



## **Dedicatória**

*A todas as mulheres que nesta fase da vida se vêm rodeadas de mitos e preconceitos e com isto vivem na incerteza e com medo do desconhecido.*



## Resumo

A *Qualidade de Vida Sexual* é um termo habitualmente usado, para abranger aspectos relacionados com a ausência ou presença de problemas sexuais, satisfação e bem-estar sexual, sendo esta bastante subjectiva. Neste sentido, é fundamental recordar que a presença de problemas sexuais não é, de todo sinónimo de má qualidade de vida sexual. Na verdade, a sexualidade na menopausa inclui, igualmente, sexo, relaxamento, comunicação e intimidade partilhada entre o casal, como em qualquer outra etapa da vida. Deste modo, A vida sexual existe e persiste “viva”, até alcançar níveis de idade mais avançados. Aqui, o que se altera é somente a frequência dos desejos e a actividade sexual.

Sendo assim, a Menopausa amá-la ou detestá-la? Esta afecta todas as mulheres em todo o mundo, apesar das atitudes em relação à menopausa variarem entre dissemelhantes culturas, em algumas a menopausa tem uma conotação negativa, ou seja, marca o fim da fertilidade e o início de uma condição debilitante, quando comparada com as jovens, férteis, mulheres bonitas. Todavia, noutras culturas a menopausa é celebrada como o fim das impurezas mensais e delimitações de tabus, com início de uma era de maturidade, sabedoria e liberdade.

Relativamente ao tema central da investigação e, tendo em conta a avaliação da qualidade de vida sexual na menopausa (n=108) através do questionário da qualidade de vida sexual (SQoL-F), os resultados obtidos revelaram que as mulheres na meia-idade (51-60 anos) e, claramente na menopausa, demonstram ter uma boa qualidade de vida sexual.

**Palavras-chave:** Menopausa, sexualidade, qualidade de vida sexual.



## Abstract

The *Quality of Sexual Life* is a term commonly used, to comprise aspects associated with the absence or presence of sexual problems, sexual satisfaction and well-being, though fairly subjective. Accordingly, it is vital to recollect that the presence of sexual problems is not entirely a connotation of bad quality of sexual life. Indeed, sexuality in menopause, as in any other stage of life, equally, includes, sex, relaxation, communication and intimacy shared between the couple. Thus, sexual life exists and persists “alive”, until it reaches farther age levels. What changes at this point is just the frequency of the libido and sexual activity.

In this regard, the menopause: to love it or to hate it? It affects every women all over the world, though the attitudes regarding menopause vary between dissimilar cultures, in some, menopause has a negative connotation, that is, it marks the end of fertility and the beginning of a feeble condition, when compared with the young, fertile, beautiful women. Nevertheless, in other cultures, menopause is celebrated as the end of the monthly impurity and taboos delimitation, with the beginning of a maturity, wisdom and freedom era.

Regarding the main theme of the research and, taking into account the evaluation of quality of life in menopause (n=108) through the questionnaire of quality of sexual life (SQoL-F), the results obtained revealed that middle-aged women (51-60 years old), clearly in menopause, demonstrate having a good quality of sexual life.

**Key Words:** Menopause, sexuality, quality of sexual life.



## **Agradecimentos**

Com Cordialidade

Agradeço ao Professor Doutor Henrique Pereira e à Professora Doutora Marina Afonso pela forma tranquila e sábia com que sempre me ajudaram na concretização desta investigação, por toda ajuda e disponibilidade que sempre demonstraram, pelas sugestões, pela partilha de conhecimentos e sabedoria que ao longo do ano me fizeram crescer.

Agradeço às colaboradoras desta investigação, porque sem elas este trabalho não seria possível.

Aos meus colegas e amigos que sempre estiveram por perto, nas alegrias e tristezas, e por toda a amizade que sempre me disponibilizaram.

Um agradecimento especial e profundo à minha família por todo o amor, carinho, ajuda que sempre me deram, por todos os ensinamentos que diariamente me engrandecem e, por todo o orgulho que constantemente demonstram ter em mim, encorajando-me a nunca desistir dos meus sonhos.

E por fim, Apesar de já não estarem comigo, quero agradecer à minha querida avó e avô por toda a força que sempre me transmitiram, à minha avó pela mulher que sempre foi e, pela garra com que abraçava a vida. Ela era e continuará a ser um grande exemplo de vida para mim.

**Bem-Haja.**





# Índice

Dedicatória .....	ii
Resumo .....	iv
Abstract .....	vi
Agradecimentos .....	viii
Lista de tabelas .....	xv
Tabela 1 - Menopausa na antiguidade e Idade Média .....	xv
Tabela 2 - Tipos de Terapia Hormonal de Substituição.....	xv
Tabela 3 -factores relacionados com a Menopausa e Meia-idade .....	xv
Lista de acrónimos.....	xix
Lista de anexos.....	xxi
Anexo I .....	xxi
Anexo II .....	xxi
Introdução .....	1
Parte I - Enquadramento Teórico .....	4
Capítulo I. Menopausa: Aspectos Históricos .....	6
Capítulo II. Menopausa.....	11
2.1. Ciclo Menstrual .....	12
2.2. As Alterações durante a Menopausa .....	15
2.3. Sintomas da Menopausa .....	16
2.4. Menopausa e Aparência.....	22
2.5. Climatério.....	25
2.6 Consequências Tardias da Menopausa .....	27
2.6.1. Osteoporose .....	27
2.6.2. Doença Cardiovascular.....	29
2.6.3. Diabetes.....	31
2.6.4. Hipertensão Arterial .....	33
2.6.5. Obesidade.....	35
2.6.6. Colesterol.....	36
Capítulo III. Qualidade de vida na Menopausa .....	40
3.1. Factores relacionados com a Qualidade de Vida na Menopausa .....	41
3.1.1 Estilo de Vida e Bem-Estar .....	44
3.1.2. Terapia Hormonal de Substituição.....	48
3.2. Qualidade de Vida Sexual na Menopausa.....	53
3.2.1. Actividade Sexual da Mulher na Menopausa .....	54
3.2.2. Problemas da Função Sexual Versus Disfunções Sexuais Femininas em Mulheres na Menopausa .....	55

3.2.3. Aspectos Psicossociais da menopausa, Meia-Idade e Idade Avançada .....	57
3.2.4. Atitude em Relação à Menopausa e o Impacto na Qualidade de Vida Sexual .....	57
3.2.5. Questões Psicológicas na Meia-Idade .....	58
3.2.6. Impacto de Factores de Relacionamento sobre Qualidade de Vida Sexual.....	58
Parte II - Corpo Empírico .....	62
Capítulo IV. Apresentação do estudo .....	64
4.1 Tipo de estudo.....	64
4.2. Objectivos da investigação .....	64
4.3. Hipóteses .....	65
4.4. Definição das variáveis em estudo .....	66
Capítulo V. Método .....	68
5.1. Participantes.....	68
5.1.1. Interpretação das Características Sociais das Participantes.....	68
5.1.2. Interpretação dos Hábitos Pessoais das Participantes.....	70
5.1.3. Interpretação dos dados relativos à História Sexual .....	73
5.1.4. Menopausa e Terapia Hormonal de Substituição .....	74
5.1.5. Instrumentos .....	76
5.1.6. Procedimentos .....	77
6. Análise Estatística .....	77
Capítulo VI. Resultados .....	80
Capítulo VII. Discussão .....	90
Capítulo VIII. Considerações finais.....	94
Bibliografia .....	97
Anexos.....	107





## Lista de tabelas

Tabela 1 - Menopausa na antiguidade e Idade Média .....	Pág.6
Tabela 2 - Tipos de Terapia Hormonal de Substituição.....	Pág.50
Tabela 3 -factores relacionados com a Menopausa e Meia-idade .....	Pág. 59
Tabela 4 - Dados Demográficos das participantes .....	Pág. 69
Tabela 5 - Dados relativos aos aspectos de saúde das participantes .....	Pág. 70
Tabela 6 - Dados relativos ao abuso sexual vivido pelas participantes .....	Pág. 71
Tabela 7 - Dados relativos à Gestão do Stress por parte das participantes .....	Pág. 72
Tabela 8 - Dados relativos à História Sexual das participantes.....	Pág 74
Tabela 9 - Dados relativos à Menopausa .....	Pág.75
Tabela 10 - Dados relativos ao uso da terapia hormonal de Substituição .....	Pág. 76
Tabela 11- Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da idade, estatuto socioeconómico, estado civil e presença de filhos .....	Pág. 81
Tabela 12 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da Auto-percepção de saúde das participantes e prática desporto .....	Pág.82
Tabela 13 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da Abuso sexual vivido pela participante (Agressão Física, Relações Sexuais Forçadas e Abusado Verbal/emocionalmente) .....	Pág. 83
Tabela 14 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função dos factores que provocam stress, bem como a forma de lidar com ele. ....	Pág.84
Tabela 15 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da vida sexual activa, infecções sexualmente transmitidas, preocupações e interesse pela actividade sexual, capacidade de excitação, resposta e dor. ....	Pág. 86

Tabela 16 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da auto-percepção da menopausa, preocupações e conhecimento .....Pág. 87

**Tabela 17** - Tipos de Terapia Hormonal de Substituição

Tabela 18 - Resumo de factores relacionados com a Menopausa e Meia-idade que possam ter impacto sobre a Qualidade de Vida Sexual Feminina.





## **Lista de acrónimos**

FSH	Hormona Folículo-Estimulante
LH	hormona luteinizante
DSF	Disfunção Sexual Feminina
EDSF	escala de desconforto sexual feminina
QFS	questionário de função sexual
THS	Terapia Hormonal de Substituição
LDL	lower - density lipids
HDL	high-density lipids
IMC	índice de Massa Muscular
SSRIs	Inibidor Selectivo de Recaptação da Serotonina
HCG	Gonadotrofina Coriónica Humana



## **Lista de anexos**

Anexo I ..... Pág. 108

Anexo II .....Pág. 126



## Introdução

A natureza em si exhibe como uma das suas particularidades mais peculiares e únicas, a concepção de ciclos para a manutenção e perpetuação da vida. Sendo assim, a vida humana é propriedade da natureza, por mais desejabilidade que o ser humano manifeste em ser na actualidade superior à lei natural, capaz de modificar o curso da vida a seu belo prazer. A criação na sua suprema sabedoria concebeu o organismo feminino pautado, igualmente por ciclos, sendo estes, o ciclo menstrual e o da fertilidade, com o propósito de em inúmeras ocasiões, ausentar-se da capacidade limitada de compreensão racional do ser humano. Neste sentido, as hormonas responsáveis pelos ciclos da mulher que incluem os ciclos já mencionados e, tal como no ciclo do nascimento, vida e morte, estes também têm um início, meio e fim.

Assim sendo, a Menopausa assinala, portanto, o desfecho da capacidade reprodutiva da mulher. No passado, a maioria das mulheres via a menopausa como sendo o final de sua actividade de produção, isto é, pensavam que com a chegada da menopausa, o relacionamento sexual tinha analogamente que ser extinto. Felizmente, na actualidade este ponto de vista mudou. A vida durante e após a menopausa pode ser tão completa e extremamente agradável como era até então.

A Pré-menopausa corresponde ao período que antecede a menopausa propriamente dita e, caracteriza-se por ciclos irregulares envolvidos por alguns sintomas na menopausa.

A Menopausa condiz com a última menstruação, uma vez que a partir desse momento, a mulher passa para um período não reprodutivo que, geralmente ocorre entre os 45 e 55 anos. Algumas das hormonas sofrem um decréscimo bastante elevado nesta fase da vida, o que pode desencadear efeitos desagradáveis, por exemplo, irritabilidade, suores nocturnos, ondas de calor, insónias, desejo sexual reduzido, ressecamento vaginal, dor no momento do coito, osteoporose, entre outros. Estes sintomas sobrevêm com mais intensidade em determinadas culturas ou sociedades onde se preza, em muito a beleza e a juventude. Por esta ser mais uma fase em que a mulher se depara com a perda da reprodução, esta pode levar à introspecção e avaliação da sua vida, provocando em muitas situações estados depressivos por motivos hormonais e emocionais.

A Sexualidade é reconhecida como um factor determinante para fazer face à qualidade de vida de uma pessoa e caracteriza-se não só, por factores psicossociais e culturais, como também por relacionamentos interpessoais e experiências de vida. Não é um momento, mas sim uma vivência, uma interacção e uma aprendizagem contínua de revelar emoções. Não só deriva de um impulso biológico como também desfruta de uma série de significados que a transforma numa dimensão do comportamento. Assim, a sexualidade feminina não é delimitada num momento único na vida, mas sim numa considerável aprendizagem acerca da interacção com o mundo, com os outros e, sobretudo consigo

mesma. É importante realçar que a actividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de um par e também do contexto sócio cultural no qual tem lugar a relação.

Posto isto, a presente investigação tem como finalidade avaliar a qualidade de vida sexual em mulheres que se encontram na fase da menopausa. Após uma exaustiva revisão bibliográfica acerca do tema, o trabalho foi elaborado assentando na descrição dos principais aspectos relativos à menopausa. Assim, este estudo irá abordar em primeira mão, os aspectos históricos da menopausa, a sua caracterização, ciclo reprodutivo feminino, sintomas, fases da menopausa, climatério, consequências tardias, consequências a nível sexual, qualidade de vida na menopausa e factores relacionados, estilo de vida, terapia hormonal de substituição e, por fim, o grande tema e objecto de investigação, a qualidade de vida sexual na menopausa. Deste modo, a dissertação divide-se, em duas partes essenciais: na primeira irá incidir no enquadramento teórico respectivo ao tema, onde inclui toda revisão bibliográfica realizada e sobre a qual se fundamenta a investigação e, na segunda onde será apresentado o estudo empírico desenvolvido. Aqui efectua-se a descrição e caracterização da investigação, onde são apresentados os objectivos e as hipóteses formuladas, as variáveis identificadas e ainda o método utilizado. Engloba ainda a caracterização das participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como, os procedimentos executados para a operacionalização das variáveis e respectiva concretização do estudo. Após a explicação dos resultados alcançados é apresentada a discussão dos resultados salientando-se as principais considerações finais, limitações e mais-valias da investigação desenvolvida.



## **Parte I - Enquadramento Teórico**



# Capítulo I. Menopausa: Aspectos Históricos

Na história da humanidade, as primeiras referências relativas à *Menopausa* são encontradas na Bíblia. Como forma de exemplificar algumas das suas passagens, pode citar-se, um excerto do Génesis que narra a história de Abraham e Sara, uma mulher grávida que, para além de estéril, era uma idosa com cerca de 90 anos de idade. Este excerto revela o aparecimento de três anjos que, asseguraram a este casal, a possibilidade de readquirir a fertilidade perdida. A felicidade de Sara era notável, não somente por lhe ser possível conceber um filho de Abraham, como também, por recuperar o prazer sexual já extinto (Puigarnau, 2009).

Por outro lado, nos papiros egípcios, as mulheres eram classificadas em “*Mulheres Vermelhas*”, aquelas que ainda possuíam menstruação e, em “*Mulheres Brancas*”, aquelas em que a menstruação tinha deixado de existir (Anarte, 1994; Gándara, Alonso & Fuertes *et al.*, 1997; Mutané, 1994 *cit in.* Cabral, 2001).

O facto do fenómeno da Menopausa ser conhecido desde a antiguidade, não denota a sua vulgaridade entre as mulheres, uma vez que, as antigas investigações revelam uma expectativa de vida dos seres humanos muito inferior, não apenas na antiguidade, como também, até ao final do século XVIII e início do século XIX, permitindo, assim, concluir que inúmeras mulheres não perduravam até ao período da menopausa.

**Tabela 1** - Idades em que se considera que aparece a Menopausa na antiguidade e Idade Média

AUTORES	SÉCULOS	IDADES
SORANO DE EFESO	I	40-50
ORIBASIO	IV	50
AETIUS DE AMIDA	VI	35-50
PABLO AEGINETA	VII	50
HILDEGARD	XII	50
JEAN DE GADDESSEN	XIV	50
ORLOFF LE BEAVARIOS	XV	40-50

Através da análise dos artigos históricos constatou-se que entre o século IV a.C. e o século XVII d.C., a *Menopausa* era entendida como um sinal de que a mulher completara o seu ciclo de procriação. Contudo, no decorrer das transformações sociais, políticas e, sobretudo, históricas que se verificaram a partir dos séculos XVI e XVII, os sentidos atribuídos à *Menopausa*, sofreram, de igual modo, consideráveis alterações (Menegon, 1998). Entre os factores de impacto destaca-se, no século XVIII: a renúncia ao conceito de sexo único (Laqueur, 1996 & Martin, 1988); a participação da mulher na vida pública e o

desenvolvimento das ciências, particularmente, das ciências naturais que vieram dar, um contributo importante à medicina.

Ao longo da história, os órgãos que se encontram vinculados à função reprodutiva feminina, foram instituídos “Reservatórios” de sintomas adversos. Na antiguidade, sem fazer referência à Menopausa, falava-se em “Útero Errante” como o grande causador de problemas (Ballinger, 1990). Porém, mais ligada à Menopausa permanecia a ideia de retenção do “Sangue Poluído” que iria, por sua vez, destruir o meio interno do organismo, sendo comum, a prática da <sup>1</sup>Sangria (WillBush, 1979). Discutia-se, na época que as mulheres que reagissem ao seu “Destino Biológico e Social” iriam manifestar inúmeros sintomas, no momento, em que a menstruação cessasse (WillBush, 1980).

Por conseguinte, a partir do século XVII define-se a função ovariana, abarcando as explicações relativas à Menopausa, nomeadamente, a noção de “Involução Ovariana”. Por sua vez, o século XVIII marca o início dos estudos científicos sobre a *Menopausa*, embora naquela época, não se falasse em *Menopausa*, mas sim, em perturbações provenientes do fim da menstruação. A primeira tese relacionada com tais transtornos nasceu em França, no ano de 1710 através dos escritos de Simon Daniel Titus. A sua publicação possibilitou o acréscimo de inúmeros estudos neste âmbito, o que fez com que alguns investigadores cognominassem o século XVIII como o “Século da Menopausa” (Anarte, 1994; De la Gándara, Alonso & Fuertes et al., 1997 cit in. Cabral, 2001).

Seguidamente, no ano de 1812, Gardanne, um médico de nacionalidade francesa foi pioneiro no tratamento dessas perturbações, perturbações essas, às quais denominou de “*Ménéspausie*” (Anarte, 1994; Gómez, 1993; Greer, 1993; Martins, 1997 cit in. Cabral, 2001). Porém, não foi a Gardanne que foi atribuído o título de “*Pai da Menopausa*”, mas sim, ao britânico Edward Tilt, uma vez que, foi ele quem desenvolveu múltiplas pesquisas sobre o tema, num período de quase 50 anos (1857 - 1900). O excerto que se segue confirma este facto:

*“Foi o primeiro a sugerir que não só a Menopausa como também os sintomas e transtornos do climatério eram devidos à regressão dos ovários; e também o primeiro a publicar uma análise estatística dos sintomas, a associar a menopausa com a aparição de transtornos psíquicos, e a insistir na adequada sedação, como ajuda para a tensão nervosa desta fase da vida” (Anarte, 1994, p.24).”*

Assim, é possível creditar a Tilt a enorme influência, no que respeita, aos estudos acerca da Menopausa, em grande parte, da classe médica onde muitos médicos, ainda hoje

---

<sup>1</sup> É uma modalidade de tratamento médico que consiste na retirada de sangue do paciente para o tratamento de doenças.

cuidam a Menopausa como uma <sup>2</sup>endocrinopatia. Outros, por sua vez, associam a Menopausa, ao aparecimento de “Crises Nervosas”, administrando, para o efeito, tranquilizantes, de forma a amenizar ou até mesmo evitar essas crises (Mutané, 1994).

Ainda no mesmo século, Tilt, propõe a “Teoria dos Nervos” e postula os “efeitos nocivos dessa etapa” (WillBush, 1980). Esta teoria estabelece uma ligação entre a noção de involução ovariana e o sistema nervoso central, aumentando assim, o leque de sintomas emocionais, associados à Menopausa.

Nas palavras de Ballinger (1990), a visão negativa da Menopausa ganha força com as concepções de Tilt. Por outro lado, ainda no campo emocional, a psicanálise, proposta por Sigmund Freud, na virada do século XX, aumenta os discursos com conexões negativas, usados com o intuito de dar sentido à Menopausa (Ballinger, 1990).

O mesmo autor assegura que em 1917, Freud afirmava que a perda do potencial reprodutivo dava origem ao “*Luto e Melancolia*”. Por outro lado, no ano de 1945, Helen Deutsch, defendia que a vida para estas mulheres se convertia em “*Opaca e Sem Sentido*”.

Na área da saúde e por meio da construção dos aspectos negativos relacionados com o fenómeno da Menopausa, merece um especial destaque, aquando do início do século XX o registo de um conceito popular europeu, que engrandecia essa época, tal como refere Emily Martin:

*“Menopausa é simplesmente um processo da natureza que estabelece uma fase da existência mais elevada e estável, significa um corte económico numa função que não é mais necessária, preparando a pessoa para diferentes formas de actividades. Não é, de forma alguma, um processo patológico. Não é decrepitude física e sexual, mas pertence a uma idade de revigoração, marcando a plenitude das capacidades mentais e físicas” (Taylor, 1904 & Martin, 1988, p.242).*

Os anos 1930/1940 assinalam a transição para os conhecimentos actuais relativos à Menopausa, quando se postula a ideia de “*Falência Ovariana*”, assim como, investigações sobre a “*Deficiência Hormonal*” (Bell, 1987), culminando com a sintetização das hormonas em contexto laboratorial (1938/1940) (Birkenfeld; Kase, 1991). Desta forma, inaugura-se, então a Era da Reposição Hormonal, incorporando conhecimentos e discursos que passam a contribuir para as práticas de reposição das hormonas, no âmbito da saúde reprodutiva feminina (Menegon, 1998).

Após a descoberta da Hormona sintética, a ideia da medicalização da Menopausa conseguiu um enorme apoio, assim como, o aparecimento de inúmeras investigações que, em conjunto, permitiram o incremento ao uso das hormonas de estrogénios. Essa prática alcançou o seu expoente máximo na década de 60, com os trabalhos do Doutor Wilson,

---

<sup>2</sup> Qualquer afecção das glândulas endócrinas

publicados no seu livro *“Feminine Forever”*. No decorrer dessa época, os estudos sobre a Menopausa foram-se diversificando e, podendo ser agrupados, basicamente, em três grandes vertentes. Primeiramente, o grupo que se centrava, exclusivamente, nos aspectos biológicos da Menopausa, encarando-a, quase sempre, como resultado do défice hormonal. De seguida, o grupo dos sintomas psicológicos que, procurava encontrar algum tipo de relação entre eles e o decréscimo hormonal. Já o terceiro grupo focava-se maioritariamente nos aspectos sociológicos da Menopausa, o que, na opinião de inúmeros investigadores, permitiu uma visão fragmentada do tema (Carolan, 1994; Freixas, 1992; Sánchez-Cánovas, 1996). Por essa razão, na actualidade, os pesquisadores reforçam a necessidade de uma visão interdisciplinar no estudo da Menopausa, o que permite concluir que ao se estudar a mulher nesta fase da vida, é extremamente importante ter em consideração, as três áreas acima referidas, nomeadamente, as áreas biológica, psicológica e social (Cabral, 2001)



## Capítulo II. Menopausa

O termo “*Menopausa*” significa “*o último período menstrual*”. Este deriva de duas terminologias gregas “*Menos*”, que significa “*um mês*” e “*Pausos*”, que remete para a “*conclusão do ciclo menstrual*” (Currie, 2006). Esta definição corresponde a um conceito revolucionário da Menopausa: um período de tempo limitado - “a idade crítica”, “uma nova etapa” - onde à amenorreia, estão talvez associados alguns sinais funcionais, que limitam esta condição (Faure, 2003).

A Menopausa é encarada como um dos acontecimentos mais perturbadores da vida de uma mulher, pois marca o fim da fertilidade e é rodeado de inúmeras dúvidas e inseguranças. Muitas vezes, são anos em que prevalece o medo, culpa, autocompaixão, baixa auto-estima e, sobretudo, a ausência de informação ou informação inadequada, que mais confunde do que esclarece (Salgado, 2009). É um processo biológico que ocorre naturalmente na vida de uma mulher, verificando-se, com o passar dos anos, uma alteração ao nível da estrutura e função dos folículos dos ovários (Antunes, Marcelino & Aguiar, 2003). Durante esta fase da vida, é extremamente importante recordar que a *Menopausa constitui uma parte natural do envelhecimento* e não, *uma doença*, o que torna imprescindível uma avaliação educativa, assim como, alguma atenção por parte da classe médica (Thacker, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que em 2030, cerca de 1,2 biliões de mulheres terão mais de 50 anos - número três vezes superior ao que se tinha em 1990. Deste modo, o acesso à informação relativa à Menopausa é de extrema importância, uma vez que, devido ao aumento da esperança média de vida, sabe-se hoje que a maioria das mulheres viverá um terço da sua vida com défice de estrogénios, ou seja, na Menopausa (Salgado, 2009).

A idade de início da Menopausa foi alvo de numerosas investigações. Alguns dos dados têm sido criticados, em resultado de falhas na sua recolha e consequente interpretação. No entanto, a Menopausa ocorre entre as idades 45 e 55 anos em 65% - 70% das mulheres, sendo a média de idades da maioria das mulheres do ocidente, cerca de 50 anos. Os factores que podem influenciar a idade da Menopausa incluem (Burns, Breathnach, Cox & Griffiths, 2010):

- Hereditariedade (a idade da menopausa da mãe é altamente preditiva);
- Tabagismo;
- Paridade;
- Factores socioeconómicos;
- Exposição a toxinas e nutrição.

O início do período da Menopausa parece surgir um pouco mais cedo nos países em desenvolvimento do que nas sociedades ocidentais.

A Menopausa precoce que aparece no período que antecede os 40 anos, ocorre em menos de 1% das mulheres, porém, pode surgir em consequência de uma cirurgia, radiações, infecções virais (especialmente <sup>3</sup>parotidite), acompanhar diversos defeitos enzimáticos e hormonais, ou estar associada com um elevado número de doenças sistêmicas como a doença de Addison <sup>4</sup>, artrite reumatóide, diabetes ou miastenia gravis (Burns, Breathnach, Cox & Griffiths, 2010).

Nos dias que correm, é habitual falar-se em “*Menopausa*”, no entanto, o termo pode gozar de significados distintos, consoante a definição de cada mulher. Para algumas mulheres é simples e a explicação que impõem, resume-se a uma alteração fisiológica que ocorre no seu corpo. Para outras, a própria palavra desperta pensamentos negativos acerca da idade média e da perda da feminilidade. De um modo geral, para a grande maioria do sexo feminino, a Menopausa é sinónimo de um distúrbio hormonal e, como tal, muitas dessas mulheres não apreendem de forma precisa, o significado de tais alterações ou mesmo, quais os factores que as despertam (Abernethy, Tiran & Andrews, 2002). A aceitação natural do fenómeno da Menopausa, permitirá que a mulher se dê ao direito de observar melhor o seu corpo e, dedique a si mesma, determinados cuidados que até então, dedicava somente aos outros. É, portanto, uma etapa da vida rica, no que respeita ao reconhecimento e convívio da mulher com o território que envolve todo o seu corpo e a sua alma (Salgado, 2009).

Sendo assim, é possível definir a *Menopausa* como um processo biológico inato que ocorre na vida de uma mulher. Caracteriza-se pela cessação definitiva do período menstrual (Norwitz & Schorge, 2010), confirmado por 12 meses consecutivos de amenorreia (Sherman, 2005). A sua vinda, surge em consequência da perda da actividade folicular dos ovários, devido à presença de níveis elevados de gonadotrofinas (FSH, LH) (Norwitz & Schorge, 2010).

## 2.1. Ciclo Menstrual

Para melhor se compreender as transformações que ocorrem no corpo da mulher, por volta dos 40 e os 60 anos, é extremamente necessário conhecer o *Ciclo Menstrual*. Na actualidade e, apesar da existência de maior informação a respeito da saúde e condição física, é incómodo perceber que inúmeras mulheres não têm conhecimento do que acontece, mensalmente no seu interior. Compreender o funcionamento do seu corpo é fundamental para cuidar, tanto da sua saúde, como da sua vida (Ojeda, 2006).

O ciclo menstrual corresponde a um período de 28 ou 29 dias que se repete a cada mês, durante a vida fértil da mulher. Este requer uma interacção entre o cérebro, os ovários e as quatro principais hormonas, das quais, duas são produzidas no cérebro (FSH e LH) e outras duas nos ovários (Estrogénios e Progesterona). É de extrema importância perceber que

---

<sup>3</sup> Inflamação da glândula parótida. Por vezes, acompanha certas doenças infecciosas; é uma manifestação típica da papeira

<sup>4</sup> Doença caracterizada pela produção insuficiente das hormonas da glândula supra-renal ou adrenal (glândula situada acima do rim)

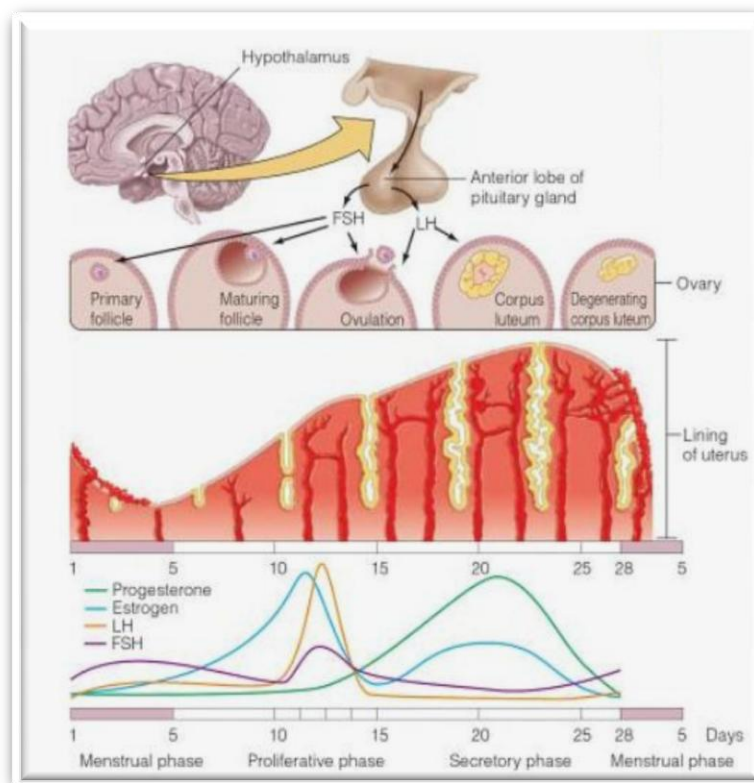
um ciclo não goza de um princípio nem de um fim, porém, como resultado desta explicação, é essencial conhecer as etapas físicas que compõem o ciclo menstrual ao nível do hipotálamo. O hipotálamo é uma glândula endócrina cerebral, comumente considerado o “*Regulador Supremo*”, uma vez que exerce um papel crucial em inúmeras funções corporais, nomeadamente, na regulação da temperatura do corpo, do equilíbrio da água, do ritmo metabólico, do apetite, dos padrões de sono e na tolerância ao stress. Este envia uma mensagem em forma de hormona, à Hipófise que é outra glândula endócrina localizada sob o Hipotálamo (Ojeda, 2006). A Hipófise responde à mensagem, segregando a primeira hormona do ciclo, nomeadamente, a *Hormona Folículo-Estimulante (FSH)*. Como todas as hormonas endócrinas, a FSH é uma mensageira que sai de um órgão para actuar noutra parte do corpo, neste caso, nos ovários. O principal objectivo na segregação destas hormonas é estimular as células da membrana do útero, preparando-o para uma possível gravidez. A mucosa uterina, também designada por *endométrio*, reúne-se na fase inicial do ciclo e é expulsa enquanto o período menstrual (Ojeda, 2006).

