (2013). Body image during menopausal transition: a systematic scoping review. *Health Psychology Review*, 1-17.
- Peat, C., Peyerl, N., & Muehlenkamp, J. (2008). Body image and eating disorders in older adults: a review. *Journal of General Psychology*, 135, 343-358.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com o funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1 (27), 99-108.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação de uma versão feminina do Índice de Satisfação Sexual. *Laboratório de Psicologia* 7 (1), 45-56.
- Pechorro, P., Almeida, A., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M. & Vieira, R. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*. 13 (2), 47-53.
- Penteado, S., Fonseca, A., Bagnoli, V., Assis, J., & Pinotti, J. (2003). Sexuality in healthy postmenopausal women. *Climacteric*, 6, 321-329.
- Pimenta, F., Leal, I. & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3 (25), 455-466.
- Pimenta, F., Leal, I., Marôco, J. & Ramos, C. (2011). Menopause Symptoms' Severity InVENTORY (MSSI-38): Assessing symptoms' frequency and intensity. In Pimenta, F. *Menopause and midlife: menopausal symptoms, body weight and well-being* (Tese de doutoramento, pp.53-76). Retrived from: Repositório do ISPA.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J. & Ramos, C. (2012). Menopause Symptoms' Predictors: The Influence of Lifestyle, Health- and Menopause-Related, and Sociodemographic Characteristics. *Journal of Women & Aging*, 24 (2), 140-151.

- Polizer, A., & Alves, T. (2009). Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. *Fisioterapia*, 22 (2), 151-158.
- Rani, S. (2009). The psychosexual implications of menopause. *British Journal of Nursing*, 18 (6), 370-371.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª Ed.). Porto: Legis Editora.
- Roura, L. C. (2003). Patologia del climaterio. Sociedade espanola de ginecologia y obstretricia. *Tratado de Ginecologia, obstrtricia y medicina de la reproducción*, 1374-1377. Espanha.
- Samsioe, G., Doren, M., & Lobo, R. (2006). Acute symptoms of the menopause. *Women's Health Medicine*, 3 (6), 282 – 286.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1 (26), 15-23.
- Sharma, S. & Mahajan, N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *Journal of mid-life health*, 6 (1), 16-20.
- Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R. & Rocca, W. A. (2010). Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas*, 65 (2), 161-172.
- Silva, T. & Borges, M. (2012). Sexualidade após a menopausa: Situações vivenciadas pela mulher. *Revista Enfermagem Integrada*, 5 (2), 1018 – 1032.
- Soares, P., & Pádua, T. (2014). Relação entre cintura-quadrial e imagem corporal em mulheres de meia-idade e idosas ativas fisicamente. *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 283-295.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite (2006). *Estudo de Mercado sobre a menopausa*.
- Sousa, I. (2013). *Satisfação sexual e qualidade de vida da mulher no climatério*. Tese de mestrado. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Stephenson, K. & Sullivan, K. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian journal of human sexuality*, 18 (3), 89-105.
- Stulhofer, A., Busko, V. & Brouillard, P. (2011). The New Sexual Satisfaction Scale and It's Short Form. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber & S. L. Davis

- (Eds.), *Handbook of Sexuality – Related Measures* (3rd ed., pp. 530-532). New York: Taylor & Francis.
- Tang, N., Bensman, L., Hatfield, E. (2013). Culture and sexual self-disclosure and intimate relationships. *Interpersona*, 7 (2), 227-245.
- Tavares, K. F., Assis, T. R., Rezende, F. R. & Silva, G. F. (2015). Prevalência de disfunções sexuais e outros sintomas relacionados ao climatério em mulheres na cidade de Jataí (GO, Brasil). *Revista Movimenta*, 8 (1), 23-29.
- Utian, W. H. (2004). Menopause-related definitions. *International Congress Series*, 1266, 133-138.
- Vaz, R. A. & Nodin, N. (2005). A Importância do Exercício Físico nos Anos Maduros da Sexualidade. *Análise psicológica*, 3 (23), 329-339.
- Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Webster, J., & Tiggermann, 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.
- Woloski-Wrublem A., Oliel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and succesful aging in women. *Journal of sexual medicine*, 7 (7), 2401-2410.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). *Sexual satisfaction among married women*. American Journal of Health Studies.

