



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Estilo de Vida, Satisfação Conjugal e Qualidade de Vida na
Menopausa

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Catarina Ferraz Araújo

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Estilo de Vida, Satisfação Conjugal e Qualidade de Vida na Menopausa

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Catarina Ferraz Araújo

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

Agradecimentos

À Professora Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa, um agradecimento muito sincero pelo profissionalismo, disponibilidade, compreensão, pelo apoio, pela confiança que me transmitiu, por me ter incentivado a fazer sempre mais e melhor e pela orientação fundamental nestes meses.

Aos meus pais, os principais impulsionadores desta conquista, o meu profundo agradecimento. Obrigada por me terem ensinado que nada se consegue sem esforço, por me terem proporcionado a oportunidade de seguir o meu sonho, por todo o amor, dedicação, carinho, amparo, força e motivação. Obrigada por estarem sempre presentes.

À minha família, que sempre me acompanhou e me apoiou em todas as fases da minha vida e nesta etapa também, o meu sincero obrigada!

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

A todos os que percorreram este caminho comigo o meu sincero obrigado.

Resumo

A menopausa é um processo do desenvolvimento essencial no percurso de vida da mulher, uma vez que acarreta consigo alterações ao nível físico, emocional, relacional e sexual. O presente estudo teve como objetivos avaliar a relação entre estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica na menopausa e os preditores da qualidade de vida na menopausa. As diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios na menopausa nas variáveis psicossociais em estudo foram também analisadas. Trata-se de um estudo de *design* transversal, com base numa amostra por bola de neve (*snowball sampling*), com 101 participantes do sexo feminino na menopausa. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, *World Health Organization Quality of Life - Bref*, Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde e Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Os resultados permitiram verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre mulheres na fase da pré-menopausa e mulheres na fase da peri-menopausa em função do estilo de vida, satisfação conjugal, qualidade de vida física e psicológica. Também se verificou que um estilo de vida menos saudável está associado a uma menor qualidade de vida e uma maior satisfação conjugal está associada com maior qualidade de vida. A variável situação profissional mostrou ser preditora de qualidade de vida física e a variável rendimento anual mostrou ser preditora de qualidade de vida psicológica na menopausa. Os resultados do presente estudo poderão auxiliar na elaboração de programas de prevenção e promoção da qualidade de vida física e psicológica na menopausa.

Palavras-chave: menopausa, qualidade de vida, estilo de vida, satisfação conjugal

Abstract

Menopause is a process of essential development in the woman's life path, since it brings with it physical, emotional, relational and sexual changes. The present study aimed to evaluate the relationship between lifestyle (physical exercise, nutrition and use of drugs or similar), marital satisfaction and physical and psychological quality of life in menopause and predictors of quality of life in menopause. Differences between women in different stages in menopause in psychosocial variables under study were also analyzed. This is a cross-sectional design study, based on a snowball sample, with 101 female menopausal participants. The instruments used were the sociodemographic questionnaire, World Health Organization Quality of Life - Bref, Questionnaire of Health Attitudes and Behaviors and Scale for Assessment of Satisfaction in Areas of Conjugal Life. The results reveal that there are no statistically significant differences between pre-menopausal women and peri-menopausal women in terms of lifestyle, marital satisfaction, physical and psychological quality of life. It was also found that a less healthy lifestyle is associated with a lower quality of life and greater marital satisfaction is associated with a higher quality of life. The variable professional status proved to be a predictor of physical quality of life and the variable annual income proved to be a predictor of psychological quality of life in menopause. The results of the present study may help in the development of prevention programs and the promotion of physical and psychological quality of life in menopause.

Keywords: menopause, quality of life, lifestyle, marital satisfaction

Índice

Introdução	1
Definição de Menopausa	1
<i>Sintomatologia Associada à Menopausa e Tratamento</i>	2
Enquadramento Teórico	3
Menopausa e Qualidade de Vida	3
Estilo de Vida, Menopausa e Qualidade de Vida	5
<i>Exercício Físico</i>	6
<i>Nutrição</i>	8
<i>Uso de Drogas ou Similares</i>	9
Satisfação Conjugal, Menopausa e Qualidade de Vida	10
Metodologia	12
Objetivos e Hipóteses	12
Variáveis	13
Amostra	13
Procedimentos	13
Instrumentos	14
Análise de Dados	16
Resultados	17
Descrição da Amostra	17
Discussão	29
Limitações	32
Conclusão	32
Referências	34
Anexos	43

Índice de Anexos

Anexo A - Cronograma.....	44
Anexo B - Consentimento Informado	45
Anexo C - Autorizações para Aplicação dos Instrumentos	48
Anexo D - Questionário Sociodemográfico e Clínico	50
Anexo E - Questionário de Qualidade de Vida	53
Anexo F - Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde	59
Anexo G - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Sociodemográficas da Amostra	18
Tabela 2 - Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Clínicas da Amostra	19
Tabela 3 - Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Psicossociais da Amostra	21
Tabela 4 - Diferenças entre Mulheres na Pré-menopausa e na Menopausa ao Nível da Qualidade de Vida, Estilo de Vida e Satisfação Conjugal	22
Tabela 5 - Correlações entre o Estilo de Vida, Satisfação Conjugal e Qualidade de Vida Física e Psicológica	25
Tabela 6 - Preditores da Qualidade de Vida Física e Psicológica.....	28

Introdução

A menopausa é um período da vida da mulher associado a diversa sintomatologia e mudanças físicas e emocionais que podem influenciar a sua qualidade de vida (Moraes & Schneid, 2015). Devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da mortalidade, as mulheres passam a viver cerca de um terço da sua vida na menopausa, convivendo com as mudanças hormonais advindas deste processo, o que revela um impacto significativo na sua qualidade de vida (Melo et al., 2016).

Porém, no contexto português, que seja do nosso conhecimento não há estudos a explorar esta relação. Assim, este estudo pretende explorar a relação entre estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica na menopausa e os preditores da qualidade de vida na menopausa. Adicionalmente, pretende-se também analisar as diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios na menopausa nas variáveis psicossociais em estudo. Devido à escassez de estudos que correlacionam as duas temáticas e, dada a inexistência de estudos deste cariz no contexto português, este estudo revela-se importante e inovador.

Definição de Menopausa

A menopausa diz respeito ao período fisiológico após a última menstruação espontânea da mulher e após um ano de ausência do período menstrual no qual os ciclos menstruais e ovulatórios param, ou seja é o fim dos ciclos sexuais femininos, período no qual cessa definitivamente a atividade do ovário na libertação de folículos e, portanto, a capacidade reprodutiva feminina (de Lima et al., 2016). De acordo com Oliveira (2016), a menopausa pode ser fisiológica ou natural resultante do processo biológico natural de cada mulher, ocorrendo habitualmente aos 51 anos nos países europeus. Contudo, a idade em que a menopausa ocorre pode variar devido a predisposições genéticas ou por influência de hábitos de vida, tais como o consumo de tabaco, alimentação, atividade física ou histórico prévio de depressão (Lomônaco et al., 2015). A menopausa pode também ser iatrogénica ou artificial resultante de uma ooforectomia cirúrgica bilateral, de qualquer ação terapêutica medicamentosa (citostática) ou da ação terapêutica por radiações (radioterapia). A menopausa pode ser ainda classificada de precoce quando

ocorre antes dos 45 anos mas depois dos 40 anos ou de tardia quando surge após os 55 anos (Oliveira, 2016).

O tempo de transição que antecede a menopausa é designado de climatério e representa a passagem da fase reprodutiva da mulher para a fase não reprodutiva e ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica (Oliveira, 2016). No climatério há presença de ciclos menstruais irregulares resultantes de uma intensa variação endócrina e diminuição da produção das hormonas estrogénio e progesterona (de Lima et al., 2016). O climatério engloba os períodos da pré-menopausa (tempo entre o início do declínio da função ovárica e a menopausa), da peri-menopausa (começa com ciclos menstruais irregulares e tem um período de tempo variável que engloba até um ano após a última menstruação) e da pós-menopausa (período que se inicia com a última menstruação, caracterizada pela ausência da menstruação por mais de 12 meses) (Oliveira, 2016).

Sintomatologia Associada à Menopausa e Tratamento

A menopausa traz consigo uma série de sintomas e fatores agravantes, tanto biológicos, fisiológicos, como psicológicos. A causa da menopausa é a falência dos ovários e a consequente diminuição drástica da produção de estrógeno que acaba por ser a causa dos sintomas (de Lima et al., 2016). Os principais sintomas são a amenorreia (ausência de menstruação), os sintomas vasomotores (calores súbitos/afrontamentos, sudorese e cefaleias), os sintomas psíquicos (depressão, alterações emocionais, irritabilidade, angústia e insónias), os sintomas cardiovasculares (aumento do risco de Enfarte Agudo do Miocárdio), os sintomas urogenitais (incluem a atrofia vulvovaginal, a incontinência de esforço, a incontinência de urgência e a infeção do trato urinário recorrente), as alterações cutâneas (rugas, perda de elasticidade, da espessura e da resistência da pele), as alterações cerebrais (aumento do risco de Doença de Alzheimer e Acidente Vascular Cerebral, défice de concentração e perda da memória recente), as alterações dentárias (atrofia do epitélio oral devido à ausência de estrógenos, provoca redução da saliva, mau gosto na boca, maior frequência de cáries e perda dentária), podendo ainda existir alterações das mamas e modificações esqueléticas, aumento de peso, alterações do cabelo (recoo da linha do cabelo), artralguas, dores ósseas, secura vaginal e diminuição no desejo sexual, sendo que estes influenciam a saúde psicológica, física e sexual das mulheres, tendo um forte impacto no trabalho, vida social, relação

conjugal e qualidade de vida (Administração Regional de Saúde do Norte, 2011; Cavadas et al., 2010; de Lima et al., 2016; Heidari et al., 2017; Hernández, 2017).

A Terapêutica Hormonal (TH) é a terapêutica mais eficaz para o tratamento dos sintomas vasomotores (reduzindo o número e a intensidade dos calores e sudorações) e da atrofia urogenital, contribuindo com eficácia para a melhoria das perturbações urinárias e psicológicas, na prevenção da osteoporose e do cancro do cólon da mulher na pós-menopausa e está associada à diminuição da mortalidade global feminina e à melhoria da sua qualidade de vida (Administração Regional de Saúde do Norte, 2011). Conforme os sinais e sintomas do climatério, assim como a intensidade dos mesmos, o profissional de saúde, decidirá em conjunto com a mulher a instauração de uma terapêutica hormonal adaptada (Administração Regional de Saúde do Norte, 2011).

No sentido de haver um maior conhecimento sobre a menopausa, vários autores desenvolverem modelos explicativos deste tema. A visão mais abrangente desta etapa surge através do modelo biopsicossocial, considerando os aspetos biológicos, sociais e cognitivos, visto que não se considera apenas o potencial do indivíduo mas também o meio que o envolve para explicar os fenómenos de saúde e doença (Presado, 2013). Para este modelo, a adaptação às mudanças do climatério não têm que ser negativas, podem ser neutras ou mesmo positivas o que facilita o desenvolvimento pessoa (Serrão, 2008).

Enquadramento Teórico

Menopausa e Qualidade de Vida

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a qualidade de vida relacionada com a saúde é a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a qualidade de vida das mulheres no climatério sofre influência tanto pela presença, quanto pela severidade dos sintomas resultantes do declínio de estrogénio como por outros fatores de ordem emocional e cultural que estão associados ao próprio envelhecimento (Freitas et al., 2015). De acordo com Martínez et al. (2012), o impacto do climatério nas mulheres é de elevada importância, visto que abrange mudanças no seu estado emocional, físico, biológico e psicossocial, podendo resultar na deterioração do seu funcionamento diário e pessoal, afetando a sua qualidade de vida.