Assim sendo, o ciclo menstrual é dividido em quatro fases, nomeadamente, a *Fase Folicular, Ovulatória, Luteínica e Menstrual*. Na *Fase Folicular*, também conhecida por *Fase Proliferativa* (Zinn, 2009), a *Hormona Folículo-Estimulante (FSH)* é segregada pelo lobo anterior da hipófise no quinto dia do ciclo menstrual, sendo enviada para o ovário através da corrente sanguínea. Chegada aos ovários, a FSH vai estimular os folículos (que se encontram no interior dos ovários e que contêm óvulos e estrogénios), porém, somente um se desenvolverá. Com o crescimento do folículo, o óvulo que sobrevive no seu interior começa a amadurecer, permitindo que este se encha de um fluido rico em estrogénios. Os estrogénios estimulam o endométrio, engrossando-o com muco e tornando-o numa fonte rica em vasos sanguíneos. Estas alterações no endométrio preparam o útero para a fecundação, implantação e consequente nutrição de um embrião. Com o fornecimento de uma quantidade ajustada de nutrientes, a progesterona continua a preparação do útero para a recepção e desenvolvimento do óvulo fecundado (Alters & Schiff, 2011). A fase folicular mantém-se por aproximadamente dez dias (Schott & Fong, 2009). Posto isto, segue-se a *Fase Ovulatória*, fase essa que geralmente acontece no 14 dia do ciclo. A *Ovulação* compreende, sobretudo, a libertação do ovo maduro a partir do ovário, direccionando-se para o interior das Trompas de Falópio, onde pode ser fertilizado, caso o esperma esteja presente. Depois da *Ovulação*, a estrutura que protegia o óvulo, enquanto este permanecia no ovário, transforma-se em *Corpo Lúteo*. Este segrega a progesterona, conduzindo, assim, à terceira fase do ciclo menstrual (Zinn, 2009).

Após a *Ovulação*, surge a *Fase Luteínica*, que ocorre quando a produção de andrógenos e estrogénios sofre uma queda. Esta fase do ciclo reprodutivo feminino caracteriza-se por um crescimento progressivo da progesterona, cujo pico máximo é de aproximadamente oito dias após o ápice de LH. A progesterona inibe a produção de LH e FSH, omitindo o desenvolvimento dos folículos secundários e, agindo sob o útero, provocando uma mudança no endométrio, de modo a permitir a implantação de um ovo fertilizado. Na

implantação deverá ocorrer a libertação de hCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) a partir do embrião, de forma a preservar o Corpo Lúteo, suspendendo o ciclo menstrual (Hales & Lauzon, 2010). Caso contrário, o Corpo Lúteo velozmente degenera, dando assim início à *Fase da Menstruação* (Lyons, 2011).

Nesta fase, se a menstruação não suceder e o embrião não for implantado no útero, a progesterona alcança um nível de corrente sanguínea que lhe permite inibir a secreção da hormona LH. Com a diminuição desta última, o Corpo Lúteo rompe, originando uma redução da progesterona. Em consequência da sua redução, o revestimento do endométrio, torna-se progressivamente mais fino e, como tal, mais susceptível à ruptura. As camadas extras do endométrio, assim como, a não fecundação do ovo e uma reduzida porção de sangue que provém da ruptura dos capilares, como o revestimento do endométrio, exterior ao útero, são expulsos do corpo da mulher através da abertura vaginal. Este facto leva ao surgimento do fluxo sanguíneo e, como tal, à *Fase da Menstruação* que começa por volta do 28 dia do ciclo e tem a duração de aproximadamente quatro dias. Durante o decurso da menstruação, o nível de estrogénios na corrente sanguínea diminui. O lobo anterior da hipófise é agora estimulado para segregar a hormona FSH. Em consequência, dá-se o crescimento de um novo folículo, desencadeando, de igual modo, um novo ciclo menstrual. É de salientar que estas etapas que incluem o ciclo fértil da mulher são acompanhadas de alterações morfológicas e funcionais, quer ao nível dos ovários, quer ao nível do endométrio (Schott & Fong, 2009)



**Fig.1 - Ciclo Menstrual**

### **Fase 1: Estrogénio**

- O Hipotálamo avisa a Hipófise quando as hormonas estão num ponto mais baixo.
- A Hipófise envia a Hormona FSH aos ovários.
- Os Folículos dos ovários amadurecem.
- O nível de Estrogénios alerta o cérebro

### **Fase 2: Progesterona**

- Com a influência da LH, o óvulo maduro desprende-se do ovário.
- O Folículo que resta (corpo lúteo) produz progesterona e estrogénios.
- O Folículo desintegra-se; deixa de produzir hormonas.
- Ao diminuir as hormonas, começa a menstruação; a mucosa uterina é rejeitada.

(Adaptado de Ojeda, 2006)

## 2.2. As Alterações durante a Menopausa

O primeiro sinal de que se aproxima a Menopausa é o aparecimento dos ciclos anovulatórios, ou seja, ciclos durante os quais não há ovulação. Na verdade, a função dos ovários começa a sofrer um declínio, vários anos antes da Menopausa. A quantidade de folículos existentes nos ovários vai diminuindo gradualmente, de uns 2 milhões de óvulos presentes no momento do nascimento a aproximadamente 400 mil, na estreia da primeira menstruação até 250 mil no princípio da perimenopausa (Jonekos & Klein, 2010). Em consequência da redução dos folículos, podem existir meses em que não ocorre menstruação. A ausência de folículos indica a inexistência de Óvulos, Estrogénios, Corpo Lúteo, Progesterona e Período Menstrual. Dado que os ovários continuam a reduzir a produção das hormonas femininas, nomeadamente, estrogénios e progesterona, a Hipófise esforça-se desesperadamente na estimulação dos ovários desobedientes, bombeando elevadas quantidades de FSH e LH para o sangue. Assim sendo, os níveis de FSH aumentam, alcançando níveis treze vezes superiores aos dos ciclos normais e os níveis de LH triplicam. Este aumento da secreção hormonal constitui um dado importante que os profissionais de saúde frequentemente utilizam para determinar o início da Menopausa (Ojeda, 2006).

Na perimenopausa, os níveis das hormonas cerebrais aumentam, contrariamente às hormonas dos ovários que diminuem. Quando os ovários suspendem a produção de óvulos, a secreção da progesterona, da qual depende a existência do Corpo Lúteo, também é interrompida. No entanto, é possível dar seguimento à produção de estrogénios pelos ovários (embora em menor quantidade), às glândulas supra-renais e a outras fontes extra glandulares, incluindo, as células adiposas (Ojeda, 2006). Durante esta fase, o endométrio vê-se estimulado única e exclusivamente pelos estrogénios. Na ausência da separação cíclica do endométrio, os tecidos continuam a multiplicar-se, até que o volume do endométrio seja maior do que a oferta de vasos sanguíneos. Antes que tal se verifique, podem passar longos meses e, como tal, os períodos menstruais tornam-se, demasiado, descontínuos e irregulares (Jonekos & Klein, 2010). Quando o endométrio finalmente se desagrega, muitas vezes desprende-se de forma irregular, ou seja, divide-se em fragmentos dissemelhantes, abrindo assim espaço para uma menstruação mais abundante do que o normal (Ojeda, 2006).

A longo prazo, os folículos dos ovários deixam de responder aos estímulos das hormonas LH e FSH. Os estrogénios decaem para níveis demasiado baixos, com o intuito de estimular o crescimento progressivo do endométrio. Assim, dá-se o desfecho da fase reprodutiva da mulher e, por sua vez, inicia-se uma nova etapa, a da Menopausa (Jonekos & Klein, 2010).

Embora, o ovário maduro já não produza óvulos, é importante referir que este não deixou de funcionar por completo. Na verdade, a região central dos ovários dedica-se activamente, na produção de hormonas que se convertem em Estrona, que é uma forma de estrogénio que continua a circular no sangue da mulher, após a Menopausa. Segundo Ojeda,

foi demonstrado que algumas mulheres gozam, ainda, da actividade dos estrogénios durante, aproximadamente vinte anos após a última menstruação. Normalmente, nesta fase, as glândulas supra-renais convertem-se na principal fonte de estrogénios na pós-menopausa. Como tal, manter sãs as glândulas supra-renais, poderia ser uma forma de assegurar a continuidade da produção de estrogénios, facilitando assim, a transição. Identicamente, existe outra hormona, a chamada Androstenediona que também se transforma em Estrona, no tecido adiposo.

Como já foi mencionado, as mulheres que detêm uma maior quantidade de gordura no organismo, não só iniciam a Menopausa mais tarde, devido aos elevados níveis de estrogénios, como também parecem experimentar menos efemeridades, quando comparadas com as mulheres mais magras. Foi também comprovado que a transformação da Androstenediona em Estrona surge nos músculos, fígado, rins, cérebro e possivelmente, em diversas fontes extra-glandulares (Ojeda, 2006).

### 2.3. Sintomas da Menopausa

A Menopausa marca a entrada do envelhecimento na vida de uma mulher, podendo ter repercussões físicas desagradáveis. Todavia, é uma fase que faz parte da natureza do *Ser Humano* (Schimidt, 2007). Assim, 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 são, nas mulheres, fortemente marcadas pelas modificações que advêm da Menopausa. O modo como esta é sentida por cada mulher depende do seu funcionamento psicológico e do contexto sociocultural. Contudo, este fenómeno biológico detém um forte impacto, uma vez que põe fim à vida reprodutiva feminina e abre portas ao envelhecimento (Fagulha & Gonçalves, 2005). As queixas e os transtornos que então surgem - *Os Sintomas da Menopausa* - deverão ser percebidos num contexto de uma vivência global que engloba, não só alterações endócrinas, como também, conteúdos psicológicos e características de personalidade de cada mulher. Tal como o psíquico exerce uma enorme influência sobre a condição biológica, também os significados que a mulher atribui às modificações que aprecia no seu corpo, necessitam ser entendidos e respondidos para que possa integrar esta nova imagem, este corpo de mulher que já não pode ter filhos e que envelhece. O confronto com esta realidade é, coincidente com as alterações nas relações conjugais que se desgastaram, na relação com os filhos que se emancipam e, com os pais que envelhecem (Fagulha & Gonçalves, 2005).

Porém, é de salientar que alguns sintomas da Menopausa experienciados por estas mulheres podem ser graves o suficiente, para perturbar as actividades do dia-a-dia. Estes sintomas resultam directamente, da diminuição dos níveis de estrogénios em mulheres em que se avizinha a Menopausa, podendo algumas delas experienciar tal sintomatologia, na fase da perimenopausa. Assim sendo, é possível agrupar os sintomas próprios da Menopausa em: *Vasomotores, Físicos, Psicológicos e Sexuais* (Rahman, Zainudin, & Mun, 2010).

- **Sintomas Vasomotores/Físicos**

Os *Sintomas Vasomotores* ou afrontamentos constituem a manifestação clínica mais característica do climatério. Define-se como uma sensação subjectiva de calor que habitualmente se associa a uma vasodilatação cutânea e sudorese, em consequência de uma diminuição da temperatura corporal e aceleração transitória da frequência cardíaca. A sua durabilidade pode oscilar entre escassos segundos a vários minutos, sendo a sua intensidade e frequência, também muito incertas. Quando os afrontamentos ocorrem durante a noite e, são de elevada intensidade, podem provocar alterações do sono (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2004).

Para a maioria do sexo feminino, os afrontamentos e os suores nocturnos são o que melhor definem a experiência da Menopausa. Muitas mulheres descrevem-nos como uma onda de calor que percorre todo o corpo, deixando o rosto corado e o corpo humedecido de suor. Os afrontamentos e os suores nocturnos podem causar, não só alterações dos padrões de sono, como também, perdas de concentração (Farrell & Hess, 2008). Normalmente, acontecem inúmeras vezes durante 24 horas e, perduram durante cerca 1 a 5 minutos. Podem ser leves (menos de sete ondas de calor durante 24 horas), sentindo-se, somente uma sensação de calor, ou podem ser severos (mais de dez ondas de calor por dia) e acompanhados por sensações de suor, rubor, viscosidade, calor intenso e, até mesmo tonturas. Aproximadamente  $\frac{1}{3}$  das mulheres exibem sintomas severos, pois vivenciam mais de dez ondas de calor por dia. Na sua generalidade, estas ondas de calor diminuem e, podem regressar num período mínimo de cinco anos. Possivelmente, até 10% da população feminina que se encontra na pós-menopausa, terá afrontamentos e suores nocturnos para vida (Farrell & Hess, 2008). É importante mencionar que de todos os sintomas relacionados com a Menopausa, como sejam, as *palpitações, dores musculares, sensibilidade nos seios, ganho de peso e cefaleias* (Currie, 2006), os *afrontamentos e os suores nocturnos* são provavelmente, os piores.

As *Palpitações Cardíacas* podem ser assustadoras e podem ocorrer em momentos inapropriados. Normalmente, acompanham ou precedem as ondas de calor, respondendo presumivelmente, às oscilações da mesma hormona que torna o resto do sistema vascular, algo instável durante este tempo. É comum a mulher ter a sensação que o seu coração está a correr, a abrandar, ou somente a bater (Kalb, 2007).

Por sua vez, as *Dores Musculares* são um exemplo de sintomatologia não muito reconhecido entre os sintomas habituais na Menopausa, no entanto, é muito frequente, tal como, o efeito da ausência de estrogénios que afecta os ligamentos em torno das articulações. Normalmente, as dores musculares parecem surgir no pescoço, pulsos e ombros. As investigações desenvolvidas neste âmbito mencionaram que esta escassez hormonal é responsável pelo aparecimento da osteoartrite. Segundo tais estudos, a osteoartrite é mais

frequente após a Menopausa, assim como, o uso de estrogénios nesse período que pode reduzir o número de mulheres que desenvolvem a doença (Currie, 2006).

Relativamente ao tecido mamário, este é bastante susceptível face a alterações hormonais e, por vezes, pode levar a mulher a sentir o seu peito mais sensível. A literatura refere que muitas mulheres notam os seus seios demasiado sensíveis, quando iniciam um tratamento hormonal. Isto acontece, porque as alterações hormonais podem suscitar retenção de líquidos no peito, retenção essa, idêntica à vivenciada no ciclo menstrual. Todavia, crendo que as hormonas se encontram estabilizadas, a mulher vai sentindo este sintoma que lhe causa enorme desconforto, diminuir (Jonekos & Klein, 2009).

Assim sendo, é importante referir que, da totalidade dos sintomas que caracterizam a Menopausa, o considerado mais frustrante pelas mulheres que se encontram nesta fase da vida é, sem dúvida, o *Ganho de Peso*. Em média, estas mulheres ganham, por volta dos 40 anos, um kg por ano para um total de cerca de cinco a dez kg suplementares, em consequência do envelhecimento e da redução do metabolismo (Currie, 2006).

No decorrer da perimenopausa, as *Dores de Cabeça* podem sofrer um aumento, no que respeita à frequência e intensidade, sobretudo, em mulheres que tenham padecido de enxaquecas, na fase menstrual. Ainda assim, não existe uma associação clara e concisa entre dores de cabeça e a Menopausa (Brucker & King, 2011). Contrariamente, alguns autores referem que à medida que se aproxima a menopausa, os níveis de estrogénios, bem como a sua instabilidade vão abrandar, levando a que as crises de enxaquecas, muitas vezes reduzam a sua frequência ou cessem com a chegada da menopausa. No entanto, em alguns casos, estas crises podem piorar ou podem ocorrer pela primeira vez em mulheres vulneráveis, sob o ponto de vista hormonal e em consequência de mudanças vasculares (Diamond & Diamond, 2009).

Algumas investigações constataram que mulheres com afrontamentos mais severos estão mais propensas a sofrer de ansiedade e depressão durante a perimenopausa e após a Menopausa. Os afrontamentos são a principal razão, pela qual as mulheres usaram terapia hormonal, no passado e continuam no presente (Roush, 2011). Segundo a literatura, o aparecimento dos afrontamentos e dos suores nocturnos devem-se às alterações constantes das hormonas. Quando os níveis de estrogénios diminuem, o termóstato do corpo feminino, localizado no cérebro (Hipotálamo), pode levar imenso tempo a regular a temperatura corporal. Algumas mulheres são mais sensíveis do que outras para esta mudança de temperatura. Todas as mulheres são diferentes, logo a frequência, duração e intensidade, também variam. Para além destas, existem também causas não hormonais que contribuem em muito para o surgimento das ondas de calor, tais como, obesidade, tabagismo, diabetes, infecções, neoplasias, doenças auto-imunes, tiróide e alguns medicamentos, como o *SERMs* (Moduladores Selectivos de Recaptação de Estrogénios) e *SSRIs* (Inibidor Selectivo de Recaptação da Serotonina), podem dar origem a ondas de calor (Jonekos & Klein, 2009).

- **Sintomas Psicológicos**

Todo o corpo humano é exclusivo, o que não é deveras surpreendente. Todavia, o trajecto para alcançar a Menopausa revela o quão diferente somos na realidade. Algumas mulheres aprovam facilmente a mudança, vivenciando menos desconfortos físicos ou emocionais. Já outras, sob as mesmas condições experimentam um conjunto de sintomas inquietantes, por longos períodos de tempo. Felizmente, para a maioria do sexo feminino, os sintomas tendem a desaparecer, à medida que se entra na Menopausa e, também, na Pós-Menopausa (Jones, Eichenwald & Hall, 2007).

Ao se criar uma relação entre a Menopausa e as diferentes alterações psicológicas (depressão, ansiedade e insónias), é fundamental ter-se consciência da complexidade desta problemática, uma vez que a idade, por si só, pode permitir, no processo de envelhecimento, um envolvimento do factor psicológico. Porém, em consequência do aparecimento da Menopausa, a percepção que as mulheres têm relativamente às modificações do seu aspecto corporal, bem como, da redução da sua actividade em certos aspectos da sua vida, fazem com que a mulher tome consciência de que está a entrar numa nova etapa do seu ciclo de vida, levando a que esta fique mais susceptível e, em resultado da sua sensibilidade, desenvolver transtornos psicológicos (Palazuelos, 2006).

Com as inúmeras mudanças hormonais que acontecem no corpo da mulher, os sintomas psicológicos, como as *alterações de humor, tristeza, crises de choro, confusão e esquecimento, ansiedade e depressão*, podem ocorrer. Por vezes, tais sintomas podem ser atribuídos às insónias ou a outros factores que causem stress. Contudo, é útil para a mulher que sofre de sintomatologia emocional e cognitiva, compreender a possível ligação destes sintomas com a Menopausa e com a reduzida produção de estrogénios. A aquisição de conhecimentos relativos a estes sintomas, durante a Menopausa pode ser uma mais-valia para a mulher, pois pode ajudar no alívio da ansiedade e do medo, por ela sentido (Vinecomb, 2008). Todavia, é de referir que perduram os mitos e equívocos que impedem a boa adaptação psicológica e física da mulher, a esta nova fase da vida. Um dos sintomas psicológicos que despertam com o aparecimento da Menopausa é a *ansiedade*. Esta é provocada por sensações incógnitas e pela ausência de recursos adequados, para lidar com elas. Esta última, em união com os sintomas acima mencionados marca o desenvolvimento e assinalam a dificuldade em lidar com a Menopausa (García, 2008).

No que concerne às *insónias*, estas caracterizam-se por uma inadequada quantidade ou má qualidade de sono, que acontece em três ou mais noites por semana. É um sintoma característico da perimenopausa e cumpre um papel activo em situações de causa-efeito. Os suores nocturnos e ataques de pânico, por exemplo, podem contribuir para o aparecimento de insónias. Se estas se prolongarem no tempo, os sentimentos de ansiedade, de cansaço, fadiga, mau-humor e irritabilidade, tendem a intensificar-se. Porém, se as mulheres não gozarem de momentos de descanso regulares, podem ter como consequência, dificuldades de

concentração, focalização, memória, levando mesmo, a que a sua saúde física e mental fique comprometida (Kalb, 2007).

No que toca, às *dificuldades de memória*, estudos de imagem funcional cerebral demonstraram que os estrogénios modulam a actividade neural durante o desempenho em tarefas cognitivas. Na fase de transição para a menopausa, muitas mulheres asseguravam ter problemas de memória, sugerindo que as alterações hormonais associadas com a menopausa estão ligadas a este problema (Reid, Blake, Abramson, Khan, Senikas, & Fortier, 2009). Este é um sintoma potencialmente preocupante, porque a incapacidade de aprender e recordar conscientemente novas informações (memória episódica deteriorada) pode ser um sinal muito precoce da doença de Alzheimer ou outras formas de demência. Os níveis de estrogénio na meia-idade estão relacionados com memória episódica. Além disso, embora o esquecimento, seja frequente, os dados recolhidos de um estudo de coorte em Melbourne, Reino Unido e Taiwan sugere que a transição natural da menopausa não tem efeitos relevantes sobre a memória episódica ou sobre a maioria das habilidades cognitivas. Factores como o stress, humor e saúde física podem contribuir, em muito, para os sintomas de perda de memória, podendo estes, ser superiores ao enfraquecimento demonstrado na memória episódica (Reid *et al.*, 2009).

Por último, o surgimento da *Depressão* tem sido reconhecido como sendo concordante com a fase de transição para a menopausa. No entanto, ainda não existe uma compreensão clara da contribuição de diversos factores (Henderson, 2008). Alguns investigadores têm atribuído a depressão a flutuações hormonais da menopausa e compararam este período a uma “*Janela de Vulnerabilidade*” que sobrevém para formar uma base para o ciclo menstrual relacionado com as perturbações de humor. Embora tenha sido tentador especular que, nos primeiros anos, a intensidade dos sintomas vasomotores e dos distúrbios de sono da menopausa desencadeiam um “*Efeito Dominó*”, conduzindo à deterioração do humor. Neste sentido, há uma ampla certeza de que a depressão pode ocorrer na ausência dos sintomas vasomotores e distúrbios do sono. Por outro lado, outros investigadores têm atribuído a depressão na menopausa a uma “*Síndrome do ninho vazio*” e a outros factores que causam stress e que acompanham o envelhecimento, tais como, o desconforto físico, alterações na imagem corporal, da função sexual, entre outros (Henderson, 2008).

- **Sintomas Sexuais**

O *Climatério* é considerado um período crítico, no que respeita à *Sexualidade*, uma vez que constitui uma fase onde inúmeros factores actuam conjuntamente, de forma positiva ou negativa, conduzindo a profundas alterações. Do ponto de vista biológico, um acontecimento marcante é a chegada da *Menopausa*, que resulta na perda de um objectivo primário relativo ao sexo - a *Reprodução* - e este facto irá reflectir-se, com maior ou menor intensidade, na prática da sexualidade, dependendo de aspectos psicológicos e culturais (Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis & Pinotti, 2004).

A *Sexualidade* é um aspecto essencial e complexo de vida (Miller, 2010). Esta perfaz uma ampla dimensão pessoal, própria do ser humano, facultando a criação da sua universalidade biopsicossocial e espiritual. Assim, refere-se não apenas a uma dimensão biológica, mas também a um universo dotado de subjectividade, no qual se asseguram as relações pessoais e interpessoais (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008). É compreendida como uma forma de expressão dos aspectos mais profundos da personalidade. “*É inata ao ser humano, porém reelaborada ao longo da vida, mediante influências dos aspectos social, psicológico, religioso, entre outros. Percorre todas as etapas do ciclo de vida e apresenta especificidades inerentes a cada período. Transcende o componente biológico, deixando de ser um simples instinto ao incentivo da reprodução, assumindo-se como uma fonte de excitação e prazer para a espécie humana*” (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008). A expressão sexual remete para “*o prazer sensual que advém da estimulação corporal, antecipando, na maior parte das vezes um sentimento agradável e erótico*” (Miller, 2010).

As investigações desenvolvidas em torno da *Sexualidade*, na pós-menopausa têm vindo a intensificarem-se, em resultado da incidência acrescida das disfunções sexuais, nesta fase da vida e, também, em consequência do aumento da expectativa de vida e do predomínio das mulheres na população. Muitos autores observaram um declínio da actividade sexual, nesta etapa de vida e, como produto desta queda, procuraram correlacionar este facto com a deficiência hormonal, uma vez que coincide com as evidências biológicas de privação de estrogénios, como por exemplo a *atrofia pélvica*. O coito desconfortável ou mesmo doloroso e as eventuais contracções uterinas, também dolorosas durante o orgasmo, levam algumas mulheres a evitar, sempre que possível, a experiência sexual (Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis & Pinotti, 2004).

Por décadas, os investigadores que se debruçaram sob esta temática têm tentado definir as alterações sexuais que têm lugar com a vinda da Menopausa. Tais alterações, remetem, essencialmente, para a *redução do número e intensidade de contracções do orgasmo, a dificuldade em atingir o orgasmo, diminuição do desejo sexual e das sensações genitais, atrofia vaginal* que conduz à dispareunia (Rowland & Incrocci, 2008), *Diminuição e frequência da actividade sexual*, assim como também, da *resposta sexual* (Bourcier, McGuire & Abrams, 2004). Analogamente, a Fundação Americana de Doenças Urológicas, identifica quatro tipos de disfunção sexual feminina, nomeadamente, a *redução da libido, problemas com a excitação sexual, incapacidade de atingir o orgasmo* e, tal como mencionado anteriormente, a *dispareunia* (Handa, Cundiff, Chang, Sc. & Helzlsouern, 2008).

Para além dos sintomas acima referidos, existem outros que influenciam, em muito, o comportamento sexual das mulheres mais velhas. Estes surgem mais tarde, em consequência dos efeitos dos estrogénios no sistema urinário e vagina e incluem: *urinar com frequência, desconforto ao urinar, infecção urinária, perda de urina, secura vaginal, desconforto, ardor e comichão, corrimento vaginal e incómodo durante a actividade sexual* (Currie, 2006).

Os estrogénios e os seus receptores detêm um papel extremamente importante na arquitectura vaginal (Olver, 2010). Devido ao declínio dos estrogénios, as camadas da

superfície vaginal tornam-se mais secas e sensíveis. A parede vaginal fica mais fina, menos elástica e mais vulnerável para contrair infecções. Algumas mulheres experimentam dor ou ardor no decorrer da actividade sexual, assim como, corrimento vaginal, atrofia do tracto urinário e, continuamente, infecções vaginais. A redução do tónus muscular pode causar incontinência urinária. É de referir, que as alterações de índole fisiológica que afectam o tracto vaginal podem prejudicar a resposta sexual da mulher. Por exemplo, a ausência de lubrificante vaginal pode afectar o desejo sexual. De forma resumida, as alterações ao nível das hormonas - especificamente, na produção de androgénios - pode atenuar a libido feminina (Alexander, Larosa, Bader, Garfield & Alexander, 2010).

## **2.4. Menopausa e Aparência**

Quando a Menopausa e o envelhecimento natural são sinónimos, muitas das alterações que surgem ao nível da aparência são aceites ou abraçadas. O ideal seria, que as mulheres apreciassem a sua idade, com orgulho. As mulheres mais jovens, não evidenciam os mesmos sentimentos, quando começam a experimentar uma diminuição do funcionamento dos ovários. As modificações ao nível das hormonas, assim como, o impacto que estas detém sobre a aparência, fazem com que as mulheres se sintam muito mais velhas do que realmente são. Assim, numa cultura onde a juventude é desejável e o sexo feminino se esforça arduamente, para alcançar a aparência jovem, pode ser uma experiência devastadora (Sterling & Boss, 2010).

Na maioria das vezes, as mulheres não conseguem separar a forma como se olham, do modo como se sentem. A aparência física e o bem-estar emocional estão intimamente relacionados. A Menopausa pode ser a causa das inúmeras alterações que ocorrem na aparência física, por exemplo, a perda repentina da elasticidade da pele, o enfraquecimento do cabelo, bem como o aumento de peso, entre outros. Estas alterações são, por vezes, os aspectos mais frustrantes desta nova etapa de vida e, o porquê não é segredo. A sociedade, por si só, obriga a olhar para o exterior e, todas as revistas femininas, dizem oferecer diversos meios para restaurar a juventude perdida. Existe uma razão, pois diariamente assiste-se a uma venda incontrolável de produtos no mercado, projectados para cativar o olhar e despertar sentimentos do bem-estar feminino. A cultura detém um papel crucial, neste âmbito, pois promove uma imagem de beleza, completamente irrealista (Thacker, 2009).