ANEXOS

ANEXO A: Protocolo EVISA

Estudo EVISA: Experiências de Vida I Saúde na Vida Adulta

Consentimento Informado

A presente investigação tem o objetivo de estudar diversas experiências associadas à meia-idade, saúde, e sexualidade em mulheres acima dos 40 anos. Este projeto é da responsabilidade de uma equipa de investigadores do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, a Professora Doutora Filipa Pimenta, o Professor Doutor Pedro Alexandre Costa, a Professora Doutora Isabel Leal, e o Professor Doutor João Marôco.

Convidamo-la a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 15-20 minutos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente como é que as mulheres portuguesas vivem a meia-idade. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais.

Posteriormente, poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a equipa de investigadores responsáveis por e-mail.

Agradecemos a sua participação.

A equipa responsável,
Filipa Pimenta, PhD
Pedro Alexandre Costa, PhD
Isabel Leal, PhD
João Marôco, PhD

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde
ISPA - IU
Rua Jardim do Tabaco, 34
1149-041 Lisboa
Tel.: 218 811 700
e-mail: evisa@ispa.pt

Ao avançar para a próxima página, está a aceitar participar neste estudo.

Para a conhecer melhor...

Qual o seu sexo? Homem Mulher Outro. Qual? _____

Qual a sua idade? _____ anos

Qual a sua orientação sexual? Heterossexual Homossexual Bissexual
 Outra. Qual? _____

Em que distrito habita? _____

Como descreve o local onde habita? Urbano Semiurbano Rural

A sua nacionalidade é Portuguesa? Sim Não. Qual? _____

Qual foi o último grau de ensino que completou? 4º Ano 6º Ano 9º Ano
12º Ano Licenciatura ou Bacharelato Mestrado ou Pós-graduação
Doutoramento

Qual a sua situação profissional atual? Empregada a tempo inteiro Empregada a
tempo parcial Desempregada Reformada Outra: qual? _____

Qual o seu estado civil? Solteira Casada Em união de fato Divorciada
 Viúva

Tem filhos? Sim Não E tem netos? Sim Não

Contando consigo quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar? _____
pessoas

Em qual dos seguintes intervalos se situa aproximadamente o rendimento anual bruto
do seu agregado familiar? Até €7,000 Entre €7,001 e €20,000 Entre €20,001 e
€40,000 Entre €40,001 e €80,000 Mais de €80,000

Saúde e Hábitos

De uma forma geral, sente que você e a sua família têm o apoio e suporte de que necessitam? (emocional, social, etc.). Faça um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua resposta.

Nunca	Poucas vezes	Um(a)s vezes sim outras vezes não	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

Qual o seu grau de satisfação com as relações pessoais que mantém com:

	Nada satisfeita				Totalmente satisfeita
	1	2	3	4	5
Esposo/a / companheiro/a	1	2	3	4	5
Filho(s)/a(s)	1	2	3	4	5
Família alargada	1	2	3	4	5
Amigos/as	1	2	3	4	5
Vizinhança / comunidade local	1	2	3	4	5

Tem alguma das seguintes doenças diagnosticadas ou episódios clínicos relevantes?

	Sim	Não
Doença Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Oncológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Neurológica (Parkinson, Epilepsia, ou outra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo Crânio-encefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distúrbio Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum problema hormonal diagnosticado relacionado, por exemplo, com a tiroide, suprarrenal, hipófise, ou outro? Não Sim. Em que ano foi diagnosticado: _____

Caso tenha respondido Sim à resposta anterior, está a tomar alguma medicação para este problema hormonal? Sim Não

Tem ou teve algum problema psicológico diagnosticado? Não Sim. Qual (ais)?