Atualmente, a principal questão para as mulheres no período do climatério relaciona-se com a qualidade de vida, visto que ambicionam melhores condições de bem-estar na velhice do que a que as suas avós e mães tiveram. Deve ter-se em consideração o modo como essas mulheres encaram a menopausa e as questões ligadas à feminilidade, vida sexual e social, à aparência, a sua independência e a sua visão da vida. Muitas mulheres sofrem no climatério e, por isso, consideram-no um período difícil. A maioria das queixas femininas não diz respeito à perda da capacidade reprodutiva propriamente dita com a menopausa, mas ao enfrentamento do próprio envelhecimento, aos problemas de saúde e financeiros, ao nível de satisfação com a vivência da sexualidade com o companheiro e aos desajustes familiares (Moraes & Schneid, 2015). Para a mulher conquistar a qualidade de vida nesta nova fase, é necessário estar bem consigo e com a vida, enfrentar as dificuldades, saber equilibrar as realizações e frustrações, mantendo-se emocionalmente estável. Daí a importância de um estilo de vida saudável e de boas condições de saúde e bem-estar que promovam um equilíbrio emocional e garantam a qualidade de vida (Moraes & Schneid, 2015).

Distintos autores destacam que a menopausa está negativamente relacionada com a qualidade de vida, devido a todas as mudanças sentidas pelas mulheres, existindo um maior declínio no período peri e pós-menopausa. No entanto, importa realçar que esta diminuição pode não estar associada aos sintomas mas às crenças em relação a esta fase (Andrade et al., 2019).

Segundo um estudo de De Lorenzi et al. (2009), concluiu-se que há indícios de que a qualidade de vida da mulher no climatério seja influenciada, devido à baixa produção de estrogénio e fatores psicossociais relacionados com o envelhecimento, relata ainda que a atrofia urogenital é uma das queixas mais comuns dessa fase, causando grande desconforto à mulher. Segundo o autor, as mulheres na pré-menopausa têm queixas mais relacionadas à esfera emocional e psicológica enquanto as mulheres na pós-menopausa têm queixas relacionadas com sintomas urogenitais.

Nos últimos anos diferentes trabalhos mostraram que ainda não existe um consenso sobre o impacto do climatério/menopausa na qualidade de vida (Baccaro et al., 2013; Dennerstein et al., 2002; Mishra et al., 2003; Özkan et al., 2005). Porém, alguns estudos sugerem uma influência negativa do climatério na qualidade de vida (Dennerstein et al., 2002; Mishra et al., 2003) enquanto outros não demonstram essa associação (Özkan et al., 2005; Serpa et al., 2016). Num estudo de De Lorenzi (2008)

sobre a qualidade de vida, concluiu-se que cerca de 50 a 70% das mulheres referiram sintomas somáticos e dificuldades emocionais no climatério, acabando por interferir no seu bem-estar e no seu quotidiano. Os sintomas vasomotores são indicados pelas mulheres como um dos fatores que interferem negativamente na qualidade de vida no climatério, incluindo 18% a 74% das mulheres nessa fase (Moraes & Schneid, 2015). No entanto, num estudo de Freitas et al. (2015) verificou-se que as mulheres que referiram menopausa induzida e natural apresentaram scores médios maiores, 7.13 e 6.48, respetivamente, para os sintomas somáticos, enquanto mulheres na pré-menopausa relataram apenas scores de 4.49, ($p < 0.05$), ou seja, apresentaram sintomas em grau leve para este item na qualidade de vida.

A menopausa constitui, então, um estágio fisiológico de transição para uma nova situação biológica que origina a perda da capacidade reprodutiva. No entanto, apesar de ser uma condição normal, 8 em cada 10 mulheres relatam ter pelo menos um dos sintomas clássicos (físicos ou emocionais) durante ou após o climatério, dos quais 45% consideram ter um impacto negativo na sua qualidade de vida (Lizcano & Guzmán, 2014; Lopera-Valle et al., 2016).

Estilo de Vida, Menopausa e Qualidade de Vida

Vários fatores influenciam a idade em que a menopausa de forma natural ocorre, entre eles pode destacar-se o estilo de vida e os hábitos alimentares, fatores estes que são passíveis de alterações para uma menopausa tardia e diminuição dos sintomas climatéricos, que comprometem a qualidade de vidas das mulheres que o experienciam. Entre os hábitos de vida que determinam a menopausa precoce podem destacar-se o tabagismo e os exercícios físicos vigorosos, sendo que vários estudos apontam para o papel da alta ingestão de calorias totais, frutas e proteínas em atrasar a menopausa natural, enquanto a elevada ingestão de gordura polinsaturada é capaz de acelerar a menopausa (Freitas et al., 2015).

O estilo de vida é a maneira típica e as atividades diárias tradicionais com as quais as pessoas vivem e essas condições podem afetar a saúde dos indivíduos (Moudi et al., 2018). O estilo de vida que promove a saúde inclui comportamentos como atividade física, nutrição, responsabilidade pela saúde, gestão do *stress*, relacionamentos interpessoais e crescimento espiritual (Shade et al., 2016). Neste sentido, a modificação

do estilo de vida mostra-se melhor quando existe a associação de uma boa dieta com práticas de exercício físico, fazendo com que haja melhorias para saúde das mulheres na menopausa (Rodrigues et al., 2019).

Em suma, vários estudos indicam que existe uma relação entre o estilo de vida e a gravidade dos sintomas da menopausa sendo que os fatores socioculturais podem afetar o estilo de vida e a nutrição das pessoas (Namazi et al., 2019).

Exercício Físico

Relativamente ao exercício físico, este corresponde a um tema fundamental na saúde pública, revelando uma crescente atenção nos últimos anos (Nelson et al., 2008; Abdalnour et al., 2016). Na mulher, o exercício físico tem um carácter diferente durante a sua vida, tendo em conta vários fatores, nomeadamente, a saúde geral, o índice de massa corporal, o consumo de tabaco e as condições sociais e económicas (Schmitt et al., 2009). Para além da prevenção de determinadas doenças, o exercício físico aparece associado a uma redução nos sintomas vasomotores em mulheres na menopausa (Nelson et al., 2008).

A prática regular de exercício físico representa um papel indispensável na manutenção da qualidade de vida principalmente para as mulheres no climatério, dado que, nessa fase, elas apresentam alterações antropométricas como diminuição da massa livre de gordura, consequentemente aumento da gordura corporal e redução da estatura, causando elevação no índice de massa corporal (de Lima et al., 2016). Neste contexto, vários autores mencionam que a sintomatologia climatérica pode mostrar-se mais intensa quando as mulheres não praticam nenhuma atividade física regular (Moraes & Schneid, 2015). Desta forma, segundo Zanesco e Zaros (2009) a prática regular de atividade física desempenha um papel relevante na qualidade de vida das mulheres após a menopausa, diminuindo a sua sintomatologia. Estes dados são corroborados por Aparicio et al. (2017), que afirmam que o exercício físico melhora a qualidade de vida, reduzindo a gravidade dos sintomas vasomotores na menopausa. Contudo, num estudo de Freitas et al. (2015) somente 22.2% das entrevistadas confirmaram praticar atividade física regular. Num estudo realizado por Probo e colaboradores (2016), que teve como objetivo analisar a prevalência e intensidade dos sintomas da menopausa em mulheres que praticavam exercício físico e em mulheres que não praticavam, foi possível

perceber uma intensidade e prevalência inferiores dos sintomas da menopausa em mulheres que praticavam exercício físico, enquanto as mulheres que não praticavam apresentavam uma intensidade moderada quanto aos sintomas analisados no estudo (Probo et al., 2016). Também num estudo realizado em Portugal, onde se agruparam 104 mulheres na menopausa em três grupos, os resultados demonstraram que o grupo que despendia mais tempo por dia a praticar exercício físico revelava uma redução na intensidade dos sintomas da menopausa. Sendo que ocorreu igualmente uma melhoria ao nível psicológico e na qualidade de vida dessas mulheres quando comparadas às restantes (Guimarães & Baptista, 2011).

A atividade física é um determinante importante do desempenho físico. Nas mulheres na pós-menopausa, por exemplo, demonstrou estar relacionada a uma maior força muscular (Bondarev et al., 2018). A deficiência de hormona sexual durante a menopausa pode ter um efeito indireto no músculo-esquelético através da diminuição da atividade física diária espontânea (Bondarev et al., 2018). Além disso, o estudo de Duval et al. (2013), com 102 mulheres, demonstrou uma redução no gasto energético diário e uma mudança para um estilo de vida mais sedentário durante a transição da menopausa. Assim, o declínio observado no desempenho físico durante a menopausa pode ser parcialmente um resultado da deficiência de estrogénio, bem como do declínio no nível de atividade física (Bondarev et al., 2018).

A prática de exercício físico tem um efeito positivo na saúde da mulher, uma vez que contribui para o bem-estar e para a qualidade de vida e tem sido considerada uma estratégia importante para aumentar o gasto energético diário, controlando a taxa metabólica basal, contribuindo para a melhoria do condicionamento físico e manutenção de massa magra (Rodrigues et al., 2019). Vários estudos evidenciam que a realização de exercício físico como intervenção não farmacológica é um recurso terapêutico importante nas mulheres na menopausa, atuando de forma positiva na redução do tecido adiposo visceral, circunferência abdominal e IMC, além de apresentar uma melhor capacidade respiratória, garantindo uma maior capacidade funcional e qualidade de vida dessas mulheres (Lavoie et al., 2013; Novais et al., 2017). Os sintomas somáticos como dor, fraqueza, fadiga e náuseas também se mostram menos severos, o que reforça o papel positivo da realização do exercício físico no climatério e na menopausa (Rodrigues et al., 2019).

Nutrição

O estado nutricional das mulheres está diretamente relacionado à qualidade de vida (Moraes & Schneid, 2015). Conte et al. (2014) referem no seu estudo que o sobrepeso e a obesidade são mais predominantes no climatério, estando a alimentação e o estilo de vida associados a esses fatores. O climatério estimula o aumento da ansiedade e labilidade emocional pelo hipoestrogenismo, e a diminuição da ansiedade ou *stress* dá-se, na maior parte dos casos, pelo consumo de comida, o que favorece a obesidade. Molz e Poll (2013) relatam que a alimentação adequada constitui um fator indispensável para a prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher na menopausa. Tem-se observado que há um aumento no consumo de alimentos, principalmente os energéticos, aumento do consumo de sal e deficiência de alimentos ricos em micronutrientes como vitaminas A, ferro e cálcio. As mulheres desde o início do climatério apresentam um gradual aumento de peso, com sobrepeso em cerca de 75% das amostras estudadas, o que aumenta o risco de morbidades, principalmente cardiovasculares (Moraes & Schneid, 2015). Além disso, mulheres obesas na pós-menopausa têm um risco 50% maior de cancro da mama do que mulheres não obesas (Moraes & Schneid, 2015). De acordo com Jeon e Lee (2012 citado em Azevedo, 2020) mulheres com mais de 51 anos apresentam uma maior probabilidade de adotarem estilos de vida mais focados na manutenção da saúde do que mulheres mais novas. No entanto, quanto maiores forem os sintomas associados a menopausa, maior probabilidade a mulher apresenta de adotar o uso de suplementos dietéticos (Kim & Lee, 2013).

Num estudo de Neto et al. (2010), com 323 mulheres (154 na pré-menopausa e 169 na pós-menopausa), foi evidenciada a prevalência de síndrome metabólica no climatério em quase metade da população estudada, sendo os componentes mais comuns da síndrome metabólica para essa população o HDL – colesterol baixo, hipertensão arterial, obesidade abdominal, hipertrigliceridemia e diabetes (Gallon & Wender, 2012). Estes dados podem ser influenciados pelo estado nutricional e pelos hábitos alimentares da população estudada (Gallon & Wender, 2012). Neste contexto, uma intervenção nutricional visando corrigir ou melhorar o padrão de consumo alimentar e perfil antropométrico poderá produzir benefícios relativos à saúde física e mental das mulheres no climatério (Moraes & Schneid, 2015).