Posto isto, relativamente à *pele*, não se verificam alterações estruturais epidérmicas especificamente relacionadas com a Menopausa, contudo, existem receptores de estrogénios na pele, indicando a pele como um órgão alvo para os estrogénios, podendo a sua retirada ser marcante. É interessante verificar que existe uma maior concentração de receptores de estrogénios, na zona facial do que propriamente nos seios ou na coxa. Algumas modificações observadas após a Menopausa, como, a pele seca, adelgaçamento da epiderme e a perda da elasticidade da pele, podem resultar, em parte, da diminuição da circulação de estrogénios

(Burns, Breathnach, Cox & Griffiths, 2010). Assim, chegada do envelhecimento, facilita o aparecimento de algumas *rugos*. No entanto, em consequência das alterações hormonais suplementares, a pele tende a perder alguma elasticidade, tornando-se mais fina. As rugas podem estrear-se nos tecidos mais delicados, particularmente, em torno dos olhos, bochechas e lábios. Tais tecidos podem reverter-se em “*Pés de Galinha*” ou linhas de sorriso, em áreas anteriormente, suaves e macias (Sterling& Boss, 2010). Ironicamente, assim como o declínio dos estrogénios estão a secar a pele, no momento da Perimenopausa - anos imediatamente anteriores à Menopausa - também na puberdade, puderem ser marcados por um aumento repentino da actividade de androgénios que causa o “*Acne adulto ou Rosácea*”. As crises de meia-idade podem ser problemáticas, devido a essas mudanças hormonais. Além disso, muitos remédios para a acne estão a secar ou irritar a pele que já está a secar devido à quebra de estrogénios. Rosácea, que está ligada à inflamação, pode ser agravada pela instabilidade vasomotora que provoca as ondas de calor (Shamban, 2011).

Assim sendo, é possível referir que o ressequir da pele deve-se a três factores, fundamentais. Primeiramente, ao decréscimo da produção do lubrificante natural da pele (Sebum). Segundo, á redução média de 30% dos seus óleos naturais. A existência de uma quebra, nos níveis de estrogénios, que leva também a pele, a perder a capacidade de retenção da humidade, uma vez que existe uma menor quantidade de Glicosaminoglicanos (GAGs) e, como tal, o teor da água é também reduzido e, finalmente, devido á existência de um defeito na capacidade de retenção da água, na camada mais superficial da epiderme, o chamado *Estrato Córneo* (Shamban, 2011).

Por conseguinte, no que respeita ao *cabelo*, as modificações que se verificam na sua cor e textura, anunciam muitas vezes, o início da Perimenopausa. A textura do cabelo pode sofrer alterações e este, pode tornar-se mais fino (não unicamente no couro cabeludo, mas também em outras partes do corpo). Além disso, a variação dos níveis de androgénios durante a Perimenopausa pode transformar alguns dos pêlos mais finos, presentes no rosto em mais resistentes e escuros, particularmente sobre o lábio superior e no queixo (Shamban, 2011).

Sendo assim, e uma vez que os folículos do cabelo necessitam de estrogénios, a queda de cabelo entre as mulheres ou o seu enfraquecimento, pode resultar dos reduzidos níveis de estrogénios. A queda de cabelo á medida que se escova e o cabelo seco e quebradiço podem assinalar as alterações hormonais, próprias desta etapa de vida (Sterling& Boss, 2010).

Assim, dado os baixos níveis de hormonas femininas no corpo da mulher, as hormonas masculinas tendem a sobressair, detendo uma enorme influência, no que respeita, ao crescimento de pêlos na zona facial. Tal pode incluir aumento de pêlos (mais escuros e mais grossos), tanto no queixo, como no lábio superior, tórax (inclusivé em torno dos mamilos), ou mesmo no abdómen (Sterling & Boss, 2010).

Como já foi previamente supracitado, a Perimenopausa, que conduz à Menopausa, assinala o início do encerramento do ciclo menstrual. Nesta fase, que perdura cerca de cinco a dez anos, os estrogénios começam a sofrer um declínio, a ovulação torna-se menos regular, e o aumento de *peso* tende a ser um problema. Algumas mulheres lutam contra o seu peso

corporal, mesmo quando se apresentam apenas, com um pouco acima do seu peso normal. Todavia, quando chegam à Perimenopausa, essas mulheres deparam-se com um elevado aumento de peso, em consequência desta etapa de vida e, aí sim, ingressam numa luta constante contra o ganho de peso. Mesmo as mulheres que geralmente, tinham um peso saudável, vêm-se de repente, num intervalo de muitos anos a trabalhar arduamente, para se manterem no peso normal (Bartleson, K. & Cormier, 2011).

Alguns especialistas acreditam que o motivo, pelo qual surgem os problemas de peso, deve-se às oscilações hormonais que se verificam nesta fase de vida. Já outros consideram que a razão se deve ao declínio da idade relacionada com a massa muscular, que parece ter um papel importante, na diminuição do metabolismo. Fazer dieta, não é a única resposta. A chave é, sem dúvida, as modificações do estilo de vida em união com o exercício físico. Os especialistas sentem que se o sexo feminino não fizer exercício ao longo da sua vida, a Perimenopausa é o momento ideal para o iniciar. Nesta fase é extremamente necessário desenvolver massa muscular, através do exercício para se alcançar um maior metabolismo e, assim, queimar gorduras. Nas palavras dos entendidos, a actividade física pode ajudar a perder peso em excesso e, assim, manter um peso saudável (Bartleson, K. & Cormier, 2011).

No que respeita à *altura*, verifica-se que existe uma diminuição, facto que acontece, particularmente, após da Menopausa. Alguns estudos referem que em média, as mulheres com 43 anos de idade, irão por conseguinte, perder cerca de 0,1% da sua altura, a cada ano. Assim sendo, uma mulher que apresente 1,67 de altura na fase da juventude, poderá ter somente 1,60 aos 80 anos. Ainda que a perda de altura possa surgir, em resultado da osteoporose, as fracturas na espinal, quando existentes, tornam-na mais fina, assim como a desmineralização dos ossos, podem levar a uma redução considerável. Porém, existem outros factores menos dramáticos que, contribuem, em muito, para a perda de altura, ou seja, os músculos enfraquecidos que podem provocar uma queda, bem como, uma postura pobre que pode desencadear uma atrofia muscular. As vértebras ficam mais planas e maiores, após os 50 anos, levando os discos intervertebrais e o tecido fibroso, entre as vértebras a sofrer um desgaste, com o passar do tempo. Ambos os fenómenos resultam, de uma compressão progressiva da coluna espinal (Ammer, Manson & Brigham, 2009).

Por último, as transformações que emergem na voz surgem, em consequência da inexistência de estrogénios e, ao excesso de androgénios. As dissemelhantes alterações que se verificam na quantidade de hormonas existentes facilitam a masculinização da voz feminina, tornando-a mais grossa (Tschaikov, 2001).

## 2.5. Climatério

O desenvolvimento da existência humana é assinalado por diversas fases, denominadas *Ciclos Vitais*. Nestes, ocorrem intensas transformações, no que respeita à forma de o homem ser e estar no mundo, configurando modos dissemelhantes de se olhar e de se compreender, perante o fenómeno da sua existência (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

De entre as fases do ciclo vital feminino, encontra-se o *Climatério*, que é um acontecimento que surge num momento de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva do ciclo de vida, ou seja, da *Menacme* para a *Senilidade*, com consequências sistémicas e potencialmente patológicas (Lorenzi, Danelon, Saciloto & Padilha, 2005). Este termo é referido em inúmeros países, porém, nos Estados Unidos, os investigadores da área designam, frequentemente, esta etapa por "*Perimenopausa*".

Neste sentido e, para que a definição de Climatério não fosse de alguma forma confundida com Perimenopausa, a OMS aconselhou no ano de 1981, o abandono do termo Climatério por considerar que este era ambíguo e algo confuso. Por sua vez, no ano de 1996, tal sugestão teve obrigatoriamente que ser revista e, mais tarde, no ano de 1999, endossada pelo *International Menopause Society*, devido à popularidade dos termos *Climatério e Síndrome do Climatério* que se verificaram em inúmeras investigações desenvolvidas a nível mundial, com a exceção dos EUA.

Em geral, o Climatério ou Perimenopausa tem início quando o período menstrual se torna irregular e termina um ano após a última menstruação (Sievert, 2006). O termo *Climatério* provém do grego "*Klimater*" e, remete para a noção de degrau, sendo utilizado para designar qualquer etapa crítica do ciclo de vida (Serrão, 2008). O decurso do Climatério ocorre, normalmente de forma gradual e pode prolongar-se por vários anos. A maioria das mulheres vivenciam o Climatério ou Perimenopausa num período de 2-3 anos, no entanto, este pode estender-se por mais 7-8 anos. No passar de todo este tempo, o corpo feminino ajusta-se aos reduzidos níveis de estrogénios (Alexander, Fawcett & Runciman, 2006).

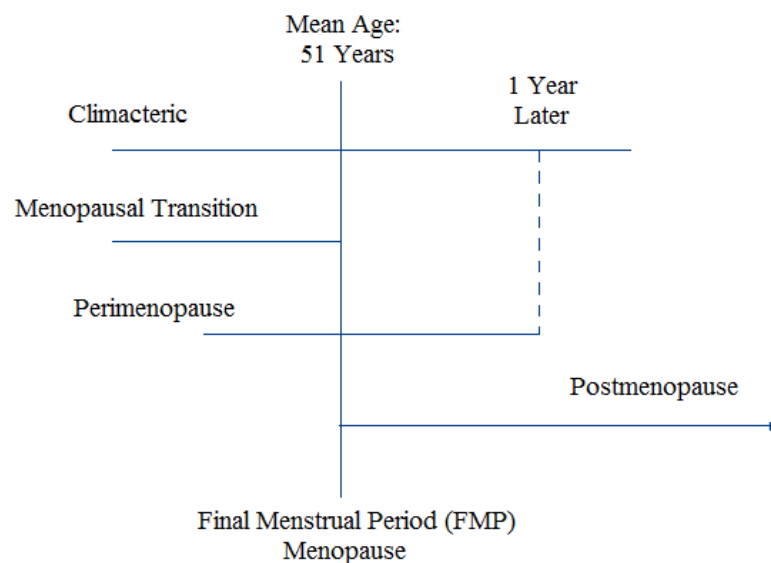
O processo de envelhecimento dos ovários surge, em consequência, do amadurecimento de alguns folículos, assim como, da diminuição da estimulação da hormona pituitária. A atrofia dos ovários, assim como, uma reduzida porção de estrogénios são libertados para a corrente sanguínea. Inicialmente, esta redução resulta da produção excessiva de FSH a partir da glândula pituitária precedente, podendo este mecanismo de feedback perdurar por vários anos. A retirada dos estrogénios e o acréscimo da hipófise, contribui em muito, para as modificações relacionadas com o Climatério (Alexander, Fawcett & Runciman, 2006). Este, apesar de ser um processo fisiológico, detém um significado especial para a mulher. Surge na segunda metade da vida e introduz um novo ciclo fisiológico, em consequência, de morosas modificações que conduzem a uma profunda reflexão, na vida de todas as mulheres (Cavalcante, Catrib, Silva & Frota, 2006).

Por vezes, é comum confundir-se o termo *Menopausa* com *Climatério*. No entanto, a Menopausa é uma fase da vida que coincide com o desfecho do ciclo reprodutivo, ou seja, é o

momento em que a menstruação cessa definitivamente, representando, assim, o fim do período fértil feminino. É proveitoso mencionar que esta nova etapa de vida se encontra inserida na Perimenopausa. Desta forma, o termo Climatério, como já referido anteriormente, diz respeito a um amplo período na vida da mulher, no qual se passa progressivamente de um estado reprodutivo ou período fértil para um estado não reprodutivo, em resultado do esgotamento folicular (Arenas, Vicens & Montosa, 2009). Sendo assim, é possível distinguir no Climatério, três fases (Fig.2):

- Perimenopausa: corresponde ao período que se estende desde o aparecimento dos primeiros sinais da menopausa - geralmente, afrontamentos, secura vaginal ou menstruação irregular, para além da cessação completa da menstruação. Esta fase, foi ainda definida como o período em torno da menopausa, com a duração de um ano após a última menstruação (Brunner & Smeltzer, 2010).
- Menopausa: condiz com o desfecho fisiológico permanente da menstruação, associado com o declínio da função dos ovários; durante este tempo, verifica-se uma diminuição e, conseqüente conclusão da capacidade reprodutiva da mulher (Brunner & Smeltzer, 2010).
- Pós-menopausa: é o período que se segue à menopausa. Nesta altura a menstruação é já inexistente e, em consequência disso, nascem as complicações e os sintomas, fruto da ausência de hormonas (estrogénios). Assim sendo, tais complicações estabelecer-se-ão, com o passar dos anos de forma lenta e progressiva (Arenas, Vicens & Montosa, 2009).

Figura 2 - Fases do Climatério e a sua relação com a Menopausa



(Adaptado de International Position Paper on Women's Health and Menopause, 2002)

## 2.6 Consequências Tardias da Menopausa

Na meia-idade, as mulheres são alvo de inúmeras transformações. Tais transformações podem surgir não só nelas próprias, como também contra elas. O corpo sofre profundas modificações, o seio familiar altera-se, assim como, as relações interpessoais estabelecidas. Em consequência de todas essas alterações, a fonte do bem-estar emocional, também se modifica. Fisicamente, observa-se um declínio dos estrogénios e, identicamente, uma alteração nas funções dos ovários, levando a que se extravie o efeito protector global dos estrogénios no corpo, facultando assim, o nascimento dos primeiros sinais indicadores, da chegada de determinadas patologias (Speller, 2004). Assim sendo, irão ser abordadas de seguida, as seguintes efemeridades: *Osteoporose, Doença Cardiovascular, Diabetes Hipertensão Arterial, Obesidade, Colesterol, Cancro e Stress*.

### 2.6.1. Osteoporose

A *Osteoporose* é caracterizada pela perda da massa óssea, assim como, da força que conduz a fracturas, em resultado da fragilidade dos ossos. Isto, provavelmente tem acontecido ao longo da história humana, contudo, só recentemente é que se converteu num grande problema clínico, em consequência do aumento da esperança média de vida. No início do século 19<sup>th</sup>, o senhor Astley Cooper, um exímio cirurgião inglês, observou que “a leveza e suavidade que os ossos adquirem nas fases mais avançadas da vida” e o “estado do osso...favorece, em muito, a produção de fracturas” (Raisz, 2005).

O termo *Osteoporose* foi criado por Johann Lobstein, na mesma época, mas a patologia que este senhor descreveu, foi provavelmente, a “*Osteogenesis Imperfecta*”. Por conseguinte, no ano de 1949, o médico e endocrinologista americano Fuller Albright referiu a Osteoporose pós-menopausa, propondo que esta era fruto de uma má formação ao nível dos ossos, em resultado da deficiência de estrogénios. Mais tarde, foram sugeridas duas formas de Osteoporose, uma relacionada com o défice de estrogénios na fase da Menopausa e a outra associada com a insuficiência de cálcio e envelhecimento do esqueleto. Estas noções têm sido substituídas por um conceito moderno de que a Osteoporose está disposta num *continuum* em que inúmeros mecanismos patogénéticos afluem para provocar a perda da massa óssea, bem como, a deterioração da microarquitettura da estrutura do esqueleto. Estes factores, em união com o aumento do risco de quedas, contribuem para uma elevada incidência de fracturas em pacientes que sofram de Osteoporose (Raisz, 2005).

Assim sendo, o termo *Osteoporose* literalmente tem como significado “*Ossos Porosos*”, realçando a reduzida densidade do osso, bem como, a sua fragilidade. Todavia, o osso não sofre qualquer fractura, somente em consequência do seu enfraquecimento. No início dos anos 1990, uma reunião de consenso da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Osteoporose como (Bartl, Frisch & Bartl, 2009): “*Uma Perturbação Sistémica do Esqueleto*

que se caracteriza por uma reduzida massa óssea e, por uma deterioração microarquitetural do tecido ósseo, com um decorrente aumento da fragilidade do osso e susceptibilidade face à fractura”. Mais tarde, a primeira conferência de consenso do novo milénio propôs uma nova definição de Osteoporose como seja: “Uma Perturbação Esquelética caracterizada por uma força óssea comprometida e predisposta a aumentar o risco de fractura” (Bartl, Frisch & Bartl, 2009). Esta forma de patologia pode ocorrer tanto no sexo masculino como feminino, em jovens adultos, bem como, nos mais velhos. Pode surgir, também, como uma complicação em condições de doença e medicação que ao longo do tempo, comprometem a força óssea (Deng & Liu, 2005). Para além destes dois factores que podem fazer despertar a Osteoporose, existem outros factores de risco, como o *Sexo*, a *Idade*, *Herança*, *Raça*, *Estrutura Física*, *Gravidez*, *Tabaco* e *Álcool*. Relativamente ao factor *Sexo*, sabe-se que a grande maioria de indivíduos que padecem de Osteoporose são mulheres. Isto porque conseguem um menor pico de massa óssea, em consequência do seu esqueleto reduzido. Por outro lado, uma vez que a esperança média de vida é superior à dos homens, estas têm mais tempo para a perder. No entanto, é importante ter em consideração que quando a mulher chega à Menopausa, a redução dos níveis de estrogénios, facultam o acelerar da perda óssea (Palacios, Castaño & Hernández, 2009). Por conseguinte, no que respeita à *Idade*, é do senso comum que o osso se vai perdendo à medida que se avança na idade. Após os 30 anos, o corpo fabrica menor quantidade de osso para poder substituir o mais antigo. De um modo geral, quando mais se envelhece, menor será a massa óssea total e maior será o risco de contrair a Osteoporose. Quanto à *Herança*, um historial de fracturas na família, assim como, um corpo curto e magro, pele ou raça branca e origem asiática, pode aumentar o risco de Osteoporose. A Herança pode também, ajudar a explicar, o porquê de algumas pessoas desenvolverem Osteoporose durante a infância. No que toca à *Raça*, os brancos e os asiáticos têm o risco mais elevado de contrair Osteoporose. As mulheres brancas, após a menopausa, apresentam cerca de 75% de todas as fracturas de quadril (Palacios, Castaño & Hernández, 2009). Os negros possuem o risco mais baixo de Osteoporose e os hispânicos e indígenas detêm um risco intermédio. Em relação à *Estrutura física*, verifica-se que as mulheres mais baixas, com uma estrutura óssea fina estão em maior risco de padecer de Osteoporose. Já para aquelas que se encontram em estado de *Gravidez*, esta é a fase da vida de uma mulher que tem a seu favor o aumento dos níveis de estrogénios e de peso. Ainda que, no decorrer da gravidez, o corpo necessite de uma maior ingestão de cálcio, os rins e o sistema digestivo compensam esta exigência adicional, absorvendo e retendo maiores quantidades de cálcio. Por último seguem-se, os factores *Tabaco* e *Álcool*. No que respeita ao primeiro, sabe-se que o fumar interfere com a produção de estrogénios e testosterona. Também, dificulta a absorção de cálcio e a formação do osso, aquando da sua reestruturação. No que se refere ao álcool, é do conhecimento que ingerir álcool em excesso durante um elevado período de tempo pode aumentar o risco de Osteoporose, bem como, o de fracturas. Mesmo que o seu consumo seja moderado, pode adelgaçar o osso trabecular mais poroso das vértebras (Palacios, Castaño & Hernández, 2009).

Deste modo, para que os clínicos sejam capazes de detectar e tratar esta doença silenciosa, é imprescindível, uma compreensão da patofisiologia da Osteoporose. A Osteoporose é primariamente uma doença do esqueleto, normalmente não é diagnosticada, até ocorrer uma fractura osteoporótica. Porém, pelo tempo em que ocorre a fractura, a patologia já se encontra instalada há muito tempo. Assim sendo, é extremamente importante aprender como reconhecer esta patologia, a tempo de instituir um tratamento para prevenir fracturas. O esqueleto humano, composto por aproximadamente 206 ossos, cumpre uma variedade de funções: os ossos dão a forma ao corpo, suportam o peso do corpo, protegem os órgãos vitais, servem de área de armazenamento para os minerais, como o cálcio e o fósforo, fornecem as células-tronco à medula óssea, com o fim de promover a cura e crescimento celular, e ainda, trabalham em conjunto com o sistema muscular, para auxiliar o corpo com o movimento (Guelnder, Grabo, Newman & Cooper, 2008).

Em suma, é de referir que a ideia de que o défice de estrogénios é imprescindível para a patogénese da Osteoporose, foi primitivamente baseada no facto de que a mulher na fase da Pós-Menopausa, cujos níveis de estrogénios se encontram naturalmente em queda, constituem um elevado risco para o desenvolvimento da patologia (Raisz, 2005). Desta forma, a idade da Menopausa detém um papel crucial para percentagem de perda óssea. Nesta fase da vida da mulher que emerge, normalmente por volta dos 51 anos, os ovários produzem baixos níveis de estrogénios. Estes são conhecidos por protegerem os ossos, através da manutenção da densidade óssea e redução do risco de fractura. Saliencia-se a redução dos níveis hormonais que apressam a perda óssea, com a maioria do sexo feminino a experienciar essa perda, cerca de 1% em cada ano, embora em algumas mulheres essa perda possa ser maior. Aos 50 anos estima-se que 1/3 da vida das mulheres seja vivida sem os efeitos protectores dos estrogénios, logo para as mulheres mais jovens que precocemente abraçam a Menopausa (com idade inferior a 45 anos), a duração temporal será maior, assim como, o risco de contrair a Osteoporose (Currie, 2006).

### 2.6.2. Doença Cardiovascular

O *Coração* é um músculo do tamanho de um punho (Canfield, Hansen & Rackner, 2005) e é sem dúvida, um dos órgãos mais vitais do corpo humano (Rogers, 2011). Bate diariamente mais de 100,000 vezes e ao actuar como uma “bomba”, a sua função é fazer circular o sangue, bombeando cerca de 2000 litros, com o desígnio de alimentar os 60 triliões de células que constituem o nosso corpo (Canfield, Hansen & Rackner, 2005).

Assim sendo, o sangue necessário à sobrevivência do coração advém de duas pequenas artérias - as *artérias coronárias direita e esquerda*, possuindo cada uma, ramificações que facilitam a chegada do sangue, a todas as áreas do coração (Canfield, Hansen & Rackner, 2005). Assim, a cada batimento cardíaco, o sangue é bombeado para as artérias e veias. Nessa altura o percurso em torno do corpo é cumprido num único circuito, facultando assim, o regresso do sangue ao coração e, possibilitando, de igual modo, a recapitulação do processo

(Rogers, 2011), demorando cerca de 60 segundos a ultimar tal trajecto (Canfield, Hansen & Rackner, 2005). Este movimento inalterável do sangue é direccionado por contracções rítmicas do músculo do coração (Rogers, 2011), contracções essas, que são provocadas pelos sinais eléctricos que se movem, por meio das fibras do músculo cardíaco e que movimentam o sangue para dentro e para fora, segundo após segundo, minuto após minuto e dia após dia (Canfield, Hansen & Rackner, 2005), sendo esta característica que o define, a razão pela qual se encontra subjacente á capacidade do organismo, para de forma rotineira e confiável fazer chegar, oxigénio e nutrientes aos órgãos, tecidos e células (Rogers, 2011). Se tal não se verificar, ou seja, se o sangue não conseguir alcançar uma parte vital do coração, o músculo falece e o sistema sofre uma perda de funcionalidade, colocando o indivíduo em risco de vida (Canfield, Hansen & Rackner, 2005).

Desta feita, a doença cardíaca não é um estado elementar. Esta refere-se, portanto, a qualquer circunstância em que o coração e os vasos sanguíneos se encontram, de alguma forma, lesados e incapazes de funcionar normalmente, o que pode causar, tal como já referido, graves problemas de saúde e até mesmo a morte (Silverstein, Silverstein & Nunn, 2006).

No entanto, é extremamente importante discriminar as noções de *Doença Cardíaca* e *Doença Cardiovascular*, uma vez que são condições dissemelhantes. Embora sejam ambos problemas do coração e do sistema de vasos sanguíneos, a *doença cardíaca* diz somente respeito a problemas no coração, ao invés de problemas relacionados com o coração e vasos sanguíneos. Tal distinção, entre os diferentes tipos de doenças cardíacas e cardiovasculares é imprescindível, uma vez que pode marcar a diferença em situações em que é necessário determinar quais os problemas que se encontram em maior risco e, aqueles que podem ser tratados de formas distintas (Seaman & Eldridge, 2008).

Assim sendo, as Doenças Cardiovasculares (CVD) dizem respeito a todas as doenças relacionadas com o coração e vasos sanguíneos. O termo “*Cardio*” remete para o *Coração* e o termo “*Vascular*” refere-se à totalidade do sistema de vasos sanguíneos arteriais que se encontram no interior do corpo, compreendendo, o cérebro, pescoço, tórax, abdómen e pernas (DeFelice, 2005). Alguns estudos epidemiológicos referiram que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos países desenvolvidos (Arnoldi, 2004). Mencionaram, ainda que este tipo de patologias, superam em muito, os tumores e as fracturas provocadas pela osteoporose. Envolvem diversas patologias, como sejam, a doença coronária, acidentes vasculares cerebrais e trombozes venosas. Porém, apesar de habitualmente se pensar nas doenças cardiovasculares, como sendo mais comuns no sexo masculino, é importante ter-se em consideração, que estas constituem a maior causa de mortalidade e morbidade em ambos os sexos (Martínez, Delgado & García 2004).

Desta forma, um dos aspectos mais problemático e deveras preocupante, relativamente à incidência das doenças cardiovasculares na mulher é, sem dúvida, a sua relação com o decréscimo de estrogénios que advêm, com a chegada da menopausa. Todavia, na Pré-menopausa, o risco da mulher contrair doenças cardiovasculares é menor do

que no sexo masculino, porém, quando a mulher ingressa na fase da menopausa, este sofre um aumento, constituindo um dos maiores riscos de saúde para a mulher na pós-menopausa (Martínez, Delgado & García 2004). Para alguns autores, o acréscimo da incidência e mortalidade das doenças cardiovasculares na Pós-menopausa, deve-se exclusivamente à idade, e não ao efeito da menopausa e déficit de estrogénios. No entanto, a grande maioria está vivamente convicta de que o aumento da idade, em união com alguns factores de risco (obesidade, hipertensão, diabetes, diminuição do exercício físico, etc.), pode influenciar, em larga medida, tal incidência, salientando, no entanto, a importância do déficit de estrogénios, neste âmbito. Para os mesmos grupos de idade, tem-se demonstrado que a prevalência de doenças cardiovasculares, é bastante superior em pacientes com ausência de actividade ovárica do que em mulheres, em que os ovários ainda se encontram em funcionamento normal (Martínez, Delgado & García 2004).

Na actualidade é evidente que os estrogénios se encontram envolvidos na fisiopatologia das doenças cardiovasculares. Tem-se verificado receptores de estrogénios no coração e vasos (endotélio e parede vascular) e diversos estudos clínicos e experimentais têm provado a sua influência na função do endotélio, no metabolismo lipídico e hidratos de carbono, homeostasia, assim como, noutros marcadores de risco cardiovascular. É legítimo concluir que a sua diminuição, juntamente com outros factores, pode estar relacionada, com o aumento do risco cardiovascular em mulheres na pós-menopausa (Martínez, Delgado & García 2004).

### 2.6.3. Diabetes

A *Diabetes* é uma doença metabólica ou um grupo de doenças de origem desconhecida, conseqüente a uma mudança na disponibilidade e uso da insulina (uma hormona pancreática) e também das anomalias existentes no sistema endócrino, anomalias essas, que podem abarcar outras hormonas e impedir o organismo de utilizar a insulina. A doença é conhecida de há séculos e, embora a investigação neste âmbito tenha esclarecido muitos dos mistérios e elaborado tratamentos que salvam vidas, a causa e a prevenção desta patologia, é ainda uma incógnita (Guthrie & Guthrie, 2009).

Tal como mencionado anteriormente, o termo *Diabetes* surgiu em tempos longínquos, uma vez que já os Gregos e Romanos possuíam conhecimentos relativos a esta efemeridade. Neste sentido, ambos os povos testavam esta situação através da prova da urina das pessoas. Os Romanos descobriram que a urina de determinadas pessoas era "*Mellitus*", uma palavra de origem latina que remete para "*Doce*". O termo "*Mellitus*" surgiu do facto de os Romanos obterem o mel na ilha de Malta, ilha essa, à qual eles apelidavam por "*Mellita*". Por sua vez, os Gregos, repararam que quando as pessoas com urina doce bebiam, os fluidos na urina saíam quase tão depressa quanto eles os ingeriam, ou seja, como um "*Siphon*", um termo grego que significa "*Diabetes*" (Rubin, 2008) (o sinal mais evidente da doença - marcada pela

perda de água através da urina, ou poliúria) (Guthrie & Guthrie, 2009). Deste modo, nascem os termos contemporâneos para a doença “*Diabetes Mellitus*” (Rubin, 2008).

Assim sendo, é do conhecimento comum que o nosso corpo possui três fontes de energia: *proteínas, gorduras e hidratos de carbono*, pertencendo o açúcar a esta última. Na natureza, existe uma variedade de tipos de açúcar, porém, a *glucose*, que exerce o papel de protagonista do nosso corpo, fornece energia de forma instantânea de modo a que, os músculos se possam movimentar e dar lugar a importantes reacções químicas (Rubin, 2008). Como tal, o nível de *glucose* existente no sangue é delicadamente controlado por uma hormona denominada *insulina*. Uma hormona é uma substância química formada numa parte do corpo e que caminha, normalmente, através da corrente sanguínea em direcção a uma parte distante, onde cumpre as suas funções. No caso da *insulina*, o seu trabalho é agir como uma chave para abrir a célula (ex. um músculo, gordura ou células do fígado), para que a *glucose* possa, assim penetrar. Caso a *glucose* não entre na célula, esta não irá poder fornecer energia ao corpo. A *insulina* é uma hormona imprescindível ao crescimento. Além de ser considerada a chave para a entrada da *glucose* na célula, a *insulina* é vista como a hormona construtor, uma vez que possibilita a formação dos músculos e gordura, o armazenamento de *glucose* sob a forma de *glicogénio*, ao qual recorre quando o alimento não está a chegar e, bloqueia, também, a degradação das *proteínas*. É importante referir que sem *insulina*, o indivíduo não sobrevive por muito tempo (Rubin, 2008).