Toma algum medicamento, de forma continuada, para doença ou problema psicológico diagnosticado? Não Sim. Para que doença ou problema? _____

Fuma atualmente? Não, nunca fumei Já fumei, mas não fumo atualmente Menos de 5 cigarros por dia Entre 5 e 10 cigarros por dia Entre 11 e 20 cigarros por dia Mais de 20 cigarros por dia

Bebe café? Não, nunca Menos de 1 café por dia Entre 1 e 2 cafés por dia Entre 3 e 4 cafés por dia 5 ou mais cafés por dia

Consome outras bebidas quentes como o chá? Nunca ou quase nunca Menos de 1 por dia 1 ou mais por dia

Consome bebidas alcoólicas? Nunca 1 vez por mês ou menos 1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana) 1 vez por dia mais de 1 vez por dia

Pratica desporto ou atividade física regular? Não Sim. Qual (ais)?

Quantas vezes por semana pratica desporto? _____ vez (es) por semana

Qual é a sua altura? _____ cm **E qual é o seu peso?** _____ kg

De uma forma geral, como avalia o seu estado de saúde atual?

Muito mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

Questionário de bem-estar

Durante as últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu:

	O tempo todo	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Nervosa?	1	2	3	4	5
Sem esperança?	1	2	3	4	5
Inquieta ou agitada?	1	2	3	4	5
Tão deprimida que nada conseguiu animá-la?	1	2	3	4	5
Sentiu que tudo era um esforço?	1	2	3	4	5
Sem valor?	1	2	3	4	5

Acontecimentos de Vida

Na vida há diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo nas diversas áreas da vida. Por favor, refira qual (ou quais) o(s) acontecimento(s) com um forte impacto na sua vida nos últimos 12 meses.

Depois de indicar o acontecimento, atribua uma classificação no quadrado respetivo, em que: 1=muito negativo, 2=negativo, 3=neutro, 4=positivo, e 5=muito positivo.

- 1° _____
- 2° _____
- 3° _____
- 4° _____
- 5° _____

Inventário de sintomas de meia-idade

Com que FREQUÊNCIA tem experimentado os sintomas ou alterações descrito na lista abaixo? Por favor, indique a **FREQUÊNCIA** (ou seja, quantas vezes) sentiu cada um dos sintomas no **último mês**.

	Nunca	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos ou quase todos os dias
Dores na parte lombar das costas (parte inferior das costas)	1	2	3	4	5
Dificuldade de concentração ou de manutenção da atenção	1	2	3	4	5
Problemas na boca e nos dentes (dor e ardor nas gengivas, alteração do paladar, aumento da sensibilidade ao quente e ao frio, boca seca, etc.)	1	2	3	4	5
Humor deprimido ou triste	1	2	3	4	5
Insatisfação com a vida pessoal	1	2	3	4	5
Secura vaginal (sensação de secura, ardor e problemas durante o ato sexual)	1	2	3	4	5
Pressão ou sensação de tensão na cabeça ou no corpo	1	2	3	4	5
Diminuição geral da capacidade de desempenho das atividades diárias	1	2	3	4	5
Dores na parte detrás do pescoço ou da cabeça	1	2	3	4	5
Perda de sensibilidade nas mãos ou pés	1	2	3	4	5
Cansaço ou falta de energia	1	2	3	4	5
Dificuldade em respirar ou falta de ar	1	2	3	4	5
Aumento da necessidade de dormir	1	2	3	4	5
Sensação de tontura ou desmaio	1	2	3	4	5
Dores nos músculos e articulações	1	2	3	4	5
Perda de interesse pela maior parte das coisas	1	2	3	4	5
Dormência ou formigamento em algumas partes do corpo	1	2	3	4	5
Diminuição da necessidade de dormir	1	2	3	4	5
Vontade excessiva de urinar	1	2	3	4	5
Diminuição na frequência de relações sexuais	1	2	3	4	5
Ataques de pânico	1	2	3	4	5
Querer estar só	1	2	3	4	5
Ataques de choro	1	2	3	4	5
Agitação, exaltação ou sobressalto fácil	1	2	3	4	5
Sudação excessiva	1	2	3	4	5
Tensão ou nervosismo	1	2	3	4	5

Perda de interesse sexual	1	2	3	4	5
Perda ou falta de memória	1	2	3	4	5
Perdas de urina ao rir ou tossir	1	2	3	4	5
Irritabilidade	1	2	3	4	5
Suores noturnos	1	2	3	4	5
Afrontamentos	1	2	3	4	5
Sentir-se inchada	1	2	3	4	5
Dores de cabeça	1	2	3	4	5
Ansiedade	1	2	3	4	5

Por favor, indique a **FREQUÊNCIA** (ou seja, quantas vezes) sentiu cada um dos sintomas nos últimos três meses.