Uma alimentação adequada articulada com exercícios físicos, entre outros hábitos saudáveis como evitar o tabagismo e/ou o excesso de bebidas alcoólicas, manter

o peso e alimentação saudável, auxiliam a diminuir o risco de desenvolver variadas doenças (Molz & Poll, 2013).

Uso de Drogas ou Similares

O tabagismo pode influenciar a idade da menopausa, antecipando nas fumadoras a idade de início da menopausa (Namazi et al., 2019). Alguns estudos demonstram que o tabagismo é a causa mais importante da menopausa precoce (Namazi et al., 2019; Schoenaker et al., 2014). No entanto, num estudo de Choi et al. (2017) com 940 mulheres na menopausa verificou-se que a idade da menopausa não estava relacionada com o tabagismo, exercício, local de residência ou morar com o cônjuge. Neste mesmo estudo, verificou-se que 42 mulheres (6,3%) eram ex-fumadoras ou fumadoras atualmente. Num outro estudo com 20 mulheres na menopausa, verificou-se que apenas 10% ($n = 2$) eram fumantes e 35% ($n = 7$) ingeriam bebida alcoólica (Molz & Poll, 2013). O consumo de tabaco aparece também associado a alterações nos níveis hormonais reprodutivos, decorrente nos anos reprodutivos e nos anos anteriores ao surgimento da menopausa (Kinney et al., 2007).

O processo de envelhecimento, acarreta para as mulheres não só alterações físicas, mas também mudanças no estilo de vida, resultantes da entrada na reforma e da perda de alguém significativo. Sendo que o *stress* e a depressão associados a estes acontecimentos de vida stressantes podem desencadear o início do consumo de álcool ou potencializar um consumo de álcool já existente (Milic et al., 2018). Este comportamento em mulheres, para além de diminuir a qualidade de vida, apresenta-se como de difícil acesso ao tratamento, pelo resultado dos estigmas sociais subjacentes ao consumo de álcool por parte das mulheres (Milic et al., 2018).

No que diz respeito ao álcool, os dados mostram que este pode induzir a um aumento nos níveis circulantes de estrogénio, o que tem sido associado ao início tardio da menopausa (Taneri et al., 2016). As informações relativamente aos efeitos potenciais do álcool são menos claras devido à diversidade do consumo alcoólico e à dificuldade na determinação de uma frequência de consumo limiar (Choi et al., 2017). O abuso crónico de álcool é um fator de risco para osteoporose e o Fundo Mundial de Pesquisa sobre o Cancro/Instituto Americano de Pesquisa do Cancro estimou que mais de 40%

do cancro da mama na pós-menopausa pode ser evitado por reduções de álcool, excesso de peso corporal e inatividade física (Choi et al., 2017).

O aumento do consumo de álcool é relatado como tendo uma ampla gama de efeitos sistêmicos prejudiciais. No entanto, existem poucos estudos sobre a associação entre a idade de início da menopausa e o consumo de álcool (Choi et al., 2017). Alguns estudos avaliaram a relação entre o consumo de álcool e a idade da menopausa. As mulheres que consumiram álcool num estudo de Choi et al. (2017) tiveram uma idade mais jovem de início da menopausa, e um maior consumo de álcool foi relacionado com uma idade mais jovem de início da menopausa.

Satisfação Conjugal, Menopausa e Qualidade de Vida

Na passagem pela menopausa, o bem-estar das mulheres pode ser afetado em variadas dimensões, refletindo-se nas suas relações sociais, familiares e conjugais (Rodolpho et al., 2016). Num estudo com uma amostra de 3062 mulheres entre os 40 e 70 anos, verificou-se que as mulheres em pós-menopausa apresentaram valores inferiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico mas também ao nível das relações familiares ou alargadas, demonstrando existir uma associação entre a menopausa e alterações ao nível relacional (Nisar & Sohoo, 2010). Num estudo de Pinheiro e Costa (2020), com uma amostra de 100 mulheres na menopausa ou que já tinham estado na menopausa foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida psicológica, $r = ,54, p < ,001$, social, $r = ,72, p < ,001$, relacionada com o ambiente, $r = ,52, p < ,001$, e física, $r = ,21, p = ,041$. De acordo com estes resultados concluiu-se que uma qualidade de vida superior, em todas as dimensões, está associada com mais satisfação conjugal.

A atividade sexual é sem dúvida uma das grandes fontes de prazer para o ser humano, além do prazer o sexo também é uma forma de se expressar sentimentos e de sentir que pertence a outrem, o que especialmente no caso das mulheres é de extrema importância merecendo particular atenção no climatério, pois é definida como um dos pilares da qualidade de vida, sendo cada vez mais valorizada a sua abordagem quando se propõe tratar pacientes climatéricas (Moraes & Schneid, 2015).

Entre os vários fatores que promovem a sexualidade na menopausa destacam-se: vida sexual gratificante antes da menopausa, atitudes positivas face à sexualidade e o

envelhecimento saudável, bom relacionamento com o parceiro, estado físico e emocional equilibrado e o ato sexual e a masturbação como atributos necessários para a saúde dos órgãos genitais (Moraes & Schneid, 2015). Ao contrário, um fator que interfere expressivamente na sexualidade da mulher climatérica é a presença da dispareunia, que é a ocorrência de dor durante a relação sexual (Moraes & Schneid, 2015). Esta pode ser originada pela atividade física da própria relação sexual ou ser um produto das alterações fisiológicas provocadas pela resposta sexual independentemente. Usualmente está associada à atrofia urogenital e pode levar a perda do desejo sexual não só pela mulher, mas também pelo seu parceiro, que pode sofrer alterações na resposta ejaculatória e dificuldade de alcançar ereção (Moraes & Schneid, 2015).

O grande desafio a ser superado pela mulher climatérica é manter uma boa aparência, afastar o sedentarismo e praticar a sua sexualidade sem culpa e de forma saudável (Moraes & Schneid, 2015). O relacionamento conjugal demonstrou ser um fator essencial para o viver saudável. Foi enfatizada a importância do respeito, do companheirismo, do amor, da compreensão e do diálogo (Zampieri et al., 2009).

Segundo estudos, a reposição hormonal é de essencial importância na fase do climatério originando efeitos benéficos que se manifestam essencialmente na melhoria da qualidade de vida sexual, já que o padrão da sexualidade se altera nessa fase devido à insuficiência ovariana, acarretando em perda da libido (Moraes & Schneid, 2015). O decréscimo dos níveis hormonais conduz à diminuição da circulação sanguínea vaginal, à redução da secreção vaginal e aumento do pH, que conseqüentemente leva à perda do desejo sexual (Moraes & Schneid, 2015). A atividade sexual mostrou-se atenuante para os sintomas climatéricos. Assim, quanto maior o número de relações sexuais no último mês, menor a intensidade da sintomatologia (Moraes & Schneid, 2015).

Depois de toda a revisão da literatura, conclui-se que esta é uma fase da vida da mulher que necessita de mais investigação e atenção. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivos: (1) analisar a relação entre o estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), a satisfação conjugal e a qualidade de vida física e psicológica e os preditores da qualidade de vida física e psicológica na menopausa, e (2) analisar as diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios na menopausa nas variáveis psicossociais em estudo.

Uma vez que os estudos que relacionam estas variáveis são bastantes escassos e, no contexto português, que seja do nosso conhecimento, são inexistentes, constitui-se

muito importante e relevante explorar este tema numa população em que seja possível analisar as variáveis em estudo.

Metodologia

O presente estudo assume a tipologia transversal, já que cada indivíduo foi avaliado apenas num único momento. O estudo transversal tem como objetivo medir a frequência de um acontecimento ou de um problema, uma doença e dos seus fatores de risco numa população num dado momento (Fortin et al., 2009). O desenho de investigação é também descritivo e analítico e atendendo à técnica inerente, esta investigação é considerada quantitativa.

Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta a literatura e o modelo referido, este estudo foca-se na qualidade de vida nas mulheres na menopausa, analisando as relações entre o estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), a satisfação conjugal e a qualidade de vida física e psicológica e os preditores da qualidade de vida física e psicológica na menopausa. Adicionalmente, neste estudo pretendeu-se também analisar as diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios na menopausa nas variáveis psicossociais em estudo. Tendo por base estes objetivos definiram-se as seguintes hipóteses: (1) espera-se encontrar diferenças entre as mulheres na pré e na perimenopausa ao nível do estilo de vida, da satisfação conjugal e da qualidade de vida física e psicológica; (2) espera-se que um estilo de vida menos saudável se correlacione negativamente com a qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal se correlacione positivamente com a qualidade de vida física e psicológica na mulher; e (3) espera-se que um estilo de vida menos saudável seja um preditor negativo da qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal seja um preditor positivo da qualidade de vida física e psicológica na menopausa.

Pretende-se assim com este estudo contribuir para um maior conhecimento acerca das variáveis psicossociais na menopausa.

Variáveis

As variáveis do estudo foram selecionadas em função da revisão da literatura realizada e dos objetivos de investigação previamente referidos.

Tendo por base as hipóteses formuladas, consideram-se variáveis independentes, o estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares) e a satisfação conjugal.

No presente estudo, foram consideradas como variáveis dependentes/de resultado, a qualidade de vida física e psicológica.

Amostra

O presente estudo teve por base uma amostra recolhida através do método de amostragem não probabilística em bola de neve que consiste em pedir a indivíduos recrutados inicialmente para sugerirem os nomes de outras pessoas que lhes pareçam apropriadas para participar no estudo (Fortin et al., 2009), tendo sido efetuada na população geral. Segundo Bernard (2005), esta técnica é um método de amostragem proveitoso para se estudar populações de difícil acesso. Neste caso, o acesso seria difícil pelas características da amostra e devido ao estado pandémico. A amostra foi constituída por 101 mulheres que estavam numa fase da menopausa. Os critérios de inclusão para a recolha de dados foram: (1) ser de sexo feminino; (2) estar na fase da menopausa (pré-menopausa, peri-menopausa ou pós-menopausa; (3) saber ler e escrever; (4) ter entre 40 a 60 anos; (5) não possuir um défice cognitivo; e (6) não ser ooforectomizada. Foram excluídas todas as mulheres com diagnósticos clínicos ou psiquiátricos.

Procedimentos

O estudo foi apresentado ao conselho científico da Universidade Católica Portuguesa. Seguidamente procedeu-se à recolha de dados que decorreu entre 19 de dezembro e 6 de abril (Anexo A). Devido ao contexto de pandemia optou-se pela recolha de dados *online*.

A todas as participantes foram comunicados os objetivos da sua colaboração, e foi enfatizado o carácter voluntário da sua participação, bem como, assegurada a

confidencialidade dos dados (Anexo B). Para tal, todas as participantes aceitaram livremente participar neste estudo.

Instrumentos

Os instrumentos selecionados tiveram em conta os objetivos do estudo, aplicabilidade e rapidez de preenchimento, sendo que a sua aplicação foi autorizada pelos autores (Anexo C).

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo D) teve como objetivo caracterizar a amostra em termos de idade, escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico, estado civil, nº de filhos, fase da menopausa em que se encontra, se procurou ajuda médica para gerir os sintomas da menopausa, se fez algum tipo de tratamento para a menopausa e qual o tratamento que fez.

O *World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL – BREF)* (The WHOQOL Group, 1998) (Anexo E), versão adaptada e validada para a população portuguesa por Serra e colaboradores (2006) que permite avaliar a qualidade de vida. É uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espetro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. O instrumento é composto por 26 itens e está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Cada um destes domínios é composto por facetas da qualidade de vida que sumarizam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida composta por 2 itens que avaliam a qualidade de vida geral e a perceção geral de saúde. As perguntas estão organizadas por escala de resposta como por exemplo: capacidade, frequência, intensidade e avaliação e estão formuladas de forma positiva. É uma escala de autopreenchimento, do tipo *Likert* de cinco pontos, que pode variar de nada (1) a completamente satisfeito (5), onde para a resposta devem ser consideradas as últimas duas semanas. Apresenta consistência interna aceitável, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0.92 para o conjunto dos itens, 0.87 para o domínio físico e 0.84 para o domínio psicológico (Serra et al., 2006). Neste estudo, o alfa de *Cronbach* foi de 0.95 para o conjunto dos itens, de 0.86 para o domínio físico e 0.88 para o domínio psicológico.

O Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Ribeiro, 2004) (Anexo F), que pretende avaliar os comportamentos, as atitudes e estilo de vida dos indivíduos em áreas que a investigação tem evidenciado constituírem fatores de risco para a saúde geral. É um questionário constituído por 28 questões representando comportamentos do dia-a-dia em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde. Os 28 itens distribuem-se, assim, por cinco categorias: Exercício Físico que inclui os itens 1, 2 e 3 (e.g., “Ando a pé ou de bicicleta diariamente”); Nutrição que inclui os itens 4, 5, 6, 18 e 22 (e.g., “Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.)”); Auto cuidado que inclui os itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 (e.g., “Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado”); Segurança motorizada que inclui os itens 13, 14 e 15 (e.g., “Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade”) e Uso de drogas ou similares que inclui os itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21 (e.g., “Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia”). As questões são medidas através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando entre quase sempre (1) e quase nunca (5). A cotação varia de 28 a 140 pontos, correspondendo uma nota mais baixa a um estilo de vida mais saudável. A nota final consiste num somatório, fornecendo uma nota global, embora possa ser utilizada como um perfil. Ao nível da consistência interna, o alfa de *Cronbach* é de 0.76 para o total, 0.67 para a categoria exercício físico, 0.78 para a categoria nutrição e 0.52 para a categoria uso de drogas ou similares (Ribeiro, 2004). Neste estudo, o alfa de *Cronbach* foi de 0.88 para o total dos itens, 0.80 para a categoria exercício físico, 0.83 para a categoria nutrição e 0.66 para a categoria uso de drogas ou similares.

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996) (Anexo G) faz uma autoavaliação da satisfação marital e de várias áreas da vida conjugal. Segundo as autoras a satisfação conjugal é realizada a partir de uma avaliação subjetiva do relacionamento do casal. Este instrumento é composto por 44 itens, com resposta em escala de *Likert* de seis pontos, o que permite que o indivíduo avalie a sua satisfação entre nada satisfeito(a) (1) e completamente satisfeito(a) (6). Há cinco escalas que medem a dimensão Amor e cinco que medem a dimensão Funcionamento Conjugal. Relativamente à dimensão Amor, esta mede os sentimentos entre o casal e divide-se em cinco áreas: Sentimentos e Expressão de Sentimentos (SES) (sentimento que nutrem um pelo outro, forma como cada um

expressa o sentimento pelo outro, admiração um pelo outro); Sexualidade (SEX) (qualidade e frequência das relações sexuais, desejo sexual, e o prazer que cada um sente nas relações sexuais); Intimidade Emocional (IE) (apoio emocional, confiança, partilha de interesses e atividades, atenção aos interesses do outro); Continuidade da Relação (C) (esta relacionada com o futuro, ou seja, perspectivas de cada um relativamente ao futuro do relacionamento) e Características Físicas e Psicológicas (CFP) (perceção de cada um do aspeto físico, particularidades e hábitos do outro). A dimensão Funcionamento conjugal mede a organização das relações na estrutura conjugal e familiar, e divide-se em cinco áreas: Funções Familiares (FF) (gestão financeira, tarefas domésticas, decisões e deveres); Tempos Livres (TL) (a quantidade e qualidade dos tempos livres); Autonomia (AUT) (autonomia e privacidade de cada membro); Rede Social /Relações Extrafamiliares (REF) (interações com amigos, com a família de origem e com a profissão de cada elemento), e Comunicação e Conflito (CC) (frequência, tema e qualidade de conversa, quantidade de conflitos e resolução dos mesmos). Após realizada a análise fatorial, foi obtido um alfa de *Cronbach* de 0.90 para as duas dimensões, valor indicador de elevada consistência interna. Na revisão psicométrica efetuada em 2010, a partir de uma amostra de 586 indivíduos Narciso apresentou os dados de uma análise fatorial: a dimensão Amor, composta pela Sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28; alfa de *Cronbach* = 0.93) e a Intimidade Emocional (itens: 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44; alfa de *Cronbach* = 0.96). Na dimensão Funcionamento Conjugal as áreas Funções Familiares (itens 1, 2, 3 e 4; alfa de *Cronbach* = 0.84), Tempos Livres (itens 5 e 6; alfa de *Cronbach* = 0.70), Autonomia (itens 10, 11, 12, 13; alfa de *Cronbach* = 0.82), Comunicação/Conflitos (itens 14; 15; 16; 17; 18; 21; 22; alfa de *Cronbach* = 0.91) e Rede Social/Relações Extrafamiliares (itens 7, 8 e 9; alfa de *Cronbach* = 0.73) (Narciso & Costa, 1996). O alfa de *Cronbach* para a Satisfação Conjugal Global foi de 0.97. Neste estudo, o alfa de *Cronbach* foi de 0.99 para a Satisfação Conjugal Global e para os domínios variou entre 0.87 (Tempos Livre) e 0.99 (Intimidade Emocional).

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada através do programa IBM SPSS[®] (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25.0. A fim de determinar se os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos estavam presentes, procedeu-se à

avaliação da normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias, com recurso ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Para descrever as variáveis contínuas foram utilizadas a média e o desvio-padrão. As variáveis categóricas foram descritas em termos de frequências absolutas e relativas.

Foi utilizado o teste *U* de *Mann-Whitney* para estabelecer as diferenças ao nível das variáveis em estudo (estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica) entre mulheres na pré-menopausa e na peri-menopausa (H1). As variáveis dependentes são o estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica. Os grupos são definidos de acordo com estar na pré-menopausa ou na peri-menopausa.

Para analisar a associação entre o estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida física e mental (H2) foram analisados os coeficientes de *Spearman*.

Para testar os preditores da qualidade de vida física e mental (H3), foi utilizado o teste de regressão linear hierárquica (método *enter*), após análise das variáveis mais correlacionadas com a qualidade de vida. O teste só foi utilizado apenas e após serem verificados os pressupostos subjacentes à utilização deste [valor de VIF e de tolerância e normalidade dos resíduos (Field, 2009)] e tendo em conta o tamanho da amostra. Na regressão linear hierárquica, no bloco 1 foram incluídas as variáveis sociodemográficas relacionadas de modo significativo com a qualidade de vida física e psicológica. No bloco 2 foram incluídas as variáveis psicossociais que estavam relacionadas de modo significativo com a qualidade de vida física e psicológica.

Resultados

Descrição da Amostra

A amostra foi constituída por 101 mulheres que se encontravam na menopausa. Como apresenta a tabela 1, a média de idade foi de 51.91 ($DP = 5.31$), sendo o mínimo 40 anos e o máximo 60 anos de idade. No que respeita à escolaridade, a maioria completou o Ensino Superior ($n = 49, 48.5\%$). Relativamente à situação profissional, grande parte das inquiridas estava empregada ($n = 80, 79.2\%$). No que diz respeito ao

rendimento anual bruto do agregado familiar, a maioria auferia entre 10.701 e 20.261 euros ($n = 36, 36.7\%$). Em relação ao estado civil, a maior parte era casada ($n = 71, 70.3\%$). Relativamente a ter ou não filhos, a maioria relatou ter um ou dois filhos ($n = 70, 87.5\%$; $M = 1.91, DP = 0.72, IQQ = 4$), sendo o mínimo 1 e o máximo 5.

Tabela 1

Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Sociodemográficas da Amostra (N=101)

Variável	N	%	M	DP
Idade			51.91	5.31
Escolaridade				
4º ano	1	1.0		
9º ano	11	10.9		
12º ano	40	39.6		
Ensino Superior	49	48.5		
Situação profissional				
Desempregada	18	17.8		
Reformada	3	3.0		
Empregada	80	79.2		
Rendimento anual bruto do agregado familiar				
Inferior a 7091	9	9.2		
Entre 7091 e 10700	12	12.2		
Entre 10701 e 20261	36	36.7		
Entre 20262 e 25000	11	11.2		
Entre 25001 e 36856	15	15.3		
Entre 36857 e 80000	10	10.2		
Mais de 80000	5	5.1		
Estado civil				
Solteira numa relação	5	5		

Variável	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Casada	71	70.3		
Em união de facto	8	7.9		
Divorciada/Separada numa relação	12	11.9		
Viúva numa relação	5	5.0		
Filhos				
Sim	84	83.2		
Não	17	16.8		
Número de filhos			1.91	0.72
Um a dois filhos	70	87.5		
Três ou mais filhos	10	12.5		

A maioria das participantes encontrava-se na fase da peri-menopausa ($n = 50$, 49.5%) e as restantes na fase da pré-menopausa ($n = 36$, 35.6%) e pós-menopausa ($n = 15$, 14.9%). No que diz respeito à procura de ajuda médica relativamente à menopausa, 53 mulheres (52.5%) procuraram ajuda e grande parte não se encontrava a fazer nenhum tratamento ($n = 82$, 81.2%). Relativamente aos ciclos menstruais irregulares ou ausência de período, a maioria já não tinha menstruação há 12 meses ou mais ($n = 57$, 56.4%) e a média da idade da última menstruação destas mulheres foi de 50.71 ($DP = 4.90$), sendo o mínimo 37 anos e o máximo 58 anos. Por fim, relativamente à prática de desporto ou atividade física regular, grande parte não praticava desporto ou atividade física regular ($n = 56$, 55.4%). Relativamente aos que praticavam ($n = 45$, 44.6%), a maioria praticava atividade aeróbica (caminhadas, natação, corridas, dança e hidroginástica) ($n = 25$, 55.6%), ocorrendo esta prática entre 1 a 3 vezes por semana ($n = 27$, 60%) (tabela 2).

Tabela 2

Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Clínicas da Amostra (N=101)

Variável	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Fase da menopausa				
Pré-Menopausa	36	35.6		

Variável	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Peri-menopausa	50	49.5		
Pós-menopausa	15	14.9		
Procurou ajuda médica				
Sim	53	52.5		
Não	48	47.5		
Tratamento para a menopausa				
Terapia Hormonal de Substituição	19	18.8		
Nenhum	82	81.2		
Ciclos menstruais irregulares nos últimos 12 meses ou ausência de período durante 60 dias ou mais consecutivos				
Sim	44	43.6		
Não, já não tenho menstruação há 12 meses ou mais	57	56.4		
Idade da última menstruação no caso de não ter há mais de 12 meses			50.71	4.90

Nas variáveis psicossociais em estudo, as participantes demonstraram um estilo de vida mais saudável na dimensão segurança motorizada ($M = 4.34$; $DP = 2.41$) e um estilo de vida menos saudável na dimensão autocuidado ($M = 19.45$; $DP = 7.90$). No que diz respeito à satisfação nas áreas da vida conjugal, as participantes demonstraram níveis mais elevados de satisfação conjugal na dimensão intimidade emocional ($M = 75.00$; $DP = 21.92$) e níveis mais baixos de satisfação conjugal na dimensão tempos livres ($M = 6.92$; $DP = 2.44$). Por fim, relativamente à qualidade de vida, as participantes demonstram ter mais qualidade de vida psicológica ($M = 89.44$; $DP = 14.51$) em comparação com a qualidade de vida física ($M = 78.50$; $DP = 11.70$) (tabela 3).