O incremento da *glucose* no sangue, deve-se à não existência de uma quantidade suficiente de *insulina* ou quando esta, não está a funcionar de forma correcta. Quando a *glucose* alcança os 180 mg / dl (10,0 mmol / L), esta começa a derramar na urina, tornando-a doce. Até essa altura, o rim (o filtro para o sangue), é capaz de extrair a *glucose* antes que esta entre na urina. Se tal não acontecer, ou seja, se a *glucose* entrar na urina, o indivíduo poderá sofrer elevadas complicações da diabetes, a curto prazo.

Quando a diabetes é diagnosticada, alguns dos sintomas previamente reconhecidos são essencialmente, a *micção frequente e sede imensa, visão desfocada, fome extrema, fadiga, perda de peso e infecção vaginal, persistente entre as mulheres* (Rubin, 2008). Assim sendo, existem dois tipos de Diabetes. A *Diabetes Tipo 1* que é uma desordem genética que nasce na infância e é conhecida como *Diabetes Juvenil* e a *Diabetes Tipo 2* que diz respeito a um distúrbio metabólico que sobrevém na vida adulta, em resultado da incapacidade do organismo para consumir *insulina* de forma apropriada (Speller, 2004). Na actualidade, a comunidade médica encara a Diabetes como sendo um sintoma da doença cardiovascular, o que leva a crer que a doença cardíaca, ataque cardíaco e acidente vascular cerebral são consequências inevitáveis da Diabetes, caso esta não seja controlada. Para além das doenças acima mencionadas, a doença renal, a cegueira e a amputação, são também, graves sequelas resultantes desta patologia (Speller, 2004).

O processo de envelhecimento, para o sexo feminino, torna-se algo complicado, em consequência das alterações hormonais, metabólicas e psicológicas que a acompanham. Após a menopausa, a secreção de *insulina* através do pâncreas sofre um decréscimo,

contrariamente à sua resistência que sofre um acréscimo. Estas são mudanças que podem surgir, fruto da combinação do envelhecimento com a deficiência dos estrogénios. Tal deficiência afecta, igualmente o fluxo sanguíneo que viaja para o músculo, delimitando mais ainda, a captação da glucose, já em falta (Sociedade Mexicana de Nutrición y Endocrinología 2004). Nesta fase da vida, as mulheres vítimas da Diabetes Tipo 2 devem estar mais alerta, quanto ao possível desenvolvimento de doenças cardiovasculares do que as mulheres em que esta patologia se encontra ausente.

A ausência de estrogénios aumenta o risco do sexo feminino contrair doença cardíaca, doença essa que constitui a principal causa de morte das mulheres que se encontram na pós-menopausa. Porém, nas mulheres com Diabetes, o risco de estas padecerem de doenças cardíacas, é duas a três vezes maior do que o da população feminina, em geral. Além disso, como os níveis dos estrogénios e da progesterona sofrem uma queda, as mulheres com diabetes podem esperar flutuações nos níveis de açúcar no sangue e, possivelmente, mais episódios de baixo teor de açúcar no sangue. (Rosenthal, 2009).

#### 2.6.4. Hipertensão Arterial

Nos dias que correm, a pressão arterial elevada (hipertensão) é provavelmente o maior factor de risco para a doença cardíaca e acidente vascular cerebral nos Estados Unidos. Cerca de um em cada três americanos adultos têm pressão arterial elevada, e os números tendem a aumentar à medida que se envelhece, assim como, os indivíduos com excesso de peso. A pressão arterial elevada pode causar danos no coração, vasos sanguíneos e, ao longo do tempo, nos rins (Lipsky, Mendelson, Havas & Miller, 2007).

Descobertas actuais sugerem que a pressão arterial elevada é um problema de saúde, ainda mais ampla do que previamente se pensava. Hoje, aos 55 anos, mesmo uma pessoa que ainda não tem pressão alta tem cerca de 90% de hipóteses de vir a desenvolvê-la futuramente. Além disso, dados recentes mostram que os danos provocados nas artérias que levam a doenças cardíacas, AVC e a outros problemas graves, começam em níveis de tensão arterial que os médicos outrora consideravam normais. Independentemente de outros factores de risco, como o nível elevado de colesterol no sangue ou o excesso de peso, a elevada pressão arterial, aumenta a hipótese de doença cardíaca ou AVC (Lipsky *et al.*, 2007).

Cerca de 1/3 de americanos que têm elevada pressão arterial não têm conhecimento. A hipertensão é muitas vezes designada por morte silenciosa porque por si só não causa sintomas, mas ao longo do tempo pode originar AVC, ataque cardíaco e insuficiência renal, podendo qualquer um dos três, ser fatal. Muitas pessoas que sabem que estão sujeitas a desenvolver uma patologia, em consequência da tensão arterial elevada, ainda não a têm em controlo; isto é, os níveis da pressão arterial destes indivíduos estão a níveis excessivamente elevados, daquilo que é considerado saudável (Slupik & Gentry, 2005).

Estes números deixam claro o quanto é importante manter a tensão arterial controlada, e começar o mais cedo possível a prevenir ou tratar o seu desenvolvimento. A boa

notícia é que é fácil ser testada e tratada. Melhor ainda, a pressão arterial é em grande parte evitável (Lipsky *et al.*, 2007).

Posto isto, a pressão sanguínea pode ser definida como uma pressão lateral exercida por uma coluna de sangue nas paredes das. A pressão nas artérias vagueia durante a sistole e diástole do coração (Pal & Pravati, 2005). A pressão do sangue normalmente aumenta em resposta às influências do dia-a-dia, como o exercício, cafeína, medicamentos, ou situações que causam stress, retomando mais tarde o seu nível normal. Porém, se a pressão nas artérias é consistentemente mais elevada do que quando está saudável, o coração necessita de trabalhar arduamente e os vasos sanguíneos e o coração podem ficar deteriorados (Slupik & Gentry, 2005).

A pressão sanguínea é determinada pela força do coração ao contrair (sistole) e pela resistência das principais artérias e arteríolas (artérias menores) para o fluxo sanguíneo. A outra força é a diástole ou relaxamento. As arteríolas saudáveis são musculares, altamente elásticas e esticam facilmente quando o sangue é bombeado para junto delas. A sua acção de compressão está pronta para manter o sangue em movimento. Quando o coração bombeia mais sangue, por exemplo, durante o exercício, muitas das arteríolas expandem para acomodar o maior fluxo de sangue. As artérias saudáveis são também abertas, livres de qualquer acúmulo ou obstrução para que o sangue possa fluir livremente. As artérias doentes perdem a sua elasticidade, provocando, assim, o aumento da pressão (Lipsky *et al.*, 2007).

A influência da menopausa na tensão arterial permanece algo controversa. alguns investigadores têm observado unicamente um crescimento da tensão arterial sistólica (TAS) sem alterações na tensão arterial diastólica (TAD), em circunstâncias basais, na mulher em fase da menopausa (Smyth, 2005). Por outro lado, outros pesquisadores constataram um aumento temporário na pressão sanguínea, relacionada com a falha dos ovários ou até mesmo uma diminuição na tensão arterial sistólica após a menopausa. Staessen *et al.* (1989) facultaram alguns dados, onde descreviam que as mulheres na pós-menopausa exibiam valores mais elevados de hipertensão ou mesmo um aumento repentino com o avançar da idade, quando comparadas com as mulheres na pré-menopausa (Smyth, 2005). Tais resultados são inconsistentes com os resultados do estudo longitudinal de Framingham, onde referiu que a hipertensão não sofria um aumento, com a chegada da menopausa. Casiglia *et al* (1996) procuraram analisar o efeito da hipertensão e do risco de doenças cardiovasculares num estudo de coorte que envolveu 568 mulheres italianas. A análise cross-seccional e longitudinal mostrou que a menopausa não detém qualquer influência na hipertensão e risco de contrair doenças cardiovasculares. Neste sentido, ao longo de 16 anos de investigação, os mesmos autores verificaram que a incidência da hipertensão foi de 18%, em mulheres que permaneciam na pré-menopausa, 27,6% em mulheres que se encontravam na menopausa durante o período do estudo e 21,1% em mulheres que ao longo do estudo já se deparavam na pós-menopausa. Porém, tais dissemelhanças não foram estatisticamente significativas (Smyth, 2005). Estes investigadores concluíram que os elevados níveis de hipertensão, mortalidade e morbidez observados em mulheres na pós-menopausa são atribuídos aos efeitos da idade e

não à fase da menopausa. Similarmente, Portaluppi *et al.* (1997) relataram que a mulher na pós-menopausa tem elevados níveis de pressão arterial do que as mulheres que se encontram na pré-menopausa e perimenopausa.

Todavia, o efeito da menopausa na hipertensão perdeu a sua significância após o ajustamento do índice de massa corporal (IMC) e a idade. Deste modo, foi concluído que o aumento da pressão arterial após a menopausa parece ser o resultado do envelhecimento cronológico e do elevado IMC. Posto isto, a menopausa em si, não parece ser um factor de risco para a hipertensão. Desde que o excesso de peso e obesidade são habituais em mulheres na pós-menopausa, o complexo mecanismo da obesidade relacionada com a hipertensão pode desempenhar um papel relevante na explicação da elevada prevalência de hipertensão na pós-menopausa (Smyth, 2005).

### 2.6.5. Obesidade

A Obesidade é uma alteração metabólica crónica que supõe um grave problema de saúde em todo o mundo e, que está a crescer exponencialmente tanto em países desenvolvidos como em países que estão em vias de desenvolvimento. Neste sentido, diversos estudos têm testemunhado que a obesidade tem vindo a aumentar gradualmente entre a população dos 20 aos 74 anos. Tal facto pode ser comprovado, com a subida no ano de 1980 de 15% para 32,9% em 2004 (Puigarnau, 2009).

Em cada etapa da vida o desenvolvimento ou a presença da obesidade irá ter sempre conotações especiais e a fase da menopausa não é excepção. A menopausa é um acontecimento bem definido no tempo e, como tal, alguns anos anteriores à sua vinda, a função dos ovários começa a decair, provocando uma alteração nos ciclos ovulatórios. Por sua vez, e em consequência do aumento da esperança média de vida, a mulher vai passar um grande período da sua vida na fase da menopausa, daí ser extremamente importante clarificar o papel que esta situação detém na obesidade (Paz, Hernando & Roldán, 2006).

Assim sendo, a Obesidade é uma forma de patologia que pode afectar o conjunto de sintomas próprios da menopausa e pós-menopausa. Sherman e colaboradores referiram uma associação entre a obesidade e a idade mais avançada das mulheres na menopausa. Campagnoli e colaboradores, estudaram as mulheres de um centro geriátrico e verificaram que aquelas que exibiam excesso de peso, pareciam padecer de menores sintomas “*somáticos*”, como as ondas de calor do que as mulheres com peso normal, independentemente do nível socioeconómico. Por outro lado, os problemas “*psíquicos*” (ansiedade, depressão, irritabilidade e crises de choro) mostraram ser mais frequentes e incapacitantes em mulheres severamente obesas de todas as classes, assim como, em mulheres minimamente obesas referentes a grupos de indivíduos de nível socioeconómico baixo.

Todavia, outras pesquisas desenvolvidas neste âmbito não confirmam estes resultados e alguns deles têm referido um aumento das ondas de calor entre mulheres obesas na

menopausa. Posto isto, a produção periférica de estrogénios pode contribuir, em muito para as diferenças na sintomatologia entre as mulheres com excesso de peso e peso normal (Carr, Blackwell & Azziz, 2005).

Deste modo, parece que a menopausa agrava os distúrbios metabólicos já existentes em mulheres com excesso de peso, incluindo os lípidos e a regulação da glicose. Além disso, o nível plasmático T sofreu uma queda em mulheres com peso normal, enquanto que este aumentou em mulheres obesas. Uma vez que na menopausa, a obesidade pode, eventualmente estar associada a um agravamento do perfil lipídico e tolerância à glicose, as mulheres obesas apresentam menores probabilidades de desenvolver osteoporose na pós-menopausa. Diferenças na densidade mineral óssea entre mulheres com excesso de peso e com peso normal são observadas na fase que antecede a menopausa (Carr, Blackwell & Azziz, 2005).

Existem relativamente dados insuficientes relativos à mudança da adiposidade e distribuição de gordura, relacionados com a menopausa em mulheres. Esta é uma questão extremamente importante, devido às relações que têm sido observadas entre a obesidade e doença cardiovascular e obesidade com determinados tipos de cancros em mulheres na pós-menopausa. Tal como mencionado acima, o peso corporal atinge o seu máximo em mulheres que se encontram muito próximas da época da menopausa e, há um aumento relativo da adiposidade para qualquer peso ou IMC (Bray, Bouchard & James, 2005).

Enquanto alguns estudos constataram que o aumento de peso que acompanha a menopausa está mais relacionado com a idade do que propriamente com menopausa em si. Outros citaram aumentos específicos, relacionados com a menopausa no IMC, adiposidade total, adiposidade central e adiposidade intra-abdominal (Bray, Bouchard & James, 2005).

### **2.6.6. Colesterol**

As doenças cardiovasculares são as que provocam maior número de óbitos em todo o mundo, sendo o excesso de colesterol no sangue, um dos grandes vilões para a ocorrência de ataques cardíacos. Porém, ele não é de todo mau. O colesterol é também necessário para o bom funcionamento do organismo, uma vez que é indispensável para a formação de hormonas (como os estrogénios e a testosterona), na síntese de vitamina D, na construção e restauração contínua das membranas que envolvem as células e na composição do ácido biliar que é usado para absorver a gordura (Salgado, 2009) e mielina que reveste os nervos (Jones, Eichenwald & Hall, 2007).

O colesterol é da família das gorduras e só é encontrado em produtos de origem animal. No entanto, é indispensável recorrer a fontes externas para suprir somente 30% do colesterol que necessitamos, pois é da responsabilidade do organismo a produção do que está em falta - trata-se do colesterol endógeno, que é produzido principalmente pelo fígado. Posto isto, a maioria das pessoas deve, portanto, voltar a atenção para o colesterol contido nos alimentos, por forma a que a quantidade ingerida não exceda a que o organismo necessita.

Porém, existem indivíduos que, em consequência de uma disfunção orgânica produzem excesso de colesterol. Quando tal se verifica, é extremamente preciso um controle da alimentação, bem como, um acompanhamento médico com o intuito de monitorizar a produção da substância pelo organismo (Salgado, 2009).

O excesso de colesterol acumula-se nas paredes das artérias e é responsável pela aterosclerose. As placas de gordura atraem o cálcio presente na circulação e acabam por endurecer, colocando em risco o funcionamento do sistema circulatório, podendo mesmo desencadear um infarto do miocárdio (Salgado, 2009).

Após a menopausa, a taxa de doença cardíaca em mulheres é 8 vezes maior do que todos os câncros reprodutivos combinados (útero, cervical, ovários e mama). Esta subida do risco de doença cardíaca é parte do resultado das alterações do colesterol do organismo da mulher, que por sua vez estão relacionadas com as mudanças dos níveis de colesterol. Os estrogénios são conhecidos por dilatarem os vasos sanguíneos e aumentarem o nível de HDL (high-density lipids), o “Bom” colesterol, enquanto reduzem os níveis de LDL, (lower - density lipids) o colesterol “Mau”. Depois da menopausa, os níveis de colesterol em geral aumentam, especialmente, os níveis de LDL, enquanto os níveis de HDL diminuem (Banerd, 2004). Sabe-se que os níveis do colesterol LDL estão associados com o aumento do risco de desenvolvimento da doença cardíaca e de ter um ataque cardíaco. Os estrogénios mantêm os níveis de LDL e HDL dentro dos limites saudáveis antes de sofrer um declínio na menopausa. O que não é conhecido é o tempo que os estrogénios levam a trabalhar para manter o coração da mulher saudável antes da menopausa.

Acredite-se, ou não, ainda que as mulheres mostrem ter um medo tremendo de desenvolver cancro de mama, elas têm oito vezes mais probabilidades de falecer de doença cardíaca ou AVC. Talvez este medo desproporcional seja resultado da adoração por parte da Sociedade Norte-Americana e da preocupação com a mama feminina (Banerd, 2004).





## Capítulo III. Qualidade de vida na Menopausa

A medicina moderna tem provocado um aumento significativo, na expectativa de vida das mulheres em todo o mundo. No ano de 1960, a população mundial feminina com idade superior a 60 anos abrangia um número inferior a 250 milhões, facto que se estima sofrer um aumento em 2030, pois nessa altura, espera-se que cerca de 1,2 biliões de mulheres estejam na perimenopausa e pós-menopausa, o que obriga a um aumento de 4,7 milhões por ano (Nisar & Sohoo, 2010).

Como já é do conhecimento comum, a Menopausa é um acontecimento fisiológico que sobrevém na vida de uma mulher. Surge em consequência do envelhecimento dos ovários, levando a um declínio na produção de estrogénios e progesterona. A deficiência hormonal desperta inúmeros sintomas somáticos, vasomotores, sexuais e psicológicos, sintomas tais que prejudicam, no seu todo, a Qualidade de Vida (QV) das mulheres.

Assim, em consequência do aumento da esperança média de vida, as mulheres vão poder agora viver, aproximadamente 1/3 das suas vidas em défice hormonal, o que compromete em grande medida a sua QV tornando-se, deste modo, o estudo sobre este tema um componente essencial na prática clínica (Nisar & Sohoo, 2010). Assim sendo, dado o aumento do contingente populacional, estima-se que a maioria das mulheres venha a mencionar, para além dos sintomas vasomotores, os sintomas relacionados com a atrofia urogenital, nos anos que se seguem à Menopausa, fruto da diminuição dos níveis hormonais, levando a um comprometimento da sensação de bem-estar (Lorenzi, Catan, Cusin, Felini, Bassani, & Arpini, 2009). Tem sido descrito que a vivência da sintomatologia inerente à Menopausa envolve, não só uma complexa interacção entre os factores socioculturais, psicológicos e ambientais, como também, aglomera modificações biológicas relacionadas com as alterações do estado hormonal. Deste modo, a natureza, frequência e gravidade dos sintomas variam, não unicamente, entre os indivíduos de uma população com dissemelhantes culturas, etnias e mulheres oriundas de países diversos, como também, nas diferentes fases da menopausa (Nisar & Sohoo, 2010).

Segundo Cardoso (2004), a Qualidade de Vida depende de vários factores e reflecte uma percepção individual e subjectiva acerca dos vários domínios de vida. Assim sendo, a Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida como *“a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, do contexto, da cultura e dos sistemas de valores, nos quais a pessoa vive, tendo em conta os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.”*

O conceito em questão parece estar relacionado com uma série de dimensões: auto-estima, bem-estar pessoal - abrangendo uma série de aspectos, tais como, a capacidade funcional, o nível sócio económico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o suporte social e familiar, o estado de saúde, os valores éticos, morais e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as actividades diárias e o

ambiente em que vive (Cardoso, 2004). Neste sentido, este último refere que o conceito de Qualidade de Vida está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Com a expectativa de vida mais prolongada assiste-se a um crescente interesse em torno do tema da Qualidade de Vida. No entanto como se pode depreender no que já foi dito anteriormente, a Qualidade de Vida poderá ser entendida como um constructo multidimensional envolvendo dimensões psíquicas, sociais, físicas e emocionais (Lucas, Martins & Robazzi, 2008). Ao relacionar-se contiguamente com a funcionalidade geral do homem, a sua importância nas questões de prevenção e intervenção da saúde dos indivíduos é sobejamente valorizada. É, ainda importante referir que os conceitos de Qualidade de vida têm em comum a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos relacionados com essas mesmas funções (Lucas, Martins & Robazzi, 2008).

Nas sociedades ocidentais, o sexo feminino é valorizado, sobretudo, no que respeita à sua mocidade e formosura. Culturalmente, a Menopausa é percebida como sendo um símbolo do envelhecimento, cuja ocorrência pode favorecer sentimentos de desvalia e baixa auto-estima, potencializando o sofrimento trazido pelos sintomas característicos da Menopausa (Lorenzi *et al.*, 2009). Numerosos estudos têm sido realizados, envolvendo mulheres do ocidente, com o propósito de avaliar a QV na Menopausa, pois as distintas realidades socioculturais podem influenciar não somente a percepção da Qualidade de Vida, como também, a vivência da Menopausa nas suas diferentes fases. No entanto, é importante transparecer a escassa informação que existe, acerca desta temática, relativamente aos países em desenvolvimento (Nisar & Sohoo, 2010).

Actualmente a hipótese que surge é a de que a Qualidade de Vida na Menopausa seria influenciada tanto pela severidade dos sintomas decorrentes do declínio hormonal, como por factores psicossociais e culturais ligados ao próprio processo de envelhecimento (Lorenzi *et al.*, 2009).

### **3.1. Factores relacionados com a Qualidade de Vida na Menopausa**

Testemunhos fidedignos têm vindo, cada vez mais demonstrar que os benefícios de um estilo de vida saudável, constituído por uma dieta e exercício exercem um papel crucial na redução do risco de doenças graves, tais como, as doenças do coração e cancro (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá, 2006). Várias linhas de evidências têm, também realçado a importância da saúde na primeira infância, na determinação do risco de contrair doenças na idade adulta. Nos dias de hoje, um maior número de mulheres atinge a menopausa, o que leva a crer que tiveram a vantagem de crescer com acesso a uma melhor nutrição, saúde preventiva e informação sobre como viver uma vida saudável. Posto isto,

durante os últimos 25 anos, a prevalência da doença cardíaca, por exemplo, tem sofrido progressivamente um declínio.

Por outro lado, muitas destas mulheres chegam, hoje à menopausa em estados de saúde sem precedentes. Mas, ao mesmo tempo, os níveis de obesidade estão a aumentar e a inactividade física é uma preocupação constante. Numa sociedade cada vez mais diversificada, o desafio é encontrar respostas que possam ser aplicáveis a diversas populações de mulheres (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá, 2006). Assim sendo, para além do *sedentarismo*, existem outros factores que afectam a qualidade de vida das mulheres em fase da menopausa, são eles, o *consumo de tabaco, álcool e cafeína, privação de sono e alimentação*. No que respeita ao *Sedentarismo*, este nunca passa despercebido. As últimas estatísticas canadianas acerca da condição física revelaram que 59% das mulheres não praticam nenhuma actividade física regular e que esta percentagem aumenta com a idade (Lagacé, 2006). Os investigadores do SWAN compilaram as informações relativas a 15.000 americanas, com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos, de diversas origens étnicas. Consideram que o nível de actividade física é o factor mais importante em relação ao aumento de peso durante a menopausa. Outros relatórios relacionam o aumento de peso durante a menopausa com uma diminuição da actividade física. Infelizmente, demasiadas mulheres deixam de fazer exercício quando completam cinquenta anos. Então, se se diminuir a ingestão de calorias, o seu peso vai continuar a aumentar. Porquê? Porque sem actividade física, o metabolismo funciona lentamente e não pode compensar a redução da queima de calorias originados pela menopausa e/ou regime de emagrecimento (Lagacé, 2006). Relativamente ao *Consumo de Tabaco* e, de acordo com algumas investigações desenvolvidas no campo da medicina o fumar tem uma enorme influência no aparecimento da menopausa, ou seja, as mulheres que fumam regularmente, têm um risco acrescido de entrar na menopausa por volta de um a três anos, quando comparados com aquelas que não fumam. Fumar cigarros provoca inalação do fumo do tabaco (Borden, 2008). A nicotina existente nos cigarros pode afectar o sistema nervoso central, desencadeando inúmeras alterações nas secreções hormonais. Tais alterações nos níveis hormonais podem ser um factor preditor para a menopausa precoce. Uma menopausa precoce pode tornar a mulher mais susceptível a doenças cardíacas e osteoporose. Como estas condições reduzem a resistência aos sintomas comuns da menopausa, como os afrontamentos, suores nocturnos, padrões de sono irregulares e períodos irregulares que detém um maior efeito. Fumar pode também aumentar as probabilidades de desenvolver cancro nos ovários, útero ou cervical. Em algumas situações, esses cancros permanecem adormecidos por muito tempo, provocando a falha do ovário. Deixar de fumar é reivindicada por alguns, porém, às vezes ajuda a retardar o início da menopausa e, pode ajudar a combater melhor os sintomas quando eles surgem (Borden, 2008). Em alguns estudos, a *Cafeína* tem sido caracterizada como um “gatilho” para os afrontamentos, no entanto, Guthrie *et al.* (1996) desvendaram que as mulheres que experimentam ondas de calor diversas vezes ao dia, gozaram de uma reduzida ingestão de consumo de cafeína, quando comparadas com as mulheres que não vivenciaram

afrontamentos nas duas semanas consideradas (Sievert, 2006). Num estudo clínico desenvolvido em Puebla, no México envolvendo ondas de calor por condutância da pele do esterno, os autores descobriram que o tabagismo e o consumo de café estavam altamente correlacionados. Quando ambos os consumos de tabaco e álcool foram incluídos no modelo de regressão, o café foi seleccionado como um preditor significativo de ondas de calor subjectivas. É de notar que o café foi um preditor significativo da experiencia de ondas de calor subjectivas e não objectivas. Concluíram que o consumo de café em associação com o consumo de tabaco podem afectar a percepção das ondas de calor de uma forma que é dissociada da medida objectiva da sudorese pela condutância da pele do esterno (Sievert, 2006). Por outras palavras, o consumo de café foi significativamente associado com a percepção das ondas de calor, enquanto que a ingestão de café não foi associada com a demonstração objectiva das ondas de calor pela condutância da pele do esterno. As mulheres que bebem café podem sentir mais ondas de calor. Por conseguinte, O *Álcool* converteu-se num componente regular da dieta do mundo ocidental. As investigações efectuadas têm sugerido que reduzidas doses de álcool pode trazer benefícios para o sistema cardiovascular, porém, o excesso pode causar danos no fígado, aumentar o risco de osteoporose e, assim, agravar os sintomas da menopausa. Os limites de consumo recomendados e, considerados “seguros” são 14 unidades por semana para as mulheres, uma vez que estas são mais susceptíveis ao efeito tóxico do álcool quando comparadas com os homens. O álcool tem um teor calórico bastante elevado, cerca de 100 calorias por copo de vinho e 200 calorias por copo de cerveja. Assim, se consumido em excesso pode contribuir para o ganho de peso. Deste modo, é importante ter em consideração que se se consumir mais do que duas a três unidades de álcool por dia, o risco de cancro de mama, aumenta fortemente (Currie, 2006). Neste sentido, a ingestão de álcool tem sido também associada com frequências elevadas de ondas de calor em alguns estudos. Existe um consenso geral que o álcool aumenta os níveis de estrogénios, portanto poderia esperar-se menos ondas de calor com um consumo moderado de álcool (Sievert, 2006). No que respeita ao Sono, sabe-se que dormir é uma das necessidades básicas do corpo. Restaura e preserva a nossa saúde. Dormir muito pouco coloca-nos em risco de problemas de saúde como a hipertensão arterial e doenças cardíacas. Quando somos privados de dormir, a imunidade à doença sofre um declínio e a tolerância face ao stress torna-se difícil. Quando não descansamos bem o corpo e a mente, todos os aspectos do nosso dia de vigília são afectados. As estatísticas mostram ainda, que cerca de 70% dos americanos estão privados de dormir (Thacker, 2009).

É claro, que alguns dos americanos exaustos incluem as mulheres da meia-idade. De facto, de acordo com o *National Sleep Foundation*, as mulheres demonstram ter mais problemas de saúde ao longo da pós-menopausa. Os seus sintomas incluem ondas de calor, distúrbios de humor, insónias, e distúrbios respiratórios do sono. Problemas de sono são muitas vezes acompanhados pela depressão e ansiedade. Muitas mulheres não percebem o quão importante é o sono e, deste modo, colocam-no no final da lista de afazeres. Existe a tendência para espremer cada hora de cada dia. É comum encher-se os horários com

actividades profissionais, sociais e familiares e raramente se reserva tempo para relaxar e ir para a cama na hora certa. Contudo, é com o dormir que o corpo renova e recarrega a energia e força necessárias para enfrentar o dia seguinte (Thacker, 2009). Por último, segue-se a *Alimentação*. A Nutrição é extremamente importante na meia-idade. Porquê? bem, o nosso metabolismo está a abrandar, a nossa massa muscular diminui ligeiramente e, por isso, não é possível recuperar das consequências das escolhas de saúde precária, como por exemplo, comer fast-food ou beber demasiado, ou seja, adoptar comportamentos próprios dos 20/30 anos (Thacker, 2009).

Deste modo, uma reduzida percentagem de mulheres chegam à menopausa bem alimentadas, o que é preocupante. Para conseguirem alimentar-se de forma ideal, uma mulher deve fazer ajustes na sua alimentação muito antes e muito depois da última menstruação. Por outras palavras, é importante preparar o corpo, alimentá-lo o melhor possível para viver melhor a transição hormonal. É lógico e segue a mesma lógica utilizada para os seis meses de gravidez, para preparar o desenvolvimento do feto e proteger a saúde da futura mamã. É com esta mesma ideia que alguns investigadores tentam estabelecer vínculos entre os hábitos alimentares antes da menopausa e a qualidade de vida durante a mesma (Lagacé, 2006).

Assim sendo, o mais importante é, sobretudo, aquilo que comemos e que vai afectar em larga medida, muitos dos órgãos do nosso corpo e processos físicos que são afectados pelo declínio dos níveis de estrogénios. A nossa escolha alimentar, as vitaminas e suplementos, irá afectar o coração, cérebro e ossos e influencia a prevenção da doença - mesmo as ondas de calor, em alguns casos.

É importante pensar na meia-idade como uma espécie de botão “reset”, pois estes são anos em que a mulher tem a hipótese de brincar com o destino e controlar a forma como vai olhar e sentir os anos que se seguem, tornando sábias as suas escolhas nutricionais (Thacker, 2009).