	Nunca	Apenas uma vez	Uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma vez por semana
Mudanças na aparência, textura ou tonalidade da sua pele	1	2	3	4	5
Alterações nas unhas (mudança na espessura, no aspeto da unha, etc.)	1	2	3	4	5
Perda significativa de peso sem alterações na alimentação	1	2	3	4	5
Alteração na forma corporal	1	2	3	4	5
Perda de cabelo ou cabelo mais fino	1	2	3	4	5
Aumento significativo de peso	1	2	3	4	5
Diminuição da força física ou da resistência	1	2	3	4	5
Aumento de pelos faciais	1	2	3	4	5

Com que INTENSIDADE tem experimentado os sintomas ou alterações descrito na lista abaixo? Por favor, indique a **INTENSIDADE** (ou seja, quão forte) sentiu cada um dos sintomas no **último mês**.

	Nenhuma intensidade (não tive este sintoma)	Intensi- -dade mínim a	Intensi- -dade moderada	Intensi- -dade elevada	Intensi- -dade extrema
Dores na parte lombar das costas (parte inferior das costas)	1	2	3	4	5
Dificuldade de concentração ou de manutenção da atenção	1	2	3	4	5
Problemas na boca e nos dentes (dor e ardor nas gengivas, alteração do paladar, aumento da sensibilidade ao quente e ao frio, boca seca, etc.)	1	2	3	4	5
Humor deprimido ou triste	1	2	3	4	5
Insatisfação com a vida pessoal	1	2	3	4	5
Secura vaginal (sensação de secura, ardor e problemas durante o ato sexual)	1	2	3	4	5
Pressão ou sensação de tensão na cabeça ou no corpo	1	2	3	4	5
Diminuição geral da capacidade de desempenho das atividades diárias	1	2	3	4	5
Dores na parte detrás do pescoço ou da cabeça	1	2	3	4	5
Perda de sensibilidade nas mãos ou pés	1	2	3	4	5
Cansaço ou falta de energia	1	2	3	4	5
Dificuldade em respirar ou falta de ar	1	2	3	4	5
Aumento da necessidade de dormir	1	2	3	4	5
Sensação de tontura ou desmaio	1	2	3	4	5
Dores nos músculos e articulações	1	2	3	4	5
Perda de interesse pela maior parte das coisas	1	2	3	4	5
Dormência ou formiguelo em algumas partes do corpo	1	2	3	4	5
Diminuição da necessidade de dormir	1	2	3	4	5
Vontade excessiva de urinar	1	2	3	4	5
Diminuição na frequência de relações sexuais	1	2	3	4	5
Ataques de pânico	1	2	3	4	5
Querer estar só	1	2	3	4	5
Ataques de choro	1	2	3	4	5
Agitação, exaltação ou sobressalto fácil	1	2	3	4	5
Sudação excessiva	1	2	3	4	5
Tensão ou nervosismo	1	2	3	4	5
Perda de interesse sexual	1	2	3	4	5
Perda ou falta de memória	1	2	3	4	5

Perdas de urina ao rir ou tossir	1	2	3	4	5
Irritabilidade	1	2	3	4	5
Suores noturnos	1	2	3	4	5
Afrontamentos	1	2	3	4	5
Sentir-se inchada	1	2	3	4	5
Dores de cabeça	1	2	3	4	5
Ansiedade	1	2	3	4	5

Por favor, indique a **INTENSIDADE** (ou seja, quão forte) sentiu cada um dos sintomas nos **últimos três meses**.