Tabela 3*Medidas Descritivas Relativas a Variáveis Psicossociais da Amostra (N=101)*

Variável	<i>M (DP)</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Atitudes e			
Comportamentos			
de Saúde			
Exercício Físico	11.19 (3.82)	3.00	15.00
Nutrição	14.05 (4.78)	5.00	24.00
Autocuidado	19.45 (7.90)	11.00	51.00
Segurança	4.34 (2.41)	3.00	13.00
Motorizada			
Uso de Drogas	12.75 (4.92)	6.00	29.00
ou Similares			
Satisfação em			
Áreas da Vida			
Conjugal			
Sexualidade	23.02 (8.51)	6.00	36.00
Intimidade	75.00 (21.92)	18.00	108.00
Emocional			
Funções	14.79 (4.70)	4.00	24.00
Familiares			
Tempos Livres	6.92 (2.44)	2.00	12.00
Autonomia	16.39 (4.58)	4.00	24.00
Comunicação e	27.67 (8.86)	7.00	42.00
Conflito			
Rede Social/	11.42 (3.37)	3.00	18.00
Relações			
Extrafamiliares			
Qualidade de Vida			
Física	78.50 (11.70)	35.71	107.14
Psicológica	89.44 (14.51)	45.83	116.67
Relações Sociais	89.27 (22.77)	25.00	125.00
Ambiente	92.26 (16.65)	37.50	125.00

H1) Espera-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres nos diferentes estádios da menopausa ao nível do estilo de vida, da satisfação conjugal e da qualidade de vida física e psicológica.

A tabela 4 apresenta o resultado da análise de diferenças entre mulheres na pré e na peri-menopausa ao nível das variáveis em estudo, estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica.

Utilizando o teste *U - Mann Whitney* foi possível perceber que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres na fase da pré-menopausa e mulheres na fase da peri-menopausa em função do Estilo de Vida ($U = 887.00$, $p = 0.909$), Satisfação Conjugal Global ($U = 855.00$, $p = 0.694$), Qualidade de Vida Física ($U = 880.00$, $p = 0.860$) e Psicológica ($U = 772.50$, $p = 0.260$). No entanto, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas relativamente às atitudes e comportamentos de saúde na pré-menopausa ao nível do exercício físico (menor exercício físico) e nutrição (pior nutrição) e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível do uso de drogas ou similares (maior uso de drogas ou similares). Relativamente à satisfação nas áreas da vida conjugal, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa ao nível da sexualidade, intimidade, comunicação e conflito e rede social/relações extrafamiliares e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível das funções familiares, tempos livres e autonomia. Por fim, relativamente à qualidade de vida física e psicológica encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa.

Tabela 4

Diferenças entre Mulheres na Pré-menopausa e na Peri-menopausa ao Nível da Qualidade de Vida, Estilo de Vida e Satisfação Conjugal

Variável	Pré-	Peri-	Significância Estatística	
	menopausa ($n=36$)	menopausa ($n=50$)	<i>U</i>	<i>P</i>
	Ordem Média	Ordem Média		
Atitudes e Comportamentos de Saúde				

Variável	Pré- menopausa (<i>n</i> =36)	Peri- menopausa (<i>n</i> =50)	Significância Estatística	
	Ordem Média	Ordem Média	<i>U</i>	<i>P</i>
Exercício Físico	47.85	40.37	743.50	0.165
Nutrição	45.14	42.32	841.00	0.605
Uso de drogas ou similares	41.75	44.76	837.00	0.580
Atitudes e Comportamentos de Saúde Global	43.86	43.24	887.00	0.909
Satisfação em Áreas da Vida Conjugal				
Sexualidade	46.50	41.34	792.00	0.343
Intimidade	45.29	42.21	835.50	0.572
Funções Familiares	42.11	44.50	850.00	0.661
Tempos livres	41.14	45.20	815.00	0.449
Autonomia	42.18	44.45	852.50	0.673
Comunicação e conflito	44.63	42.69	859.50	0.722
Rede Social/ Relações Extrafamiliares	45.96	41.73	811.50	0.432
Satisfação Conjugal Global	44.75	42.60	855.00	0.694
Qualidade de Vida				
Física	44.06	43.10	880.00	0.860
Psicológica	47.04	40.95	772.50	0.260

H2) Espera-se que um estilo de vida menos saudável se correlacione negativamente com a qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal se correlacione positivamente com a qualidade de vida física e psicológica.

A tabela 5 apresenta os resultados das análises de correlações entre o estilo de vida, satisfação conjugal e a qualidade de vida. Para avaliar a relação entre o estilo de vida e a satisfação conjugal com a qualidade de vida, nesta amostra, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman* (r_s). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, negativas e baixas entre menor exercício físico e qualidade de vida física ($r_s = -.255, p = .010$), entre pior nutrição e qualidade de vida psicológica ($r_s = -.200, p = .045$) e entre uso de drogas ou similares e qualidade de vida psicológica ($r_s = -.200, p = .045$). Deste modo, um estilo de vida menos saudável está associado a uma menor qualidade de vida física e psicológica. Relativamente à relação entre a satisfação conjugal nas suas diversas dimensões (sexualidade, intimidade, funções familiares, tempos livres, autonomia, comunicação e conflito, rede social/relações extrafamiliares) e a qualidade de vida física e psicológica, foram encontradas correlações estatisticamente significativas e positivas em todas as dimensões, nomeadamente entre sexualidade e qualidade de vida física ($r_s = .514, p = .000$), sexualidade e qualidade de vida psicológica ($r_s = .479, p = .000$), intimidade e qualidade de vida física ($r_s = .479, p = .000$), intimidade e qualidade de vida psicológica ($r_s = .432, p = .000$), funções familiares e qualidade de vida física ($r_s = .533, p = .000$), funções familiares e qualidade de vida psicológica ($r_s = .514, p = .000$), tempos livres e qualidade de vida física ($r_s = .472, p = .000$), tempos livres e qualidade de vida psicológica ($r_s = .508, p = .000$), autonomia e qualidade de vida física ($r_s = .423, p = .000$), autonomia e qualidade de vida psicológica ($r_s = .479, p = .000$), comunicação e conflito e qualidade de vida física ($r_s = .486, p = .000$), comunicação e conflito e qualidade de vida psicológica ($r_s = .461, p = .000$), rede social/relações extrafamiliares e qualidade de vida física ($r_s = .498, p = .000$) e rede social/relações extrafamiliares e qualidade de vida psicológica ($r_s = .528, p = .000$). Neste sentido, maior satisfação conjugal está associada com maior qualidade de vida física e psicológica.

Tabela 5

Correlações entre o Estilo de Vida, Satisfação Conjugal e Qualidade de Vida Física e Psicológica

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Exercício Físico	-													
2 Nutrição	.480**	-												
3 Uso de drogas ou similares	-.066	.293**	-											
4 Atitudes e Comportamentos de Saúde Global	.434**	.717**	.644**	-										
5 Sexualidade	-.131	-.063	-.094	-.019	-									
6 Intimidade	-.153	-.113	-.160	-.084	.863**	-								
7 Funções Familiares	-.275**	-.290**	-.206*	-.244*	.630**	.660**	-							
8 Tempos Livres	-.314**	-.221*	-.091	-.117	.631**	.656**	.706**	-						
9 Autonomia	-.220*	-.240*	-.208*	-.231*	.596**	.635**	.676**	.623**	-					
10 Comunicação e Conflito	-.234*	-.085	-.089	-.067	.818**	.869**	.661**	.687**	.680**	-				

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
11 Rede Social/Relações Extrafamiliares	-.099	.007	-.178	-.044	.696**	.703**	.653**	.679**	.754**	.732**	-			
12 Satisfação Conjugal Global	-.198*	-.109	-.152	-.089	.914**	.956**	.757**	.756**	.739**	.924**	.812**	-		
13 Qualidade de Vida Física	-.255**	-.138	-.142	-.183	.514**	.479**	.533**	.472**	.423**	.486**	.498**	.544**	-	
14 Qualidade de Vida Psicológica	-.177	-.200*	-.200*	-.174	.479**	.432**	.514**	.508**	.479**	.461**	.528**	.522**	.728**	-

* $p < .05$.

** $p < .01$.

H3) Espera-se que um estilo de vida menos saudável seja um preditor negativo da qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal seja um preditor positivo da qualidade de vida física e psicológica na menopausa.

De seguida, com base nos resultados das análises de correlações anteriores, foi realizado um modelo de regressão linear hierárquico no sentido de analisar preditores da qualidade de vida física e psicológica na menopausa (tabela 6).

No que diz respeito à qualidade de vida física, foi realizado um modelo de regressão hierárquico com dois blocos. No bloco 1, foram incluídas as variáveis sociodemográficas situação profissional e rendimento anual, revelando ser um modelo estatisticamente significativo $F(2,95) = 6.938, p < .001$, explicando 12.7% da variância da qualidade de vida física ($R^2 = .127$). No bloco 2, foram incluídas as variáveis psicossociais exercício físico, sexualidade, intimidade, funções familiares, tempos livres, autonomia, comunicação e conflito e rede social/relações extrafamiliares, sendo que o modelo continuou a ser estatisticamente significativo $FChange(5,923) = 6.70, p < .001$, e explicou uma variância adicional de 30.8% ($R^2Change = .308$). No total, o modelo explica uma variância de 43.5% ($R^2 = .435$). Não se mostraram como preditores significativos da qualidade de vida física, o exercício físico ($\beta = -.13, p > .05$), a sexualidade ($\beta = .20, p > .05$), a intimidade ($\beta = -.11, p > .05$), as funções familiares ($\beta = .11, p > .05$), os tempos livres ($\beta = .06, p > .05$), a autonomia ($\beta = -.00, p > .05$), a comunicação e conflitos ($\beta = .04, p > .05$) e a rede social/ relações extrafamiliares ($\beta = .28, p > .05$).

Relativamente à qualidade de vida psicológica, foi também realizado um modelo de regressão hierárquico, com dois blocos. No bloco 1, foi incluído o rendimento anual, revelando ser um modelo estatisticamente significativo $F(1, 96) = 5.082, p < .05$, explicando 5% da variância da qualidade de vida psicológica ($R^2 = .05$). No bloco 2, foram acrescentadas as variáveis nutrição, uso de drogas ou similares, sexualidade, intimidade, funções familiares, tempos livres, autonomia, comunicação e conflito e rede social/relações extrafamiliares, sendo que o modelo continuou a ser estatisticamente significativo $FChange(6,672) = 6.78, p < .001$, e explicou uma variância adicional de 39% ($R^2Change = .39$). No total, o modelo explica 44% da variância da qualidade de vida psicológica ($R^2 = .44$). Não se mostraram como preditores significativos da qualidade de vida psicológica a nutrição ($\beta = -.06, p > .05$), o uso de drogas ou similares ($\beta = -.05, p > .05$), a sexualidade ($\beta = .26, p > .05$), a intimidade ($\beta = -.13, p > .05$), as

funções familiares ($\beta = .06, p > .05$), os tempos livres ($\beta = .11, p > .05$), a autonomia ($\beta = .14, p > .05$), a comunicação e conflitos ($\beta = -.06, p > .05$) e a rede social/ relações extrafamiliares ($\beta = .29, p > .05$).

Tabela 6

Preditores da Qualidade de Vida Física e Psicológica

Variável	Qualidade de Vida Física				Qualidade de Vida Psicológica			
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>B</i>	<i>T</i>
Bloco 1								
Constante	64.33	4.23		15.21**	82.15	3.60		22.82**
Situação profissional	3.43	1.68	.22	2.04*				
Rendimento anual bruto	1.48	.78	.20	1.89	2.05	.909	.22	2.25*
<i>F</i>	(2.95) = 6.938				(1.96) = 5.08			
<i>R</i> ²	.127				.05			
Bloco 2								
Constante	51.45	6.35		8.10**	58.52	8.18		7.15**
Situação profissional	2.52	1.48	.16	1.71				
Rendimento anual bruto	1.01	.74	.14	1.36	1.20	.81	.13	1.47
Exercício físico	-.39	.27	-.13	-1.45				
Nutrição					-.18	.29	-.06	-.61
Uso de drogas ou similares					-.16	.26	-.05	-.62
Sexualidade	.27	.23	.20	1.18	.45	.29	.26	1.54
Intimidade	-.06	.12	-.11	-.50	-.09	.15	-.13	-.58
Funções familiares	.29	.37	.11	.79	.20	.47	.06	.42
Tempos livres	.31	.65	.06	.47	.66	.80	.11	.82
Autonomia	-.00	.38	-.00	-.01	.44	.48	.14	.92

Variável	Qualidade de Vida Física				Qualidade de Vida Psicológica			
	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>B</i>	<i>DP</i>	<i>B</i>	<i>T</i>
Comunicação e conflito	.05	.28	.04	.18	-.10	.34	-.06	-.28
Rede social/ relações extrafamiliares	1.01	.62	.28	1.63	1.33	.78	.29	1.70
<i>Fchange</i>	(5.923) = 6.70				(6.672) = 6.78			
<i>R</i> ²	.435				.44			
ΔR^2	.308				.39			

* $p < .05$

** $p < .001$

Discussão

O presente estudo tinha como objetivos avaliar a relação entre estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica na menopausa, os preditores da qualidade de vida na menopausa, e as diferenças entre as mulheres na pré e na peri-menopausa nas variáveis psicossociais em estudo.