### **3.1.1 Estilo de Vida e Bem-Estar**

As mudanças que surgem em torno da época da menopausa muitas vezes servem como um “despertar”. Por muitos anos, a mulher com vidas muito ocupadas, muitas vezes, não prestam um pouco de atenção a si mesma, desprezando a sua saúde, colocando a família e o trabalho à sua frente. Os níveis hormonais mudam e os sintomas aparecem, as mulheres provavelmente irão procurar ajuda médica. A tendência pode ser, então, considerar tratamentos específicos para aliviar os sintomas. Para muitas mulheres, os tratamentos podem ser muito eficazes com um risco mínimo. No entanto, a atenção deverá ser dada à dieta e estilo de vida. Estes são temas muitas vezes ignorados e é importante ter em consideração que algumas mudanças tão simples podem fazer toda a diferença, não apenas na redução da sintomatologia da menopausa, como também na melhoria da saúde em geral e reduzindo o risco de doença a longo prazo (Currie, 2006)

No presente século, quando as mulheres iniciam a menopausa, apenas chega a alcançar metade da sua vida. Com o aumento da expectativa de vida da mulher, é imprescindível despende alguns minutos de atenção a todos os factores que poderão servir, não só para viver mais anos, como também, para os viver de forma saudável, ou seja, com uma boa qualidade de vida. As mulheres deveriam desfrutar de uma vida permanentemente saudável, dando especial ênfase desde a menopausa até ao fim da sua existência, uma vez que é a idade em que se procura preservar novas e graves patologias (Pla, 2009).

*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e social e, não somente ausência de doença.* Apesar do aumento da esperança média de vida, não se tem conquistado um aumento na saúde, nem de uma vida livre de incapacidades. O resultado é um aumento de elevadas incapacidades e perdas de independência e, por tanto, diminuição da qualidade de vida em mulheres idosas. A qualidade de vida corresponde ao um nível de bem-estar e satisfação do indivíduo, tanto ao nível físico como mental e social. Assim, para alcançar o bem-estar e saúde integral no decorrer da menopausa, devem ser aplicadas as seguintes medidas (Pla, 2009):

1. Manter um estilo de vida saudável;
2. Controlo profissional de saúde

Todos, homens e mulheres, devem viver de maneira saudável para se protegerem de doenças e melhorar a qualidade de vida. Uma dieta adequada e exercício físico regular podem ter um impacto positivo na saúde física e emocional de uma pessoa em qualquer idade. Para algumas mulheres na menopausa, a adopção de um estilo de vida saudável pode reduzir a gravidade dos sintomas e facilitar a transição (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá, 2006).

Uma dieta diferenciada irá ajudar a mulher a manter um bom estado de saúde antes, durante e após a menopausa (Pla, 2009). Deste modo, uma alimentação saudável envolve refeições preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas, a cada fase do percurso da vida, combinando refeições coloridas e saborosas que incluam, nutrientes tanto de origem vegetal como animal. Deve ser composta por três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches (Ministério da Saúde, 2008). O regime variado para esta fase da vida deverá conter alimentos baixos em gorduras e colesterol, o que irá ajudar a receber todos os nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo. É, ainda importante referir a necessidade de manter o peso adequado. Os profissionais de saúde recomendam um índice de massa corporal (IMC) entre os 20 e os 25, porém, mais de 25% da população apresenta valores superiores a 30 o que equivale dizer que estes valores são sinónimo de obesidade (Pla, 2009).

É extremamente importante comer e beber cerca de 2 a 4 doses de comida ricas em cálcio, por dia. O cálcio pode ser encontrado em alimentos como lacticínios, sardinhas e legumes. Assim sendo, a mulher deve garantir que ingere uma quantidade suficiente de cálcio

na sua dieta, de modo a que possa manter uma óptima qualidade do osso. Com a entrada da mulher na menopausa, esta irá necessitar de aproximadamente 1200 mg de cálcio por dia, todavia, se a alimentação for equilibrada fornece, normalmente 600 mg de cálcio por dia, porém, não deve ser rejeitado o uso do suplemento de cálcio. Este não pode ser absorvido sem a vitamina D, constituindo o leite, uma das melhores fontes de cálcio. A quantidade diária recomendada de vitamina D é de 800 microgramas por dia em mulheres na perimenopausa. É conveniente ingerir pelo menos 3 porções de alimentos ricos em ferro por dia. O ferro é encontrado em alimentos como carne vermelha, peixe, ovos e nozes. É aconselhável adicionar 2 a 4 porções diárias de frutas e 3-5 de vegetais, comer alimentos ricos em fibras e comer peixe pelo menos duas vezes por semana. Também deve-se reduzir ou limitar o consumo de alimentos ricos em gordura. Gordura deve fornecer menos de 30% das calorias diárias, pois as gorduras saturadas aumentam o risco de doença cardíaca.

Posto isto, é necessário fazer boas escolhas alimentares e, para tal, deve ler-se muito bem, as informações presentes nos rótulos dos alimentos. Açúcar, sal e café devem ser consumidos com moderação. O consumo diário de bebida alcoólica não deve ultrapassar 20 g para as mulheres. Contrariamente a este último, a água é um bem essencial e, como tal, deve ser ingerida com frequência (8 copos por dia) (Pla, 2009).

### **Exercício Físico:**

O exercício físico é vital para manter uma boa qualidade de vida, sobretudo à medida que se envelhece. Fazer exercício com regularidade melhora muitos dos aspectos relacionados com o estado de saúde, nomeadamente, o perfil metabólico, ajuda a manter uma atitude mental positiva, melhora a coordenação e a oxigenação ao nível dos tecidos e permite, também, engrandecer a auto-estima (Pla, 2009). Este não só melhora a atitude de uma pessoa, como também diminui as complicações cardíacas e cerebrais, muitas vezes desencadeadas pelo sedentarismo. A prática do exercício físico proporciona uma melhoria na força muscular e no tecido ósseo e reduz a probabilidade do aparecimento de cancro, assim como, o risco de fracturas, uma vez que atrasa a perda de massa óssea que, constitui um importante risco de morbilidade e mortalidade na mulher na perimenopausa. Ao fazer exercício físico deve ter-se em conta, dois tópicos importantes (Pla, 2009):

1. Qualquer actividade física é melhor que o sedentarismo;
2. O excesso de exercício pode provocar malefícios.

Assim sendo, aconselha-se que as mulheres pratiquem exercício físico de intensidade moderada, cerca de 40 minutos e 4 a 5 vezes por semana, combinando-o com exercícios de resistência, cerca de duas vezes por semana. O exercício melhora o estado geral das pessoas (Pla, 2009).

A prática regular do exercício físico benfeitoriza, em muito, o organismo. Para além dos benefícios já anteriormente referidos, a prática física melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, promovendo o ganho de massa óssea, a diminuição da pressão arterial, a tolerância à glicose e acção da insulina. Posto isto, as mulheres, devem então, ser estimuladas a realizar actividade física periodicamente (Ministério da Saúde, 2008). É extremamente importante a presença de um equilíbrio entre a ingestão de calorias e o gasto energético, para que ocorra a redução de peso. O exercício escolhido pela mulher na menopausa deve ser agradável, acessível e fácil de realizar, contribuindo, assim para seu bem-estar, auto-estima e frequência. São recomendadas actividades de diversas naturezas, dando-se prioridade aos exercícios aeróbios (caminhada, natação, hidroginástica) e à musculação, desde que devidamente orientados por profissionais da área. Estes podem ser exercícios programados (em academias, clubes ou parques) ou ainda, actividades de lazer (dança, jardinagem, jogos ao ar livre, andar de bicicleta ou mesmo passear com um animal de estimação. Diferentes tipos e quantidades são necessários para se obter diferentes resultados na saúde: a prática regular de 30 minutos de actividade física de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana, reduz o risco de doenças cardiovasculares e diabetes, cancro do cólon e cancro de mama. Além disso, as mulheres devem ser incentivadas a tornarem o seu dia-a-dia mais activo. A actividade física adoptada ao longo da vida, contribui para a prevenção de muitas doenças e, para uma melhor qualidade de vida. Uma vida mais activa está associada à diminuição do risco de desenvolver doenças crónicas não transmissíveis (Ministério da Saúde, 2008)

### **Hábitos Saudáveis**

Com frequência existem pormenores na rotina diária, aos quais não é dada muita atenção e, que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida. Hábitos saudáveis, como uma higiene pessoal adequada, sono tranquilo, de pelo menos, oito horas por dia e uma sexualidade normal são essenciais (Pla, 2009). O estado de saúde pode ser melhorado, caso a mulher deixe de fumar e de consumir substâncias aditivas. Estas recomendações irão ajudar a paciente tanto ao nível da saúde física como psicológica. Por essa mesma razão, deve existir empenho para melhorar esses hábitos, tanto por parte da paciente, como dos profissionais de saúde que devem dar incentivo para tal comportamento (Pla, 2009).

Por Conclusão, é possível afirmar que uma alimentação saudável, em união com a prática regular de exercício físico e modos de vida saudáveis, constituem os elementos primordiais para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das mulheres que se encontra na fase da menopausa (Pla, 2009).

### 3.1.2. Terapia Hormonal de Substituição

No início do século XX, com uma maior compreensão da fisiologia reprodutiva e hormonal, veio ser reconhecido que a terapia de substituição de estrogénios poderia aliviar os sintomas agudos da menopausa. O uso da *Terapia Hormonal de Substituição* (THS) começou a ganhar popularidade na década de 1960 e as produções em massa elaboradas, continham unicamente estrogénios (Reed & Audisio 2010). Neste sentido e, tal como prometido num livro best-seller de Robert Wilson, publicado em 1966, os estrogénios foram promovidos com a finalidade de auxiliar as mulheres a manterem-se “*Femininas para Sempre*”. Em consequência disto, um elevado número de mulheres que vivenciavam, de momento a pós-menopausa tomaram a hormona, na expectativa de manterem uma aparência mais jovem, melhorar a capacidade de reminiscência e evitar os efeitos do envelhecimento (Reed & Audisio 2010). Por conseguinte, na década de 1970, quando as evidências emergiram, as mulheres que recorreram à *Terapia Hormonal de Substituição*, tiveram um risco acrescido de cancro do útero. Todavia, tal problema pôde ser evitado, devido à introdução de outra hormona, a progesterona, também com prescrição médica (Schneider, 2011).

O desfrutar da *Terapia Hormonal de Substituição*, bem como o seu efeito na saúde das mulheres leva a um conjunto de interrogações algo controversas. O uso da THS para o tratamento da sintomatologia própria da Menopausa é verdadeiramente difundido e bastante reconhecido. Todavia, a exposição às hormonas exógenas nas mulheres na pós-menopausa e o subsequente risco de contrair cancro em geral e, cancro de mama, em particular, tem sido alvo de elevado interesse (Reed & Audisio 2010).

Assim sendo, é sabido que a vida reprodutiva do sexo feminino é assinalada pela menarca, na puberdade e pela menopausa na idade média. A definição desta última rege-se pela cessação da menstruação em resultado da falência dos ovários, denotando assim, o fim da vida reprodutiva da mulher. Em consequência, o esgotamento dos ovários permite a diminuição da circulação dos níveis de estrogénios, cujo resultado é a exteriorização dos sintomas agudos da Menopausa, tais como, *irregularidades menstruais*, *vasomotores e sintomas urogenitais* (Reed & Audisio 2010).

Na actualidade, a Menopausa é, portanto, encarada como uma das “doenças” mais comumente tratadas entre o sexo feminino. Os sintomas que esta fase da vida acarreta anunciam as grandes alterações que o corpo da mulher está, de momento, a atravessar. Por volta dos 50 anos, quando as mulheres iniciam a menopausa, a sua produção natural de estrogénios sofre um declínio significativo, levando muitas das mulheres a experienciar os sintomas próprios desta fase, sintomas esses, que podem ser deveras preocupantes, nomeadamente, *ondas de calor* que perturbam o bem-estar durante o dia e o sono no decorrer da noite e a *secura vaginal* que causa desconforto e intervém na actividade sexual (Moritz, 2007).

Posto isto, a classe médica acredita que tais transformações e sintomatologia surgem em consequência da redução da produção de hormonas femininas, como sejam, os

estrogénios e a progesterona a que o organismo recorre para cumprir os seus ciclos mensais, gravidez, nascimentos, entre outros. Como forma de adiar o início da temida doença “Menopausa” que é muitas vezes percebida como um sinal de um envelhecimento veloz e reduzir ou mesmo eliminar os sintomas que a acompanham, os médicos prescrevem, geralmente, uma combinação de hormonas conhecidas como *Terapia Hormonal de Substituição* (Moritz, 2007). Esta consiste na administração de estrogénios e progesterona com a finalidade de aliviar os sintomas próprios da Perimenopausa e Menopausa, tais como, a atrofia vaginal, afrontamentos e suores nocturnos. Pode ainda, prevenir ou adiar a osteoporose, apesar de já existirem presentemente, outras formas de terapia para fazer face a este problema (Brewer, Jones & Eichenwald, 2011). Todavia, alguns especialistas não incluem o termo “*Substituição*” quando se referem à *Terapia de Reposição Hormonal*, pois segundo a sua perspectiva, “*Substituição*” implica a existência de deficiência. A reduzida produção de estrogénios não é percebida como uma doença de índole hormonal, mas sim, como uma das muitas transições naturais que o organismo atravessa ao longo da vida. *Terapia Hormonal* é o término mais simples e preciso para as hormonas prescritas na Perimenopausa e Menopausa, uma vez que espelha uma atitude mais progressiva para esta fase da vida. No entanto, o termo *Terapia Hormonal de Substituição* é o mais comumente utilizado (Brewer, Jones & Eichenwald, 2011). Neste sentido, é importante transparecer que a *Terapia Hormonal de Substituição* não é perfeita para todas as mulheres. Algumas adoram-na, pois o aumento da quantidade de hormonas pode ajudar a melhorar o humor feminino, assim como, a sua sensação de bem-estar. Outras temem-na e outras, ainda, experimentam-na com o intuito de descobrir quais os tipos, combinações e doses adequadas para elas, de forma a maximizar os efeitos protectores da terapia e, por sua vez, minimizando os riscos. Deste modo, os diversos tipos de estrogénios utilizados na THS são idênticos às formas naturais dos estrogénios. Porém, as versões sintéticas da progesterona (conhecidas como progestogénios) são diferentes das naturais. As versões sintéticas são mais estáveis quando comparadas com a progesterona natural, por forma a se adaptarem mais facilmente ao corpo. Infelizmente, tais progestogénios apresentam mais efeitos transversais do que a progesterona natural, dado que são feitas através de hormonas masculinas (Brewer, Jones & Eichenwald, 2011). Durante a Perimenopausa e Menopausa, os ovários começam a contrair e, deste modo, a produção das hormonas femininas decai progressivamente até cessar por completo. Esta queda provocou muitos dos sintomas associados à menopausa. A *Terapia Hormonal de Substituição* provoca um aumento nos níveis das hormonas para a pré-menopausa (Alexander, Lorosa, Bader, Helaine, Alexander & Garfield, 2010). Os primeiros estudos relacionados com este tema, indicam que a *Terapia Hormonal de Substituição* pode não só fazer com que as mulheres se sintam melhor, como também, aumentar as probabilidades de morte ou invalidez por doença cardíaca, osteoporose e alguns tipos de cancro. Na última década, diversos grandiosos estudos desvendaram que a THS pode efectivamente aumentar o risco do aparecimento de algumas patologias para algumas mulheres, porém, o medo e a segurança sensacional destas investigações acaba por, na maioria das vezes, exagerar estes riscos. A *Terapia Hormonal de*

*Substituição* compreende tipicamente, uma das três combinações hormonais que se seguem (Alexander *et al.*, 2010):

- *Estrogénio isolado (ERT)*, que é, na actualidade prescrita para mulheres que foram hysterectomizadas;
- *Estrogénios combinados com progesterona ou progestina*, uma versão sintética da progesterona. Uma pesquisa recente descobriu que os estrogénios isolados podem aumentar o risco de cancro no útero. A progesterona e a progestina protegem contra a proliferação de células do útero que podem ocorrer se o estrogénio for administrado sozinho. Esta é a forma mais comum da Terapia Hormonal de Substituição usada, na actualidade.
- *Estrogénios, Progesterona e testosterona combinados*, são normalmente prescritos para mulheres que vivenciam uma redução do interesse sexual após a Menopausa.

As hormonas podem ser tomadas numa diversidade de preparações, vias de administração e dosagens. A THS pode ser administrada por via oral (são as mais comuns), sob a forma de um creme vaginal, um anel inserido na vagina, ou ainda, através de selos transdérmicos (Alexander *et al.*, 2010). As mulheres podem tomar THS diariamente ou somente em determinados dias do mês, uma vez que o regime ideal para cada mulher vai depender dos seus próprios sintomas, riscos e sentimentos, daí ser extremamente importante flexibilidade e discussão com os profissionais de saúde para melhor determinar a dose correcta, assim como, a forma de THS para cada indivíduo. Assim sendo, os cremes vaginais que contêm estrogénios surgem, somente, para ajudar as mulheres cujo único sintoma é a secura vaginal e não para fornecerem quaisquer outros benefícios, por exemplo, as ondas de calor (Alexander *et al.*, 2010).

**Tabela 17** - Tipos de Terapia Hormonal de Substituição

---

Preparação Oral

- Estrogénio Natural
- Sintético
- Progestina
- Terapia Combinada
- Moduladores Selectivos de Recepção de Estrogénios
- Suplemento Dietético Natural

Creme Vaginal

Anel Vaginal

Selo Transdérmico

---

(Traduzido e Adaptado de Alexander *et al.*, 2010)

Um tratamento hormonal nunca elevou expressamente o nível de hormonas femininas na pós-menopausa para os níveis existentes na pré-menopausa. Similarmente, as

investigações desenvolvidas pela classe médica clarificaram que a toma de estrogénios após a menopausa não iria substituir a função que os estrogénios desempenhavam no corpo feminino antes do seu surgimento, não sendo estes necessários para uma saúde óptima.

Neste sentido, o conceito de “*Substituição*” de estrogénios foi um pensamento de marketing perspicaz que nunca foi devidamente explicado, uma vez que as provas existentes não eram suficientemente credíveis. Isto porque a noção de “*Terapia*” é habitualmente empregue na área da medicina quando subsiste uma doença ou condição que requer uma terapia, o que nesta situação não se verifica, pois a transição para a Menopausa diz respeito a um processo fisiológico normal (Boston Women's Health Book Collective, 2006).

Mais tarde, com a diminuição da sintomatologia própria da Menopausa, os médicos aconselham a interrupção da THS, tal como o Comité Britânico de Segurança de Medicamentos que sugerem que a dose mínima eficaz da THS é usada durante um curto espaço de tempo, isto porque, o seu uso prolongado aumenta o risco de coagulação anormal do sangue e AVC e, após alguns anos de uso, aumentam também as probabilidades do aparecimento de cancro da mama e do endométrio - embora para este último o risco seja reduzido, caso a THS contenha progesterona. Posto isto, é extremamente importante que a paciente e o médico se unam, para em conjunto determinarem a necessidade de iniciar a THS, assim como, a sua duração (Brewer, Jones & Eichenwald, 2011). Os medicamentos surgem, supostamente para prevenir doenças graves que têm sido relacionadas com a diminuição da produção de hormonas, nomeadamente, a osteoporose, doença cardíaca, AVC e demência senil. Influenciadas pelas autoridades médicas e relatos dos media, as mulheres que se encontram na Menopausa podem sentir que estão a ser alvo de uma grave redução dos níveis hormonais, o que pode pôr em risco a sua saúde. Em consequência, estas mulheres acreditam que a THS pode ajudá-las a levar uma vida confortável e tranquila durante e após a Menopausa (Moritz, 2007).

A progesterona contra-atacou o efeito do estrogénio no útero sem uma aparente redução dos seus efeitos positivos nos outros órgãos. Existia um fundamento óbvio para acreditar que as hormonas femininas protegiam as mulheres. As percentagens de doenças cardiovasculares entre o sexo feminino, são bem conhecidas por serem extremamente baixas quando comparadas com as do sexo masculino até à meia-idade, verificando-se um aumento no período que sucede à Menopausa, de modo a coincidir com as percentagens observadas entre os homens. Por sua vez, as mulheres mais velhas são mais benévolas a sofrer de osteoporose, enfraquecimento dos ossos que leva a fracturas. Neste sentido, é comedido pensar que os suplementos hormonais poderiam assumir funções protectoras do sexo feminino contra os mais diversos problemas de saúde, a que as mulheres estão sujeitas (Schneider, 2011).

Ao longo dos anos, inúmeros estudos epidemiológicos apadrinharam os estrogénios, como tendo um papel protector para o coração e estrutura óssea. Principalmente, o estudo das enfermeiras de saúde, o grande estudo de coorte, em curso desde 1976, verificou que as mulheres que usufruíram da terapia hormonal tiveram um risco de 61% de contrair doenças

cardíacas e um risco de 75% para a fractura de anca. Estas investigações verificaram, ainda, um risco reduzido de cancro de mama. Por conseguinte, no ano de 1999, nos Estados Unidos, cerca de 38% das mulheres que se encontravam na pós-menopausa, estavam, de momento, a usufruir da *Terapia Hormonal de Substituição* (Schneider, 2011).

Em suma, é possível afirmar que o recurso à THS constitui uma mais-valia para o sexo feminino, uma vez que proporciona o alívio de muitos dos sintomas conduzidos pela Menopausa, incluindo afrontamentos, suores nocturnos e outros sintomas relacionados, bem como, a atrofia e sequidão vaginal. A *Terapia Hormonal de Substituição* pode, por vezes, impedir modificações na vagina que surgem em consequência da menopausa, reduzir a verosimilhança de uma mulher sofrer infecções do tracto urinário ou mesmo de incontinência. Esta forma de terapia inclui a testosterona (hormona masculina) que pode ser eficaz para aquelas mulheres que experimentam um amortecimento da libido (Alexander *et al.*, 2010). Porém, a THS que engloba a testosterona, não é normalmente aconselhada para outro tipo de sintomatologia relacionada com esta etapa da vida da mulher. Neste sentido, a THS parece, ainda reduzir o risco de uma mulher contrair determinadas doenças. Pode ajudar a prevenir fracturas ósseas, através do abrandamento da perda óssea, assim como, prevenir a perda dentária. Por último, para as mulheres que iniciam a toma de THS durante ou logo após a menopausa, pode reduzir o risco de doença cardíaca coronária, bem como, prevenir a diabetes em algumas mulheres. Por outro lado, apesar da *Terapia Hormonal de Substituição* aliviar as mulheres dos sintomas próprios da Menopausa, pode também provocar efeitos secundários, na maioria das vezes, sensibilidade nos seios e secreção vaginal (Alexander *et al.*, 2010). Todavia, os efeitos negativos da THS maioritariamente controversos dizem respeito ao aumento do risco de aparecimento de inúmeras doenças. Ao realizar a terapia e, recorrendo somente a um estrogénio, pode aumentar o risco do aparecimento de cancro do endométrio ou do útero. No entanto, investigadores têm descoberto que a adição de progestina (um tipo de hormona relacionada) na terapia, em união com o estrogénio protege as mulheres contra o cancro do endométrio, opondo-se aos efeitos negativos do mesmo (Alexander *et al.*, 2010). A progestina parece provocar o derrame do estrogénio - endométrio mais espesso, que reduz a hipótese do desenvolvimento do cancro. Relativamente a outras doenças, os maiores perigos relacionados com a THS são para a mulher, já um risco de contrair certas doenças, como por exemplo, AVC, tromboembolismo venoso e de demência ou mesmo, para as mulheres que iniciam a *Terapia Hormonal de Substituição* dez anos ou mais após a menopausa (doença cardiovascular). O uso continuado da THS por mais de 3-5 anos pode também aumentar ligeiramente o risco do cancro de mama (Alexander *et al.*, 2010).

### 3.2. Qualidade de Vida Sexual na Menopausa

A *Sexualidade* integra uma vasta dimensão pessoal, própria do ser humano, elegendo a sua totalidade biopsicossocial e espiritual. Assim, remete não apenas para uma dimensão biológica, mas também para um universo dotado de uma subjectividade considerável, em que se cimentam as relações pessoais e interpessoais (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

Deste modo, é percebida como uma forma de expressão dos aspectos mais profundos da personalidade. *“É inata ao ser humano, porém reelaborada ao longo da vida, mediante as influências dos aspectos social, psicológico, religioso, entre outros. Percorre todas as fases do ciclo vital e apresenta especificidades inerentes a cada período. Transcende o componente biológico, deixando de ser um simples instinto relacionado com a reprodução e, assumindo-se, igualmente como uma fonte de excitação e prazer para a espécie humana”*.

Crê-se que a relação das mulheres com o seu próprio corpo, em união com o desejo sexual é assinalada por factores de ordem biológica, psicológica e sociocultural.

A depleção hormonal, a história de vida pessoal e familiar, as experiências afectivas, o espaço social que a mulher ocupa, nomeadamente, a etnia, raça, classe social e momento contemporâneo, constituem alguns aspectos indissociáveis que instituem a experiência subjectiva da meia-idade feminina (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

Na nossa cultura, as pessoas mais velhas são encaradas como não possuindo desejo ou vida sexual, sendo esse rótulo mais fortemente atribuído às mulheres, uma vez que aquela que é considerada a finalidade primordial de sua sexualidade - a reprodução - está em declínio ou já se extinguiu nesta fase da vida.

A sexualidade feminina é, ainda coberta de tabus, mitos e preconceitos, sendo, no período do climatério, estigmatizada e abolida, como uma necessidade biopsicossocial para a maioria do universo feminino (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

A classe médica tem exibido recentemente, um grandioso interesse relativo à sexualidade das mulheres que se encontram na menopausa, assim como, em idosos, o que espelha uma grande mudança cultural, na atitude referente à sexualidade feminina (Eden & Wylie, 2009). A percepção de que o desfecho da vida reprodutiva de uma mulher equivale ao fim da sua vida sexual foi altamente substituída pelo conhecimento de que a actividade sexual satisfatória persiste na menopausa. Esta mudança de atitude pode ser estimulada, em grande parte, pela crescente compreensão científica, a respeito da resposta sexual humana e, sobretudo, na procura de um *“Viagra Feminino”* para concorrer com o sucesso comercial do medicamento para a impotência masculina e, em parte pelas particularidades da geração *“Baby Boom”* que em comparação com a geração anterior, é talvez, aquela que evidencia maior preocupação em relação à sua saúde, pretendendo contemplar, de facto, as suas necessidades sexuais alcançadas (Eden & Wylie, 2009).

A investigação desenvolvida acerca da prevalência da actividade sexual na população na menopausa, encarada como distinta do envelhecimento da população parece ser raramente quantificada, assim como, os estudos realizados neste âmbito que procuram

avaliar a prevalência da actividade sexual, tendo em conta a idade e não a fase da menopausa. No entanto, foi também efectuado recentemente, um estudo transversal que pretendeu analisar as actividades e comportamentos sexuais de 2.109 mulheres com idades compreendidas entre 40-69 anos. Como resultado, verificou-se que aproximadamente 75% da população seleccionada eram sexualmente activas, o que realça a importância da atenção por parte dos profissionais de saúde às necessidades sexuais femininas (Eden & Wylie, 2009).

Muitas vezes, é extremamente simples presumir que os pacientes de meia-idade ou idade avançada podem estar relutantes, quanto à discussão das suas vidas sexuais com os profissionais de saúde. Porém, uma análise actual relativa às atitudes dos clínicos gerais no Reino Unido revelou que inúmeros adultos destas faixas etárias consideram que a sua saúde sexual não pode ser um tópico “Legítimo” a discussão, já outras pesquisas evidenciam que uma proporção significativa de pessoas da meia-idade e idosos desejariam preencher um inquérito sobre o seu bem-estar sexual (Eden & Wylie, 2009).

A *Qualidade de Vida Sexual* é um termo habitualmente usado, para abranger aspectos relacionados com a ausência ou presença de problemas sexuais, satisfação e bem-estar sexual, sendo esta bastante subjectiva. Neste sentido, é fundamental recordar que a presença de problemas sexuais não é, de todo sinónimo de má qualidade de vida sexual. A literatura, na sua maioria concentra-se, quer na maneira como a menopausa afecta a qualidade de vida no seu todo, como no impacto que esta detém sobre a função sexual. Contudo, a maioria das investigações consumadas não fazem uma distinção clara entre a presença de uma disfunção sexual e a má qualidade de vida sexual (Eden & Wylie, 2009).

### 3.2.1. Actividade Sexual da Mulher na Menopausa

Como já apurado previamente, a maioria das investigações que se designam a estudar a prevalência da actividade sexual, tendem a diferenciar os grupos de mulheres, segundo a idade e não, conforme o estágio da menopausa. No estudo mencionado anteriormente, no qual testemunharam a prevalência da actividade sexual numa taxa de 75% no grupo feminino com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos, onde se verificou por tais resultados que cerca de 2/3 das senhoras sexualmente activas, expressavam algum grau de satisfação com a sua vida sexual, satisfação essa, que é semelhante ao grau de satisfação registado por mulheres mais jovens (Eden & Wylie, 2009).

Um estudo transversal desenvolvido recentemente nos EUA procurou analisar as actividades e comportamentos sexuais de 3.005 homens e mulheres com idades compreendidas entre os 57-85 anos. Segundo este, 73% das pessoas com idades entre os 57 e os 64 anos, 53% com idades entre os 64 e 74 anos e 26% dos sujeitos com idades compreendidas entre os 75 e os 85 anos eram sexualmente activos. A saúde auto-relatada foi um preditor significativo, no que respeita à actividade sexual em homens e mulheres, pois indicou que os problemas de saúde constituem, por vezes, uma barreira para a prática da

actividade sexual. Neste estudo, os fundamentos mais comuns para a inactividade do sexo feminino prende-se com a existência de problemas de saúde dos seus companheiros (64%) e a falta de interesse das mulheres pela actividade sexual (51%). Este estudo concluiu, ainda, que com o aumento da idade o significado atribuído à actividade sexual parece sofrer um declínio, contribuindo igualmente para o efeito, a inactividade feminina (Eden & Wylie, 2009).

Ainda que, estes resultados se refiram, claramente a uma população que se encontra para além da idade da menopausa, eles confirmam que, embora a actividade sexual diminua com a idade, uma percentagem de adultos de idade avançada são sexualmente activos e encaram o sexo como um aspecto essencial da vida, manifestando o seu grau de satisfação e bem-estar sexual.

Seguidamente, a investigação relativa à prevalência da satisfação com a actividade sexual, encaminha-nos para o estudo acerca dos problemas com a sexualidade feminina que, possam interferir grandemente com a actividade sexual, bem como, a sua influência no seu bem-estar (Eden & Wylie, 2009).