	Nenhuma intensidade (não tive este sintoma)	Intensi- -dade mínim a	Intensi- -dade moderada	Intensi- -dade elevada	Intensi- -dade extrema
Mudanças na aparência, textura ou tonalidade da sua pele	1	2	3	4	5
Alterações nas unhas (mudança na espessura, no aspeto da unha, etc.)	1	2	3	4	5
Perda significativa de peso sem alterações na alimentação	1	2	3	4	5
Alteração na forma corporal	1	2	3	4	5
Perda de cabelo ou cabelo mais fino	1	2	3	4	5
Aumento significativo de peso	1	2	3	4	5
Diminuição da força física ou da resistência	1	2	3	4	5
Aumento de pelos faciais	1	2	3	4	5

Estado de Menopausa

Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com menos ou mais de 7 dias do que o habitual? (por exemplo, ter o período de 24 em 24 dias em vez de 31 em 31 dias) Sim Não Já não tenho menstruação

Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, permaneceu sem ter o período durante 60 dias ou mais consecutivos? Sim Não Já não tenho menstruação

Já teve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim Não

Procurou ajuda médica (isto é, consultar um médico ginecologista ou um médico de clínica geral) para gerir os sintomas de menopausa? Sim Não

Tem algum problema hormonal que interfira diretamente com a menstruação? Sim Não. Qual (ais)? _____

Está a tomar alguma medicação, produtos naturais ou de outro género, para os sintomas de menopausa? Não Sim. Qual (ais)? _____

Está a tomar a pílula? Sim Não

Caso não tenha a menstruação há mais de 12 meses, teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica? Sim Não Ainda não estive 12 meses sem menstruação

Caso não tenha menstruação há mais de 12 meses, que idade tinha quando teve a sua última menstruação? (Se ainda tem menstruação, por favor escreva 0) _____ anos

Fez cirurgia ginecológica para remoção dos dois ovários (Ooferoctomia bilateral)? Sim Não

Intimidade e Satisfação Relacional

Presentemente, está num relacionamento amoroso? Se não tiver um relacionamento, pode passar para o questionário seguinte Sim Não

Se sim, há quanto tempo? (exemplo de resposta: 20 anos e 2 meses) _____

Qual a idade da/o sua/seu companheira/ o? _____ anos

Qual o seu grau de satisfação com o nível de intimidade que tem com a/o sua/seu companheira/o?

Extremamente insatisfeita	Insatisfeita	Neutra	Satisfeita	Extremamente satisfeita
1	2	3	4	5

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e a/o sua/sua companheira/o, para cada item, na lista que se segue. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Sempre de acordo	Quase sempre acordo	Ocasional desacordo	Frequente desacordo	Quase sempre desacordo	Sempre em desacordo
Assuntos de religião	1	2	3	4	5	6
Demonstrações de afeto	1	2	3	4	5	6
Tomada de decisões importantes	1	2	3	4	5	6
Relações sexuais	1	2	3	4	5	6
Convencionalidade (comportamento correto ou apropriado)	1	2	3	4	5	6
Decisões de carreira	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes dizem respeito a desentendimentos que possam surgir na relação. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasional-mente	Raramente	Nunca
Aborda ou já considerou separação ou terminar a relação?	1	2	3	4	5	6
Você e o/a seu/sua companheiro/a brigam?	1	2	3	4	5	6
Lamenta ser casada ou viver com o/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5	6
Você e o/a seu/sua companheiro/a se irritam um com o outro?	1	2	3	4	5	6

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e a/o sua/seu companheira/o?

	Nunca	Menos uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Frequentemente
Participam juntos em atividades fora da família?	1	2	3	4	5	6
Têm uma troca de ideias estimulante?	1	2	3	4	5	6
Trabalham em conjunto numa atividade?	1	2	3	4	5	6
Calmamente debatem um assunto?	1	2	3	4	5	6

Satisfação Sexual

Presentemente, tem uma vida sexual ativa? Se não tiver uma vida sexual ativa, pode passar para a página seguinte Sim Não

Pensando na sua vida sexual nos **últimos 6 meses**, por favor avalie a sua satisfação com os seguintes aspetos:

	Nada satisfeita	Pouco satisfeita	Moderadamente satisfeita	Muito satisfeita	Extremamente satisfeita
	1	2	3	4	5
A qualidade dos meus orgasmos					
Ser capaz de me deixar levar e disfrutar do prazer sexual durante a relação	1	2	3	4	5
A forma como reajo sexualmente à/ao minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
A forma como o meu corpo funciona sexualmente	1	2	3	4	5
O meu humor após as relações sexuais	1	2	3	4	5
O prazer que proporciono à/ao minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
O equilíbrio entre o que dou e o que recebo durante a relação sexual	1	2	3	4	5
A disponibilidade emocional da/o minha/meu parceira/o durante a relação sexual	1	2	3	4	5
A capacidade da/o minha/meu parceira/o em atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
A criatividade sexual da/o minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
A variedade das minhas relações sexuais	1	2	3	4	5
A frequência da minha atividade sexual	1	2	3	4	5

Autoimagem

O seguinte conjunto de questões pretende avaliar a forma como se sente em relação ao seu corpo. Para cada uma das questões, selecione o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Extrema- mente insatisfeita	Insatisfeita	Neutra	Satisfeita	Extrema- mente satisfeita
Satisfação com o meu peso	1	2	3	4	5
Satisfação com a forma do meu corpo	1	2	3	4	5
Satisfação com o desenvolvimento dos meus músculos	1	2	3	4	5

	Nada importante	Pouco importante	Neutro	Importante	Muito importante
Comparando com outras coisas na minha vida, o meu peso é...	1	2	3	4	5
Comparando com outras coisas na minha vida, a forma do meu corpo é...	1	2	3	4	5
Comparando com outras coisas na minha vida, o desenvolvimento e força dos meus músculos é...	1	2	3	4	5

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a sua concordância ou discordância selecionado o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Olho-me ao espelho com frequência durante o dia para ter a certeza que estou bem arranjada e vestida	1	2	3	4	5
Estou satisfeita com a minha aparência física	1	2	3	4	5
Para que o dia me corra bem, eu tenho de me sentir bem com a minha aparência	1	2	3	4	5
É muito mais fácil gerir as minhas tarefas diárias quando me sinto bem com a minha aparência	1	2	3	4	5
A minha imagem é uma parte importante de quem eu sou	1	2	3	4	5
Há muitas coisas no meu corpo que eu gostava de mudar se pudesse	1	2	3	4	5
Eu perco pouco tempo a arranjar-me antes de sair de casa	1	2	3	4	5
O envelhecimento vai tornar-me menos atrativa	1	2	3	4	5
É muito importante para mim que os outros me achem atraente	1	2	3	4	5
Eu gosto do meu corpo	1	2	3	4	5
Eu sinto-me uma pessoa atraente a maior parte dos dias	1	2	3	4	5
Sentir-me bem com a minha imagem é muito importante para mim	1	2	3	4	5

Questionário de adjetivos

Para cada um dos seguintes adjetivos, queira por favor assinalar o quão se aplicam a si.

Eu sou:

	Nunca	Raramente	Ocasional- mente	Frequente- mente	Sempre
Caridosa	1	2	3	4	5
Sensível	1	2	3	4	5
Disposta a tomar uma posição	1	2	3	4	5
Sensível às necessidades dos outros	1	2	3	4	5
De brandos modos	1	2	3	4	5
Empática	1	2	3	4	5
Disposta a correr riscos	1	2	3	4	5
Com compaixão	1	2	3	4	5
Emocional	1	2	3	4	5
Ajo como uma líder	1	2	3	4	5
Compreensiva	1	2	3	4	5
Independente	1	2	3	4	5
Assertiva	1	2	3	4	5
Gentil	1	2	3	4	5
Defendo as minhas crenças	1	2	3	4	5
Energética	1	2	3	4	5
Competitiva	1	2	3	4	5
Afetuosa	1	2	3	4	5
Atlética	1	2	3	4	5
Dominante	1	2	3	4	5

Segunda Fase do Estudo

Brevemente, haverá uma segunda fase deste estudo. Se estiver disponível para participar numa breve entrevista telefónica, e posteriormente no preenchimento de um outro questionário, agradecemos que deixasse um contacto telefónico e o horário em que deseja ser contactada. No entanto, deixar o seu contacto não implica qualquer compromisso em participar, mesmo quando for contactado por um membro desta equipa de investigação. A sua participação será sempre voluntária, podendo desistir em qualquer momento.

Contatos:

Telefone: _____

E-mail: _____

Melhor horário para contato: _____