Relativamente à H1, em que se esperava encontrar diferenças entre as mulheres na pré e na peri-menopausa ao nível do estilo de vida, da satisfação conjugal e da qualidade de vida física e mental, esta hipótese não foi confirmada visto que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas relativamente às atitudes e comportamentos de saúde na pré-menopausa ao nível do exercício físico (menor exercício físico) e nutrição (pior nutrição) e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível do uso de drogas ou similares (maior uso de drogas ou similares, como álcool, tabaco, cafeína, automedicação, estimulantes e tranquilizantes). Este resultado é apoiado por outros estudos, como por exemplo o estudo de Cavadas et al. (2010) em que as mulheres na peri-menopausa estavam mais sensibilizadas para a mudança de hábitos e aquisição de

estilos de vida mais saudáveis quando comparadas com as mulheres na pré-menopausa. As mulheres na peri-menopausa começam a perceber mais mudanças físicas e psicológicas e tentam desenvolver estratégias de *coping* adaptativas com o objetivo de manter o peso. Relativamente à satisfação nas diversas áreas da vida conjugal, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa ao nível da sexualidade, intimidade, comunicação e conflito e rede social/relações extrafamiliares e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível das funções familiares, tempos livres e autonomia. Na literatura este resultado vai ao encontro do estudo de Presado (2013) onde os níveis mais elevados de satisfação conjugal correspondem ao grupo mais jovem de mulheres na menopausa, seguido do grupo com idades compreendidas entre os 46 e os 55 anos e o grupo entre os 56 e 65 anos, ocorrendo um declínio da satisfação conjugal de acordo com as etapas da menopausa.

Por fim, relativamente à qualidade de vida encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa. Este resultado é concordante com o estudo de Nisar e Sohoo (2010) onde as mulheres na pré-menopausa apresentaram valores mais elevados de qualidade de vida física do que as mulheres na menopausa. Do mesmo modo, o estudo de De Lorenzi et al. (2009) também confirma este resultado num estudo com 506 mulheres com idades compreendidas entre 40 e 60 anos, em que se verificou que as mulheres na peri e pós-menopausa apresentaram pior qualidade de vida em relação às mulheres que se encontravam na pré-menopausa. Estes resultados podem estar relacionados com os sintomas menopáusicos, com o envelhecimento, com a frequência cada vez maior de doenças crónicas e com o isolamento social, dado que estes fatores poderão ter um impacto negativo na qualidade de vida na mulher na menopausa (Nisar & Sohoo, 2010).

Esperava-se que um estilo de vida menos saudável se correlacionasse negativamente com a qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal se correlacionasse positivamente com a qualidade de vida física e psicológica (H2). Esta hipótese foi confirmada, tendo-se verificado que um estilo de vida menos saudável está associado a uma menor qualidade de vida física e psicológica e que uma maior satisfação conjugal está associada com maior qualidade de vida física e psicológica. Relativamente ao estilo de vida, vários estudos têm demonstrado que mulheres fisicamente ativas apresentam uma qualidade de vida maior quando comparadas às sedentárias (Elavsky & Mc Auley, 2005). Em termos de satisfação conjugal, um estudo

realizado no Paquistão concluiu que o estado menopausal interferiu na qualidade de vida das participantes, de modo que no grupo das participantes no estado pós-menopausa foram observados piores pontuações de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social (Moriyama, 2007). Neste sentido, vários autores verificaram que mulheres com casamentos satisfatórios relatam sintomas menopaúsicos menos graves e frequentes, tendo influência na qualidade de vida das mulheres na menopausa (Bielawska-Batorowicz & Jarecka, 2017; Fieder & Kurpius, 2005; Kalarhoudi et al., 2011). De acordo com Núnhez e Méndez (2014), quando há falta de comunicação no casal, e a mulher sente diminuída a sua condição de feminilidade pelo facto de estar na menopausa, esta situação pode despoletar instabilidade ao nível psíquico, expressando sintomas como depressão, tristeza e irritabilidade. Também no estudo de Pinheiro e Costa (2020) foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida psicológica.

Por fim, esperava-se que um estilo de vida menos saudável fosse um preditor negativo da qualidade de vida física e psicológica e que a satisfação conjugal fosse um preditor positivo da qualidade de vida física e psicológica na menopausa (H3). Esta hipótese não foi confirmada visto que o exercício físico, a sexualidade, a intimidade, as funções familiares, os tempos livres, a autonomia, a comunicação e conflitos e a rede social/ relações extrafamiliares não se mostraram como preditores significativos da qualidade de vida física, tendo apenas a variável sociodemográfica situação profissional demonstrado ser preditora de qualidade de vida física na menopausa. Do mesmo modo que a nutrição, o uso de drogas ou similares, a sexualidade, a intimidade, as funções familiares, os tempos livres, a autonomia, a comunicação e conflitos e a rede social/ relações extrafamiliares não se mostraram preditores significativos da qualidade de vida psicológica, tendo apenas a variável sociodemográfica rendimento anual demonstrado ser preditora de qualidade de vida psicológica. Este resultado é controverso, pois o esperado seria que um estilo de vida menos saudável fosse um preditor negativo da qualidade de vida e que a satisfação conjugal fosse um preditor positivo da qualidade de vida. Neste contexto, o resultado difere de estudos prévios, pois num estudo de Pinheiro e Costa (2020), com uma amostra de 100 mulheres na menopausa ou que já tinham estado na menopausa concluiu-se que uma qualidade de vida superior, em todas as dimensões, estava associada com maior satisfação conjugal.

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, destaca-se, como principal limitação do presente estudo, o facto da recolha de dados ter sido realizada *online*, devido à pandemia de COVID-19. Em segundo lugar, podemos referir o tamanho reduzido da amostra, o que implica alguma prudência na interpretação e generalização dos resultados. Em terceiro lugar, por ser uma investigação quantitativa, não foi possível aceder às experiências pessoais das participantes. Por último, a natureza transversal do estudo não permite analisar a evolução da qualidade de vida das mulheres na menopausa nas variáveis estudadas.

Assim, propõe-se em futuros estudos aumentar o tamanho da amostra, realizar o estudo em várias unidades de saúde de várias áreas geográficas do país, usar um modelo longitudinal, e aumentar o número de preditores. Tornar-se-iam pertinentes, para a prática, estudos mais aprofundados sobre cada uma das variáveis aqui abordadas, para melhor compreender o impacto que esta fase tem na vida da mulher. Apesar das limitações apontadas, destacam-se vários fatores positivos: a obtenção de um maior conhecimento relativamente à influência das variáveis psicossociais estudadas na menopausa; e a aplicabilidade dos resultados na elaboração de programas psicoeducativos que contemplem a informação, prevenção e intervenção na qualidade de vida de mulheres na menopausa.

Conclusão

Apesar das limitações, os resultados do presente estudo permitem compreender melhor a relação entre estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), satisfação conjugal e qualidade de vida física e mental na menopausa, tal como as diferenças entre as mulheres na pré e na peri-menopausa ao nível do estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida física e psicológica, numa amostra de mulheres portuguesas. Os resultados permitiram verificar correlações estatisticamente significativas negativas entre menor exercício físico e qualidade de vida física, entre pior nutrição e qualidade de vida psicológica e entre uso de drogas ou similares e qualidade de vida psicológica, demonstrando que um estilo de vida menos saudável está associado a uma menor qualidade de vida. Relativamente à satisfação conjugal foram encontradas correlações estatisticamente significativas e positivas em todas as

dimensões, demonstrando que uma maior satisfação conjugal está associada com uma qualidade de vida superior. Foi também possível constatar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre mulheres na fase da pré-menopausa e mulheres na fase da peri-menopausa em função do estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares), Satisfação Conjugal (sexualidade, intimidade, funções familiares, tempos livres, autonomia, comunicação e conflito e rede social/ relações extrafamiliares) e Qualidade de Vida Física e Psicológica. No entanto, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas relativamente às atitudes e comportamentos de saúde na pré-menopausa ao nível do exercício físico (menor exercício físico) e nutrição (pior nutrição) e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível do uso de drogas ou similares (menor uso de drogas ou similares). Relativamente à satisfação em áreas da vida conjugal, encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa ao nível da sexualidade, intimidade, comunicação e conflito e rede social/relações extrafamiliares e pontuações mais elevadas na peri-menopausa ao nível das funções familiares, tempos livres e autonomia. Por fim, relativamente à qualidade de vida encontraram-se pontuações de Ordem Média mais elevadas na pré-menopausa. Verificou-se, ainda, que o exercício físico, a sexualidade, a intimidade, as funções familiares, os tempos livres, a autonomia, a comunicação e conflitos e a rede social/ relações extrafamiliares não se mostraram preditores significativos da qualidade de vida física e que a nutrição, o uso de drogas ou similares, a sexualidade, a intimidade, as funções familiares, os tempos livres, a autonomia, a comunicação e conflitos e a rede social/ relações extrafamiliares não se mostraram preditores significativos da qualidade de vida psicológica.

Em suma, este estudo contribuiu para um maior esclarecimento da relação entre o estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida física e mental em mulheres na menopausa, sendo possível identificar quais as principais dificuldades inerentes nesta fase da vida. Assim, este estudo revela-se importante para a prática, pois confirma a relação positiva entre um estilo de vida saudável e a qualidade de vida, tal como entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida, focando a importância de promover estilos de vida saudáveis na menopausa, incluindo a melhoria das dimensões da satisfação conjugal.

