



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Perceção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, em mulheres doutoradas dos 45 aos 60 anos

Inês Sofia Mendes Catalão

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho
Co-orientadora: Dr.^a Fernanda da Purificação Bento Geraldes
Co-orientadora: Prof.^a Doutora Sara Monteiro Morgado Dias Nunes

Covilhã, abril de 2020

Dedicatória

“Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam”

José Saramago

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho, pela motivação, apoio, sugestões e por toda a disponibilidade que sempre demonstrou durante esta investigação.

À Doutora Fernanda Geraldes, pelo apoio, sugestões, inspiração e por me ter dado a possibilidade de realizar este estudo.

À Professora Doutora Sara Nunes, pelo apoio imprescindível, simpatia e constante disponibilidade no tratamento de dados e análise estatística.

À Sociedade Portuguesa de Ginecologia e à *Gedeon Richter* por me terem permitido realizar esta investigação.

A todas as mulheres que se disponibilizaram em participar, pois sem elas este estudo não seria possível.

À Maria, a melhor parceira de estágio que podia ter, pela amizade, apoio, risos, aventuras e constante motivação durante estes 6 anos de faculdade.

À Belinha, pela amizade, apoio, otimismo e motivação tão importantes durante todos estes anos.

Aos restantes amigos que tornaram este percurso tão especial.

À minha família, aos que estão e aos que já partiram, mas que contribuíram para a minha educação e valores. Obrigada pelo apoio, esforço, motivação e amor. Sem vocês, nada seria possível.

Resumo

Introdução: Atualmente, com o aumento da esperança média de vida, 95% das mulheres atinge a menopausa, sendo esta um marco extremamente importante da vida feminina. Vários fatores influenciam o modo como esta é experienciada e o nível de escolaridade parece ser um deles, porém, existem poucos estudos acerca desta temática.

Objetivos: Pretendemos estudar a perceção, conhecimentos e atitudes de mulheres doutoradas relativamente à menopausa e compreender se a formação académica influencia a vivência da mesma.

Metodologia: Foi desenhado um estudo observacional e transversal. A amostra incluiu mulheres com idades entre 45 e 60 anos, doutoradas e com funções de ensino e/ou investigação na Universidade da Beira Interior. Após a explicação dos objetivos do estudo, as voluntárias responderam presencialmente a um questionário que foi elaborado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e *Gedeon Richter* e que foi previamente aplicado num estudo nacional. O inquérito incluiu a caracterização demográfica, o índice de massa corporal, o tipo de dieta e exercício físico e a caracterização de aspetos da vida quotidiana e da Menopausa. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando o *Statistical Package for Social Sciences*, versão 24.0.

Resultados: Das 65 mulheres doutoradas, 29 encontravam-se na menopausa. A idade média à última menstruação foi aos 50,6 anos, cerca de 2 anos mais tardia comparativamente à da amostra do estudo nacional. Do total das mulheres inquiridas, 92,3% preocupava-se pouco ou nada com a menopausa e 72,3% praticava exercício físico regular, percentagens mais elevadas que as da amostra nacional. As mulheres na menopausa mostraram menor satisfação com a aparência e com a relação familiar. Os sintomas que mais surgiram aquando da menopausa foram os calores e afrontamentos, irritabilidade e dificuldade de concentração, porém 55,2% das mulheres referiu que nunca interferiram nas suas vidas. 72,4% das mulheres procurou um médico quando entrou na menopausa. As principais prescrições médicas foram exercício físico seguido da terapêutica hormonal de substituição. 57,1% das mulheres que estavam na menopausa referiu conhecer os tratamentos hormonais e 27,6% reportou já ter feito algum deles.

Conclusões: A maioria das doutoradas inquiridas mostrou uma atitude positiva acerca da menopausa, porém este período da vida associou-se a uma menor satisfação com a aparência e com a vida familiar. O nível de escolaridade parece protelar o aparecimento da menopausa e melhorar a perceção das mulheres acerca da saúde e de aspetos da vida quotidiana, sendo crucial a individualização das condutas médicas para promover o bem-estar de cada mulher.

Palavras-chave

Menopausa; Percepção; Conhecimentos; Atitudes; Escolaridade.

Abstract

Introduction: Nowadays, with the rising of average life expectancy, 95% of women reaches menopause, being this one an extremely important mark in female life. Several factors influence the way this is experienced and educational level seems to be one of those, however, there are few studies about this subject.

Objectives: We pretend to study PhD women's perception, knowledges and attitudes towards menopause and to understand if the educational level influences the living of this one.

Methods: It was designed an observational and transversal study. The sample included women between the age of 45 and 60, with a PhD and with teaching and/or investigational functions on University of Beira Interior. After the explanation of the study objectives, the volunteers answered in person to the questionnaire which was elaborated by the Gynecology Portuguese Society and *Gedeon Richter* and was previously applied to a national study. The survey included the demographic characterization, the body mass index, the type of diet and physical exercise and the characterization of aspects of daily life and of menopause. Data was analyzed statistically using Statistical Package for Social Sciences, version 24.0.

Results: Of the 65 PhD's women, 29 had reached menopause. The mean age of the last menstruation was 50,6 years, about 2 years later comparatively with the national sample. Of the total women surveyed, 92,3% cared little or nothing about menopause and 72,3% practiced regular physical exercise, percentage superior to the national sample. Women on menopause showed less satisfaction with appearance and family relationship. The symptoms that appeared the most during menopause were hot flushes, irritability and concentration difficulty, but 55,2% of women reported that symptoms never interfered in their lives. 72,4% of women searched for a doctor when they reached menopause. The main medical prescriptions were physical exercise followed by hormonal replacement therapy. 57,1% of women who were on menopause reported to know hormone therapies and 27,6% reported having already done any of these.

Conclusions: Most PhD's surveyed women showed a positive attitude towards menopause, but this life period was associated with less satisfaction with appearance and with family life. Educational level seems to delay the onset of menopause and to improve women's perceptions of health and aspects of daily life, being crucial to individualize medical conducts in order to promote the well-being of each woman.

Keywords

Menopause; Perception; Knowledges; Attitudes; Educational Level.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave	ix
Abstract	xi
Keywords	xiii
Lista de gráficos	xvii
Lista de tabelas	xix
Lista de acrónimos	xxi
1. Introdução	1
1.1. Objetivo principal	2
1.2. Objetivos específicos	2
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Tipo de estudo	3
2.2. Amostra	3
2.3. Recolha de dados	3
2.4. Estruturação do questionário	3
2.5. Análise estatística	4
3. Resultados	5
3.1. Caracterização da amostra	5
3.2. IMC, Dieta e Exercício físico	5
3.3. Classificação de diversos aspetos da vida	7
3.4. Menopausa	10
4. Discussão	17
4.1. Forças e limitações	24
5. Conclusão	27
5.1. Perspetivas futuras	27
6. Bibliografia	29
Anexos	33
A.1 Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	33
A.2 Declaração Simplificada de Avaliação de Impacto sobre a Proteção de	
Dados	34
A.3 Questionário aplicado no âmbito do presente estudo	36

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Questão “Procura informações sobre saúde?”	8
Gráfico 2 - Questão “Quais os temas de saúde que lhe interessam mais/sobre os quais procura informação?”	9
Gráfico 3 - Questão “A menopausa preocupa-a?”	10
Gráfico 4 - Questão “Que sintomas/situações relaciona com a menopausa?”	10
Gráfico 5 - Questão “Dos aspetos/sintomas/sinais que relacionou com a menopausa, de qual/quais tem mais receio?”	11
Gráfico 6 - Questão “Diga se os sintomas indicados surgiram com a menopausa”	12
Gráfico 7 - Questão “Se procurou apoio médico, que indicações este lhe deu?”	13

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	5
Tabela 2 - Comparação das variáveis IMC, dieta e exercício físico entre os grupos	6
Tabela 3 - Classificação de diversos aspetos da vida das mulheres	7
Tabela 4 - Questões sobre procura de apoio médico às mulheres que não estão na menopausa	11
Tabela 5 - Questões sobre sintomas e procura de apoio médico às mulheres que não estão na menopausa	12
Tabela 6 - Questões sobre cumprimento de indicações médicas e THS às mulheres que estão na menopausa	14

Lista de Acrónimos

IMC	Índice de Massa Corporal
SPG	Sociedade Portuguesa de Ginecologia
THS	Terapêutica Hormonal de Substituição
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

A menopausa é um marco extremamente importante da vida das mulheres. Atualmente, com o aumento da esperança média de vida da população, sobretudo nos países desenvolvidos, 95% das mulheres atinge a menopausa. Tal facto faz ressaltar a pertinência deste tema para os dias de hoje (1).

A menopausa define-se como a permanente cessação da menstruação causada pela perda da função folicular do ovário. Em termos clínicos, é diagnosticada retrospectivamente após 12 meses de amenorreia, sem outra causa suspeitada e demonstrável (2,3). Habitualmente, ocorre entre os 45 e os 55 anos, sendo a idade média de estabelecimento de 51 anos nos países europeus (3).

O processo de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, denominado climatério, não ocorre abruptamente (1). Este período compreende três fases:

- A pré-menopausa que, em sentido geral, inclui toda a idade fértil até à menopausa. Em sentido mais estrito, refere-se ao período de tempo decorrido entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa;
- A perimenopausa que corresponde ao período de tempo variável, entre 4 a 8 anos, incluindo até um ano após a menopausa e, durante o qual, quando presente, o quadro clínico é mais intenso;
- A pós-menopausa que é o período que se inicia com a última menstruação, dividindo-se em precoce, até 6 anos após a última menstruação, e tardio, os restantes anos (3).

O declínio progressivo da secreção de estrogénios pode levar a transformações biopsicossociais que diminuem a percepção da qualidade de vida feminina (4-6). A maioria das mulheres que entra nesta fase tem sintomas vasomotores, como afrontamentos e suores noturnos, irregularidades menstruais e atrofia vulvovaginal (3,7). Também podem existir consequências osteoarticulares e metabólicas, sendo que a incidência de doença cardiovascular aumenta consideravelmente neste período (3). Quanto à depressão, ansiedade e mudanças de humor, estes sintomas não tiveram evidências conclusivas que os associasse à menopausa (2,7). É de destacar que a ocorrência e a intensidade dos sintomas da menopausa variam entre mulheres e podem depender de fatores socioculturais, do nível de escolaridade, da saúde física e mental, assim como das emoções e percepções acerca da menopausa (8).

Como referido, o nível escolaridade é um dos fatores que pode influenciar o modo como é percebida e vivenciada a menopausa. Foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade elevado e atitudes mais positivas em relação à menopausa (9). Para além disso, verificou-se que um menor nível de escolaridade foi associado a uma menopausa em idade mais precoce. Por sua vez, esta associa-se a um risco aumentado de morbididades e a uma pior qualidade de vida (6,10).

Em Portugal, não existem estudos na área da menopausa que relacionem o nível de escolaridade das mulheres com a adaptação a esta fase de vida. Interessámo-nos assim em estudar uma população com uma formação académica superior, de modo a perceber a sua vivência com a menopausa.

1.1. Objetivo Principal

Pretende-se estudar a perceção, conhecimentos e atitudes das mulheres doutoradas com funções de ensino e/ou investigação na Universidade da Beira Interior (UBI), no que respeita à vivência da menopausa.

1.2. Objetivos Específicos

- Avaliar os conhecimentos, as condutas, as expetativas e as preocupações das mulheres doutoradas acerca da menopausa;
- Verificar as relações entre menopausa e índice de massa corporal (IMC), dieta, exercício físico e diversos aspetos do quotidiano pessoal, familiar e profissional nas mulheres doutoradas;
- Comparar os resultados obtidos com os registados no estudo nacional “Conhecimentos e perceções sobre a menopausa em mulheres dos 45 aos 60 anos em Portugal”, de forma a compreender se a elevada formação académica da mulher influencia a sua vivência da menopausa;
- Propor formas de atuação ao longo do período do climatério para promover o bem-estar e a qualidade de vida da mulher.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de Estudo

O presente estudo compreendeu uma investigação observacional e transversal, realizada através de questionários aplicados presencialmente a mulheres doutoradas com funções de ensino e/ou investigação na UBI.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, que não tendo identificado matéria que ofendesse os princípios éticos e morais, deu parecer favorável à sua execução, recomendando, no entanto, autorização ao Encarregado de Proteção de Dados da instituição (Anexo 1). Deste modo, foi elaborada uma Declaração de Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados para salvaguardar a proteção dos mesmos (Anexo 2).