### **3.2.2. Problemas da Função Sexual Versus Disfunções Sexuais Femininas em Mulheres na Menopausa**

A medicalização respeitante à sexualidade feminina é um assunto de inúmeras disputas e debates, existindo diversas desconformidades quanto às definições, o que leva a que, a prevalência dos problemas sexuais femininos, adoptem o centro do palco.

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) diz respeito a um termo médico inclinado para os problemas com resposta sexual feminina, que podem ter impacto sobre a qualidade de vida sexual percebida. O modelo do Mestre e Johnson's de quatro fases da resposta sexual feminina constitui a base para o manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), que classifica DSF em (Eden & Wylie, 2009):

- Desejo Sexual/Distúrbios (incluindo distúrbio do desejo sexual hipoactivo e aversão sexual);
- Transtornos de Excitação Sexual (problemas com lubrificação/sensação genital);
- Distúrbios Orgásmicos;
- Transtornos De Dor Sexual (incluindo dispareunia e vaginismo).

A recente redefinição da Disfunção Sexual Feminina (DSF) no DSM - IV permite distinguir a DSF dos *“Problemas da Função Sexual”* através da inclusão do *“Sofrimento Acentuado e Dificuldades Interpessoais”*, que é necessário para diagnosticar a DSF. É, sem dúvida, uma distinção relevante que se torna fictícia quando se procura avaliar o impacto da DSF na qualidade de vida sexual do paciente (Eden & Wylie, 2009).

Hayes e Dennerstein confrontaram os resultados alusivos à prevalência da Disfunção Sexual Feminina, recorrendo a alguns instrumentos, nomeadamente, um instrumento validado que mede a angústia pessoal, a escala de desconforto sexual feminina (EDSF), em combinação com o questionário de função sexual validado (QFS) e, ainda este último empregue isoladamente. Após a sua aplicação, descobriram que, em todos os tipos de Disfunções Sexuais Femininas, incluindo a angústia pessoal, através da (EDSF), obtiveram uma taxa de prevalência reduzida. Exemplos específicos incluem uma prevalência de 16% (EDSF e QFS) versus 48% (QFS) relacionados com problemas de baixo desejo sexual e, por último, 25% para as dificuldades em atingir o orgasmo.

Na revisão crítica de Hayes and Dennerstein's baseados em estudos comunitários que investigaram o impacto do envelhecimento na função sexual e disfunção na mulher, a análise de estudos transversais demonstraram que o aumento da idade parece provocar um declínio na função sexual, especificamente em áreas do desejo e interesse sexual e frequência do orgasmo (Eden & Wylie, 2009).

Surpreendentemente, foi observada que a prevalência das DSF permaneceu razoavelmente constante com o aumento da idade, com a excepção da dor, que parece diminuir. Estudos longitudinais estudados nesta revisão, confirmaram um declínio na frequência da actividade sexual com o avanço da idade, porém confirmaram, ainda que o interesse/desejo sexual permaneceu relativamente estável.

Assim sendo, a revisão de Hayes e Dennerstein's concluiu que a prevalência global da DSF permanece constante com a idade, e provisoriamente concluíram que tal pode surgir, em resultado das alterações relacionadas com a idade e mudanças na sexualidade relacionadas com a angústia pessoal, isto para dizer, ao mesmo tempo que os problemas do funcionamento sexual aumentam com a idade, isto pode ser compensado, por meio da diminuição dos níveis de angústia interiormente a esta fase da vida das mulheres (Eden & Wylie, 2009).

Os autores concluíram, ainda, que era necessário adicionar uma nova prova para sustentar esta teoria e, para tal, começou por investigar de forma específica, a relação do distúrbio hipoactivo do desejo sexual (DHDS) com o envelhecimento, utilizando para o efeito, instrumentos validados para medir o desejo e a angústia sexual num grupo composto por 1.998 mulheres europeias com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos. Nas mulheres com idades entre os 20 e os 29 anos, a proporção em relação ao desejo sexual foi reduzida, cerca de 11%; por conseguinte, no que respeita ao grupo das mulheres dos 60 aos 70 anos de idade, a proporção do desejo foi de 53%. Por sua vez, no grupo mais jovem, a proporção de angústia foi reduzida quando comparado com o desejo sexual, obtendo uma percentagem de 65%, enquanto no grupo mais velho, a proporção desceu para 22%. Consequentemente, os autores finalizaram, com a certeza de que a prevalência do distúrbio hipoactivo do desejo sexual permanecia, inalterável com o avanço da idade (Eden & Wylie, 2009).

### 3.2.3. Aspectos Psicossociais da menopausa, Meia-Idade e Idade Avançada

Além de terem de lidar com os potenciais incómodos causados pela sintomatologia da menopausa, muitas mulheres experimentam mudanças pessoais e sociais na meia-idade, mudanças essas que intervêm, como já indicado, para afectar a qualidade de vida e bem-estar sexual. Tais alterações causam maior inquietação, do que a presença dos sintomas da menopausa ou mesmo, problemas sexuais. Os aspectos psicossociais da meia-idade e envelhecimento que afectam a qualidade da vida sexual incluem: *atitudes pessoais e culturais para a menopausa e envelhecimento, problemas psicológicos e os factores de relacionamento* (Eden & Wylie, 2009).

### 3.2.4. Atitude em Relação à Menopausa e o Impacto na Qualidade de Vida Sexual

Perante a Menopausa e o Envelhecimento, as atitudes das mulheres terão, sem dúvida um forte impacto sobre a sua saúde, comportamento, qualidade de vida percebida e sobre as práticas sexuais. Alguns estudos realizados neste âmbito verificaram que, apesar dos aspectos negativos da menopausa serem encarados como sendo, a base na prática dos cuidados de saúde, a maioria das mulheres ocidentais, têm geralmente uma atitude neutra/positiva para com a vivência da menopausa e envelhecimento. Com o estudo SWAN (*The Study of Women's Health Across The Nation*), constatou-se que as mulheres Afro-Americanas apresentavam atitudes mais positivas, no que respeita à experiência da menopausa e envelhecimento. Tal facto deve-se a uma maior exposição destas mulheres dentro dos grupos familiares direccionados para as realidades da menopausa, em oposição aos estereótipos e expectativas negativas que possam ser disseminadas noutras culturas (Eden & Wylie, 2009).

Na literatura é frequentemente narrado um aspecto positivo referente à menopausa e, remete para “uma maior sensação de liberdade”. Esta expressão refere-se à libertação do medo da gravidez, desde a menstruação, partindo das responsabilidades de acolhimento de crianças e liberdade para as concentrar nas suas próprias necessidades. Os caucasianos e os Afro-Americanos são os grupos culturais com maior probabilidade de descrever uma elevada sensação de liberdade e, isso pode ser atribuído ao crescido valor colocado sobre a independência do sexo feminino nestas culturas. Uma entrevista desenvolvida entre mulheres na menopausa sugerem que a liberdade de gravidez e menstruação melhora a vida sexual das mulheres, o que indica que, apesar do impacto que os sintomas da menopausa detém sobre a função sexual, a confiança e o bem-estar sexual pode melhorar com a idade e com e com a fase da menopausa (Eden & Wylie, 2009).

### 3.2.5. Questões Psicológicas na Meia-Idade

Algumas questões foram identificadas como tendo um impacto significativo sobre a psicologia das mulheres, em torno da meia-idade. Estas incluem: *a saída dos filhos de casa (“Ninho Vazio”)*, *mudanças de profissão*, *cuidar dos pais já idosos e*, *o desenvolvimento de uma imagem corporal pobre e diminuição da auto-estima*.

As mudanças no papel percebido pela mulher na vida, assim como, as alterações físicas associadas com a idade e menopausa têm contribuído grandemente para a auto-estima da mulher na meia-idade e para o impacto na sua saúde física e psicológica. É importante referir que com uma elevada auto-estima, as mulheres tendem a experimentar menos sintomas da menopausa (Eden & Wylie, 2009).

### 3.2.6. Impacto de Factores de Relacionamento sobre Qualidade de Vida Sexual

A meia-idade é um momento de profundas alterações nas relações íntimas das mulheres, incluindo a perda de um companheiro por morte ou divórcio, mudança de atitudes ou sentimentos em relação a um parceiro ou problemas físicos, sexuais e psicológicos vividos pelo parceiro.

O impacto dos factores relacionados com a qualidade de vida sexual das mulheres em idade avançada não deve, de todo, ser menosprezado. Uma série de investigações tem evidenciado que os factores que englobam relacionamentos, têm um efeito acrescido sobre a qualidade de vida, em geral e sexual. A maioria dos estudos concentram-se, exclusivamente nas relações heterossexuais (Eden & Wylie, 2009).

Dennerstein *et al.* procuraram medir o efeito dos factores de relacionamento na função sexual, no decorrer da transição para a menopausa, o que lhes permitiu concluir que, embora a previsão primária da resposta sexual feminina (a qual inclui o interesse sexual, excitação, interesse, prazer e orgasmo) se verificar antes do funcionamento sexual, a mudança ou permanência dos parceiros sexuais, assim como, os sentimentos relativos a esses parceiros, constituem também a chave para a resposta sexual.

A saúde sexual e os problemas relacionados com os parceiros do sexo masculino foram identificados como uma causa significativa de abstinência na meia-idade e em mulheres de idade avançada. A análise dos resultados provenientes do *Estudo de Envelhecimento Masculino de Massachusetts* comprovou que o risco de disfunção erétil em homens com idades compreendidas entre os 40 e os 69 anos equivaleram a 26 casos por 1000 homens, por ano, aumentando o risco de contrair a patologia com a idade e, com a presença de outras comorbidades, tais como, a diabetes, doenças cardíacas e hipertensão arterial. A introdução do tratamento para a impotência masculina pode trazer para a relação sexual do casal mais velho importantes modificações. As mulheres podem manifestar grandes dificuldades em

adaptar-se à reintrodução da actividade sexual na sua relação com o companheiro ou então, dar as boas-vindas ao regresso à vida sexual (Eden & Wylie, 2009).

Tabela 18 - Resumo de factores relacionados com a Menopausa e Meia-idade que possam ter impacto sobre a Qualidade de Vida Sexual Feminina.

<p><b>Sintomas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sintomas Vasomotores</li><li>• Atrofia urogenital e secura vaginal</li><li>• Depressão e alterações de humor</li><li>• Fadiga</li><li>• Perturbações de sono</li><li>• Dor somática e física</li></ul>	<p><b>Factores Psicossociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atitudes pessoais e culturais para a menopausa e envelhecimento;</li><li>• Atitudes pessoais e culturais para o sexo;</li><li>• A aceitação da mudança de papel na vida;</li><li>• Imagem corporal e auto-estima;</li><li>• Stress</li></ul>
<p><b>Factores de Relacionamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perda ou Mudança de parceiro;</li><li>• Sentimentos e atitudes em relação ao parceiro e ao relacionamento;</li><li>• Sentimentos e atitudes do parceiro para com a mulher e a relação</li><li>• Problemas sexuais do parceiro.</li></ul>	

(Adaptado e traduzido de Eden & Wylie, 2009)





## **Parte II - Corpo Empírico**

---



## Capítulo IV. Apresentação do estudo

Na Perimenopausa, as mulheres são muitas vezes surpreendidas, pelas alterações que esta etapa da vida acarreta. Começam por descobrir que os seus apetites sexuais estão em constante alteração. Assim sendo, os fundamentos que comprovam estas modificações prendem-se com o desejo sexual e, sobretudo, com a prática da actividade sexual, propriamente dita. Tais transformações são tão complexas quanto a sexualidade humana, em si e, implicam modificações físicas, emocionais, psicológicas e químicas que são evidentes num corpo em amadurecimento (Gentry, 2003).

Neste sentido, é conveniente realçar que a Menopausa é uma fase onde surgem inúmeras alterações na vida da mulher, não só aquelas relacionadas com a Menopausa, como também, as modificações que sobrevêm no dia-a-dia, como por exemplo, os sentimentos de “Ninho Vazio”, membros idosos que necessitam de cuidados, netos a chegar, entre outros.

Por outro lado e, em consequência dos factores anteriormente referidos, a relação sexual pode provocar alguma inquietação e atritos para com o parceiro. A Menopausa remete para um novo começo, uma nova vida e, como tal é imprescindível considerar alguns cuidados, ao nível da saúde física e psicológica, devendo a mulher desfrutar de momentos de reflexão. Esta nova fase não significa o fim da vida sexual entre uma mulher e o seu parceiro, pelo contrário, é uma época em que as mulheres se sentem livres no que toca à menstruação e ao risco de engravidar (Teotia, 2003).

Assim, na presente investigação revelou-se pertinente a avaliação dos aspectos relacionados com a qualidade de vida sexual na menopausa, incidindo sobretudo, nos hábitos pessoais e sintomatologia que podem ter um forte impacto na qualidade de vida destas mulheres, assim como, na sua história e satisfação sexual.

### 4.1 Tipo de estudo

O estudo em análise é de natureza quantitativa e transversal. Isto porque a informação proveniente da amostra, foi recolhida num só momento. Por sua vez, é também descritivo e exploratório, na medida em que procura descrever as relações que existem entre as variáveis.

### 4.2. Objectivos da investigação

Esta investigação teve como objectivo estudar a relação que existe entre a qualidade de vida sexual e a Menopausa, em mulheres com idades compreendidas entre os 39 e os 92 anos de idade, moradoras nas mais diversas regiões do país, sendo estas maioritariamente do distrito da Guarda. Foram ainda criados outros objectivos que consistiam em comparar os

níveis de qualidade de vida sexual com as características sociais das participantes, hábitos pessoais, história sexual e percepção da menopausa.

### **4.3. Hipóteses**

A revisão da literatura, em união com a informação fornecida pelas participantes, possibilitou a formulação de diversas hipóteses, as quais se pretende avaliar, tendo em vista a sua comprovação ou refutação. Assim sendo, as hipóteses que se pretendem testar são, as seguintes:

Hipótese 1: As mulheres com Menopausa têm uma qualidade de vida sexual reduzida;

Hipótese 2: As mulheres com um nível socioeconómico alto têm uma maior qualidade de vida sexual quando comparadas com as mulheres que têm um nível socioeconómico baixo;

Hipótese 3: As mulheres casadas têm maior qualidade de vida sexual;

Hipótese 4: As mulheres que têm filhos têm uma melhor qualidade de vida quando comparadas com as que não têm filhos;

Hipótese 5: As mulheres que consideram ter uma excelente saúde apresentam uma melhor qualidade de vida sexual quando comparadas com as restantes;

Hipótese 6: As mulheres que praticam exercício físico têm uma boa qualidade de vida sexual;

Hipótese 7: As mulheres que foram vítimas de abuso sexual (agressão física, relações sexuais forçadas, abuso verbal/emocional) têm uma reduzida qualidade de vida sexual;

Hipótese 8: A crise económica é o factor que provoca mais stress às mulheres e, por isso, têm pior qualidade de vida sexual;

Hipótese 9: As mulheres que tiveram alterações na saúde no seio familiar apresentam menor qualidade de vida sexual. sexual;

Hipótese 10: As mulheres que lidam mal com o stress têm pior qualidade de vida

Hipótese 11: As mulheres que são sexualmente activas têm uma melhor qualidade de vida sexual;

Hipótese 12: As mulheres que sofreram de infecções sexualmente transmitidas têm pior qualidade de vida sexual;

Hipótese 13: As mulheres que se preocupam com a vida sexual têm uma melhor qualidade de vida sexual;

Hipótese 14: As mulheres que perderam o interesse na actividade sexual têm uma pior qualidade de vida;

Hipótese 15: As mulheres que perderam a capacidade de excitação demonstram ter uma reduzida qualidade de vida sexual;

Hipótese 16: As mulheres que perderam a resposta face à actividade sexual têm uma qualidade de vida sexual reduzida;

Hipótese 17: As mulheres que manifestam dor no momento do coito têm uma baixa qualidade de vida sexual;

Hipótese 18: As mulheres que detêm uma auto-percepção positiva têm uma maior qualidade de vida sexual;

Hipótese 19: As mulheres que apresentam um fraco conhecimento acerca da menopausa evidenciam uma baixa qualidade de vida sexual.

#### **4.4. Definição das variáveis em estudo**

Para a realização da presente investigação foi imprescindível proceder à definição das variáveis, particularmente, a variável dependente e a variável independente, uma vez que se pretende averiguar a influência que estas últimas detêm sobre as variáveis dependentes. Sendo assim, apuram-se como variáveis independentes:

- Idade;
- Nível Socioeconómico;
- Estado Civil;
- Nível de Ensino;
- Filhos;
- Percepção de Saúde;
- Prática de Exercício Físico;
- Abuso Sexual;
- Factores que provocam Stress;
- Alterações no seio familiar;
- Lidar com o stress;
- Vida sexual activa;
- Infecções sexualmente transmissíveis;
- Preocupação com a vida sexual;
- Interesse na actividade sexual;
- Capacidade de excitação;
- Ausência de resposta;
- Dor no momento do coito;
- Auto-percepção da menopausa;
- Conhecimento acerca da menopausa.

Posto isto, como variáveis dependentes surgem:

- Qualidade de vida sexual;
- Satisfação Sexual.



# Capítulo V. Método

## 5.1. Participantes

Para a realização da presente investigação foram inquiridas 108 participantes do sexo feminino, provenientes das mais diversas regiões do país, com idades compreendidas entre os 39 e os 92 anos, sendo a média de idades de 56,83 anos e desvio padrão de 9,52 (Tabela 1).

### 5.1.1. Interpretação das Características Sociais das Participantes

Relativamente à *Idade* das participantes, foi possível observar através dos dados recolhidos, que a maioria das senhoras inquiridas, encontram-se no intervalo correspondente aos [51-60] anos, obtendo uma percentagem de 55,6%. De seguida, advêm as senhoras que incluem o intervalo dos [39-50], com uma proporção de 22,2%, seguindo-se, as participantes que integram o grupo dos [61-70] (12,0%) e o grupo dos [71-80], com uma percentagem de 7,4%. Dadas as idades das participantes, verificou-se que o maior número de utentes em fase da menopausa incide, sobretudo na meia-idade, facto que vai de encontro com a literatura.

Posto isto, seguem-se as *Condições Socioeconómicas* que elegem o estatuto “Médio” como sendo o mais comum, alcançando uma percentagem de 44,4%. De seguida, cerca de 24,1% das participantes encontram em condições menos favoráveis, facto este, correspondente ao estatuto “Médio-Baixo” e “Baixo” respectivamente, obtendo este último, uma percentagem de 12,0%. Por fim, seguem-se os Estatutos “Médio-Alto” que alcançou uma proporção de 8,3% e o “Alto” que conseguiu, cerca de 2,8%.

Quanto ao *Nível de Ensino*, foi possível verificar que cerca de 26,9% das participantes alcançaram, somente o ensino secundário, seguindo-se o 1º ciclo com uma percentagem de 22,2% e o 2º e 3º ciclos com igual percentagem, designadamente, 12,0%. Porém, das 108 inquiridas 20,4% ambicionaram ir mais além e conseguiram completar a licenciatura, todavia, ainda nesta linha, o mestrado e doutoramento, atingiram as proporções mais baixas, cerca de 2,8% e 1,9%, respectivamente.

Segue-se o “*Estado Civil*” que comprova que a maioria das participantes, são casadas, pois alcançaram uma percentagem de 68,5%, seguindo-se a viuvez com uma proporção de 18,5%. Por conseguinte, a percentagem de 6,5% pertence às divorciadas. Em “União de Facto” encontram-se cerca de 3,7% e, por último as “Solteiras” que obtêm uma proporção mais reduzida, cerca de 1,9%.

No que respeita à “*presença de filhos*”, 89,6% admite ter descendentes, contrariamente às restantes participantes que refere não ter filhos, resultando numa percentagem de 9,4%.

Por conclusão, ainda neste âmbito sobrevém o “Número de Filhos” que segundo os dados recolhidos, a maioria tem dois filhos (36,1%). Por sua vez, 24 participantes referem ter apenas um filho, atingindo uma proporção de 22,2%. Neste sentido, 15 participantes admitem ter três filhos (13,9%) e outras cinco referem ter quatro. Posto, isto, existem, ainda participantes que referem ter cinco e sete filhos, atingindo uma igualdade de proporção, cerca de 1,9% e, por fim, uma das inquiridas menciona ter oito filhos, correspondendo esta percentagem a 1% aproximadamente.

**Tabela 4 - Dados Demográficos das participantes (n=108)**

Dados Demográficos	Frequência	Percentagem
<b>Idade</b>		
1	24	22,2
2	60	55,6
3	13	12,0
4	8	7,4
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>97,2</b>
<b>Estatuto Socioeconómico</b>		
Alto	3	2,8
Médio-Alto	9	8,3
Médio	48	44,4
Médio-Baixo	26	24,1
Baixo	13	12,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>92,6</b>
<b>Nível de Ensino</b>		
1º Ciclo	24	22,2
2º Ciclo	13	12,0
3º Ciclo	13	12,0
Secundário	29	26,9
Licenciatura	22	20,4
Mestrado	3	2,8
Doutoramento	2	1,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>98,1</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	2	1,9
Casada	74	68,5
Viúva	20	18,5
Divorciada	7	6,5
União de Facto	4	3,7
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>99,1</b>
<b>Filhos</b>		
Sim	95	89,6
Não	10	9,4
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>99,1</b>

### 5.1.2. Interpretação dos Hábitos Pessoais das Participantes

No que respeita aos “*Hábitos Pessoais*” evidenciados pelas participantes, sobretudo, a auto-percepção que elas detêm acerca da sua saúde, foi pertinente constatar que a grande maioria das inquiridas considera a sua saúde “Razoável”, apresentando uma percentagem de 59,4%, porém, cerca de 18,9% vê a sua saúde como “Boa”. Por conseguinte, existem ainda 13 participantes que encaram a sua saúde como sendo “Excelente” e “Pobre”. Destas 13, quatro apreciam a sua saúde como sendo excelente (3,8%) e as restantes nove, como sendo pobre (8,5%).

Relativamente à prática de exercício físico, 47,2% das participantes confessa exercer “Ocasionalmente”, por outro lado, 32,1% admite não praticar qualquer exercício. Posto isto, 18 participantes das quais dez (9,4%) efectua actividade física, três vezes por semana e as restantes oito (7,5%) exerce esta actividade “Diariamente”. Segundo a literatura a prática de actividade física é uma mais-valia para a prevenção de doenças, sobretudo nesta fase da vida.

Tabela 5 - Dados relativos aos aspectos de saúde das participantes

Aspectos de Saúde	Frequência	Percentagem
<b>Auto - Percepção de Saúde</b>		
Excelente	4	3,8
Boa	20	18,9
Razoável	63	59,4
Pobre	9	8,5
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>90,6</b>
<b>Prática de Exercício Físico</b>		
Diariamente	8	7,5
3x/semana	10	9,4
Ocasionalmente	50	47,2
Nunca	34	32,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao “*Abuso Sexual*” foi possível verificar que grande parte das participantes não foi vítima de qualquer agressão física por parte de terceiros. Neste sentido, cerca de

91,5% respondem “Não” relativamente a este tópico. Porém, apesar de ser uma minoria, duas das inquiridas, já foram vítimas de agressão.

No que respeita às “relações sexuais forçadas”, foi gratificante perceber que quase a totalidade das utentes (92,5%) não sofreram qualquer ataque deste género, contudo, uma das inquiridas, respondeu “Sim” a esta questão.

Por último, em relação ao “Abuso verbal/Emocional” constatou-se que 79,2% das participantes não sofreu qualquer abuso, no entanto, 14,2% admite ter sido alvo de insultos.

**Tabela 6** - Dados relativos ao abuso sexual vivido pelas participantes

Abuso Sexual	Frequência	Percentagem
<b>Vítima de</b>		
<b>Agressão</b>		
Física	2	1,9
Sim	97	91,5
Não		
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>
<b>Relações sexuais</b>		
<b>Forçadas</b>		
Sim	1	.9
Não	98	92,5
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>
<b>Abuso</b>		
<b>Verbal/emocional</b>		
Sim	15	14,2
Não	84	79,2
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Relativamente à “Gestão do Stress” as participantes referem que os factores que lhe causam maior inquietação são, particularmente, a profissão, família, crise económica, saúde, estados emocionais, entre outros. Porém, de todos os factores mencionados, aquele que prevalece diz respeito à profissão (17,9%). Segue-se a crise económica e a saúde com a percentagem de 6,6% e 5,7%, respectivamente. No entanto, a família e os estados emocionais, também detêm algum impacto no que toca ao stress. Apesar dos factores acima referidos, existem outros que não foram discriminados, mas também têm um grande peso, neste âmbito, cerca de 24,5%.

Em consequência das rotinas diárias, cada vez é mais nítido a presença do stress no dia-a-dia, contudo, após a observação dos resultados, apurou-se que 33% das participantes consegue lidar “Moderadamente Bem” com o stress. Todavia, partindo os resultados obtidos, verificou-se uma igualmente na proporção em relação ao lidar “Bem” e “Mal”, pois ambos obteram 21,7% como resultado.

Assim sendo, como forma de lidar melhor com as inquietações do dia-a-dia, as participantes elegeram como estratégia, a jardinagem (11, 3%), sendo a parcela maior (51,9%) atribuída a outros factores que, como previamente referido, não estão especificados. As “Caminhadas”, “Trabalhos Manuais” e “Medicação” obtiveram uma percentagem reduzida e comum, sendo esta de 1,9%, seguida das actividades agrícolas (0,9%).

Tabela 7 - Dados relativos à Gestão do Stress por parte das participantes

Gestão do Stress	Frequência	Percentagem
<b>Factores que causam stress</b>		
Profissão	19	17,9
Família	5	4,7
Crise Económica	7	6,6
Saúde	6	5,7
Estados Emocionais	3	2,8
Outros	26	24,5%
<b>Total</b>	106	100,0

<b>Lidar com o stress</b>		
Bem	23	21,7
Moderadamente Bem	35	33
Mal	23	21,7
Muito Mal	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Relaxar</b>		
Jardinagem	12	11,3
Caminhadas	2	1,9
Trabalhos Manuais	2	1,9
Medicação	2	1,9
Actividades Agrícolas	1	0,9
Outros	55	51,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

### **5.1.3. Interpretação dos dados relativos à História Sexual**

No que concerne à “*História Sexual*” foi exequível investigar que 64 pessoas, cerca de 60,4% referem ter uma vida sexual activa, contrariamente a 38 participantes que admite não ter qualquer actividade de índole sexual (35,8%), no entanto, 43,4% aprova alguma preocupação com a sua sexualidade. Em contrapartida, 49,1% não manifesta qualquer nível de apreensão no que toca à sua vida sexual.

Face ao interesse na actividade sexual, as percentagens não são muito significativas, uma vez que se aproximam, ou seja, 45,3% das inquiridas demonstram ter algum interesse na actividade sexual. Por outro lado, 47,2% não evidencia qualquer atenção respeitante à vida sexual.

Relativamente aos aspectos fisiológicos de natureza sexual, as proporções subiram, em comparação os aspectos de carácter psicológico. Deste modo, observou-se que as senhoras inquiridas não perderam a capacidade de excitação (46,2%), nem tão pouco a resposta face à actividade sexual (45,3%). No entanto, cerca de 45,3 das participantes confessou ter perdido a capacidade de excitação, comparativamente a 40,6% que verbalizaram não conseguir atingir o orgasmo.

No que se refere à “Dor no momento do coito”, uma elevada percentagem de senhoras disseram não conter qualquer tipo de dor, pois só 17% é que admitiu positivamente o sentimento de dor. Dos dois tipos de dor citados, as participantes admitiram sentir dor durante a penetração (13,2%) e, somente 4,7% confessou sentir dor no interior.

Tabela 8 - Dados relativos à História Sexual das participantes

História Sexual	Frequência	Porcentagem
<b>Vida Sexual Activa</b>		
Sim	64	60,4
Não	38	35,8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Preocupação com a Vida Sexual</b>		
Sim	46	43,4
Não	52	49,1
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Perdeu o Interesse na Actividade Sexual</b>		
Sim	48	45,3
Não	50	47,2
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Perdeu a Capacidade de Excitação</b>		
Sim	48	45,3
Não	49	46,2
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Perdeu a Resposta</b>		
Sim	43	40,6
Não	48	45,3
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Dor no momento do coito</b>		
Sim	18	17
Não	73	68,9
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>
<b>Descrição da Dor</b>		
Dor durante a penetração	14	13,2
Dor no interior	5	4,7
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

#### 5.1.4. Menopausa e Terapia Hormonal de Substituição

Relativamente à “Menopausa”, o grande tema desta investigação, foi possível apurar que a percepção das senhoras inquiridas em relação a esta matéria é bastante positiva. Esta afirmação pode ser comprovada através das respostas por elas dada, ou seja, cerca de 66,7% das participantes, respondeu “Positiva” quando ao seu entendimento, a respeito desta matéria. Contrariamente a este, verificou-se igualmente, que o conhecimento em relação à

Menopausa é “Razoável”, situando-se esta percentagem nos 32,4%. O “Bom” conhecimento e o “Moderadamente Bom” encontram-se em pé de igualdade, pois obtiveram uma proporção de 23,1%, já o “Muito Bom” (9,3%) e o “Fraco” (6,5%), tiveram percentagens mais reduzidas, o que leva a crer a ausência de algum conhecimento em relação a este assunto.

Tabela 9 - Dados relativos à Menopausa

Menopausa	Frequência	Percentagem
<b>Percepção da Menopausa</b>		
Positiva	72	66,7
Negativa	17	15,7
Outra	7	6,5
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Conhecimento da Menopausa</b>		
Muito Bom	10	9,3
Bom	25	23,1
Moderadamente Bom	25	23,1
Razoável	35	32,4
Fraco	7	6,5
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

No que respeita ao uso da terapia hormonal de substituição averiguou-se que 74, 1% das inquiridas não usufrui desta forma de terapia. No entanto, consideram que esta detém efeitos positivos (66,7%) no tratamento da sintomatologia própria da Menopausa. Quanto às preocupações relativas ao uso da terapia, 5,6% ficam algo apreensivas, pois acreditam que esta apresenta alguns efeitos secundários. Neste sentido, quatro das participantes têm algum receio no uso da terapia, pois temem vir a contrair cancro da mama, em consequência da sua utilização.