Referências

- Abdulnour, J. (2016). *The effect of menopausal transition on body composition, cardiometabolic risk factors, physical activity and cardiorespiratory fitness*. [Tese de doutorado não publicada]. School of Human Kinetics Faculty of Health Sciences University of Ottawa. https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/34174/1/Abdulnour_Joseph_2016_thesis.pdf#page=108
- Administração Regional de Saúde do Norte. (Janeiro de 2011). *Menopausa - Conceitos e Estratégias*. Obtido de https://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/Menopausa_conceitos_e_estrategias_ARSN_2011.pdf
- Andrade, R. L., Fernandes, A. C., Dias, J. R., Laurindo, B. M., & Vieira, R. C. (2019). Avaliação da qualidade de vida de mulheres climatéricas atendidas em ambulatório especializado. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(1), 66-90. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/847/727>
- Aparicio, V. A., Borges-Cosic, M., Ruiz-Cabello, P., Coll-Risco, I., Acosta-Manzano, P., Spacírová, Z., & Soriano-Maldonado, A. (2017). Association of objectively measured physical activity and physical fitness with menopause symptoms. The Flamenco Project. *Journal Climacteric*, 20(5), 456-461. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1329289>
- Azevedo, R. F. (2020). *Menopausa: Indicadores de Saúde, Comportamentos de Saúde e Estado de Saúde em Mulheres na Menopausa* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/33134>
- Baccaro, L. F., Boin, I. D., Costa-Paiva, L., & Pinto-Neto, A. M. (2013). Quality of life and menopausal symptoms in women with liver transplants. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(3), 103-110. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000300003>
- Bernard, H. R. (2005). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. AltaMira Press.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Jarecka, K. (2017). Quality of the relationship and menopausal symptoms of menopausal women. *Health Psychology Report*, 1(5), 55–66. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.6252>

- Bondarev, D., Laakkonen, E. K., Finni, T., Kokko, K., Kujala, U. M., Aukee, P., Kovanen, V., & Sipilä, S. (2018). Physical performance in relation to menopause status and physical activity. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 25(12), 1432-1441. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001137>
- Cavadas, L. F., Nunes, A., Pinheiro, M., & Silva, P. T. (2010). Abordagem da Menopausa nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 227-236. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/612/296>
- Choi, J. I., Han, K.-d., Lee, D. W., Kim, M. J., Shin, Y. J., & Lee, H. N. (2017). Relationship between alcohol consumption and age at menopause: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 56(4), 482-486. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.05.002>
- Conte, F. A., Franz, L. B., & Idalêncio, V. H. (2014). Compulsão alimentar e obesidade no climatério: uma revisão de literatura. *ABCS Health Sciences*, 39(3), 199-203. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v39i3.656>
- da Silva Assunção, D. F., Pires, D. H., de Lima Barreto, E., de Azevedo Gonçalves, F., & da Silva Dias, R. (2017). Qualidade de vida de mulheres climatéricas. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 15(2), 80-83. https://docs.bvsa.lud.org/biblioref/2017/11/875548/152_80-83.pdf
- de Lima, G. G., da Glória Batista, M. M., & Magalhães, E. (29 de Maio de 2016). Aspectos Biopsicossociais da Meia Idade Desencadeados pela Menopausa. *O Portal dos Psicólogos*, 1-11. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0993.pdf>
- de Lima, P. C., Brito, L. C., & Nojosa, J. (2016). O Efeito do Exercício Físico em Mulheres na Menopausa: uma Revisão de Literatura. *Revista Carioca de Educação Física*, 11, 20-24. <https://www.revistacarioca.com.br/revistacarioca/article/view/33/29>
- De Lorenzi, D. R. (2008). Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(3), 103-106. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000300001>

- De Lorenzi, D. R., Catan, L. B., Cusin, T., Felini, R., Bassani, F., & Arpini, A. C. (2009). Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(4), 459-466. <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000400011>
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Guthrie, J. (2002). The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 15-22. <https://doi.org/10.1007/s007370200018>
- Duval, K., Prud'homme, D., Rabasa-Lhoret, R., Strychar, I., Brochu, M., Lavoie, J.-M., & Doucet, É. (2013). Effects of the Menopausal Transition on Factors Related to Energy Balance. A MONET group Study: I. Energy Expenditure. *European journal of clinical nutrition*, 67(4), 407-411.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52 (3-4), pp. 374-385. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2004.07.014>
- Fieder, K.V., & Kurpius, S. E. (2005). Marriage, stress and menopause: Midlife, Challenges and Joys. *Psicologia*, 19(1), 87-106.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3 ed.). SAGE.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) LUSODIDACTA.
- Freitas, R. F., Freitas, T. F., Veira, D. R., Rocha, N. G., Santos, G. S., Reis, V. M., Passos, B.M, & Rocha, J. S. (2015). Qualidade de vida de mulheres climatéricas de acordo com o estado menopausal. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13(1), 37-47. <https://dia.lnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106736>
- Gallon, C. W., & Wender, M. C. (2012). Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(4), 175-183. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000400007>
- Guimarães, A. C. A., & Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International Journal of Women's Health*, 3(1), 319-328. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S24822>

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*. The Guilford Press.
- Heidari, M., Shahbazi, S., Ghafourifard, M., & Sheikhi, R. A. (2017). Prediction of marital satisfaction based on emotional intelligence in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine, 23*(3), 196-201.
- Hernández, R. A. (2017). Menopausia. *Revista Médica Sinergia, 2*(10), 7-10. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/96>
- Kalarhoudi, M.A., Taebi, M., Sadet, Z., & Saberi, F. (2011). Assessment of quality of life in menopausal periods: A population study in kashan, iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 13*(11), 811–817.
- Kim, M. J., & Lee, K. H. (2013). Dietary habits and climacteric symptoms according to the level of food supplement use of middle-aged women. *Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition, 42*(7), 1054-1064. <https://doi.org/10.3746/jkfn.2013.42.7.1054>
- Kinney, A., Kline, J., Kelly, A., Reuss, M. L., & Levin, B. (2007). Smoking, alcohol and caffeine in relation to ovarian age during the reproductive years. *Human Reproduction, 22*(4), 1175–1185. <https://doi.org/10.1093/humrep/del496>
- Lavoie, M.-E., Faraj, M., Strychar, I., Doucet, É., Brochu, M., Lavoie, J.-M., & Rabasa-Lhoret, R. (2013). Synergistic associations of physical activity and diet quality on cardiometabolic risk factors in overweight and obese postmenopausal women. *British Journal of Nutrition, 109*(4), 605-614. <https://doi.org/10.1017/S0007114512001699>
- Lizcano, F., & Guzmán, G. (2014). Estrogen Deficiency and the Origin of Obesity during Menopause. *BioMed Research International, 1*-12. <https://doi.org/10.1155/2014/757461>
- Lomônaco, C., Tomaz, R. A., & de Oliveira Ramos, M. T. (2015). O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério, 30*(2), 58-66. <https://pesquisa.bvsa.lud.org/porta/resource/pt/biblio-973025>
- Lopera-Valle, J. S., Parada-Pérez, A. M., Martínez-Sánchez, L. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., & Rojas-Jiménez, S. (2016). Calidad de vida en la menopausia, un reto en

- la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-11.
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300010
- Martínez, E., Cruz, A., Anguiano, V. C., Torres, J. M., & Vera, D. B. (2012). Quality of life in women during their climacteric. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 55(4), 10-15. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=35169>
- Melo, C. R., dos Reis, É. d., da Silva, L. C., Sola, E. P., & Chofakian, C. B. (2016). Aplicação do Índice Menopausal de kupperman: um estudo transversal com mulheres climatéricas. *ESPAÇO PARA A SAÚDE – REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ*, 17(2), 41-50. <https://168.194.69.20/index.php/espacosaude/article/view/283>
- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L. P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., & Franco, O.H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*, 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006>
- Mishra, G. D., Brown, W. J., & Dobson, A. J. (2003). Physical and mental health: Changes during menopause transition. *Quality of Life Research*, 12(4), 405-412. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023421128141>
- Molz, A. P., & Poll, F. A. (2013). Avaliação nutricional, estilo de vida e consumo alimentar relacionados com risco cardiovascular em mulheres na menopausa. *Cinergis*, 14(4), 186-192. <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/4147>
- Moraes, T. O., & Schneid, J. L. (2015). Qualidade de vida no climatério: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Amazônia Science & Health*, 3(3), 34-40. <https://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/879>
- Moudi, A., Dashtgard, A., Salehiniya, H., Katebi, M. S., Razmara, M. R., & Jani, M. R. (2018). The relationship between health-promoting lifestyle and sleep quality in postmenopausal women. *BioMedicine*, 8(2), 34-40. <https://doi.org/10.1051/bmdcn/2018080211>

- Namazi, M., Sadeghi, R., & Moghadam, Z. B. (2019). Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International Journal of Women's Health*, 11, 637-647. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6910086/>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115- 130.
- Nelson, D.B., Samuel, M.D., Freeman, E.W., Lin, H., Gracia, C.R., & Schmitz, K.H. (2008). Effect of Physical Activity on Menopausal Symptoms among Urban Women. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 40(1), 50-58. https://d1wqxts1xzle7.cloudfront.net/42169818/RS.PhysicalActivityandMenopausalSymptoms-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1630343746&Signature=KBkbcI9d9SyNPwUINQ-eVu3p20nl6hxlMH-PuFvuRvN9eaTikDYoEC~n5MxsQaXOtQ5Z3eiAc6i8yqmcidLuslrkvygpszTEVPCojGjprAIFpXTEWKCs2hmc6yUj-RaUMOp-7wyly4QMjI4cg9X~8-XglXHRUI7MnchZuInUn3O35xaLsgsCemRDe~wC5GjNA6hfkH20muJUDSH9WUBvb6or4BItoLzN-wP9j6zGy8qGARVJrq6XN-iwmb6hE7W-ifHBMAwExJ2e33q6pQ2GnhGxLPcr5UBTt2-kApg-RD35XHvHjhGmE~A1pstF5aEqJq7EGMLusfwkdcrRoZUmtcw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Nisar, N., & Sohoo, A. N. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(5), 118-130. <https://www.iomcworld.org/articles/severity-of-menopausal-symptoms-and-the-quality-of-life-at-different-statusof-menopause-a-community-based-survey-from-rural-sindh-pakistan.pdf>
- Novais, I. P., Jarrete, A. P., Puga, G. M., Araujo, H. N., Delbin, M. A., & Zanesco, A. (2017). Effect of aerobic exercise training on cGMP levels and blood pressure in treated hypertensive postmenopausal women. *Motriz*, 23(1), 1-6. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-6574201700010001>
- Núnhez, D. C., & Méndez, D. N., (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Medisan*, 18(10), 1409-1418.

- Oliveira, J. M. (2016). Definições: mecanismos básicos e fisiopatológicos do climatério. *Consenso Nacional sobre a Menopausa*, 13-25. Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Organização Mundial de Saúde. (1994). Avaliação da qualidade de vida: perspectivas internacionais.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos Básicos. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Özkan, S., Alatas, E. S., & Zencir, M. (2005). Women's Quality of Life in the Premenopausal and Postmenopausal Periods. *Quality of Life Research*, 14(8), 1795-1801. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-005-5692-4>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 22(2), 387-397. <https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a07.pdf>
- Pinheiro, F., & Costa, E. (2020). Menopausa: Preditores da Satisfação Conjugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(2), 322-342. <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210208>
- Presado, M. H. (2013). *Climatério/Menopausa, relacionamento conjugal e qualidade de vida*. Tese de doutoramento publicada, Universidade Aberta: Lisboa.
- Probo, A., Soares, N., Silva, V., & Cabral, P. (2016). Níveis dos sintomas climatéricos em mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 21(3), 246-254. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n3p246-254>
- Rodolpho, J. R., Quirino, B. C., Hoga, L. A., & Rosa, L. F. (2016). Men's perceptions and attitudes toward their wives experiencing menopause. *Journal of Women Aging*, 28(4), 322-333. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1017430>
- Rodrigues, R. D., Carvalho, B. L., & Gonçalves, G. K. (2019). Efeito do exercício físico nos parâmetros cardiometabólicos na pós-menopausa: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(5), 1-16. https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190133.pdf

- Schmitt, N.M., Schmitt, J., & Doren, M. (2009). The role of physical activity in the prevention of osteoporosis in postmenopausal women-an update. *Maturitas*, 63(1): 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.002>
- Schoenaker, D. A., Jackson, C. A., Rowlands, J. V., & Mishra, G. D. (2014). Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1542-1562. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu094>
- Serpa, M. A., Lima, A. A., Guimarães, A. C., Carrilo, M. R., Coura-Vital, W., & Veloso, V. M. (2016). Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. *Reprodução & Climatério*, 31(2), 76-81. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.04.001>
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1(26), 15-23. <https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>
- Shade, M. Y., Berger, A. M., Dizona, P. J., Pozehl, B. J., & Pullen, C. H. (2016). Sleep and health-related factors in overweight and obese rural women in a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(3), 386-397. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9701-y>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Consenso Nacional sobre a Menopausa. (1-155). SPG. https://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Taneri, P. E., Kiefte-de Jong, J. C., Bramer, W. M., Daan, N. M., Franco, O. H., & Muka, T. (2016). Association of alcohol consumption with the onset of natural menopause: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 22(4), 516-528. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw013>

- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- Zampieri, M. d., Tavares, C. M., Hames, M. d., Falcon, G. S., de Silva, A. L., & Gonçalves, L. T. (2009). O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. *Escola Anna Nery*, 13(2), 305-312. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200010>

Anexos

Anexo B

Consentimento Informado

Temática em estudo: Estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida na menopausa

Investigadoras: Catarina Ferraz Araújo⁽¹⁾ e Eleonora C. V. Costa⁽²⁾

(1) aluna de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga; (2) docente da Universidade Católica de Braga

Introdução: A menopausa é um processo do desenvolvimento essencial no percurso de vida da mulher, uma vez que acarreta consigo alterações ao nível físico, emocional, relacional e sexual.