2.2. Amostra

Incluíram-se apenas mulheres com idade entre os 45 e 60 anos, doutoradas e com funções de ensino e/ou investigação na Universidade da Beira Interior. Após autorização, foi pedida ao Departamento de Recursos Humanos da UBI uma listagem do nome de todas as docentes/investigadoras com estes critérios, tendo-se obtido um universo de 87 mulheres. No total, 65 (74,7%) mulheres aceitaram participar, sendo que 6 delas pertenciam ao Departamento de Artes e Letras, 25 ao Departamento de Ciências, 10 ao Departamento de Ciências da Saúde, 15 ao Departamento de Ciências Sociais e Humanas e 9 pertenciam ao Departamento de Engenharia.

2.3. Recolha de Dados

Contactaram-se as docentes de forma a realizar presencialmente a aplicação dos questionários. Foi-lhes explicado os objetivos do estudo, assegurando-lhes o anonimato e a confidencialidade das respostas.

A recolha de dados decorreu entre fevereiro e julho de 2019.

2.4. Estruturação do questionário

O questionário utilizado nesta investigação (Anexo 3) foi elaborado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e pela *Gedeon Richter* no âmbito do estudo “Conhecimentos e perceções sobre a menopausa em mulheres dos 45 aos 60 anos em Portugal”. Assim, foram solicitados o questionário e a respetiva autorização para a sua aplicação, tendo-me estes sido

concedidos. O questionário em questão é anônimo, preenchido individualmente e em formato de papel.

O inquérito encontra-se dividido em quatro conjuntos temáticos: Caracterização demográfica; IMC; Tipo de dieta e exercício físico; Caracterização dos diversos aspetos da vida quotidiana e da Menopausa. O primeiro grupo de questões destinou-se à caracterização demográfica da população, pretendendo-se conhecer para este estudo a idade e o estado civil das participantes. Já o segundo grupo questionou acerca do peso, da altura, da prática de exercício físico e avaliou ainda o que as inquiridas pensavam acerca do seu peso e se realizavam alguma dieta, medicação ou programa orientado para manter ou diminuir o mesmo. No terceiro grupo de questões, pretendeu-se avaliar a percepção que as mulheres tinham acerca da sua aparência visual, vida de relação familiar, conjugal, grau de satisfação sexual e o estado de saúde atual. Para além disso, questionou-se ainda acerca do contacto com entidades de saúde, nomeadamente o médico de família e o ginecologista, esclarecimentos de dúvidas, informações e temas sobre saúde que lhes suscitavam maior interesse. O quarto e último grupo, pretendeu avaliar se a menopausa preocupava as mulheres, que sintomas relacionavam com a mesma e os que lhes causavam mais receio. Para as mulheres que ainda não se encontravam na menopausa, pretendeu-se averiguar se tinham intenção de procurar algum médico quando atingissem a menopausa e, se não, qual a razão. Para as que já se encontravam na menopausa, pretendeu-se avaliar os sintomas relacionados e a influência que estes tiveram na sua vida diária. Também se pretendeu verificar se procuraram algum médico quando entraram na menopausa e, se sim, que indicações este lhes deu e se cumpriram as mesmas. Para além disso, pretendeu-se avaliar o conhecimento que as participantes tinham acerca de terapêuticas hormonais e saber se realizaram alguma delas.

2.5. Análise Estatística

A análise estatística foi executada com o software *Statistical Package for Social Sciences*, versão 24.0.

Para testar a associação entre variáveis qualitativas, recorreu-se aos testes do Qui-Quadrado ou exato de *Fisher* (quando mais de 20% das células das tabelas apresentaram uma frequência esperada inferior a 5). O valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

A amostra em estudo foi constituída por 65 mulheres doutoradas, todas no ativo, a exercer funções de ensino e/ou investigação. A média das idades foi de 51,5 anos e o desvio padrão de 4,528. Das 65 inquiridas, 29 (44,6%) encontravam-se na menopausa e 36 (55,4%) na pré-menopausa. Das que se encontravam na menopausa, a idade média à data da última menstruação foi de 50,6 anos, a mediana de 51 anos e o desvio padrão de 2,980. A maior parte das inquiridas era casada ou encontrava-se numa união de facto (68,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra

Dados demográficos	Total	Grupo Mulheres na Menopausa	Grupo Mulheres que não estão na Menopausa
Idade (anos)			
[45-49]	24 (36,9%)	0 (0,0%)	24 (66,7%)
[50-54]	22 (33,8%)	11 (37,9%)	11 (30,6%)
[55-60]	19 (29,2%)	18 (62,1%)	1 (2,8%)
Média (anos)	51,5	55,4	48,3
Estado civil			
Solteira	12 (18,8%)	4 (14,3%)	8 (22,2%)
Casada/União de facto	44 (68,8%)	20 (71,4%)	24 (66,7%)
Divorciada/Separada	7 (10,9%)	3 (10,7%)	4 (11,1%)
Viúva	1 (1,6%)	1 (3,6%)	0 (0,0%)

3.2. IMC, Dieta e Exercício Físico

Nesta secção, abordou-se o IMC das participantes, a prática de exercício físico regular a percepção que têm do seu peso e atitudes que tomam quando pretendem manter ou diminuir o mesmo.

Relativamente ao IMC das inquiridas, destaca-se que a maioria tinha um peso normal em ambos os grupos (Tabela 2). Apesar do Teste do Qui-Quadrado não ter detetado associação estatisticamente significativa ($p=0,372$) entre as variáveis IMC e a menopausa, salienta-se que das mulheres que tinham obesidade, 62,5% estavam na menopausa.

Quanto à prática de exercício, a maioria das mulheres, quer estivesse ou não na menopausa, praticava-o regularmente (72,3%). A maioria das inquiridas desejava diminuir o seu peso corporal (53,8%), porém 80% das mulheres não fazia nada com regularidade para isso. O teste do Qui-Quadrado permitiu verificar que as mulheres que estavam na menopausa se preocupavam mais com a manutenção do peso corporal ($p=0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação das variáveis IMC, dieta e exercício físico entre os grupos

	Total	Grupo Mulheres na Menopausa	Grupo Mulheres que não estão na Menopausa	<i>p-value</i>
IMC (kg/m²)				
Baixo Peso	1 (1,5%)	0 (0,0%)	1 (2,8%)	0,372 ^a
Peso Normal	40 (61,5%)	19 (65,5%)	21 (58,3%)	
Excesso de Peso	16 (24,6%)	5 (17,2%)	11 (30,6%)	
Obesidade	8 (12,3%)	5 (17,2%)	3 (8,3%)	
Exercício físico regular				
Sim	47 (72,3%)	20 (69,0%)	27 (75,0%)	0,589 ^a
Não	18 (27,7%)	9 (31,0%)	9 (25,0%)	
Nº de horas de exercício físico				
Pelo menos meia hora/semana	26 (59,1%)	11 (57,9%)	15 (60,0%)	0,888 ^a
Pelo menos hora e meia/semana	18 (40,9%)	8 (42,1%)	10 (40,0%)	
O que pensa do seu peso				
Gostava de aumentar	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,847 ^a
Gostava de manter	30 (46,2%)	13 (44,8%)	17 (47,2%)	
Gostava de diminuir	35 (53,8%)	16 (55,2%)	19 (52,8%)	
Se quer manter ou diminuir o peso				
Faz dieta regular por causa do peso	12 (20,0%)	10 (40,0%)	2 (5,7%)	<u>0,001^a</u>
Faz medicação regular por causa do peso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Segue regularmente um programa orientado por causa do peso	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Não faz nada com regularidade	48 (80,0%)	15 (60,0%)	33 (94,3%)	

^aTeste do Qui-Quadrado

3.3. Classificação de diversos aspetos da vida

Com significado estatístico, todas as mulheres que estavam pouco satisfeitas com a sua aparência já se encontravam na menopausa ($p=0,014$) e aquelas que referiram maior satisfação perante a sua relação familiar foram as que ainda não estavam na menopausa ($p=0,008$).

A maioria das inquiridas sentia que a sua vida conjugal era gratificante (56,9%) e estava satisfeita em relação ao grau de satisfação sexual (78,7%).

Embora o teste do Qui-Quadrado não tenha apontado associação estatisticamente significativa entre o estado de saúde atual e os grupos de mulheres que estavam ou não na menopausa ($p=0,358$), é de salientar que grande parte das mulheres que se sentia muito bem e bem não estava na menopausa (72,7% e 52,9%, respetivamente).

A maioria das mulheres inquiridas ia com regularidade ao médico de família (76,9%) e ao ginecologista (81,5%) e procurava logo esclarecimento no caso de dúvida sobre a sua saúde (84,4%) (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação de diversos aspetos da vida das mulheres

	Total	Grupo Mulheres na Menopausa	Grupo Mulheres que não estão na Menopausa	p-value
Tenho uma aparência que me agrada / estou satisfeita com o meu visual				
Muito satisfeita	4 (6,2%)	1 (3,4%)	3 (8,3%)	<u>0,014^b</u>
Satisfeita	56 (86,2%)	23 (79,3%)	33 (91,7%)	
Pouco satisfeita	5 (7,7%)	5 (17,2%)	0 (0,0%)	
Nada satisfeita	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Avaliação da vida de relação familiar				
Muito gratificante	25 (39,7%)	6 (21,4%)	19 (54,3%)	<u>0,008^a</u>
Gratificante	38 (60,3%)	22 (78,6%)	16 (45,7%)	
Pouco gratificante	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Nada gratificante	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Não aplicável	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Avaliação da vida de relação conjugal				
Muito gratificante	21 (41,2%)	10 (41,7%)	11 (40,7%)	0,635 ^a
Gratificante	29 (56,9%)	14 (58,3%)	15 (55,6%)	
Pouco gratificante	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	
Nada gratificante	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Não aplicável	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Avaliação do grau de satisfação sexual				
Muito satisfeita	12 (19,7%)	5 (19,2%)	7 (20,0%)	0,680 ^a
Satisfeita	48 (78,7%)	21 (80,8%)	27 (77,1%)	
Pouco satisfeita	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)	
Nada satisfeita	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Classificação do estado de saúde atual				
Sinto-me muito bem	11 (16,9%)	3 (10,3%)	8 (22,2%)	

Sinto-me bem	51 (78,5%)	24 (82,8%)	27 (75,0%)	0,358 ^a
Sinto-me mal	3 (4,6%)	2 (6,9%)	1 (2,8%)	
Sinto-me muito mal	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Ida regular ao médico de família				
Sim	50 (76,9%)	24 (82,8%)	26 (72,2%)	0,316 ^a
Não	15 (23,1%)	5 (17,2%)	10 (27,8%)	
Ida regular ao ginecologista				
Sim	53 (81,5%)	21 (72,4%)	32 (88,9%)	0,089 ^a
Não	12 (18,5%)	8 (27,6%)	4 (11,1%)	
Perante uma dúvida sobre saúde procura logo esclarecimento/solução				
Sim	54 (84,4%)	24 (85,7%)	30 (83,3%)	0,795 ^a
Não	10 (15,6%)	4 (14,3%)	6 (16,7%)	

^aTeste do Qui-Quadrado ^bTeste exato de Fisher

No gráfico 1, estão representados os resultados da questão “Procura informações sobre saúde?”. Verificou-se que é ao médico de família a quem mais as mulheres doutoradas recorriam para procurar informação sobre saúde (60,0%), seguido do ginecologista (49,2%), do recurso à internet (41,5%) e aos familiares (27,7%).