No que toca ao uso de outras terapias, como alternativa (ex. acupunctura), uma elevada percentagem das participantes, refere não usar.

Tabela 10 - Dados relativos ao uso da terapia hormonal de Substituição

Terapia Hormonal de Substituição	Frequência	Porcentagem
<b>Uso terapia hormonal</b>		
Sim	17	15,7
Não	80	74,1
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Percepção da terapia hormonal</b>		
Positiva	72	66,7
Negativa	17	15,7
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Preocupações acerca da terapia</b>		
Efeitos Secundários	6	5,6
Cancro da mama	4	3,7
Pode deixar sequelas	1	,9
Nenhuma	1	,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b>Uso de outras terapias</b>		
Sim	5	4,6
Não	96	88,9
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

### 5.1.5. Instrumentos

Para este estudo, foram utilizados um questionário sócio-demográfico e descritivo das variáveis de saúde e sexualidade, tendo por base o *Menopause Health Questionnaire* (The North American Menopause Society) e um Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino (SQoL-F) (pfizer, Ramsgate, Sandwish & Kent, 1999).

No questionário demográfico, de saúde, sexualidade constam 9 questões relacionadas com a *Informação Pessoal* das participantes (ex. estado civil, ou estatuto socioeconómico), questões relacionadas com a *Saúde* (ex. hábitos pessoais, ou consumo de tabaco), questões relacionadas com a *História Médica* (problemas de saúde), *História Sexual* das participantes (ex. vida sexual activa ou preocupação e interesse pela sexualidade), *Sintomas* da Menopausa (dificuldade de concentração ou dor durante o coito), *Menopausa* (auto-percepção, conhecimento) e *Terapia Hormonal de Substituição* (auto-percepção).

Quanto ao Questionário de Satisfação Sexual este é composto por um conjunto de 18 afirmações relativas aos pensamentos e sentimentos que as participantes possam eventualmente sentir em relação à sua vida sexual. Cada afirmação pode referir-se tanto aos aspectos positivos como negativos da vida sexual das inquiridas. Os itens apresentam um formato do tipo *likert*, com 5 opções de resposta (1= concordo totalmente e 5= discordo totalmente). De modo a evitar uma eventual manipulação das respostas e melhor controlar a validade da escala, alguns itens foram categorizados em ordem negativa. É importante mencionar que este questionário é dirigido a todas as mulheres, independentemente da sua orientação sexual (pfizer, Ramsgate, Sandwish & Kent, 1999).

### 5.1.6. Procedimentos

Para a realização desta investigação foi elaborado pela autora deste estudo um questionário sócio-demográfico, tendo por base o *Menopause Health Questionnaire* (The North American Menopause Society), tal como referido anteriormente. Após a sua criação, procedeu-se à distribuição dos mesmos, sendo parte destes, entregues pessoalmente. Para além do questionário elaborado, foi realizado o mesmo no “Google Docs”, de forma a que este pudesse ser publicado na internet e, com isto obter mais informação. É de referir que em ambos os questionários foi garantido o anonimato e a confidencialidade da informação fornecida pelas senhoras inquiridas, assim como, a sua utilização exclusiva no presente trabalho de investigação.

Após a recolha da informação proveniente dos questionários aplicados, a introdução dos dados obtidos, bem como, os procedimentos estatísticos foram efectuados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 19.0).

## 6. Análise Estatística

Para analisar quantitativamente os dados obtidos, utilizou-se versão 19.0 de um programa de análise estatística designado por SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). De seguida, através do Kolmogorov-Smirnov (K-S) foi possível observar que a amostra segue uma distribuição normal (tabela 8), o que possibilita a aplicação da estatística descritiva. Posto isto, foram também efectuados testes *t* e a análise de variância (Anova).

Por conseguinte, em consequência da enorme quantidade de variáveis incluídas nesta investigação, optou-se por seleccionar apenas algumas, nomeadamente, as *características sociais* (idade, estatuto socioeconómico, nível de ensino, estado civil e filhos); *Hábitos Pessoais* (auto-percepção de saúde, prática de exercício físico, abuso sexual e stress); *História Sexual* (vida activa, preocupação e interesse com a actividade sexual, excitação, orgasmo e dor) e, por último, a percepção e conhecimento da menopausa.





## Capítulo VI. Resultados

No que concerne à comparação entre os grupos de idade das participantes, foi possível observar que o grupo que apresenta uma menor qualidade de vida sexual diz respeito ao grupo das senhoras com idades compreendidas entre os 71 e 80 anos (M:43,71;DP: 13,05), relativamente ao grupo das senhoras correspondentes à faixa etária dos 51 aos 60 anos, que demonstram ter uma qualidade de vida sexual favorável, pois obtiveram como valores médios (M:39,05; DP:13,27) Porém, estas diferenças não são estatisticamente significativas [F (3,96) =0,619;  $p = 0,619$ ].

Em relação ao estatuto Socioeconómico, verificou-se que as senhoras que evidenciam um nível financeiro Médio apresentam uma qualidade de vida sexual mais desfavorecida (M:43, DP: 13,38). Por outro lado, as participantes com um nível de vida Médio-Alto mostram ter uma boa qualidade de vida sexual (M: 30,67; DP: 11,57), sendo tais dissimilaridades estatisticamente significativas [F (4,91) = 2,561;  $P = 0,044$ ].

No que respeita ao Estado Civil, as utentes parecem ter uma ótima qualidade de vida sexual são as Solteiras (M: 28; DP: 0). Por outro lado, as participantes que obtiveram valores médios mais elevados (M:52,5; DP: 7,5), nomeadamente, as mulheres que coabitam em união de facto, evidenciam uma qualidade de vida sexual pobre e, neste caso, tais resultados indicam que não são estatisticamente significativos [F (4,96) = 1,425;  $P = 0,232$ ].

Por último, no que toca à presença de filhos, verificou-se que as senhoras que têm filhos afirmam usufruir de uma qualidade de vida sexual excelente, tal pode ser comprovado através dos valores médios obtidos (M:39,9; DP: 13,1). Por outro lado, as que não têm filhos admitem não ter uma qualidade de vida satisfatória (M:41,6; DP: 15,2). Assim sendo, e partindo da análise efectuada, é possível provar que estes valores não são estatisticamente significativos [F (100,9) = 0,009;  $P = 0,927$ ].

Tabela 11 - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da idade, estatuto socioeconómico, estado civil e presença de filhos

Idade	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	F	P
M	41,29	39,05	43,50	43,71	.619	.605
DP	12,38	13,27	13,02	13,05		
Estatuto Socioeconómico	Alto	Médio-Alto	Médio	Médio-Baixo	Baixo	
M	31,33	30,67	43,09	37,78	41,09	2,561 0,044
DP	8,39	11,57	13,38	11,85	11,15	
Estado Civil	Solteira	Casada	Viúva	Divorciada	União de Facto	
M	28	40,5	37,8	35,9	52,5	1,425 .232
DP	0	12,8	15,4	11,9	7,5	
Filhos	Filhos	Sem Filhos				
M	39,9	41,6				.009 ,926
DP	13,1	15,2				

\*p &lt;0.05; \*\* p&lt;0.001

Quanto à auto-percepção das participantes em relação à sua saúde, verificou-se que as senhoras que vêm a sua saúde como excelente detêm uma menor qualidade de vida sexual (M: 42,60; DP:21,7), quando comparadas com as que não têm uma auto-percepção relativa à sua saúde, ou seja, apresentam uma percepção pobre, mas no entanto a sua qualidade de vida sexual é agradável (M: 39,14; DP:14,2). No que respeita à relação entre às diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos, é possível observar que estas não são estatisticamente significativas [F (3,89) =0,083; P =0, 969].

Por conseguinte, no que respeita à prática de actividade física, consta-se que as participantes que costumam fazer desporto apresentam, menor qualidade de vida (M: 43,75; DP: 9,16) do que as participantes que não fazem desporto (M:38, 74; DP:14,27). Dados estes valores, é permitido concluir que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos [F (4,96) = 0,762; P=0,552] não são estatisticamente significativas.

**Tabela 12** - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da Auto-percepção de saúde das participantes e prática desporto

Auto-Percepção de Saúde	Excelente	Boa	Razoável	Pobre	F	P
M	42,6	39,25	39,7	39,14	0,083	0,969
DP	21,66	14,73	12,89	14,17		
Prática de Desporto	Diariamente	3x/semana	Ocasionalmente	Nunca	0,762	0,552
M	43,75	40,9	39,48	38,74		
DP	9,16	10,94	13,73	14,27		

Os valores médios relativos à agressão sexual indicam que as senhoras que foram vítimas deste tipo de abuso demonstram ter uma boa qualidade de vida sexual (M: 25,00; DP: 2,82), ao contrário das participantes que não sofreram de agressão, pois segundo os dados alcançados, estas usufruem de uma qualidade de vida sexual satisfatória (M: 40,1; DP:13,26). Assim sendo, é possível afirmar que ambas as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [ $t(97,2) = -1,60$ ;  $P = 0,11$ ].

No que toca às relações sexuais forçadas, as utentes que sofreram este tipo de abuso, admitem ter uma vida sexual com qualidade (M:27; DP:0). Por conseguinte, as participantes que apresentam valores médios mais elevados (M: 39,9; DP: 13,30) consideram gozar de uma reduzida qualidade de vida sexual. Posto isto, é de referir que a relação entre as médias decorrentes da comparação entre os grupos [ $t(97) = -1,967$ ;  $P = 0,336$ ] é não significativa.

Relativamente ao Abuso a nível verbal e emocional, as participantes revelam uma baixa qualidade de vida sexual (M:40,93; DP:14,17), contrariamente às que não foram abusadas que anunciam uma elevada qualidade de vida sexual (M: 39,57; DP: 13,20). Sendo assim, é permitido afirmar que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [ $t(97,2) = 0,373$ ;  $P = 0,71$ ].

**Tabela 13** - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da Abuso sexual vivido pela participante (Agressão Física, Relações Sexuais Forçadas e Abusado Verbal/emocionalmente)

Abuso Sexual	Agressão Física	Sem Agressão Física	t	P
M	25	40,1	-1,602	0,112
DP	2,82	13,26		
Abuso sexual (Cont.)	Relações Sexuais Forçadas	Relações Sexuais não forçadas		
M	27	39,92	-0,967	0,336
DP	0	13,3		
Abuso sexual (Cont.)	Abusada Verbal/emocionalmente	Não abusada Verbal/emocionalmente		
M	40,93	39,57	0,373	0,71
DP	14,17	13,2		

No que respeita aos factores que provocam stress, as participantes referiram ser maioritariamente a família, no entanto este factor, não se constitui uma barreira para a sua qualidade de vida sexual, ou seja, estas participantes, apesar de sofrerem de alguma inquietação com os seus familiares, detêm uma boa qualidade de vida sexual (M: 31,60; DP:7,70). Contrariamente a estas, as participantes referem outros factores, dos quais não especificaram e que, segundo elas têm uma enorme influência na qualidade de vida sexual destas mulheres, o que implica afirmar que esta qualidade é empobrecida (M: 41,58; DP:13,64). Posto isto, é importante referir que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [F (5,63) =0,572; P =0, 721].

Seguidamente, em relação às alterações no seio familiar foi comprovado que as participantes que tiveram modificações apresentam uma qualidade de vida inferior (M: 42,67; DP:13,74) comparativamente às mulheres em que o seu íntimo familiar permaneceu imutável, pois estas últimas evidenciam uma boa qualidade de vida sexual (M:38,40; DP:12,91). Assim sendo, os valores médios das variáveis permitem observar que estas não são estatisticamente significativas [t (98,54) =1,500; P = 0,137].

Ainda relativamente ao factor stress, constatou-se que as mulheres que lidam mal com o stress parecem ter, uma menor qualidade de vida sexual (M: 40,9; DP: 11,96). Por seu turno, as mulheres que lidam muito mal com o stress admitem ter uma qualidade de vida sexual satisfatória (M:34,50; DP:13,75). Todavia, é de referir que a diferenças nas médias

decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [F (3,79) =0,360; P =0,782].

**Tabela 14** - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função dos factores que provocam stress, bem como a forma de lidar com ele.

Factores causam Stress	Profissão	Família	Crise Económica	Saúde	Estados Emocionais	Outros	F	P
M	38,85	31,6	39	36,85	34	41,51	0,572	0,721
DP	14,76	7,7	16,51	12,14	14,79	13,64		
Alterações na Saúde no seio familiar	Alterações na saúde	Sem Alterações na saúde					1,5	0,137
M	42,67	38,4						
DP	13,74	12,91						
Lidar com Stress	Bem	Moderadamente Bem	Mal	Muito Mal			0,36	0,782
M	39,29	39,26	40,89	34,5				
DP	14,26	12,86	11,96	13,75				

No que concerne à vida sexual activa das participantes, foi permitido observar que as que não têm uma vida sexual activa, não desfrutam de uma boa qualidade de vida sexual (M:43,37; DP: 13,79), contrariamente às participantes que praticam actividade sexual com frequência, pois dada a sua actuação gozam de uma qualidade de vida sexual bastante agradável (M:37,81;12,67). Deste modo, é possível comprovar que as variáveis são estatisticamente significativas [ $t(98,64) = -2,027$ ;  $P = 0,045$ ].

Neste sentido, em relação às infecções sexualmente transmissíveis, é facultada a informação de que as senhoras com infecções apresentam uma melhor qualidade de vida (M:36,50; DP:19,09) do que as senhoras sem infecções (M: 40,25; DP:13,33). Pois, segundo os valores médios, estas últimas não apresentam uma boa qualidade de vida sexual. Dadas as variáveis em estudos, verifica-se que estas não evidenciam uma relação estatisticamente significativa [ $t(93,1) = -0,392$ ;  $P = 0,696$ ].

Relativamente às preocupações patenteadas pelas participantes no que se refere à vida sexual, foi verificado que as que não têm preocupações apresentam uma menor qualidade de vida sexual (M: 40,76; DP:12,45). Por conseguinte, as mulheres que mostram elevadas preocupações com a sua relação sexual com o parceiro parecem gozar de uma boa qualidade de vida neste âmbito (M:38,91; DP: 12,45). Assim sendo, é de referir que as

diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não são estatisticamente significativas [ $t(96,92) = -0,677; P = 0,500$ ].

O interesse na actividade sexual é um componente necessário à prática da actividade sexual, neste sentido e, com base nos valores médios verificou-se que as mulheres que apresentam interesse na relação sexual, detêm menor qualidade de vida (M:44,68; DP:13,48), já para as participantes que não manifestam interesse pela actividade sexual, a qualidade de vida sexual é positiva (M:35,44; DP:11,80). Desta feita, tendo em conta a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos, verifica-se que estas são estatisticamente significativas [ $t(97,91) = 3,635; P < 0,000$ ].

No que respeita à capacidade de excitação, observou-se que as mulheres que a perderam ostentam uma menor qualidade de vida sexual (M:42,70; DP:13,39). Já as mulheres que não perderam a capacidade de excitação exibem uma melhor qualidade de vida sexual, facto que se pode comprovar, através dos valores médios obtidos (M: 37,09; DP:12,78). Desta forma, dados os resultados da investigação é importante revelar a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos, tendo estas, uma relação estatisticamente significativa [ $t(96,94) = 2,497; P = 0,014$ ].

Em relação à resposta sexual (orgasmo) observou-se que as senhoras que perderam a resposta transparecem, uma menor qualidade de vida sexual (M: 44,20; DP:14,09) do que as mulheres em que a sua resposta sexual face à sua actividade ainda prevalece. Nestas a qualidade de vida sexual é favorável (M: 35,89; DP:11,79). Sendo assim, é possível afirmar que a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos é estatisticamente significativa [ $t(91,86) = 3,089; P < 0,003$ ].

Por último segue-se a dor no momento do coito. Neste âmbito, as mulheres que sentem dor têm menor qualidade de vida sexual (M:43,57; DP: 13,93), em contraste, as mulheres que não sentem dor no momento do coito exibem uma melhor qualidade de vida sexual (M: 39,91; DP: 12,83). Assim sendo, é importante revelar que a relação entre as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não é estatisticamente significativa [ $t(91,26) = 1,090; P = 0,279$ ].

**Tabela 15** - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da vida sexual activa, infecções sexualmente transmitidas, preocupações e interesse pela actividade sexual, capacidade de excitação, resposta e dor.

Vida Sexual Activa	Com Vida Sexual Activa	F	P
M	37,81	-2,027	0,045
DP	12,67		
Infecções sexualmente transmitidas	Com infecções		
M	36,5	-0,393	93
DP	19,09		
Preocupações com a vida sexual	Com Preocupações		
M	38,91	-0,667	0,5
DP	12,45		
Interesse na Actividade Sexual	Com Interesse		
M	44,68	3,635	0
DP	13,48		
Capacidade de Excitação	Perdeu a capacidade de excitação		
M	43,7	2,497	0,014
DP	13,39		
Resposta Sexual	Perdeu a resposta		
M	44,2	3,089	0,003
DP	14,09		
Dor no Momento do Coito	Sente dor		
M	43,57	1,09	0,133
DP	13,93		

Relativamente à auto-percepção das participantes em relação à Menopausa, foi possível observar que as participantes que percebem a menopausa como sendo negativa (M: 42,64; DP:13,60), apresentam uma menor qualidade de vida sexual, quando comparadas com as senhoras que vêm a menopausa, de forma positiva (M: 38,98; DP:13,16), pois estas apresentam uma boa qualidade de vida sexual. No entanto, existem ainda opiniões que não foram discriminadas, contudo, para estas mulheres a qualidade de vida sexual é igualmente agradável. Isto pode ser comprovado através dos valores médios, pois estas senhoras destacam-se ao nível da auto-percepção relativa à menopausa (M: 35,85; DP: 15,15). Assim sendo, a relação que, ambas as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos não é estatisticamente significativa [F (2,90) = 0,778; P =0,462].

Por conseguinte, em relação às preocupações para com a menopausa, as mulheres que admitem não ter qualquer apreensão neste âmbito, apresentam pior qualidade de vida sexual (M:50,0; DP: 0). Por sua vez, as participantes demonstram ter uma qualidade de vida satisfatória são aquelas que têm receio de perder cálcio, o que lhe causa alguma inquietação (M:27; DP:0). Assim sendo, as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos em estudo não apresentam uma relação estatisticamente significativa [F (4,21) = 1,992; P =0,133].

Por último, segue-se o conhecimento relativo à menopausa, onde predomina o fraco, isto revela que as participantes que demonstram ter um escasso conhecimento acerca da menopausa, têm uma elevada qualidade de vida sexual (M: 30,71; DP: 13,29). Por outro lado, as senhoras que apresentam um conhecimento razoável em relação a este tema, parece demonstrar uma qualidade de vida sexual empobrecida (M:42,03; DP: 12,95). Desta forma verifica-se que as diferenças nas médias decorrentes da comparação entre os grupos existentes apresentam uma relação estatisticamente significativa [F (4,94) = 1,124; P =0,350].

**Tabela 16** - Distribuição dos valores médios da qualidade de vida sexual em função da auto-percepção da menopausa, preocupações e conhecimento.

Auto-Percepção da Menopausa	Positiva	Negativa	Outra		F	P	
M	38,98	42,64	35,85		0,778	0,462	
DP	13,16	13,6	15,15				
Preocupações com a Menopausa	Morte/envelhecimento acelerado	Medo de contrair doenças	Falta de cálcio	Nenhuma	Outros		
M	30	36,07	27	50	46,16	1,992	0,133
DP	7	12,14	0	0	12,12		
Conhecimento relativo à Menopausa	Muito Bom	Bom	Moderadamente Bom	Razoável	Fraco		
M	40,1	38,72	40,8	42,03	30,71	1,124	0,35
DP	13,26	15,37	11,21	12,95	13,29		



## Capítulo VII. Discussão

A Menopausa é um acontecimento biológico que sobrevém naturalmente na vida de uma mulher. No decorrer desta fase da vida, é extremamente importante recordar que a Menopausa constitui uma parte natural do envelhecimento e não, uma doença. Neste sentido, e após os resultados obtidos da análise da informação recolhida foi possível verificar que a faixa etária, correspondente às senhoras da meia-idade (51-60), apresentam uma qualidade de vida sexual satisfatória, facto este que vem rejeitar a Hipótese 1 que cita a reduzida qualidade de vida sexual nas senhoras que se encontram a viver a fase da menopausa. No que respeita ao Nível Socioeconómico foi provado que as mulheres que evidenciam um nível socioeconómico *Médio* demonstram ter uma qualidade de vida sexual empobrecida. Neste sentido, observou-se que apesar do resultado se aproximar do nível socioeconómico alto, este fica ainda algo abaixo, ou seja, corresponde ao estatuto *Médio-Alto*, como sendo aquele que apresenta uma melhor qualidade de vida sexual na menopausa. Logo este resultado vem, igualmente rejeitar a hipótese 2 que refere que com um nível socioeconómico alto, as mulheres na menopausa têm uma qualidade de vida sexual superior.

Relativamente ao Estado Civil, constatou-se que são as mulheres *Solteiras* que demonstram ter uma qualidade de vida sexual agradável, facto este que vem rejeitar a hipótese 3, uma vez que esta admite serem as mulheres casadas, aquelas que exibem uma melhor qualidade de vida sexual.

Segundo a hipótese 5, são as mulheres que têm filhos que mostram ter uma melhor qualidade de vida sexual, quando comparadas com as participantes que não têm filhos. Neste sentido, os resultados provenientes da amostra em estudo, veio comprovar a hipótese previamente formulada, pois anunciam que as mulheres que têm filhos parecem usufruir de uma excelente qualidade de vida sexual, contrariamente às que não têm.

Através do senso comum especula-se que as mulheres que se encontram em fase da menopausa e que, no seguimento percebem a sua saúde como sendo excelente, ou pelo menos mantendo-se nos parâmetros considerados satisfatórios, detêm uma boa qualidade de vida sexual (hipótese 6). No entanto, partindo dos resultados apurados neste estudo, rejeita-se a hipótese 6, uma vez que segundo estes, as senhoras que apresentam uma auto-percepção de saúde reduzida, exibem uma melhor qualidade de vida sexual.

Quanto à prática de desporto considera-se, à partida que as mulheres que praticam diariamente têm uma boa qualidade de vida sexual (hipótese 7). Todavia os resultados evidenciam, precisamente o contrário. Estes provam que as mulheres que se encontram na menopausa e, que por sua vez, não fazem exercício físico apresentam uma melhor qualidade de vida sexual, logo rejeita-se a hipótese 7.

É comum pensar que as mulheres que são vítimas de abuso sexual, como sejam agressão física, relações sexuais forçadas ou abuso verbal/emocional lhes seja difícil

manterem uma relação íntima com o parceiro. Deste modo e, através dos dados alcançados, verificou-se que ao nível da agressão física e relações sexuais forçadas, as mulheres admitem ter uma boa qualidade de vida, logo a hipótese 8 para estes factores é rejeitada, uma vez que cita uma reduzida qualidade de vida nas vítimas de agressão física e relações sexuais forçadas. Contrariamente a estas, as participantes que sofreram de abuso verbal/emocional confessam ter uma qualidade de vida sexual pobre, o que para este factor, a hipótese 8 confirma-se.

O stress é cada vez mais, um factor presente na actualidade, sobretudo, nas mulheres de meia-idade que têm que enfrentar os sintomas da menopausa, bem como, a rotina diária. Porém, tendo em conta a hipótese 9, que refere que para as mulheres que sofrem de stress, o factor que tem maior impacto é a crise económica. No seguimento, os dados fornecidos pelas participantes vêm revelar que a família é o factor que mais stress lhes causa. No entanto, este não constitui uma barreira para a actividade sexual. Estas participantes, apesar de sofrerem de alguma inquietação com os seus familiares, detêm uma boa qualidade de vida sexual, o que vem rejeitar a hipótese 9. Neste sentido, no que respeita às alterações na saúde dos familiares das participantes, verificou-se que estas apresentam uma menor qualidade de vida sexual, facto este que vem confirmar a hipótese 10 anteriormente formulada. No que toca à hipótese 11, as mulheres que lidam mal com o stress evidenciam uma qualidade de vida sexual inferior. Porém, a partir dos dados observados foi possível verificar que estas têm uma qualidade de vida sexual diminuída, podendo, assim, confirmar a hipótese 11.

De seguida, as mulheres que apresentam uma vida sexualmente activa, segundo a hipótese 12, desfrutam de uma melhor qualidade de vida sexual. Tal facto é confirmado pelos dados facultados pelas participantes, pois admitem que praticam actividade sexual com frequência, e em consequência da sua actuação gozam de uma qualidade de vida sexual bastante agradável, o que permite confirmar a hipótese. Neste sentido, um estudo transversal, desenvolvido recentemente pretendeu analisar as actividades e comportamentos sexuais de 2.109 mulheres com idades compreendidas entre 40-69 anos, onde se verificou que aproximadamente 75% da população seleccionada eram sexualmente activas (Eden & Wylie, 2009). Por sua vez, as mulheres que sofreram infecções sexualmente transmissíveis têm pior qualidade de vida sexual (Hipótese 13), contudo, tal afirmação é refutada porque as mulheres que tiveram este tipo de infecções detêm uma boa qualidade de vida sexual. Relativamente à preocupação relacionada com a vida sexual (Hipótese 14), as mulheres que mostram elevadas preocupações na sua actividade sexual com o parceiro, parecem gozar de uma boa qualidade de vida, logo é possível comprovar esta hipótese. O interesse pela actividade sexual, constitui um componente imprescindível à prática da actividade física e, por sua vez, a uma boa qualidade de vida sexual. Sendo assim, se as mulheres não manifestarem qualquer interesse na prática sexual, isto pode ter repercussões no seio do casal, levando a piorar a qualidade de vida sexual dos mesmos (hipótese 15). Posto isto, é consentido refutar esta hipótese, porque segundo os dados facultados pelas senhoras inquiridas, elas apresentam uma boa qualidade de

vida sexual. No que toca à capacidade de excitação, as mulheres em que a capacidade de excitação é reduzida ou se encontra mesmo ausente (hipótese 16), apresentam uma baixa qualidade de vida sexual, assim como as participantes que perderam a resposta (orgasmo) (hipótese 17) face à relação sexual propriamente dita e aquelas senhoras que no momento do coito, queixam-se de dor intensa (hipótese 19). É de referir que todas estas três hipóteses, onde a capacidade de excitação, resposta e presença de dor no momento do coito detêm um forte impacto na qualidade de vida sexual, levando-a, em consequência destes, a sofrer um decréscimo. Posto isto, é possível confirmar todas as hipóteses, em conformidade com os dados recolhidos junto das participantes.

Por conseguinte, em relação à auto-percepção que as participantes têm relativamente à menopausa, verificou-se que as que têm uma percepção positiva acerca desta temática evidenciam uma melhor qualidade de vida sexual, o que comprova a hipótese 19, que cita *“As mulheres que detêm uma auto-percepção positiva têm uma maior qualidade de vida sexual”*. No que concerne à hipótese 20, esta refere que as mulheres que não se preocupam com a menopausa, não têm uma boa qualidade de vida. Esta hipótese é inteiramente confirmada, pois as participantes confessaram que as suas preocupações para com a menopausa eram reduzidas, o que as levou a ter uma baixa qualidade de vida sexual. Por último, em relação à hipótese 21, as mulheres com um fraco conhecimento apresentam uma qualidade de vida sexual diminuta. Deste modo, e segundo os resultados do estudo, as participantes com um escasso conhecimento acerca da menopausa, revelam ter uma vida sexual com qualidade, o que vai refutar a hipótese.



## Capítulo VIII. Considerações finais

A Menopausa é um processo biológico extremamente valorizado e encontra-se vinculado a diversas alterações não só físicas como também emocionais, que desafiam todas as mulheres que atingem a meia-idade. Em consequência do aumento da esperança média de vida, as mulheres irão viver cerca de 1/3 das suas vidas na menopausa, podendo esta, assumir um papel relevante na saúde destas mulheres (Robaina, 2009).

O impacto que a qualidade de vida exerce sobre a menopausa não é, de todo limitado à meia-idade e, como tal pode contribuir para a manifestação de determinadas patologias crónicas, tais como, doenças cardiovasculares e osteoporose, entre outras. Assim, uma menopausa natural tardia tem sido relacionada com índices reduzidos de doenças e, também com uma diminuição do risco de mortalidade (Robaina, 2009). Porém, nesta fase a mulher está em risco de contrair cancro de mama. A menopausa pode ter um impacto negativo na qualidade de vida para um considerável número de mulheres, em resultado dos inúmeros sintomas que a acompanham (ex. sintomas vasomotores, osteoporose, atrofia urogenital, aumento do risco de doenças cardiovasculares, sintomas somáticos, disfunção sexual e diminuição da libido, ansiedade, irritabilidade, insónias, problemas de concentração e memória, entre outros). É uma fase de alterações fisiológicas que podem coincidir com uma modificação no seio familiar ou situação ocupacional. A fase de transição para a menopausa entre diferentes culturas é extraordinariamente inconstante. Nas sociedades ocidentais, esta fase é encarada como um momento de elevada vulnerabilidade, pois o complexo hormonal, psico-sócio-cultural, bem como os factores que advêm com a idade desencadeiam um conjunto de sintomas e desfechos de saúde a longo prazo. Para além de todas as transformações biológicas e sintomatologia, é também um período de alterações a nível social (ex. trabalho, reforma), familiar (síndrome do ninho vazio), declínio da libido, sentimentos de envelhecimento e infertilidade (Robaina, 2009).