Finalidade e objetivo do estudo

Este estudo decorre no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação e tem como principal objetivo focar-se na qualidade de vida nas mulheres na menopausa, analisando as relações entre o estilo de vida (exercício físico, nutrição e uso de drogas ou similares) e a satisfação conjugal e os preditores da qualidade de vida física e psicológica na menopausa. Adicionalmente, neste estudo pretende-se também analisar as diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios na menopausa nas variáveis psicossociais em estudo. A investigação é supervisionada pela docente da Universidade Católica (Braga), Eleonora C. V. Costa.

Modalidades de participação

Os métodos de recolha de dados consistem num questionário sociodemográfico que demora cerca de 5 minutos a preencher, e em três questionários com uma duração de aproximadamente 15 minutos. É pedido que responda a todas as questões do questionário sociodemográfico apresentadas, assim como a todas as perguntas mencionadas nos questionários.

Condições de participação

Para participar no seguinte estudo deve: (1) ser de sexo feminino; (2) estar na fase da menopausa; (3) saber ler e escrever; (4) ter entre 40 a 60 anos; (5) não possuir um défice cognitivo; e (6) não ser ooforectomizada. Serão excluídas todas as mulheres com diagnósticos clínicos ou psiquiátricos.

Vantagens ligadas à participação

A sua participação permitirá obter informação para o estudo, que ajudará a compreender melhor o fenómeno.

Riscos e desconfortos

Não existem riscos na sua participação neste estudo.

Participação voluntária e abandono ou exclusão do estudo

A sua participação no estudo é voluntária e pode desistir a qualquer momento, sem que seja necessário justificar a sua decisão.

Caráter confidencial das informações

Todos os resultados recolhidos serão confidenciais. É garantida aos participantes a confidencialidade das informações no preenchimento dos questionários. Os resultados poderão ser apresentados mais tarde para fins de investigação deste estudo. Os dados recolhidos serão disponibilizados se os participantes assim o solicitarem por escrito.

Compensação

A participação neste estudo não lhe trará nenhuma despesa.

Questões sobre o estudo

Para qualquer informação que considere pertinente, poderá contactar as investigadoras através dos emails: catarinaaraujo498@gmail.com e eleonora@ucp.pt.

Responsabilidade do investigador

Ao assinar este formulário de consentimento, não renuncia nenhum dos seus direitos previstos pela lei. Além disso, as responsabilidades da investigadora continuam íntegras caso ocorra uma situação que cause prejuízo aos participantes.

Assinatura _____

Estudo: Estilo de vida, satisfação conjugal e qualidade de vida na menopausa

Investigadoras: Catarina Ferraz Araújo⁽¹⁾ e Eleonora C. V. Costa⁽²⁾

(1) aluna de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga; (2) docente da Universidade Católica de Braga.

Eu _____ reconheço que o processo de investigação descrito no formulário me foi explicado de uma forma bem clara e compreendo a natureza e as vantagens da minha participação neste estudo. Foi-me assegurado que os meus dados pessoais serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade sem o meu consentimento.

Tenho consciência que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento.

Pelo presente, eu aceito livremente a participação neste estudo.

Assinatura do participante

Data: ____ / ____ / ____

Anexo C

Autorizações para Aplicação dos Instrumentos

JotForm <noreply@jotform.com>
para mim

terça, 17/11, 17:06 (há 6 dias) ☆ ↶

Pedido de instrumento de avaliação Qualidade de Vida	
Nome	Catarina Ferraz Araújo
E-mail	catarinaaraujo498@gmail.com
Área de formação do requerente	Psicologia
Já concluiu a sua formação?	Não
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Eleonora Cunha Veiga Costa
E-mail	eleonora@ucp.pt
Instituição	UCP-Braga
Título	Diferenças nos diferentes estádios da menopausa ao nível do estilo de vida, satisfação conjugal e preditores de qualidade de vida na menopausa
Tipo de população	Mulheres na menopausa
Tamanho de amostra previsto	100
Qual o questionário desejado	WHOQOL-Bref
	Accepted

Autorização para utilização do instrumento Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde ✕ 🖨️ 📧

Caixa de entrada x

Catarina Araújo <catarinaaraujo498@gmail.com>
para j|pr

17/11/2020, 16:46 (há 6 dias) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde,

Venho por este meio solicitar autorização para utilizar o instrumento Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde como método de recolha de dados para a minha dissertação sobre o tema Menopausa, integrada no 2º ano do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa de Braga. Agradecia que me enviasse o instrumento e o artigo de validação.

Cumprimentos,
Catarina Araújo

José Luis Pais Ribeiro
para mim

18/11/2020, 09:56 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮

Cara Colega

Autorizo o uso do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde que estudámos para uso com a população portuguesa. O texto de validação encontra no meu site na secção "publications" a n.º 105

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

Autorização para utilização do instrumento EASAVIC Caixa de entrada x

Catarina Araújo <catarinaaraujo498@gmail.com>
para narciso ↵

domingo, 10/05, 22:23 ☆ ↵ ⋮

Boa noite,

Venho por este meio solicitar-lhe autorização para utilizar o instrumento EASAVIC como método de recolha de dados para a minha tese sobre o tema Menopausa, integrada no 2º ano do mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa de Braga.
Agradecia que me enviasse o instrumento e o artigo de validação.

Cumprimentos,
Catarina Araújo

Isabel Santa Barbara Narciso <inarciso@psicologia.ulisboa.pt>
para mim ↵

domingo, 10/05, 22:32 ★ ↵ ⋮

Cara Catarina
Está autorizada.
Isabel Narciso

Anexo D

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Instruções:

Por favor, em cada pergunta, coloque uma cruz (X) no quadrado respetivo, quando aplicável. Em algumas perguntas, poderá ser solicitado, escrever algumas informações.

1. Que idade tem? _____ anos

2. Qual foi o último grau de ensino que completou?

Inferior ao 4º Ano

4º Ano

6º Ano

9º Ano

12º Ano

Ensino Superior

3. Qual é a sua situação profissional atual?

Desempregada

Reformada

Empregada

Outra Qual? _____

4. Em qual dos seguintes intervalos se situa aproximadamente o rendimento anual bruto do seu agregado familiar?

Inferior a 7091 Entre 25001 e 36856

Entre 7091 e 10700 Entre 36857 e 80 000

Entre 10701 e 20261 Mais de 80000

Entre 20262 e 25000

Se não souber, indique por favor o rendimento total mensal _____

5. Qual é o seu estado civil?

Solteira sem relacionamento amoroso

- Solteira numa relação
- Casada
- Em união de facto
- Divorciada/Separada numa relação
- Divorciada/Separada sem relacionamento amoroso
- Viúva numa relação
- Viúva sem relacionamento amoroso

6. Tem filhos?

Sim Não

Se respondeu sim, quantos _____

Ainda mora consigo algum filho?

Sim Não

7. Tem alguma doença crónica?

- Não
- Se sim, qual:
- Doença cardiovascular
- Doença neurológica (Parkinson, epilepsia ou outra)
- Doença oncológica
- Asma/Bronquite
- Depressão moderada/grave
- Outra? Qual _____

8. Considera que está em pré-menopausa, peri-menopausa ou pós-menopausa?

- Pré-Menopausa
- Peri-menopausa
- Pós-menopausa

9. Fez cirurgia ginecológica para remoção dos dois ovários (Ooforectomia bilateral)?

Sim

Não

10. Tem algum problema hormonal que interfira diretamente com a menstruação?

Não

Sim Qual (ais)? _____

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

Sim

Não

12. Faz algum tratamento para a menopausa?

Terapia Hormonal de Substituição

Nenhum

Outro (Por favor descreva)

13. Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais irregulares ou permaneceu sem ter o período durante 60 dias ou mais consecutivos?

Sim

Não, já não tenho menstruação há 12 meses ou mais

Não, ainda tenho menstruação regularmente

14. Caso não tenha menstruação há mais de 12 meses, que idade tinha quando teve a sua última menstruação? _____ anos (Se ainda tem menstruação, não responda)

15. Pratica desporto ou atividade física regular

Não Sim Quais? _____

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

Anexo E

Questionário de Qualidade de Vida

WHOQOL (Bref) – World Health Organization Quality of Life Assessment (OMS) - adaptado e validado para a população portuguesa por Serra, A. V. et al., 2006

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas últimas duas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas últimas duas semanas. Assim, marcaria o número **4** se tivesse recebido bastante apoio, ou o número **1** se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas últimas duas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

	Muito má	Má	Nem boa, nem má	Boa	Muito boa
1(G1) Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2(G4)	Até que ponto está satisfeita com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) a impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F.4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(F.24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa, nem má	Boa	Muito boa
15(F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar e deslocar por si própria)?	1	2	3	4	5

*As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeita** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.*

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeita com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19(F.6.3)	Até que ponto está satisfeita consigo própria?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Até que ponto	1	2	3	4	5

	está satisfeita com as suas relações pessoais?					
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeita com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Até que ponto está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Até que ponto está satisfeita com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Até que ponto está satisfeita com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo F

Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

(Ribeiro, 2004)

Assinala com uma cruz (X) a opção/expressão que melhor traduzir a tua opinião em relação ao seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde.

Por favor responde às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios: 0 - Quase sempre (90% ou mais das vezes); 1 - Com muita frequência (cerca de 75% das vezes); 2 - Muitas vezes (cerca de 50% das vezes); 3- Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes) e 4 - Quase nunca (menos de 10% das vezes).

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas Vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.					
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente.					
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (por ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.).					
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.					
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.					
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.					
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.					
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.					
9. Mantenho as minhas vacinas em dia.					

10. Verifico anualmente a minha pressão arterial.					
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.					
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup.					
13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo de mais, ou não viajo com um condutor que bebeu de mais.					
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.					
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.					
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.					
17. Evito fumar.					
18. Evito ingerir alimentos com gordura.					
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola.					
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames.					
21. Evito tomar tranquilizantes.					
22. Evito ingerir alimentos que são feitos á base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).					
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.					
24. Evito os ambientes muito ruidosos.					
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.					
26. Evito mudar de parceiro sexual.					
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.					
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.					

Anexo G

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

(Versão Portuguesa: Narciso & Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: 1 – Nada satisfeita, 2 - Pouco satisfeita, 3 - Razoavelmente satisfeita, 4 - Satisfeita, 5 - Muito satisfeita, 6 - Completamente satisfeita. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

	Nada Satisfeita	Pouco Satisfeita	Razoavelmente Satisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita	Completamente Satisfeita
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2. A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3. O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4. A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5. O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6. A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8. O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10. A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6

11.	A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
12.	A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13.	A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
14.	A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6
15.	O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16.	Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17.	A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18.	O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19.	O que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
20.	O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21.	O modo como expresso o que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
22.	O modo como o(a) meu(minha) companheiro(a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23.	O desejo sexual que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
24.	O desejo sexual que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25.	A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26.	O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6

27.	O prazer que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
28.	A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29.	O apoio emocional que dou ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
30.	O apoio emocional que o(a) meu(minha) companheiro(a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31.	A confiança que tenho no(na) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
32.	A confiança que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33.	A admiração que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
34.	A admiração que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35.	A partilha de interesses e atividades.	1	2	3	4	5	6
36.	A atenção que dedico aos interesses do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
37.	A atenção que o(a) meu(minha) companheiro(a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38.	Os nossos projetos para o futuro.	1	2	3	4	5	6
39.	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40.	As expectativas do(a) meu(minha) companheiro(a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6

41. O aspeto físico do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
42. A opinião que o/a meu(minha) companheiro(a) tem sobre o meu aspeto físico.	1	2	3	4	5	6
43. As características e hábitos do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
44. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6