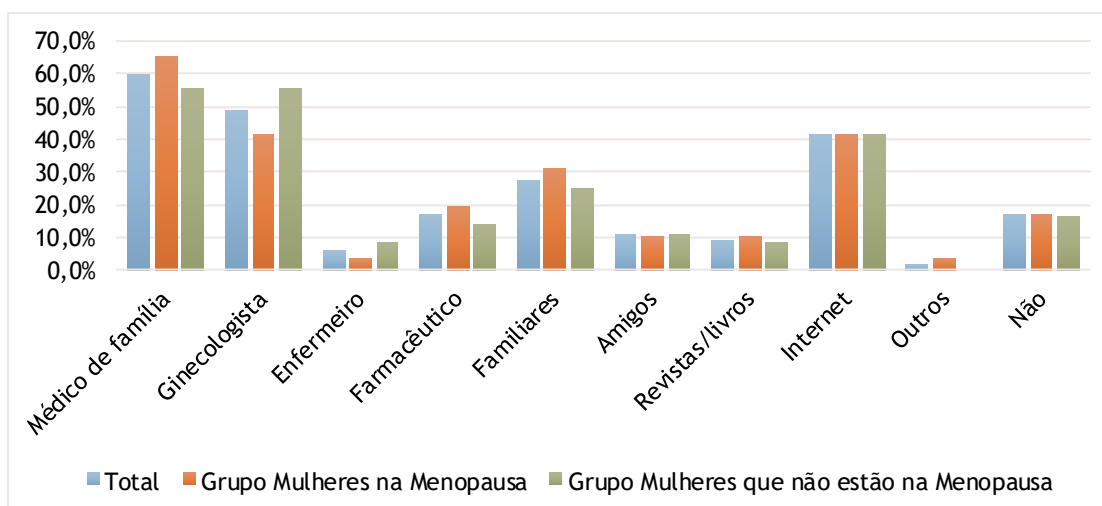


Gráfico 1. Questão “Procura informações sobre saúde?”

No gráfico 2, estão representados os resultados acerca dos temas de saúde que mais interessam/procuram as inquiridas. Verificou-se que 33,9% das mulheres não procurava nenhum tema sobre a saúde. É possível observar no gráfico que foram as mulheres que não estavam na menopausa que mais assinalaram esta opção (41,7%), comparativamente às que estavam na menopausa (24,1%), embora não tenha existido associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,138$). O tema de saúde mais procurado foi o cancro (23,1%), seguido das doenças cardiovasculares e da menopausa (ambas com 21,5%). O teste do Qui-Quadrado detetou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,023$) entre a procura de informação sobre a menopausa e o estar ou não na menopausa, sendo que mulheres que estavam na menopausa procuravam mais informação sobre o tema.

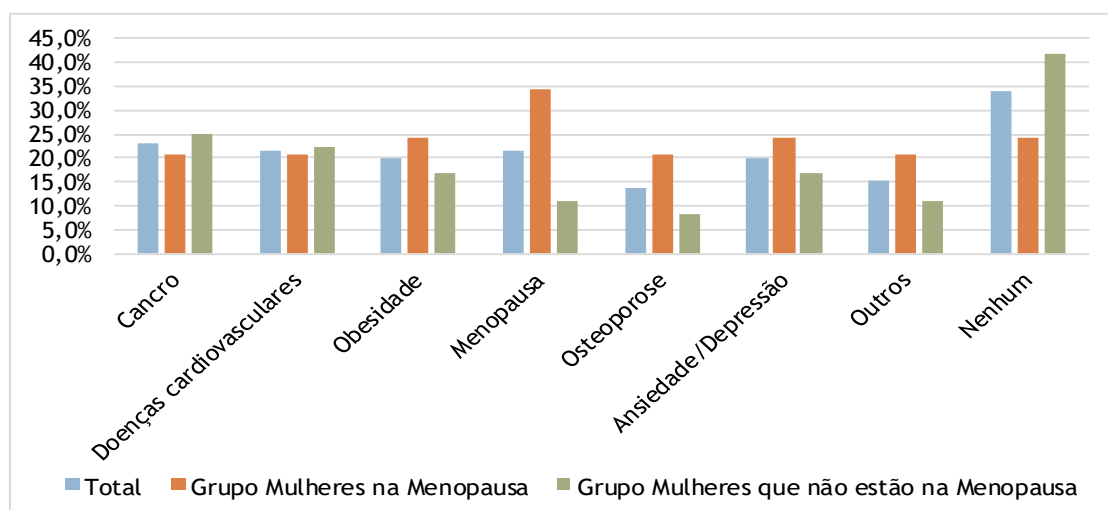


Gráfico 2. Questão “Quais os temas de saúde que lhe interessam mais/sobre os quais procura informação?”

3.4. Menopausa

Nesta secção, pretendeu-se avaliar a perceção e os comportamentos que as mulheres têm em relação à menopausa, assim como avaliar os sintomas surgidos aquando da mesma, o apoio médico e possíveis terapêuticas que possam ter realizado.

No gráfico 3, observa-se que 92,3% das mulheres preocupava-se pouco ou nada com a menopausa. Salienta-se ainda que dentro do grupo de mulheres que se preocupava bastante ou muito com a menopausa, a maioria delas já estava na menopausa, embora não tenha sido detetada associação estatisticamente significativa entre a preocupação com a menopausa e estar na menopausa ($p=0,798$).

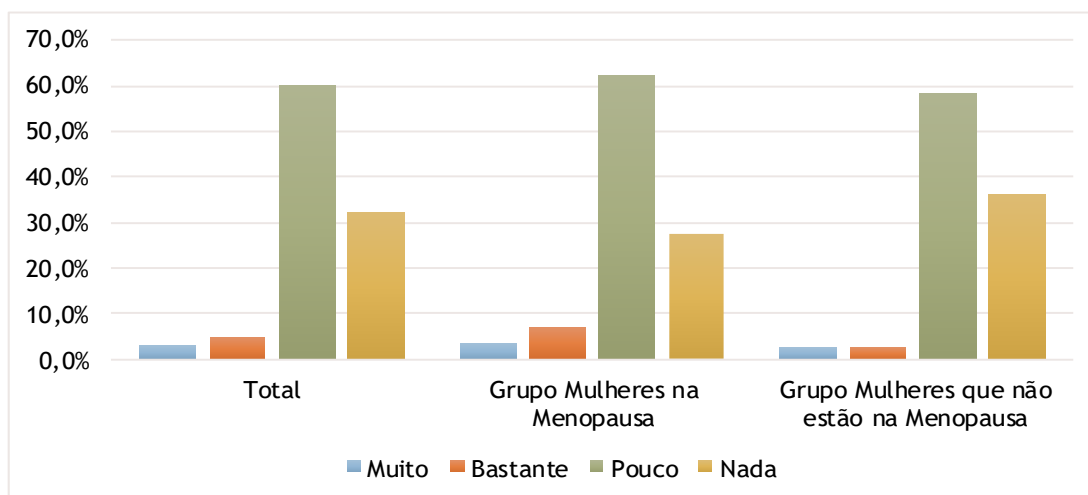


Gráfico 3. Questão "A menopausa preocupa-a?"

No gráfico 4, observa-se que os sintomas/situações que as mulheres mais relacionavam com a menopausa são calores e afrontamentos (83,1%), aumento de peso (63,1%) e osteoporose (61,5%). Salienta-se que, embora não tenha existido associação estatisticamente significativa, ($p=0,081$), a maioria das mulheres que relacionava o cancro da mama à menopausa (83,3%), já se encontrava na menopausa.

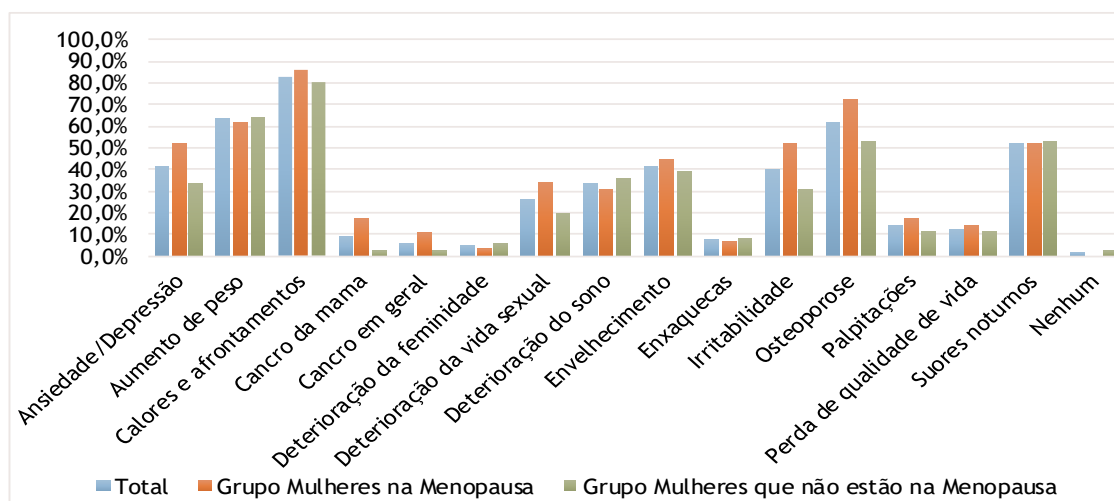


Gráfico 4. Questão "Que sintomas/situações relaciona com a menopausa?"

No gráfico 5, observa-se que os aspetos dos quais as inquiridas tinham mais receio, relativamente à menopausa, foram a osteoporose (40,0%), o aumento de peso (36,9%) e a ansiedade/depressão (30,8%). Verificou-se que as mulheres que não estavam na menopausa tinham mais receio da deterioração do sono ($p=0,029$) do que as que já se encontravam na menopausa.

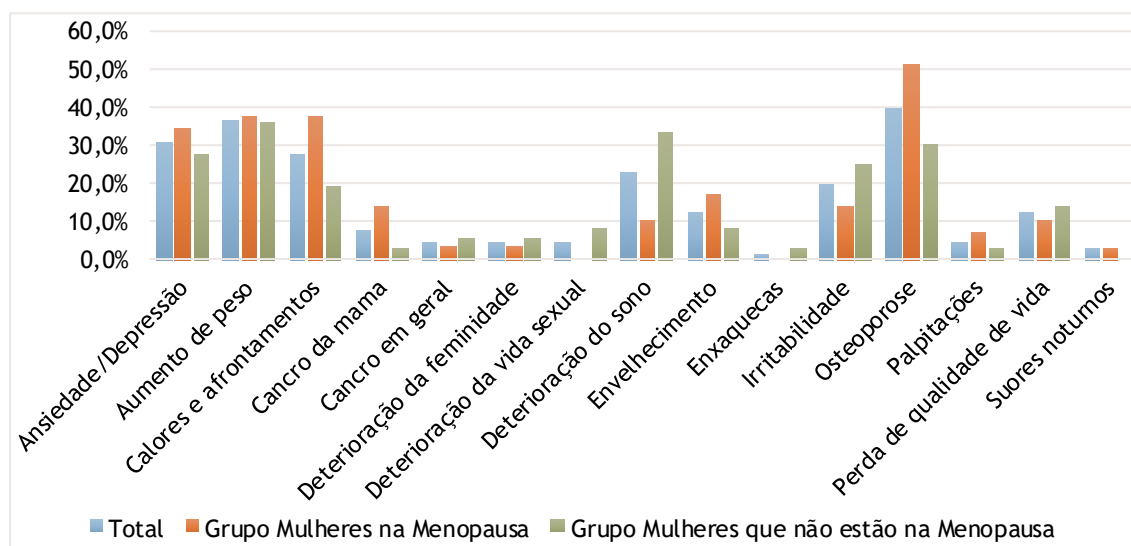


Gráfico 5. Questão “Dos aspetos/sintomas/sinais que relacionou com a menopausa, de qual/quais tem mais receio?”

Na tabela 4, verifica-se que a maior parte das mulheres que ainda não estava na menopausa (72,2%) tinha intenção de procurar um médico quando atingisse a mesma, sendo que 80,8% pretendia ir ao ginecologista. Dentro do grupo que não procuraria um médico ou que ainda não sabia se o fazia, 80,0% das mulheres justificou esta atitude por considerar a menopausa natural.

Tabela 4. Questões sobre procura de apoio médico às mulheres que não estão na menopausa

Para quem não está na menopausa	Total
Intenção de procurar apoio médico quando atingir a menopausa	
Sim	26 (72,2%)
Não	1 (2,8%)
Não sei	9 (25,0%)
Se tem intenção de procurar apoio médico, que médico vai procurar	
Médico de Família	2 (7,7%)
Ginecologista	21 (80,8%)
Médico de Família e Ginecologista	3 (11,5%)
Outro	0 (0,0%)

Se respondeu que não procurará um médico (ou respondeu não sei), porquê?	
Porque a menopausa é natural	8 (80,0%)
Porque a menopausa não tem solução	0 (0,0%)
Porque os tratamentos da menopausa são perigosos	0 (0,0%)
Porque prefiro os tratamentos com suplementos “naturais” (ervanária)	0 (0,0%)
Outra	2 (20,0%)

No gráfico 6, observa-se que os sintomas que mais surgiram às mulheres que já se encontravam na menopausa foram os calores e afrontamentos (65,5%), seguidos da irritabilidade (55,2%) e da dificuldade de concentração (37,9%).