Neste sentido, conhecidos os resultados da investigação foi possível comprovar a elevada qualidade de vida sexual das mulheres na meia-idade (51-60 anos), que já se encontram na menopausa. Foi também provado, que as mulheres solteiras, bem como aquelas que têm filhos, exibem uma melhor qualidade de vida sexual. Os resultados demonstraram, ainda, que as mulheres que apresentam uma vida sexual activa expõem uma melhor qualidade de vida sexual, isto deve-se ao facto de nesta fase da vida ainda persistir a capacidade de excitação e resposta face à actividade sexual. Neste sentido, a literatura afirma que apesar da actividade sexual sofrer um declínio à medida que se avança na idade, uma percentagem de adultos de idade avançada são sexualmente activos e encaram o sexo como um aspecto essencial da vida, manifestando o seu grau de satisfação e bem-estar sexual (Eden & Wylie, 2009). Ainda neste âmbito, verificou-se que as mulheres na menopausa ainda detêm elevadas preocupações com a sexualidade, facto este que é

encarado como uma mais-valia para o casal, pois estas inquietações permitem trocar ideias relativas à relação sexual propriamente dita, o que vai favorecer, em muito a ligação entre o casal. Por outro lado, os resultados evidenciaram que a falta de interesse manifestado pelas mulheres, convertia-se numa melhor qualidade de vida sexual. Tal afirmação é desaprovada pela literatura, uma vez que esta refere que a ausência de interesse vai contribuir para a inactividade sexual por parte do sexo feminino (Eden & Wylie, 2009). Por último, as mulheres que afirmam ter dor no momento do coito, admitem ter uma menor qualidade de vida, pois sentem-se desconfortáveis e, com isso, não desfrutam intensamente, da relação sexual, em si.

Assim sendo, a realização desta investigação foi uma mais-valia, uma vez que este tema “*Qualidade de Vida Sexual na Menopausa*” ainda não é muito explorado, o que se tornou num desafio.

Neste sentido, uma das principais limitações da investigação prende-se com o facto de o questionário ser muito extenso e, como tal não foi possível abordar todas as questões que desejaria, porém ficam guardadas em base de dados para futuramente dar continuidade ao estudo. A entrega dos questionários pessoalmente pode ser considerada uma limitação, dado que as senhoras poderiam não responder com sinceridade ao que era pedido, talvez porque o tema da sexualidade é ainda, um tabu na nossa sociedade.



## Bibliografia

- Abernethy, K., Tiran, D. & Andrews, G. (2002). *The Menopause and HRT*. (2ªed). London: Baillière Tindall.
- Alexander, L.L., Larosa, J., Bader, H., Garfield, S. & Alexander, W.J. (2010). *New Dimensions in Women's Health*. (5ªed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Alexander, M.F., Fawcett, J.N. & Runciman, P.J. (2006). *Nursing Practice: Hospital and home: the adult*. (3ªed). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ammer, C., Manson, J.E. & Brigham, E.F. (2009). *The Encyclopedia of Women's Health* (6ªed). New York: Facts On File, Inc.
- Antunes, S., Marcelino, O. & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da Menopausa. *Rev Port Clin Geral*;19:353-7.
- Arenas, J.M.B., Vicens, M.L. & Montosa, J.X. (2009). *Fundamentos de Ginecología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- Arnoldi, A. (2004). *Functional foods, cardiovascular disease and diabetes*. Cambridge: Woodhead Publishing Limited
- Banerj, K. (2004). *Menopause before 40 : coping with premature ovarian failure*. Canadá: Your Health Press, a division of Sarahealth Inc. in Association with Trafford Publishing.
- Bartl, R., Frisch, B. & Bartl, C. (2009). *Osteoporosis: Diagnosis, Prevention, Therapy* (2ªed). Berlin Heidelberg Springer
- Borden, L. (2008). *Your menopause handbook: a self-help guide for healthy living*
- Boston Women's Health Book Collective (2006). *Our bodies, ourselves: menopause*. New York: Simon & Schuster, Inc.
- Bourcier, A., McGuire, E.J. & Abrams, P. (2004). *Pelvic Floor Disorders*. Philadelphia: Elsevier Saunders, Inc.

- Bray, G.A., Bouchard, C. & James, W. P.T. (2005). Handbook of obesity: etiology and pathophysiology (2<sup>a</sup>ed). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Brewer, S., Jones, M.L., & Eichenwald, T. (2011). Menopause for Dummies. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brunner, L.S. & Smeltzer, S.C.O. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical- surgical nursing. (12<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Burns, T., Breathnach, S., Cox, N. & Griffiths, C. (2010). Rook's Textbook of Dermatology. Vol. 1 (8<sup>a</sup>ed). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Canfield, J., Hansen, M.V. & Rackner, V. (2005). Chicken Soup for the soul healthy living: Heart disease. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade & Planejamento Familiar, Associação para o Planejamento da Família (APF)*, (38/39), 7-13.
- Carr, B.R., Blackwell, R. E. & Azziz, R. (2005). Essential reproductive medicine. New York: MacGraw - Hill Companies, Inc.
- Cavalcante, S.M.B., Catrib, A.M.F., Silva, M. & Frota, M.A. (2006). O Climatério e a sua Relação com a Saúde e o Ambiente de Trabalho. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*; 19 (3):140-147.
- Cormier, N. & Bartleson, K. (2011). The Everything Guide to Nutrition: All You Need to Keep You - and You're Family - Healthy. Avon, Massachusetts: Adams Media, a division of F+W Media, Inc.
- Currie, H. (2006). Answers at your fingertips: Menopause (1<sup>a</sup>ed). London: Class Publishing Ltd.
- DeFelice, E.A. (2005). Prevention of cardiovascular disease: atherosclerosis, carotid artery disease, cerebral artery disease/stroke, coronary artery disease, peripheral artery disease and hypertension for consumers, healthcare providers, patients and physicians. Lincoln, NE: iUniverse.
- Deng, H.W. & Liu, Y.Z. (2005). Current Topics in Osteoporosis. Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd

- Diamond, S. & Diamond, M.L. (2009). *Diagnosing and Managing Headaches*. (7ªed). New York: Professional Communications, Inc.
- Eden, K.J. & Wylie, K.R. (2009). Quality of Sexual Life and Menopause. *Women's Health* 5(4):385-396 *Future Medicine Ltd*.
- Faure, É.D. (2003). *La Ménopause*. (2ªed). Paris: Masson S.A.S.
- Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, Sintomas de Menopausa e Depressão: Influência do Nível Educacional e de outras Variáveis Sócio-Demográficas. *Psicologia*, vol. 19, no. 1-2, p. 19-38.
- Farrell, T. & Hess, H.M. (2008). *The Perfect Menopause: 7 Steps to the Best Time of Your Life*. New York: Westfall Park Pub. Group
- Fong, E. & Scott, S. (2009). *Body Structures & Functions* (10ªed). New York: Delmar Learning, a division of Thomson Learning, Inc.
- García, C. (2008). *Sessenta y Tantos: Empieza una Nueva Juventud*. Barcelona: Ediciones Ceac.
- Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia. (2004). *Guía de Práctica Clínica sobre la Menopausia y Postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano;
- Guelndner, S.H., Grabo, T.N., Newman, E.D. & Cooper, D.R. (2008). *Osteoporosis: Clinical Guidelines for Prevention, Diagnosis, and Management*. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Guthrie, D.W. & Guthrie, R.A. (2009). *Management of diabetes Mellitus: a Guide to the Pattern Approach* (6ªed). New York: Springer Publishing Company, LLC
- Hales, D.R. & Lauzon, L. (2010). *An Invitation to Health* (2ªed). Toronto: Nelson Education Ltd
- Handa, V.L., Cundiff, G., Chang, H.H., Sc.B. & Helzlsouer, K.J. (2008). Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gyneco*, 111(5): 1045-1052.

- Henderson, V.W. (2008). Cognitive Changes After Menopause: Influence of Estrogen. *Clin Obstet Gynecol*; 51(3): 618-626.
- International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach. National Institutes of Health, 2002.
- Jonekos, S. & Klein, W. (2009). *The Menopause Makeover: The Ultimate Guide to Taking Control of Your Health and Beauty During Menopause*. United States: Harlequin Enterprises, Ltd
- Jones, M.L., Eichenwald, T. & Hall, N.W. (2007). *Menopause for Dummies*. (2ªed). Canadá: Wiley Publishing, Inc.
- Kalb, K.B. (2007). *The Everything Health Guide to Menopause: Reassuring Advice and Up-Date information to keep you healthy and happy* (2ªed). USA: Avon: Adams Media Publications Company.
- King, T.L. & Brucker, M.C. (2011). *Pharmacology for Women's Health*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Lagacé, L.L. (2006). *Menopausia*. Barcelona: Editorial Amat S.L.
- Lipsky, M.S., Mendelson, M., Havas, S. & Miller, M. (2007). *American Medical Association guide to preventing and treating heart disease: Essential Information you and your family need to know about having a healthy heart*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lorenzi, D.R.S., Catan, L.B., Cusin, T., Felini, R., Bassani, F. & Arpini, A.C. (2009). *Rev. Bras.Saúde Matern. Infant., Recife*, 9(4): 459-466.
- Lorenzi, D.R.S., Danelon, C., Saciloto, B. & Padilha, I. (2005). *Fatores Indicadores da Sintomatologia Climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet.* 27(1): 12-19
- Lucas, L. S., Martins J. T. & Robazzi, M. L.C. C. (2008). *Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. Ciencia y Enfermeria XIV* (1), 43-52.
- Lyons, I. (2011). *Lecture Notes: Biomedical Science* (1ªed). United Kingdom: Wiley Blackwell

- Martínez, L.A., Delgado, R.C. & García, G.L. (2004). *Obstetricia y Ginecología* (2ªed). Barcelona: Ariel, S.A.
- Miller, T.W. (2010). *Handbook of Stressful Transitions Across the Lifespan*. New York: Springer Science + Business Media, LLC
- Moritz, A. (2007). *Timeless secrets of health & rejuvenation: unleash the natural healing power that lies dormant within you: breakthrough medicine for the 21st century* (4<sup>th</sup> ed). Greer, South Carolina, USA: Ener-Chi Wellness Press
- Mutané, M.D. (1994). *La Menopausia, como afecta a Las Mujeres y Cómo Resolverla*. Barcelona: Icaria.
- Nisar, N.& Sohoo, 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 Vol. 2 (5) pp. 118-130*.
- Norwitz, E. R. & Schorge, J. O. (2010). *Obstetrics and Gyneacology at a Glance*. (3ªed). United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Ojeda, L. (2006). *Menopáusia Sin Medicina* (5ªed). Canadá: Hunter House, Publishers.
- Oliveira, D.M., Jesus, M.C.P. & Merighi, M.A.B. (2008). *Climatério e Sexualidade: A Compreensão Dessa Interface Por Mulheres Assistidas Em Grupo*. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set; 17(3): 519-26*.
- Olver, I.N. (2010). *The Mascc Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*. London: Springer.
- Pal, G.K. & Pravati, P. (2005). *Textbook Of Practical Physiology* (2ªed). India: Oriente Longman Private Ltd.
- Palacios, S., Castaño, P.G. & Hernández (2009). *Comprender la Osteoporosis*. Barcelona: Amat, S.L.
- Palazuelos, F.J.H. (2006). *Uso Práctico de la Fitoterapia en Ginecología*. Madrid: Médica Panamericana.

- Paz, I.P., Hernando, C.A. & Roldán, J.O. (2006). Obesidad y Menopausia. *Nutr Hosp.*; 21: 633-637
- Penteado, S.R.L., Fonseca, A. M., Bagnoli, V.R., Assis, J.S. & Pinotti, J.A. (2004). Avaliação da Capacidade Orgástica em Mulheres na Pós-Menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(4): 444-50.
- Pla, A.E. (2009). Nutrición, Ejercicio y Estilos de Vida Saludables Son Esenciales en la Menopausia. *Fármacos, Edición Especial*
- Puigarnau, M.J.C. (2009). La Menopausia al Inicio del Siglo XXI. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.
- Rahman, S.A.S.A., Zainudin, S.R. & Mun, V.L.K. (2010). Assessment of Menopausal Symptoms Using Modified Menopause Rating Scale (MRS) Among Middle Age Women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine*, 9:5.
- Raisz, L.G. (2005). Pathogenesis of osteoporosis: concepts, conflicts, and prospects. *J. Clin. Invest.* 115: 3318 - 3325.
- Reed, M.W.R. & Audisio, R.A. (2010). Management of Breast Cancer in Older Women. London: Springer - Verlag.
- Reid, R.L., Blake, J., Abramson, B., Khan, A., Senikas, V. & Fortier, M. (2009). Menopause and Osteoporosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 31(1).
- Rogers, K. (2011). The Cardiovascular System (1<sup>a</sup> ed). Chicago: Britannica Educational Publishing
- Rosenthal, M.S. (2009). The Canadian Type 2 Diabetes Sourcebook (3<sup>a</sup>ed). Canadá: J. Wiley & Sons
- Roush, K. (2011). What Nurses Know - Menopause. New York: Demos Health.
- Rowland, D. & Incrocci, L. (2008). Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rubin, A.L. (2008). Diabetes for Dummies (3<sup>a</sup>ed). Indianapolis, Indiana: Wiley Publishing, Inc.

- Salgado, J.M. (2009). Guia dos Funcionais - Dieta Alimentar para Manter a Saúde e Evitar Doenças. São Paulo: Ediouro.
- Schneider, M.J. (2011). Introduction to Public Health (3ªed). Sudbury: Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Schiff, W. & Alters, S. (2011). Essential Concepts for Healthy Living (5ªed). Canadá: Jones and Bartlett Publishers.
- Schimidt, A. S. (2007). Pequena Enciclopédia Bíblica de Temas Femininos (1ªed). São Paulo: Arte Editorial
- Seaman, B. & Eldridge, L. (2008). The No-Nonsense Guide to Menopause (1ªed). New York: Simon & Schuster, Inc.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o Climatério Feminino. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI): 15-23
- Shamban, A. (2011). Heal Your Skin: The Breakthrough Plan for Renewal. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Sherman, S. (2005). Defining the Menopausal Transition. *The American Journal of Medicine Vol. 118, (12B), 35-75.*
- Silverstein, A. Silverstein, V.B. & Nunn, L.S. (2006). Heart Disease. Minneapolis, Minnesota: Twenty-First Century Books.
- Sievert, L.L. (2006). Menopause: A Biocultural Perspective. United States: Library of Congress Cataloging - In - Publication Data.
- Slupik, R. & Gentry, L. (2005). Menopause: A One-Stop Resource for Feeling Good. Massachusetts: Adams Media
- Smyth, M.M. (2005). Health Care Issues. New York: Nova Science.
- Sociedade Mexicana de Nutrición y Endocrinología (2004). Diabetes y Menopáusia. *Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 12, No. 2 Supl. 1 pp S50-S56*
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá (2006). A Companion Guide to the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Menopause Consensus Report. *The Journalist's Menopause Handbook.*

- Solimene, M.C. (2010). Coronary Heart Disease in Women: A Challenge the 21<sup>st</sup> Century. *Clinics*; 65(1): 99-106.
- Speller, M.L. (2004). *The Menopause Answer Book: Practical Answers, Treatments and Solutions For Your Unique Symptoms*. Naperville: Sourcebooks, Inc.
- Sterling, E.W. & Boss, A.B. (2010). *Before Your Time: The Early Menopause Survival Guide* (1<sup>ª</sup>ed). Fireside: A Division of Simon & Schuster, Inc.
- Thacker, H.L. (2009). *The Cleveland Clinic Guide to Menopause*. New York: Kaplan, Inc.
- Tschaikov, B. (2001). *Physical and Emotional Hazards of a Performing Career, Vol.2* United Kingdom: Hardwood Academic Publishers.
- Vinecomb, D. (2008). *Menopause: Women tell their Stories*. Austrália: Wakefield Press.
- Zinn, S. (2009). *Sat Subject Test: Biology E/M, 2/E* (2<sup>ª</sup>ed). New York: McGraw-Hill Companies, Inc.





## **Anexos**

---



## **Anexo 1**

---

## *Questionário acerca da “Qualidade de Vida Sexual na Menopausa”*

A *Menopausa* é um acontecimento normal na vida de uma mulher e é marcado pela cessação do período menstrual. Normalmente, durante a década de 40, ocorre todo um processo que gradualmente antecede o início da menopausa. Tal processo é designado por transição para a menopausa ou perimenopausa. Alterações no padrão dos períodos menstruais são muito comuns no decorrer desta fase. Por vezes, uma mulher pode evidenciar, também, outro tipo de sintomatologia que pode ir além da menopausa. Mesmo que uma mulher não apresente quaisquer sintomas, é importante para ela, compreender os efeitos que a menopausa detém na sua saúde.

### **1. Informação Pessoal**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Estatuto Socioeconómico:**  Alto  Médio-Alto  Médio  Médio-Baixo  Baixo

**Local de Residência:** \_\_\_\_\_

**Nível de Ensino:**  1º Ciclo  2º Ciclo  3º Ciclo  Secundário  Licenciatura  
 Mestrado  Doutoramento

**Estado Civil:**

Solteira  Casada  Viúva  Divorciada  União de facto  Namora

**Tem Filhos?**  Sim  Não / Se sim, indique quantos? \_\_\_\_\_

**Indique como é constituído o seu agregado familiar** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Raça:**  Caucasiana  Negróide

## 2. Aparência Geral

Qual é a sua altura? \_\_\_\_\_

Qual foi a altura máxima? \_\_\_\_\_ Que idade tinha? \_\_\_\_\_

Qual é o seu peso? \_\_\_\_\_

Qual é foi o seu peso máximo? \_\_\_\_\_ Que idade tinha?  
\_\_\_\_\_

Qual foi o seu peso mais baixo em adulto? \_\_\_\_\_ Que idade tinha?  
\_\_\_\_\_

Apercebeu-se do aparecimento de um maior número de rugas em torno da sua boca e olhos?

Sim       Não

Sentiu que o tom da sua pele empobreceu nos braços, pernas ou mãos?

Sim       Não

Sentiu que a sua pele perdeu a sua firmeza e plenitude?  Sim       Não

A sua voz sofreu alterações e tornou-se mais profunda ou menos feminina?

Sim       Não

Nesta etapa da sua vida, verificou o desenvolvimento de um maior número de pêlos na zona facial?

Sim       Não

E de acne?  Sim       Não

Nesta nova fase, sentiu que o seu cabelo sofreu alterações, isto é, ficou mais seco e áspero?

Sim       Não

Sofreu queda de cabelo?  Sim       Não

**3. Hábitos Pessoais**

Considera que a sua saúde é:  Excelente  Boa  Razoável  Pobre

**Exercício:**

Quantas vezes pratica desporto?  Diariamente  3x/semana  Ocasionalmente  
 Nunca

Se pratica desporto o que é que faz? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo e quantas vezes? \_\_\_\_\_

**Dieta:**

Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_

**Procura fazer uma dieta especial?**

Baixo teor em gorduras  baixo teor em hidratos de carbono  elevadas proteínas  
 vegetariana

**Quais os produtos lácteos que consome diariamente?**  Leite/Quanto? \_\_\_\_\_

Iogurte/Quanto? \_\_\_\_\_  Queijo/Quanto? \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_

**É intolerante à Lactose?**  Sim  Não

Quantas porções de fruta come por dia? \_\_\_\_\_

Quantas porções de vegetais consome por dia? \_\_\_\_\_

Quantas vezes come peixe por semana? \_\_\_\_\_

Quantas vezes consome alimentos de soja por semana? \_\_\_\_\_

**Consumo de Tabaco:**

Fuma cigarros com frequência?  Sim  Não

Se sim, quantos fuma por dia? \_\_\_\_\_ Quando é que começou? \_\_\_\_\_

O que sente sobre o facto de deixar de fumar? \_\_\_\_\_

Se não fuma frequentemente, já alguma vez fumou?  Sim  Não

Se sim, quando é que começou? \_\_\_\_\_ Quantos fumava por dia? \_\_\_\_\_

Quando é que parou? \_\_\_\_\_

**Consumo de Cafeína:**

Consome bebidas com cafeína (café, chá, refrigerantes)?  Sim  Não

Se sim, quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_

**Consumo de Álcool e Drogas:**

Consome Álcool?  Sim  Não

Se sim, quantas bebidas consome por semana? \_\_\_\_\_

Já consumiu bebida de manhã como forma de a ajudar a começar o dia?  Sim  Não

Já alguma vez tentou reduzir o seu consumo?  Sim  Não

Já alguma vez se sentiu culpada devido à quantidade de bebida que ingere?

Sim  Não

Alguma vez foi alcoólico?  Sim  Não

Consome drogas ilegais?  Sim  Não

**Abuso Sexual:**

No ano passado, foi vítima de agressão física por alguém?  Sim  Não

No ano passado, alguém a forçou a ter relações sexuais?  Sim  Não

Sentiu que foi abusada verbalmente ou emocionalmente por alguém?  Sim  Não

Já recorreu a um terapeuta para tratar estas questões?  Sim  Não

**Gestão do Stress:**

**Quais são os factores que na actualidade, lhe causam maior stress?**

\_\_\_\_\_

**Durante o ano que passou, existiram alterações na saúde no seu seio familiar?**

Sim  Não

**Se sim, explicita:**

Como é que lida com o stress?  Muito bem  Bem  Moderadamente bem  Mal  
 Muito Mal

**O que faz para relaxar?**

\_\_\_\_\_

#### 4. História Médica

**Por favor, verifique se já possuiu alguns dos seguintes problemas:**

- |  |   |  |                                   |
|--|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enxaquecas          | <input type="checkbox"/> Dores musculares | <input type="checkbox"/> Perda/crescimento de cabelo | <input type="checkbox"/> Fadiga   |
| <input type="checkbox"/> Pressão sanguínea   | <input type="checkbox"/> Diarreia         | <input type="checkbox"/> Dor de dentes /gengivas     | <input type="checkbox"/> Dormir   |
| <input type="checkbox"/> Depressão           | <input type="checkbox"/> Constipação      | <input type="checkbox"/> Incontinência               | <input type="checkbox"/> Tonturas |
| <input type="checkbox"/> Colesterol          | <input type="checkbox"/> Artrite          | <input type="checkbox"/> Osteoporose                 | <input type="checkbox"/> Pele     |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito        | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco  | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangue          | <input type="checkbox"/> Asma     |
| <input type="checkbox"/> Varizes             | <input type="checkbox"/> Anemia           | <input type="checkbox"/> Pensamentos suicidas        | <input type="checkbox"/> AVC      |
| <input type="checkbox"/> Cancro              | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar  | <input type="checkbox"/> Infertilidade               | <input type="checkbox"/> Visão    |
| <input type="checkbox"/> Endometriose        | <input type="checkbox"/> Miomas           | <input type="checkbox"/> Ansiedade                   | <input type="checkbox"/> Vómitos  |
| <input type="checkbox"/> Perda de altura     | <input type="checkbox"/> Indigestão       | <input type="checkbox"/> Alterações de Humor         | <input type="checkbox"/> Stress   |
| <input type="checkbox"/> Dor nas costas      | <input type="checkbox"/> Hepatite         | <input type="checkbox"/> Náuseas                     | <input type="checkbox"/> Fígado   |
| <input type="checkbox"/> Cataratas           | <input type="checkbox"/> Tiróide          | <input type="checkbox"/> Quedas frequentes           | <input type="checkbox"/> Colite   |
| <input type="checkbox"/> Perda/ganho de peso |   |  |                                   |

**Outros Problemas de Saúde (descreva):** \_\_\_\_\_

#### 5. História Sexual

**Tem actualmente uma vida sexual activa?**  Sim  Não

**Se sim, tem normalmente relações com:**  um homem(s)  mulher(s)  ambos

**Há quanto tempo está com o seu actual parceiro sexual?** \_\_\_\_\_

**Se não, usa preservativos (pratica sexo seguro)?**  Sim  Não

**No passado, teve relações sexuais com:**  um homem(s)  mulher(s)

**Teve algumas infecções sexualmente transmitidas?**  Sim  Não

**Preocupa-se com a vida sexual?**  Sim  Não

**Perdeu o interesse na actividade sexual (desejo, libido)?**  Sim  Não

**Perdeu a capacidade de excitação (humidade vaginal, calor, sensação de formigueiro**

nos seios e genitais)?  Sim  Não

**Perdeu a resposta (orgasmo fraco ou ausente)?**  Sim  Não

**Sente alguma dor no momento do coito (penetração vaginal)?**  Sim  Não

**Se sim, quando é que a dor teve início?** \_\_\_\_\_

**Por favor, descreva a dor:**  dor durante a penetração  dor no interior

## **6. Satisfação Sexual**

**Quando penso na minha vida sexual, é uma parte agradável da minha vida em geral.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, sinto-me frustrada.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, sinto-me deprimida.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, sinto-me menos mulher.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, sinto bem comigo mesma.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Perdi a confiança em mim assim como no meu parceiro sexual.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso sobre a minha vida sexual, sinto-me ansiosa.**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso sobre a minha vida sexual, sinto raiva**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, sinto-me mais próxima do meu parceiro**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Preocupo-me com o futuro da minha vida sexual**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Perdi o prazer na actividade sexual**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha vida sexual, fico embaraçada**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso acerca da minha vida sexual, sinto que posso falar com o meu parceiro acerca de questões de índole sexual**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Eu tento evitar a actividade sexual**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso acerca da minha vida sexual, sinto-me culpada**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando eu penso na minha vida sexual, preocupo-me se o meu parceiro se sente magoado ou rejeitado**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando penso na minha sexual, sinto-me como que tenha perdido algo**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**Quando eu penso sobre a minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência da actividade sexual**

Concordo totalmente  Concordo moderadamente  Discordo  Discordo moderadamente  Discordo totalmente

**7. Sintomatologia**

Indique, por favor, qual dos seguintes sintomas a incomodam ou já a incomodaram, no passado:

**Nível Cognitivo:**

**Tenho dificuldade de concentração**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**A minha memória é pobre**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Nível Psicológico:**

**Sinto-me mais irritada do que o normal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto-me mais ansiosa do que o normal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho afrontamentos**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho suores nocturnos**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho dificuldade em dormir**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho palpitações no coração**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto que o meu humor está mais deprimido**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho alterações de humor**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho crises de choro**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Não tenho desejo/interesse na actividade sexual**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

---

**Nível Fisiológico:**

**Tenho necessidade de urinar mais do que o normal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho perdas de urina**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto dor ou ardor quando vou urinar**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho infecções na bexiga**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**A minha vagina está seca**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho corrimento vaginal anormal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho infecções vaginais**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sangro após a relação sexual**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho dificuldade em atingir o orgasmo**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Nível Físico:**

**Tenho sensibilidade nos seios**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto dor nas articulações**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto dor durante o coito**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho comichão vaginal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Tenho dores de cabeça**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**Sinto-me mais cansada que o normal**

Nada  Pouco  Moderadamente  Bastante  Completamente

**8. Menopausa e Terapia Hormonal**

**Como é que vê a Menopausa?**

**Positiva.** Por exemplo, a Menopausa remete para o fim de mais uma etapa, sem preocupações no que respeita aos métodos contraceptivos. A Menopausa marca uma nova fase da vida.

**Negativa.** Por exemplo, a Menopausa significa a perda da fertilidade, assim como, da juventude.

**Outra.**

**Quais as suas preocupações com a Menopausa** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Como é que classificaria o seu conhecimento acerca da Menopausa?**

Muito bom  Bom  Moderadamente bom  Razoável  Fraco

**Onde obteve conhecimento sobre a Menopausa?** (faça uma x nas que se aplicam)

Livros  Internet  Revistas  Amigos  Televisão  Profissionais de saúde

**Está na actualidade a usar a terapia hormonal para a Menopausa?**  Sim  Não

**Se não, porquê?** \_\_\_\_\_

**Se sim, quais as razões?** \_\_\_\_\_

**Qual a sua opinião acerca da Terapia Hormonal para a Menopausa?**

- Positiva.** A Terapia Hormonal é apropriada para algumas mulheres.  
 **Negativa.** Não suporto o uso da Terapia Hormonal.

**Quais as suas preocupações relativas à Terapia Hormonal para a Menopausa?**

---

**Já recorreu a outro tipo de Terapia para a Menopausa (como a acupunctura ou yoga)?**

Sim  Não

**Se sim, por favor indique:**

**Quais é que está a usar?**

---

**Na sua opinião, esta terapia é útil?**

---

*Muito Obrigada pela sua Colaboração!*

*Por favor note que a informação que disponibilizou será  
confidencial e anónima*



## **Anexo 2**

---

## Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQoL-F)

This questionnaire consists of a set of statements, each asking about thoughts and feelings that you may have about your sexual life. The statement may be positive or negative.

You are asked to rate each one according to how much you agree or disagree with the statement by crossing one of six categories.

In answering these items the following definitions apply:

**Sexual life**: are both the physical sexual activities and the emotional sexual relationship that you have with your partner.

**Sexual activity**: Includes any activity which may result in sexual stimulation or sexual pleasure e.g. intercourse, caressing, foreplay, masturbation (i.e. self masturbation or your partner masturbating you) and oral sex (i.e. your partner giving you oral sex).

Usually, the first answer that comes into your head is the best one so, do not spend too long on each question.

**All your answers will be completely confidential**

1. When I think about my sexual life, it is an enjoyable part of my life overall	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
2. When I think about my sexual life, I feel frustrated	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
3. When I think about my sexual life, I feel depressed	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
4. When I think about my sexual life, I feel like less of a woman	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>

5. When I think about my sexual life, I feel good about myself	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
6. I have lost confidence in myself as a sexual partner	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
7. When I think about my sexual life, I feel anxious	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
8. When I think about my sexual life, I feel angry	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
9. When I think about my sexual life, I feel close to my partner	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
10. I worry about the future of my sexual life	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
11. I have lost pleasure in sexual activity	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
12. When I think about my sexual life, I am embarrassed	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
13. When I think about my sexual life, I feel that I can talk to my partner about sexual matters	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
14. I try to avoid sexual activity	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
15. When I think about my sexual life, I feel guilty	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>
16. When I think about my sexual life, I worry that my partner feels hurt or Rejected	<i>completely agree</i>	<i>moderately agree</i>	<i>slightly agree</i>	<i>slightly disagree</i>	<i>moderately disagree</i>	<i>completely disagree</i>

<p><b>17. When I think about my sexual life, I feel like I have lost something</b></p>	<p><i>complete ly agree</i></p>	<p><i>moderate ly agree</i></p>	<p><i>slightly agree</i></p>	<p><i>slightly disagree</i></p>	<p><i>moderate ly disagree</i></p>	<p><i>complete ly disagree</i></p>
<p><b>18. When I think about my sexual life, I am satisfied with the frequency of sexual activity</b></p>	<p><i>complete ly agree</i></p>	<p><i>moderate ly agree</i></p>	<p><i>slightly agree</i></p>	<p><i>slightly disagree</i></p>	<p><i>moderate ly disagree</i></p>	<p><i>complete ly disagree</i></p>