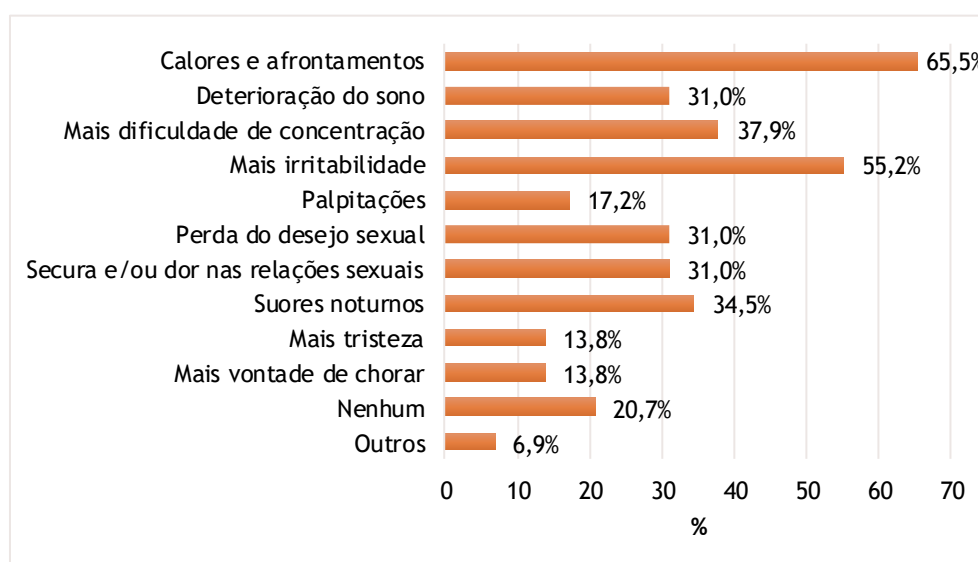


Gráfico 6. Questão “Diga se os sintomas indicados surgiram com a menopausa”.

Na tabela 5, verifica-se que 55,2% das mulheres que já estavam na menopausa referiram que os sintomas relacionados à mesma nunca interferiram com as suas vidas. Das que referiram que os sintomas afetaram frequentemente ou às vezes as suas vidas, a maioria delas (76,9%) referiu que a vida sexual foi afetada. Também se observa que a maioria das mulheres (72,4%) procurou um médico quando entrou na menopausa, sendo que o Ginecologista foi o mais procurado (81,0%). De todas as mulheres que não procuraram apoio médico, 87,5% justificaram esta opção por considerarem a menopausa natural.

Tabela 5. Questões sobre sintomas e procura de apoio médico às mulheres que estão na menopausa

Para quem está na menopausa	Total
De que modo é que os sintomas relacionados com a menopausa afetam ou afetaram a sua vida?	
Sim, frequentemente interferem/interferiram com a minha vida	5 (17,2%)
Sim, às vezes interferem/interferiram com a minha vida	8 (27,6%)
Não, nunca interferiram na minha vida	16 (55,2%)
Se o aparecimento da menopausa afetou às vezes ou frequentemente a sua vida	

Afetou a sua relação conjugal/familiar	6 (46,2%)
Afetou a sua vida social	2 (15,4%)
Afetou a sua vida sexual	10 (76,9%)
Teve implicações negativas na sua vida profissional	4 (30,8%)
Faltou ao trabalho	0 (0,0%)
Procurou apoio médico quando entrou na menopausa?	
Sim	21 (72,4%)
Não	8 (27,6%)
Se procurou apoio médico quando entrou na menopausa, que médico procurou?	
Médico de família	3 (14,3%)
Ginecologista	17 (81,0%)
Outro	1 (4,8%)
Se não procurou apoio médico quando entrou na menopausa, porquê?	
A menopausa é natural	7 (87,5%)
Não tinha queixas	3 (37,5%)
Os sintomas eram ligeiros	1 (12,5%)
Os sintomas passam com o tempo	1 (12,5%)
A menopausa não tem solução	0 (0,0%)
Os tratamentos da menopausa são perigosos	2 (25,0%)
Prefere os tratamentos com suplementos “naturais”	2 (25,0%)
Outras razões	1 (12,5%)

No gráfico 7, é possível observar que, às mulheres que recorreram a apoio médico, a recomendação para a prática de exercício físico foi a mais prescrita, seguida da terapêutica hormonal de substituição (THS). Verifica-se também que foi o ginecologista que mais prescreveu a suplementação de cálcio, vitamina D, THS e exercício físico para as mulheres na menopausa, embora não se tenham detetado diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de médicos especialistas e as indicações que estes forneceram.

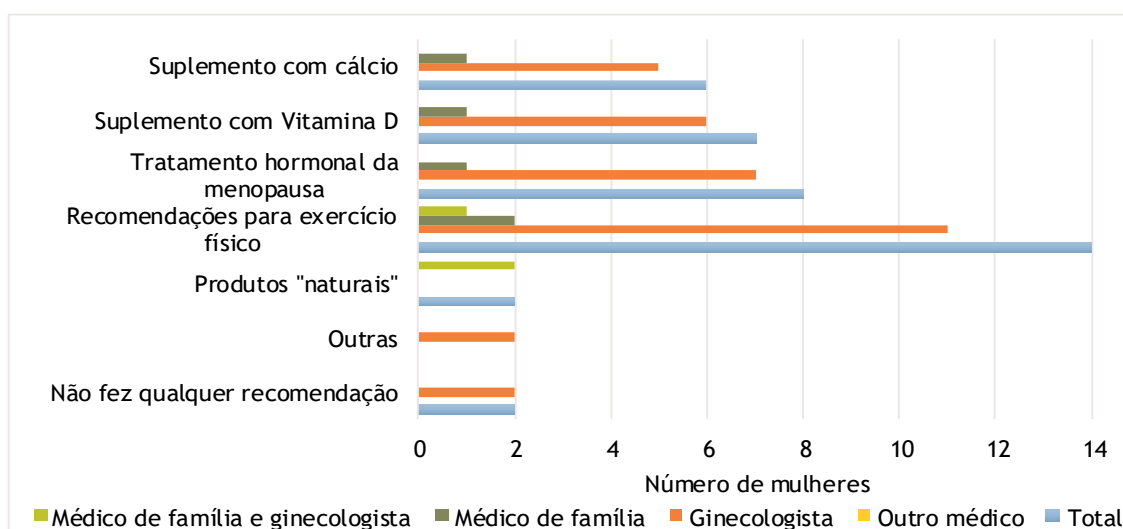


Gráfico 7. Questão "Se procurou apoio médico, que indicações este lhe deu?"

É de salientar que todas as mulheres doutoradas referiram cumprir com as indicações médicas. Quanto à duração das mesmas, a maioria das inquiridas cumpriu menos de 1 ano de suplementação com cálcio, 1 a 2 anos de Vitamina D e mais de 2 anos de THS, como é possível observar na tabela 6. É também possível verificar que 57,1% das mulheres que estavam na menopausa conhecia as terapêuticas hormonais, sendo que das que conheciam, todas elas sabiam que existiam comprimidos, metade conhecia os adesivos transdérmicos e 37,5% os métodos intravaginais. A maioria das mulheres (72,4%) não fez qualquer tipo de tratamento hormonal, sendo que 41,7% referiu que não fez por ter medo do cancro da mama. Das mulheres que fizeram tratamento, 62,5% respondeu que este teve uma duração de mais de 4 anos. As que interromperam o tratamento, fizeram-no por indicação médica (Tabela 6).

Salienta-se que de todas as mulheres que fizeram tratamento hormonal, apenas a uma delas a terapêutica foi prescrita pelo médico de família. Para todas as restantes, foi o ginecologista a prescrever (Gráfico 7).

Tabela 6. Questões sobre cumprimento de indicações médicas e THS às mulheres que estão na menopausa

Para quem está na menopausa	Total		
Tempo de cumprimento da indicação médica	<1 ano	1-2 anos	>2 anos
Suplementação com cálcio	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
Suplementação com Vitamina D	1 (20,0%)	3 (60,0%)	1 (20,0%)
Tratamento hormonal da menopausa	0 (0,0%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Produtos “naturais”	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
Outros	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)
Conhece as terapêuticas hormonais da menopausa?			
Sim	16 (57,1%)		
Não	12 (42,9%)		
Se sim, que terapêuticas conhece?			
Comprimidos	16 (100,0%)		
Adesivos transdérmicos	8 (50,0%)		
Vaginais	6 (37,5%)		
Fez algum tratamento hormonal?			
Sim	8 (27,6%)		
Não	21 (72,4%)		
Se fez algum tratamento hormonal, por quanto tempo?			
< 1 ano	1 (12,5%)		
1 a 2 anos	1 (12,5%)		
2 a 3 anos	1 (12,5%)		
3 a 4 anos	0 (0,0%)		
> 4 anos	5 (62,5%)		

Se não fez tratamento hormonal, porquê?	
Medo de cancro da mama	5 (41,7%)
Medo de outro cancro	2 (16,7%)
Medo de doença do coração	1 (8,3%)
Outra razão	7 (58,3%)
<i>Médico não recomendou</i>	2 (16,7%)
<i>Não considerou necessário</i>	2 (16,7%)
Porque interrompeu o tratamento hormonal?	
Por indicação médica	2 (100,0%)
Não se dava bem	0 (0,0%)
Teve hemorragia	0 (0,0%)
Teve medo	0 (0,0%)
Outra razão	1 (50,0%)
<i>Alteração da função hepática</i>	1 (50,0%)

4. Discussão

Segundo o nosso conhecimento, este é o único estudo existente em Portugal que investiga a relação entre o grau de escolaridade da mulher e a percepção e vivência da menopausa.

Em média, as mulheres passam cerca de um terço da sua vida na menopausa, estando a esta associados vários sintomas que podem interferir com a sua sensação de bem-estar. Sabendo que na sociedade atual a mulher na menopausa continua a ter um papel crucial a nível pessoal, familiar e profissional (3), mas com um clima hormonal diferente que a obriga a um esforço de adaptação nem sempre fácil de ultrapassar, justifica-se a compreensão da sua percepção e sensibilidade pessoal face à menopausa, no sentido de se delinearem estratégias que possam contribuir para a melhoria do seu bem-estar.

A presente investigação permitiu conhecer as atitudes, percepções e comportamentos, no que respeita à menopausa, numa amostra de mulheres doutoradas com funções na UBI. Deste modo, comparando os nossos resultados com o estudo da SPG, torna-se possível avaliar se o nível de escolaridade das mulheres influencia esta fase da vida.

No presente estudo, verificou-se que a média das idades à data da última menstruação foi de 50,6 anos. A média nos países europeus é de cerca de 51 anos (3). Já no estudo nacional português da SPG, a média de idades da amostra foi de 48,7 anos (11). Esta diferença na idade de aparecimento da menopausa está de acordo com vários estudos que reportam que um nível de escolaridade superior está relacionado com um início da menopausa mais tardio (6,10,12), que, por sua vez, poderá ser explicado por fatores do estilo de vida, tais como a dieta e o tabagismo (10).

Relativamente ao IMC, verificou-se no estudo da SPG que mulheres que estavam na menopausa tinham mais tendência para o excesso de peso e a obesidade, comparativamente a mulheres que ainda não estavam na menopausa (11). Também a literatura reporta que mulheres na menopausa têm três vezes mais probabilidade de desenvolver obesidade do que mulheres em pré-menopausa. Isto parece estar relacionado com a diminuição dos estrogénios, que provoca variações no perfil lipídico e acumulação de gordura predominantemente abdominal (13). Na nossa análise, das mulheres que tinham obesidade, a maioria pertencia ao grupo de mulheres que se encontrava na menopausa, embora o mesmo já não tenha acontecido com as mulheres que tinham excesso de peso. Não foi, portanto, verificada uma associação estatisticamente significativa entre o IMC das mulheres e a menopausa. Contudo, fica evidenciado a propensão que existe durante esta fase da vida para a obesidade, fator de risco para doenças cardiovasculares (13), o que deve ser um ponto de intervenção no acompanhamento da mulher pós-menopáusicas por parte do médico.

Quanto à associação entre o nível de escolaridade e o IMC, a literatura indica que existe uma correlação inversa entre ambos, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, menor o IMC do indivíduo (14). No nosso estudo com doutoradas, existiu uma maior

prevalência de peso normal, comparativamente ao estudo nacional (61,5% versus 50,0%, respetivamente), assim como existiu, no nosso estudo, uma menor prevalência de excesso de peso (24,6% versus 35,0%, respetivamente) (11). Todavia, relativamente à obesidade, existe uma aproximação dos valores, sendo que na nossa análise existiram 12,3% de obesas, enquanto que o estudo nacional apontou para 12,0%, talvez porque as mulheres doutoradas, por motivos profissionais, estejam sujeitas a um estilo de vida mais sedentário, questão que merece atenção pelos profissionais de saúde.

No que respeita à prática de exercício físico, os nossos resultados demonstraram que 72,3% das doutoradas praticava exercício físico regularmente. Pelo contrário, os resultados do estudo nacional indicaram que a maioria das mulheres não praticava exercício regular (58,0%) (11). Estas diferenças a nível da atividade física foram também referidas em *Maestre-Miquel et al* (15), que reportou a existência de uma correlação inversa entre a formação académica e a inatividade física, sendo que sujeitos com um menor nível educativo mostraram maior prevalência de inatividade física. Na nossa análise também se verificou que eram as mulheres que ainda não estavam na menopausa que praticavam mais exercício físico, tal como foi demonstrado no estudo nacional da SPG (11), o que poderá ser um fator de risco para a maior percentagem de obesidade que foi verificada nas mulheres que se encontravam na menopausa. Provavelmente, a atividade física dirigida às mulheres na menopausa deveria ser adaptada no sentido de a tornar mais atrativa a estas mulheres.

Em relação à percepção das mulheres acerca do seu peso corporal, os nossos resultados vão de encontro aos da investigação nacional (11), ambos reportando que a maioria das mulheres pretende diminuir o seu peso corporal, nomeadamente as que se encontravam na menopausa, não havendo influência do nível de escolaridade neste aspeto. Também para *Stacey et al* (16), a maioria das mulheres pretendia diminuir o seu peso. O facto de serem as mulheres na menopausa que mais pretendiam diminuir o peso parece relacionar-se com a percepção mais negativa que estas têm acerca da sua imagem corporal (4,17), que por sua vez está associada a um maior IMC (17). Relativamente às ações que as mulheres tomam para manter/diminuir o peso, 80,0% das doutoradas não faziam nada com regularidade, sendo que apenas 20,0% seguia uma dieta regular, resultados estes muito semelhantes com os nacionais (11). Nesta questão, a nossa análise detetou uma associação estatisticamente significativa entre fazer dieta e estar na menopausa, ou seja, observou-se que mulheres que estavam na menopausa faziam significativamente mais dieta regular do que as mulheres que não se encontravam na menopausa. Estes dados apontam para que as mulheres na menopausa estão motivadas para o controlo do peso e para a adoção de hábitos saudáveis, mas a ausência de estratégias de saúde que tirem proveito e explorem esta motivação pode explicar o facto da maioria das mulheres não tomar atitudes ativas para a melhoria da sua saúde.

Na nossa investigação, a satisfação com a aparência e com a vida familiar apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que estavam na menopausa e as que não estavam na menopausa, sendo que estas últimas se encontravam mais satisfeitas. Os resultados nacionais demonstraram também associação estatisticamente

significativa da satisfação com a aparência, assim como com a satisfação sexual e o estado de saúde atual (11). Na nossa análise, apesar de não ter sido detetada diferença estatisticamente significativa nestes dois aspetos da vida das mulheres, foi possível observar que existiu uma maior prevalência de elevada satisfação com a vida sexual no grupo de mulheres que ainda não se encontrava na menopausa. Também dentro do grupo de mulheres que se sentia muito bem e bem relativamente ao seu estado de saúde atual, a maioria delas pertencia ao grupo de mulheres que ainda não estava na menopausa, ao contrário daquelas que se sentiam mal, cuja prevalência foi maior no grupo das mulheres que já se encontrava na menopausa. Estes resultados podem ser explicados pelos sintomas que as mulheres na menopausa experienciam (4), realçando a importância da menopausa e a capacidade que este período da vida das mulheres tem em afetar negativamente a satisfação e a qualidade de vida das mesmas. Quanto à influência da escolaridade, comparando os nossos resultados com os do estudo da SPG, foi possível verificar que mulheres doutoradas tinham uma maior satisfação relativamente à sua aparência (92,4% versus 80,0%, respetivamente), relação familiar (100,0% versus 90,0%, respetivamente), relação conjugal (98,1% versus 71,0%, respetivamente), grau de satisfação sexual (98,4% versus 73,0%, respetivamente) e sentiam-se melhor (muito bem e bem) em relação ao seu estado de saúde atual (95,4% versus 89,0%, respetivamente) (11). Os nossos resultados estão em concordância com outros estudos que reportam que um maior nível educacional se relaciona com um maior nível de satisfação com a vida (18), assim como um melhor estado de saúde (19,20). Esta associação parece dever-se ao facto de uma maior formação académica aumentar o capital humano e providenciar aos indivíduos conhecimentos e capacidades que permitem aumentar os ganhos e a acessibilidade a bens e serviços (18).

No presente estudo, foi possível aferir que a maioria das mulheres doutoradas recorria regularmente ao médico de família (76,9%) e ao ginecologista (81,5%). Esta análise assemelha-se aos resultados reportados no estudo da SPG (11), nos quais a maioria das inquiridas também visitava regularmente ambos os médicos, todavia, realça-se que no estudo nacional a ida regular ao ginecologista não é tão significativa. Estes resultados estão em concordância com a literatura que demonstra que um maior nível de escolaridade se relaciona com menos idas aos cuidados de saúde primários, mas com mais idas a consultas com outros especialistas (20), o que pode ser interpretado pela maior acessibilidade que mulheres com mais formação académica poderão ter a consultas no setor privado.

Quanto à procura de informação, a nossa análise obteve resultados semelhantes ao estudo nacional (11), já que a maioria das mulheres perante uma dúvida sobre a sua saúde procurava logo esclarecimento, embora as doutoradas procurassem mais esclarecimento que as mulheres da amostra nacional (84,4% versus 74,8%, respetivamente). Isto foi referido também por *Feinberg et al* (21), que reportou que indivíduos com maior formação académica procuravam mais informação sobre saúde. Quanto a quem recorrem para este esclarecimento, tal como no estudo da SPG (11) é ao médico de família, seguido do ginecologista a quem mais procuraram informação, embora tenha existido uma menor percentagem das mulheres que

recorriam ao médico de família na nossa análise e uma maior percentagem das que recorriam ao ginecologista, sendo a provável explicação a mesma atrás referida.

Relativamente aos temas de saúde que mais lhes interessavam, 33,9% das mulheres doutoradas referiu que nenhum tema em particular lhes interessava. Porém, dentro dos temas que mais procuravam, destacou-se o cancro, seguido das doenças cardiovasculares e da menopausa. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre estar na menopausa e procurar informação sobre a mesma, o que indica que as mulheres que estavam na menopausa tinham significativamente mais interesse nesta fase da sua vida do que mulheres que ainda não se encontravam na mesma. Assim, enfatiza-se o impacto que esta fase de transição tem na vida das mulheres, tal como foi referido por *Memon et al* (5), no qual a maioria das mulheres considerou que procurar informação acerca da menopausa nesta fase era importante para elas. Comparativamente ao estudo nacional da SPG (11), salienta-se um menor interesse pelos temas de saúde por parte das mulheres doutoradas. Estes resultados parecem ser contraditórios a estudos como *Feinberg et al* (21), que demonstraram que indivíduos com maior formação académica procuravam mais informação sobre saúde. Todavia, as mulheres doutoradas do nosso estudo, quando tinham alguma dúvida sobre saúde, efetivamente obtinham esclarecimento numa maior proporção do que as mulheres da amostra nacional. Desta forma, a menor procura de temas sobre saúde em geral, poderá ser explicada, possivelmente pela intensidade das obrigações profissionais que no dia a dia lhes desvia a atenção dos problemas de saúde, embora tal não acontece na presença de sintomas ou doença.

Múltiplos estudos reportam que a maioria das mulheres tem uma atitude positiva em relação à menopausa (9,22,23). Os nossos resultados estão em consonância com a literatura, sobressaindo a pouca preocupação que as mulheres tinham acerca da menopausa, visto que 92,3% admitiu preocupar-se pouco ou nada com a mesma. Estes resultados estão em concordância com o estudo da SPG (11), no qual também a maioria das mulheres (73,6%) se preocupava pouco ou nada com a menopausa. Esta diferença de percentagens da nossa investigação e do estudo nacional pode interpretar-se pela maior positividade que as mulheres têm, no que respeita à menopausa, que parece estar relacionada com um nível de escolaridade mais elevado (9).

As alterações relacionadas com a menopausa que mais preocupavam as mulheres doutoradas foram a osteoporose, o aumento de peso e a ansiedade/depressão. No estudo da SPG (11), foram o aumento de peso, a ansiedade/depressão e os calores e afrontamentos as situações que as mulheres apontaram como aquelas que mais receio tinham. Esta maior preocupação com a osteoporose, por parte das mulheres doutoradas, evidenciada no nosso estudo, parece estar relacionada com o facto de mulheres com um maior nível de escolaridade terem uma maior percepção dos riscos desta doença, comparativamente com mulheres que possuem uma formação académica inferior (24). Para além disso, no nosso estudo foi detetada uma associação estatisticamente significativa entre o receio da deterioração do sono, sendo que mulheres que não estavam na menopausa tinham

significativamente mais receio desta situação, comparativamente às mulheres que já estavam na menopausa, o que é uma oportunidade de intervenção médica. Esta preocupação das mulheres doutoradas com as perturbações do sono, reflete a sua sensibilidade para a importância da qualidade do sono na preservação da saúde, que deve ser valorizada na prática clínica.

A nossa análise verificou que a maior parte das mulheres que ainda não estava na menopausa (72,2%) tinha intenção de procurar um médico quando atingisse a mesma, sendo que 80,8% pretendia ir apenas ao ginecologista e 7,7% pretendia ir somente ao médico de família. Os resultados nacionais revelaram também que a maioria das mulheres pretendia ir ao médico quando atingisse a menopausa, pretendendo ir 53,0% ao ginecologista e 44,0% ao médico de família (11). Novamente, esta notória diferença de preferência de médicos parece relacionar-se com o maior nível de escolaridade (20). Estes resultados tornam claro que a maioria das mulheres considera que o aparecimento da menopausa é um marco importante que merece a atenção de um profissional de saúde, tal como foi reportado por *Memon et al* (5). Dentro do grupo de mulheres que não procuraria um médico ou que ainda não sabe se o faria, tanto no nosso estudo, como no da SPG (11), 80,0% e 83,0% das mulheres, respetivamente, justificou esta atitude por considerar a menopausa um processo natural. Este resultado vai ao encontro do reportado em vários estudos, nos quais a maioria das mulheres inquiridas considerava a menopausa um evento normal nas suas vidas (5,23).

Na presente investigação, os principais sintomas indicados pelas doutoradas que surgiram aquando da menopausa foram os calores e afrontamentos, seguidos da irritabilidade, da dificuldade de concentração e dos suores noturnos. Estes resultados são semelhantes ao estudo da SPG (11), visto serem os calores e afrontamentos, a irritabilidade e os suores noturnos os sintomas mais apontados pelas mulheres da amostra nacional. Deste modo, a nossa análise está em consonância com a evidência científica que indica que os sintomas vasomotores e os psicológicos são os mais apontados pelas mulheres durante a menopausa (1,8,23,25,26).

Embora em dois estudos tenha sido reportado que um maior nível educacional está associado a menos sintomas somáticos (22) e a menos sintomas psiquiátricos *minor* (27), durante a menopausa, isto não se verificou na nossa análise, quando comparado com os resultados do estudo nacional (11), pois apesar de ter existido uma maior percentagem de mulheres doutoradas que não tiveram qualquer sintoma (20,7% versus 9,0%), outras efetivamente apresentaram mais sintomatologia de irritabilidade, dificuldade de concentração, deterioração do sono, palpitações, perda de desejo sexual e *secura* e/ou dor nas relações sexuais, comparativamente com a amostra nacional. Os nossos resultados sugerem, de acordo com a literatura, que as mulheres com maior formação académica estão mais protegidas dos sintomas da menopausa, mas quando os têm, valorizam-nos mais, situação para a qual os clínicos devem estar alertados.

Na nossa investigação, 55,2% das mulheres doutoradas referiram que os sintomas da menopausa nunca interferiram nas suas vidas, comparativamente com os 42,0% do estudo da

SPG (11). Esta diferença pode associar-se à atitude mais positiva que mulheres com um maior nível educacional parecem ter durante este período, conseguindo lidar com os sintomas de uma melhor forma, que mesmo sendo alguns deles reportados como mais prevalentes, acabam por não interferir tanto nas suas vidas (9). Contudo, verificou-se que dentro do grupo de mulheres nas quais o aparecimento da menopausa afetou as suas vidas, existiu maior prevalência de dificuldades na vida de relação conjugal/familiar, sexual, social e profissional, relativamente ao estudo nacional (11). É possível que as mulheres doutoradas valorizem mais a sua sintomatologia, talvez por usufruírem de um estilo de vida mais livre e autónomo. Porém, na nossa investigação, o número de respostas recolhidas nesta questão foi bastante reduzido, o que limita as comparações.

Quanto à procura de apoio médico quando entraram na menopausa, verificou-se que 72,4% das doutoradas procuraram um médico, sendo que 81,0% destas foi a um ginecologista. No estudo da SPG (11), foi demonstrado que a maioria das mulheres recorreu a um médico aquando da menopausa e 59,0% recorreram a um ginecologista. Também num estudo brasileiro, 66,6% das mulheres decidiu ir a um médico para obter orientações (1), o que revela a importância que as mulheres dão a esta fase das suas vidas, tornando-se uma oportunidade para os médicos promoverem a saúde da mulher.

No caso das que não procuraram médico, 87,5% fundamentou esta opção pelo facto de considerarem a menopausa um evento natural, tal como demonstrado no estudo da SPG (11). Mais uma vez, este resultado vai de encontro ao reportado noutras investigações, nas quais a maioria das mulheres considerava a menopausa um evento normal nas suas vidas (5,23).

No estudo nacional da SPG, constatou-se que as principais indicações que os médicos deram à mulher na menopausa foram a prática de exercício físico seguido da THS (11), o que está de acordo com os resultados do nosso estudo. Destaca-se assim a importância que os profissionais de saúde atribuem a terapêuticas não farmacológicas, nomeadamente ao exercício físico na menopausa, que tem demonstrado a redução de sintomas associados à mesma, particularmente os somáticos e psicológicos, e em menor extensão os vasomotores e sexuais (28). Foi possível verificar na nossa análise que foi o Ginecologista que mais recomendou a prática de exercício físico e que mais prescreveu a THS e a suplementação de cálcio e de vitamina D, resultados compatíveis aos relatados no estudo da SPG (11). Relativamente à THS, em vários estudos, foi também demonstrado que o ginecologista foi o médico que mais prescreveu terapêutica hormonal (23,29). Esta diferença pode resultar de uma menor familiaridade que os médicos de família têm relativamente à THS, comparativamente com os ginecologistas que, por sua vez, poderão estar mais habituados a lidar com esta prescrição.

Constatou-se que todas as mulheres doutoradas cumpriram com as indicações médicas. No estudo nacional, também a maioria das mulheres seguiu as respetivas indicações, embora numa percentagem inferior, comparando com os nossos resultados (11). Esta menor adesão à terapêutica por parte de mulheres com um nível de escolaridade inferior está

documentada na literatura, visto poder associar-se a um rendimento inferior, desemprego ou falta de estabilidade no emprego que poderão constituir uma barreira à adesão terapêutica (30).

Em relação ao conhecimento que as mulheres tinham acerca das terapêuticas hormonais da menopausa, no estudo nacional, 65,0% das mulheres referiu conhecer a THS (11). Na nossa análise, também a maioria das mulheres afirmou conhecer as terapêuticas hormonais, embora numa percentagem menor (57,1%). Estes resultados podem parecer contraditórios com a evidência científica que associa o maior nível de escolaridade com mais literacia em saúde (31), que por sua vez se correlaciona positivamente com o conhecimento acerca da THS (32). Não obstante, verificou-se que das mulheres doutoradas que disseram conhecer a THS, estas conheciam efetivamente mais acerca das diferentes formas de tratamento hormonal que existem, do que as mulheres da amostra nacional que referiram conhecer as terapêuticas, mas que acabaram por saber menos acerca dos diferentes tipos de THS. Salienta-se que tanto as mulheres doutoradas como as do estudo nacional, tinham mais conhecimento acerca da via oral, sendo que da via transdérmica e, particularmente da via vaginal, tinham muito menos conhecimento (11). Habitadas à procura do conhecimento, é compreensível que as mulheres doutoradas consigam adquirir melhor conhecimento sobre a THS, o que permitirá ao clínico uma abordagem mais personalizada da terapêutica, assim como uma melhor adesão.

Na nossa análise, aferiu-se que 27,6% das mulheres inquiridas fez tratamento hormonal, percentagem praticamente igual à da amostra nacional (28,0%) (11). Estes resultados estão em concordância com múltiplos estudos que reportam que grande parte das mulheres não faz qualquer THS (1,4,23). Todavia, quando analisado o grupo de mulheres que procurou um médico, estas percentagens aumentaram, sendo que 38,1% das doutoradas da UBI e 59,0% das mulheres da amostra nacional realizaram algum tratamento hormonal (11). Estes resultados não parecem ir ao encontro do reportado na literatura que revela que mulheres com mais formação académica se submetem mais a THS (23,33). No entanto, existe um número considerável de participantes (25,0%) que não responderam à questão no estudo da SPG (11), para além de que houve uma menor percentagem de mulheres doutoradas que consideraram que os sintomas interferiram com as suas vidas, o que pode diminuir a prevalência da THS nesta subpopulação de elevada escolaridade.

Relativamente à duração da THS, 62,5% das mulheres doutoradas referiu que cumpriu mais de 4 anos de terapêutica, comparativamente a 28,0% e 27,0% das mulheres do estudo nacional que mencionaram cumprir menos de 1 ano e 1 a 2 anos, respetivamente (11), sugerindo que as mulheres com maior diferenciação académica fazem a medicação de forma mais convicta. Segundo o recente consenso nacional sobre a menopausa da SPG (3), a THS deve ser individualizada de acordo com os sintomas e a necessidade de prevenção, integrando a história pessoal e familiar da mulher. A opção por tratamento hormonal, a sua dose, duração e via de administração, deve ser uma decisão partilhada entre o profissional de saúde e a mulher, sendo que a dose a adotar deve ser a mais baixa possível com eficácia

terapêutica, e que a duração da terapêutica vai depender dos objetivos e do perfil de risco/benefício, o qual deve ser reavaliado anualmente. Na maioria das mulheres, o controlo da sintomatologia é obtido por um período de tratamento com uma duração de 3 a 5 anos (3). O facto da maioria das mulheres do estudo nacional terem feito THS no máximo até 2 anos de duração pode dever-se a várias razões, incluindo a menor compreensão dos benefícios da THS, o receio dos riscos da medicação e a constrição económica.

Das mulheres doutoradas que interromperam a THS, todas elas o fizeram por indicação médica, enquanto que no estudo da SPG (11), as causas foram mais variadas, embora a principal tenha sido também por indicação médica (34,0%), sugerindo que a alta diferenciação académica das mulheres as capacita melhor para uma aceitação crítica da THS, o que beneficia o cumprimento da terapêutica. No entanto, temos que reconhecer que o número de respostas a esta pergunta foi muito baixo, sendo assim difícil retirar ilações definitivas sobre esta questão.

Do grupo de mulheres que não fizeram qualquer THS, os nossos resultados são idênticos aos do estudo nacional, verificando-se que a maioria das mulheres justificou esta opção por não considerar necessário ou por não ter havido uma recomendação do médico, seguido do medo de cancro da mama (11). A evidência científica confirma que existe ainda bastante receio acerca da THS por parte das mulheres, sendo que num estudo europeu, constatou-se que 51,0% das mulheres em França e 45,0% das mulheres em Espanha referiram que as “hormonas são perigosas” (34). Contudo, está comprovado que os riscos, nomeadamente o de cancro da mama, variam consoante o tipo de terapêutica hormonal, o início da exposição e a duração do tratamento, salientando-se que o risco de cancro da mama atribuível à THS é baixo, com uma incidência inferior a 1 por 1000 mulheres por ano de utilização (3). O papel do médico torna-se, deste modo, essencial para informar e esclarecer as mulheres acerca das suas dúvidas e medos, que muitas vezes não são fundamentados.

4.1. Forças e Limitações

Como forças desta investigação, apontamos a abordagem a múltiplas características da vida das mulheres portuguesas relativamente à menopausa, permitindo uma visão alargada dos conhecimentos, condutas, expectativas e preocupações das mesmas. Outro aspeto positivo desta investigação é a utilização da mesma metodologia (questionário e aplicação presencial) do estudo *Conhecimentos e perceções sobre a menopausa em mulheres dos 45 aos 60 anos em Portugal* da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e da *Gedeon Richter*, que nos permitiu comparar os resultados entre as duas investigações, de modo a averiguar a influência do grau de escolaridade na menopausa, pesquisa inédita em Portugal.

Reconhecemos que o nosso estudo tem várias limitações. Uma delas corresponde ao reduzido tamanho da amostra, tendo algumas perguntas uma percentagem de respostas baixa, o que dificulta a interpretação e a generalização de alguns resultados. Para além disso, devemos ter em conta que poderá também ter existido um viés de desejabilidade social,

Percepção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, em mulheres doutoradas dos 45 aos 60 anos

sendo que as participantes podem ter respondido a algumas questões de forma a apresentarem uma imagem mais favorável de si próprias, podendo isto ter enviesado os resultados.

5. Conclusão

Com este estudo, foi possível concluir que a maioria das mulheres doutoradas da nossa amostra apresenta uma atitude positiva, no que respeita à menopausa, e ficou demonstrada a elevada confiança destas em relação às entidades de saúde. Verificou-se que a menopausa se associa significativamente a uma menor satisfação com a aparência visual e com a vida de relação familiar, destacando-se assim a capacidade que este período tem em afetar vários domínios da vida feminina, pelo que não se deve subvalorizar a menopausa.

Quanto às percepções, ainda se verificam alguns receios e falta de conhecimento relativamente à THS, sendo que os médicos têm aqui um papel fundamental em informar adequadamente as mulheres e esclarecê-las quanto a quaisquer dúvidas e medos. Destaca-se, em termos de indicações médicas, a importância que estes profissionais de saúde atribuem ao exercício físico durante a menopausa, prática que deve continuar a ser incentivada para promover o bem-estar da mulher.

Verificou-se que o maior grau académico parece protelar o aparecimento da menopausa, assim como está associado a melhores percepções acerca da saúde e de aspetos da vida familiar, social e profissional da mulher. Não constatámos a relação entre um maior nível de escolaridade e menor sintomatologia associada à menopausa. Porém, parece-nos que estas mulheres têm uma maior capacitação para lidar com os mesmos, diminuindo a interferência destes sintomas nas suas vidas. Quanto aos conhecimentos, não parece existir um maior conhecimento acerca desta fase da vida no subgrupo de mulheres que estudámos.

Afigura-se importante que os médicos que lidam com os problemas da menopausa estejam conscientes que o nível académico das mulheres influencia a percepção que elas têm da menopausa e da sua qualidade de vida, o relacionamento social e familiar e a procura de apoio médico e cumprimento das terapêuticas. Há que individualizar as condutas médicas, que devem ser adaptadas a cada caso, mesmo nas mulheres assintomáticas, especialmente para a promoção da saúde e do bem-estar.

5.1. Perspetivas futuras

A menopausa não pode ser separada do envelhecimento. São fenómenos biológicos que ocorrem em paralelo, sendo que por vezes é difícil a distinção entre as perturbações próprias da menopausa das que ocorrem durante o processo natural do envelhecimento.

As mulheres doutoradas, enquanto mulheres intelectualmente privilegiadas e mais sensibilizadas para a promoção da sua saúde, poderão constituir o grupo ideal para a investigação da relação médica entre a menopausa e o envelhecimento, com implicações clínicas e terapêuticas importantes.

6. Bibliografia

1. Lomônaco C, Tomaz RA, Ramos MT. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprod e Clim.* 2015;30(2):58-66. doi: 10.1016/j.recli.2015.08.001.
2. Manson JE, Bassuk SS. Cap 388. Menopause and Postmenopausal Hormone Therapy. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 20e. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
3. Ginecologia SP. Consenso Nacional sobre Menopausa. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia; 2016 [consultado a 13 de Março de 2019]. Disponível em http://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
4. Robak-Chołubek D, Wdowiak A, Makara-Studzińska M, Korczyńska E. Perception and degree of acceptance of menopause-related changes in various spheres of life by postmenopausal women. *Ann Agric Environ Med.* 2014 Sep 4;21(3):666-9. doi: 10.5604/12321966.1120622
5. Memon FR, Jonker L, Qazi RA. Knowledge, attitudes and perceptions towards menopause among highly educated asian women in their midlife. *Post Reprod Heal.* 2014;20(4):138-42. doi: 10.1177/2053369114557510
6. Ceylan B, Özerdoğan N. Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause. 2015;12(1):43-9. doi: 10.4274/tjod.79836
7. Davis SR, Lambrinoudaki I, Lumsden M, Mishra GD, Pal L, Rees M, et al. Menopause. *Nat Rev Dis Prim.* 2015;1:1-19. doi: 10.1038/nrdp.2015.4
8. Sahin NH, Bal MD, Boğa NM, Gökdemirel S, Taşpiınar A. Women's perception of the menopause and hormone treatment: Barriers against hormone therapy. *Climacteric.* 2011;14(1):152-6. doi: 10.3109/13697137.2010.495423
9. Eslami A, Hassanzadeh A, Davari S, Noroozi E, Dolatabadi N. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Educ Health Promot.* 2013;2(1):25. doi: 10.4103/2277-9531.112701
10. Schoenaker DAJM, Jackson CA, Rowlands J V., Mishra GD. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: A systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int J Epidemiol.* 2014;43(5):1542-62. doi: 10.1093/ije/dyu094
11. Ginecologia SP, Richter G. Conhecimentos e percepções sobre a menopausa em mulheres dos 45 aos 60 anos. 2018 [consultado a 13 de Abril de 2020]. Disponível em <http://www.amenopausa.pt>

12. Gold EB, Crawford SL, Avis NE, Crandall CJ, Matthews KA, Waetjen LE, et al. Factors related to age at natural menopause: Longitudinal analyses from SWAN. *Am J Epidemiol*. 2013;178(1):70-83. doi: 10.1093/aje/kws421
13. Lizcano F, Guzmán G. Estrogen deficiency and the origin of obesity during menopause. *Biomed Res Int*. 2014;2014. doi: 10.1155/2014/757461
14. Rodrigues AP, Silveira EA. Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(1):165-74. doi: 10.1590/1413-81232014201.18982013
15. Maestre-Miquel C, Martínez D, Polonio B, Astasio P, Santos J, Regidor E. Inequalities in physical inactivity according educational level in Spain, 1987 and 2007. *Aten Primaria*. 2014;46(10):565-72. doi: 10.1016/j.aprim.2014.02.010
16. Stacey D, Jull J, Beach S, Dumas A, Strychar I, Adamo K, et al. Middle-aged women's decisions about body weight management: Needs assessment and testing of a knowledge translation tool. *Menopause*. 2015;22(4):414-22. doi: 10.1097/GME.0000000000000326
17. Ginsberg RL, Tinker L, Liu J, Gray J, Sangi-Haghpeykar H, Manson JAE, et al. Prevalence and correlates of body image dissatisfaction in postmenopausal women. *Women Heal*. 2016;56(1):23-47. doi: 10.1080/03630242.2015.1074636
18. Zhang W, Braun KL, Wu YY. The educational, racial and gender crossovers in life satisfaction: Findings from the longitudinal Health and Retirement Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;73(July):60-8. doi: 10.1016/j.archger.2017.07.014
19. Mielck A, Reitmeir P, Vogelmann M, Leidl R. Impact of educational level on health-related quality of life (HRQL): Results from Germany based on the EuroQol 5D (EQ-5D). *Eur J Public Health*. 2013;23(1):45-50. doi: 10.1093/eurpub/ckr206
20. Glazier RH, Agha MM, Moineddin R, Sibley LM. Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: A population-based study. *Ann Fam Med*. 2009;7(5):396-405. doi: 10.1370/afm.994
21. Feinberg I, Frijters J, Johnson-Lawrence V, Greenberg D, Nightingale E, Moodie C. Examining Associations between health information seeking behavior and adult education status in the U.S.: An analysis of the 2012 PIAAC data. *PLoS One*. 2016;11(2):1-20. doi: 10.1371/journal.pone.0148751
22. Inayat K, Danish N, Hassan L. Symptoms Of Menopause In Peri And Postmenopausal Women And Their Attitude Towards Them. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(3):477-80.
23. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, et al. Menopause: Knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas*. 2009;63(3):246-52. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.04.001

24. Okumus M, Ceceli E, Tasbas O, Kocaoglu S, Akdogan S, Borman P. Educational status and knowledge level of pre- and postmenopausal women about osteoporosis and risk factors: A cross-sectional study in a group of Turkish female subjects. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2013;26(3):337-43. doi: 10.3233/BMR-130389
25. Deeks A, Zoungas S, Teede H. Risk perception in women: A focus on menopause. *Menopause.* 2008;15(2):304-9. doi: 10.1097/gme.0b013e31812f7b65
26. Monteleone P, Mascagni G, Giannini A, Genazzani AR, Simoncini T. Symptoms of menopause - Global prevalence, physiology and implications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018;14(4):199-215. doi: 10.1038/nrendo.2017.180
27. Barazzetti L, Pattussi MP, Da Silva Garcez A, Mendes KG, Theodoro H, Paniz VMV, et al. Psychiatric disorders and menopause symptoms in Brazilian women. *Menopause.* 2016;23(4):433-40. doi: 10.1097/GME.0000000000000548
28. Stojanovska L, Apostolopoulos V, Polman R, Borkoles E. To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond. *Maturitas.* 2014;77(4):318-23. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.01.006
29. Ettinger B, Wang SM, Leslie RS, Patel B V., Bouwmeester MJ, Mann ME, et al. Evolution of postmenopausal hormone therapy between 2002 and 2009. *Menopause.* 2012;19(6):610-5. doi: 10.1097/gme.0b013e31823a3e5d
30. Cabral MV, Silva PA. A Adesão à Terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas (conclusões). Estudo apresentado em: Sala Luís Freitas Branco, Centro Cultural de Belém; 2010 Março 19; Lisboa, Portugal
31. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The relationship between health literacy and health disparities: A systematic review. *PLoS One.* 2015;10(12):1-22. doi: 10.1371/journal.pone.0145455
32. Torres RY, Marks R. Relationships among health literacy, knowledge about hormone therapy, self-efficacy, and decision-making among postmenopausal health. *J Health Commun.* 2009;14(1):43-55. doi: 10.1080/10810730802592247
33. Mendoza N, Hernández C, Cornellana MJ, Carballo A, Llaneza P, Harvey X, et al. Factors determining the use of hormonal therapy and phytotherapy in Spanish postmenopausal women. *Climacteric.* 2016;19(4):375-80. doi: 10.1080/13697137.2016.1183625
34. Constantine GD, Graham S, Clerinx C, Bernick BA, Krassan M, Mirkin S, et al. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. *Post Reprod Heal.* 2016;22(3):112-22. doi: 10.1177/2053369116632439

Anexos

A.1 Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2018-066:ID900

Na sua reunião de 13 de novembro de 2018 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto **“Perceção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, em mulheres doutoradas dos 45 aos 60 anos”** da proponente **Inês Sofia Mendes Catalão**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2018-066:ID900.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado. Dado o conteúdo do trabalho, a CE-UBI recomenda solicitação de autorização ao Encarregado da Proteção de Dados da(s) entidade(s) envolvida(s).

Covilhã e UBI, 26 de novembro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética



Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

A.2 Declaração Simplificada de Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

Declaração simplificada de Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD)

Eu, Inês Sofia Mendes Catalão, aluna da Universidade da Beira Interior no curso de Medicina, com o número a34237, a desenvolver trabalho de investigação no âmbito de Ginecologia, que tem como objetivo principal estudar a perceção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, em mulheres doutoradas dos 45 aos 60 anos, venho declarar que, no âmbito dos trabalhos desenvolvidos, levei a cabo uma análise de **AIPD** a fim de determinar se o tratamento dos dados é «suscetível de resultar num elevado risco», conforme estipula o Regulamento (UE) 2016/679. Mais informo, que da análise efetuada se verifica estarem a ser cumpridos os preceitos estabelecidos na Lei, nomeadamente em termos de autorização dos intervenientes processuais, de anonimização no tratamento de dados e no seu uso por um número limitado de indivíduos, que abaixo se discriminam.

Declaro ainda que, em tempo oportuno, foi pedido parecer à Comissão de Ética, tendo já sido recebida a sua aprovação.

A análise da AIPD incidiu nos seguintes aspetos:

- a) Pretende-se aplicar questionários a mulheres doutoradas, dos 45 aos 60 anos, com funções de ensino e/ou investigação na Universidade da Beira Interior, para estudar as perceções, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, de forma a verificar se a formação académica das mulheres influencia o modo como percecionam a menopausa. Estes questionários serão aplicados pessoalmente. As participantes irão ser contactadas e decidirão se querem participar no estudo ou se não estão interessadas. Qualquer decisão é livre e será respeitada, sem qualquer prejuízo para elas. Os questionários serão anónimos e apenas eu terei contacto com os questionários em papel. Estes incluem questões para caracterização sociodemográfica da amostra, questões sobre o índice de massa corporal, dieta e exercício físico e sobre a classificação de diversos aspetos da vida das participantes, tais como, qualidade de vida e idas regulares ao médico.

As respostas das participantes são previstas estarem guardadas em papel somente o tempo necessário para transpor para computador, sendo destruídos os dados em papel. O tempo previsto para transpor para computador será no máximo 5 dias. Quando terminada a recolha serão transpostos todos os dados para o Excel e para o software SPSS Statistics 24.0 para se efetuar a análise estatística. Para comparar a relação entre as diversas variáveis, pretende-se utilizar o teste do Qui-quadrado de Pearson, teste de Kruskal-Wallis e teste de Mann-Whitney.

Pretende-se respeitar todas as participantes deste estudo e os seus dados, garantindo que o tratamento dos dados é efetuado apenas no âmbito das finalidades para as quais os mesmos foram recolhidos e que não existe qualquer transmissão de dados pessoais para fins comerciais ou de publicidade;

NOTA: Qual o sentido e para que serve a AIPD são aspetos que se encontram clarificados no considerando 84 do RGPD da seguinte forma: «A fim de promover o cumprimento do presente regulamento nos casos em que as operações de tratamento de dados sejam suscetíveis de resultar num elevado risco para os direitos e liberdades das pessoas singulares, o responsável pelo seu tratamento deverá encarregar-se da realização de uma avaliação de impacto da proteção de dados para determinação, nomeadamente, da origem, natureza, particularidade e gravidade desse risco»

- b) As operações do tratamento de dados são legítimas, tendo como finalidade única estudar as perceções, conhecimentos e atitudes das mulheres doutoradas face à menopausa. Somente são tratados dados adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário para a investigação.
Será explicado às participantes o objetivo do estudo, tendo elas direito à recusa de participação. Qualquer dúvida que tenham pode ser esclarecida por mim mesma e a qualquer momento podem desistir da participação, mesmo durante o preenchimento do questionário;
- c) Possíveis riscos para os direitos e liberdades dos titulares dos dados são o desaparecimento dos dados e o acesso ilegítimo aos mesmos. Contudo, considero a probabilidade de tais riscos ocorrerem baixa;
- d) Enquanto responsável dos dados, irei implementar medidas para fazer face aos riscos descritos anteriormente. Comprometo-me a ter cuidado máximo no seu tratamento, guardando os questionários após preenchimento, não os partilhando com ninguém, e transpondo, de seguida, os dados para o computador. Salienta-se que tanto nos questionários em papel como no computador, os dados não vão ter qualquer nome a acompanhá-los, sendo, portanto, anónimos. Para além disso, como já referido, pretende-se eliminar os questionários em papel seguidamente.
Mesmo que estes possíveis riscos aconteçam, considero que a sua gravidade não é alta, visto que os questionários são anónimos e caso desapareçam ou sejam acedidos por outros, estes não iriam saber quem era o autor dos mesmos;
- e) O orientador desta tese, Dr. José Alberto Fonseca Moutinho, e a co-orientadora, Dr.^a Fernanda Gerales terão acesso apenas ao conjunto dos resultados já transpostos para computador, de forma a auxiliar na estatística dos dados, tendo conhecimento desta declaração.

20/01/2019

Inês Sofia Mendes Catalão

NOTA: Qual o sentido e para que serve a AIPD são aspetos que se encontram clarificados no considerando 84 do RGPD da seguinte forma: «A fim de promover o cumprimento do presente regulamento nos casos em que as operações de tratamento de dados sejam suscetíveis de resultar num elevado risco para os direitos e liberdades das pessoas singulares, o responsável pelo seu tratamento deverá encarregar-se da realização de uma avaliação de impacto da proteção de dados para determinação, nomeadamente, da origem, natureza, particularidade e gravidade desse risco»

A.3 Questionário aplicado no âmbito do presente estudo

Questionário sobre perceção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa, em mulheres dos 45 aos 60 anos	
A. CARACTERIZAÇÃO	
1. Idade: _____	
2. Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> 1º ciclo <input type="checkbox"/> 2º ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento/pós-doc <input type="checkbox"/> Sem escolaridade	
3. Condição perante o trabalho: <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Reformada <input type="checkbox"/> Doméstica	
3.1. Atividade profissional/profissão: _____	
4. Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada/União de Facto <input type="checkbox"/> Divorciada/Separada <input type="checkbox"/> Viúva	
B. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, DIETA E EXERCÍCIO	
1. Peso: _____ Kg 2. Altura: _____ cm	
3. Faz exercício físico regularmente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Pelo menos meia hora/semana <input type="checkbox"/> Pelo menos hora e meia/semana	
4. O que pensa do seu peso:	
<input type="checkbox"/> a. Gostava de aumentar de peso	
<input type="checkbox"/> b. Gostava de manter o seu peso	
<input type="checkbox"/> c. Gostava de diminuir o seu peso	
5. Se quer manter ou diminuir o peso:	
<input type="checkbox"/> a. Faz dieta regularmente por causa do peso	
<input type="checkbox"/> b. Faz medicação regular por causa do peso	
<input type="checkbox"/> c. Segue regularmente um programa orientado por causa do peso	
<input type="checkbox"/> d. Não faz nada com regularidade	
C. COMO CLASSIFICA DIVERSOS ASPETOS DA SUA VIDA	
1. Tenho uma aparência que me agrada /estou satisfeita com o meu visual:	<input type="checkbox"/> a. Muito Satisfeita <input type="checkbox"/> b. Satisfeita <input type="checkbox"/> c. Pouco satisfeita <input type="checkbox"/> d. Nada satisfeita
2. Como avalia a sua vida de relação familiar:	<input type="checkbox"/> a. Muito gratificante <input type="checkbox"/> b. Gratificante <input type="checkbox"/> c. Pouco gratificante <input type="checkbox"/> d. Nada gratificante <input type="checkbox"/> e. Não aplicável
2.1. Como avalia a sua vida de relação conjugal:	<input type="checkbox"/> a. Muito gratificante <input type="checkbox"/> b. Gratificante <input type="checkbox"/> c. Pouco gratificante <input type="checkbox"/> d. Nada gratificante <input type="checkbox"/> e. Não aplicável
3. Como avalia o seu grau de satisfação sexual:	<input type="checkbox"/> a. Muito Satisfeita <input type="checkbox"/> b. Satisfeita <input type="checkbox"/> c. Pouco satisfeita <input type="checkbox"/> d. Nada satisfeita
4. Como classifica o seu estado de saúde atual?	<input type="checkbox"/> a. Sinto-me muito bem <input type="checkbox"/> b. Sinto-me bem <input type="checkbox"/> c. Sinto-me mal <input type="checkbox"/> d. Sinto-me muito mal

Questionário sobre perceção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa,
em mulheres dos 45 aos 60 anos

C. COMO CLASSIFICA DIVERSOS ASPETOS DA SUA VIDA

5. Vai regularmente ao médico de família (pelo menos 1 vez a cada 2 anos): Sim Não

6. Vai regularmente ao ginecologista (pelo menos 1 vez a cada 2 anos): Sim Não

7. Perante uma dúvida sobre a sua saúde procura logo esclarecimento/solução: Sim Não

8. Procura informações sobre saúde ? (Selecione todas as opções aplicáveis)

<input type="checkbox"/> a. Não	<input type="checkbox"/> f. Familiares
<input type="checkbox"/> b. Médico de família	<input type="checkbox"/> g. Amigos
<input type="checkbox"/> c. Ginecologista	<input type="checkbox"/> h. Revistas ou livros
<input type="checkbox"/> d. Enfermeiro	<input type="checkbox"/> i. Internet
<input type="checkbox"/> e. Farmacêutico	<input type="checkbox"/> j. outros _____

9. Quais os temas de saúde que lhe interessam mais/ sobre os quais procura informação? (Selecione todas as opções aplicáveis)

<input type="checkbox"/> a. Nenhum	<input type="checkbox"/> e. Menopausa
<input type="checkbox"/> b. Cancro	<input type="checkbox"/> f. Osteoporose
<input type="checkbox"/> c. Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> g. Ansiedade e depressão
<input type="checkbox"/> d. Obesidade	<input type="checkbox"/> h. outros _____

D. MENOPAUSA

1. A menopausa preocupa-a:

a. Muito
 b. Bastante
 c. Pouco
 d. Nada

2. Que sintomas/ situações relaciona com a menopausa?

<input type="checkbox"/> a. Ansiedade/Depressão	<input type="checkbox"/> g. Deterioração da vida sexual	<input type="checkbox"/> m. Palpitações
<input type="checkbox"/> b. Aumento de peso	<input type="checkbox"/> h. Deterioração do sono	<input type="checkbox"/> n. Perda de qualidade de vida
<input type="checkbox"/> c. Calores e afrontamentos (Baforadas de calor)	<input type="checkbox"/> i. Envelhecimento	<input type="checkbox"/> o. Suores noturnos
<input type="checkbox"/> d. Cancro da mama	<input type="checkbox"/> j. Enxaquecas	<input type="checkbox"/> p. Outros _____
<input type="checkbox"/> e. Cancro em geral	<input type="checkbox"/> k. Irritabilidade	<input type="checkbox"/> q. Nenhum
<input type="checkbox"/> f. Deterioração da feminidade	<input type="checkbox"/> l. Osteoporose	

2.1. Dos aspectos/sintomas/sinais que relacionou com a menopausa, de qual/quais tem mais receio? Assinale 3

<input type="checkbox"/> a. Ansiedade/Depressão	<input type="checkbox"/> g. Deterioração da vida sexual	<input type="checkbox"/> m. Palpitações
<input type="checkbox"/> b. Aumento de peso	<input type="checkbox"/> h. Deterioração do sono	<input type="checkbox"/> n. Perda de qualidade de vida
<input type="checkbox"/> c. Calores e afrontamentos (Baforadas de calor)	<input type="checkbox"/> i. Envelhecimento	<input type="checkbox"/> o. Suores noturnos
<input type="checkbox"/> d. Cancro da mama	<input type="checkbox"/> j. Enxaquecas	<input type="checkbox"/> p. Outros _____
<input type="checkbox"/> e. Cancro em geral	<input type="checkbox"/> k. Irritabilidade	<input type="checkbox"/> q. Nenhum
<input type="checkbox"/> f. Deterioração da feminidade	<input type="checkbox"/> l. Osteoporose	

3. Já está na menopausa? Sim Não

Data/ano da última menstruação: _____
DD / MM / AAAA

Para quem respondeu NÃO estar na menopausa

4. Tem intenção de procurar apoio médico quando atingir a menopausa?

Sim Não Não sei

5. Que médico vai procurar?

a. Médico de família
 b. Ginecologista
 c. Outro

Questionário sobre percepção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa,
em mulheres dos 45 aos 60 anos

D. MENOPAUSA

Para quem respondeu nÃO estar na menopausa

6. Se respondeu que não procurará um médico (ou respondeu não sei), porquê?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Porque a menopausa é natural | <input type="checkbox"/> d. Porque prefiro os tratamentos com suplementos "naturais"(ervanária) |
| <input type="checkbox"/> b. Porque a menopausa não tem solução | <input type="checkbox"/> e. Outra _____ |
| <input type="checkbox"/> c. Porque os tratamentos da menopausa são perigosos | |

Para quem respondeu que Está na menopausa

7. Diga se os sintomas abaixo indicados surgiram com a menopausa?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Calores e afrontamentos | <input type="checkbox"/> g. Secura e/ou dor nas relações sexuais |
| <input type="checkbox"/> b. Deterioração do sono | <input type="checkbox"/> h. Suores noturnos |
| <input type="checkbox"/> c. Mais dificuldade de concentração | <input type="checkbox"/> i. Mais tristeza |
| <input type="checkbox"/> d. Mais irritabilidade | <input type="checkbox"/> j. Mais vontade de chorar |
| <input type="checkbox"/> e. Palpitações | <input type="checkbox"/> k. Nenhum |
| <input type="checkbox"/> f. Perda do desejo sexual | <input type="checkbox"/> l. Outros _____ |

8. De que modo é que os sintomas relacionados com a menopausa afetam ou afetaram a sua vida?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> a. Sim, frequentemente interferem/interferiram com a minha vida |
| <input type="checkbox"/> b. Sim, às vezes interferem/interferiram com a minha vida |
| <input type="checkbox"/> c. Não, nunca interferei na minha vida |

9. Se o aparecimento da menopausa afetou às vezes ou frequentemente a sua vida, diga se:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. Afetou a sua relação conjugal/familiar? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Afetou a sua vida social? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Afetou a sua vida sexual? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d. Teve implicações negativas na sua vida profissional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e. Falhou ao trabalho ? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

10. Procurou apoio médico quando entrou na menopausa?

- Sim Não

10.1. Que médico?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> a. Médico de família |
| <input type="checkbox"/> b. Ginecologista |
| <input type="checkbox"/> c. Outro |

11. Se respondeu que não procurou apoio médico; porquê?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Porque a menopausa é natural | <input type="checkbox"/> e. Porque a menopausa não tem solução |
| <input type="checkbox"/> b. Porque não tinha queixas | <input type="checkbox"/> f. Porque os tratamentos da menopausa são perigosos |
| <input type="checkbox"/> c. Porque os sintomas eram ligeiros | <input type="checkbox"/> g. Porque prefere os tratamentos com suplementos "naturais" |
| <input type="checkbox"/> d. Porque os sintomas passam com o tempo | <input type="checkbox"/> h. Por outras razões _____ |

12. Se procurou apoio médico, que indicações este lhe deu?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Não fez qualquer recomendação | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| b. Suplemento com cálcio | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| c. Suplemento com vitamina D | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| d. Tratamento hormonal da menopausa | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| e. Recomendação para prática de exercício físico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| f. Produtos "naturais" | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| g. Outros _____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Questionário sobre percepção, conhecimentos e atitudes sobre a menopausa,
em mulheres dos 45 aos 60 anos**

D. MENOPAUSA

12.1. Cumpriu essa indicação?

a. Suplemento com cálcio	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	<input type="checkbox"/> Não fiz < 1 ano	<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos
b. Suplemento com vitamina D	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	<input type="checkbox"/> Não fiz < 1 ano	<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos
c. Tratamento hormonal da menopausa	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	<input type="checkbox"/> Não fiz < 1 ano	<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos
d. Recomendação para prática de exercício físico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	(responder à pergunta 14)		
e. Produtos "naturais"	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	<input type="checkbox"/> Não fiz < 1 ano	<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos
f. Outros _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	→	<input type="checkbox"/> Não fiz < 1 ano	<input type="checkbox"/> 1-2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos

13. Conhece as terapêuticas hormonais da menopausa:

Não Sim → Comprimidos Adesivos transdérmicos Vaginais

14. Fez algum tratamento hormonal:

Sim Não

14.1 Por quanto tempo?

a. < 1 ano

b. 1 a 2 anos

c. 2 a 3 anos

d. 3 a 4 anos

e. > 4 anos

14.2 Porquê?

a. Medo de cancro da mama

b. Medo de outro cancro

c. Medo de doença do coração

d. Outra razão _____

15. Porque interrompeu o tratamento hormonal?

a. Por indicação médica

b. Não se dava bem

c. Teve hemorragia

d. Teve medo? de quê? _____

e. Por outra razão, qual? _____

