



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Menopausa: Impacto das Representações perante a
Menopausa, das Alterações de Humor e da Preocupação
com a Forma Corporal na Satisfação Conjugal

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

Susana Daniela Fernandes Pinheiro

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2022



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

**Menopausa: Impacto das Representações perante a
Menopausa, das Alterações de Humor e da Preocupação
com a Forma Corporal na Satisfação Conjugal**

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

Susana Daniela Fernandes Pinheiro

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

Agradecimentos

Depois de uma longa caminhada, este trabalho é o culminar de um extenso percurso académico onde existiram momentos complicados, mas também momentos de muita felicidade porque senti o apoio constante de várias pessoas, às quais agradeço e dedico esta dissertação.

À professora Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa, por todo o apoio, compreensão e confiança que me transmitiu ao longo deste período, por me ter incentivado e inspirado sempre a ser melhor, pessoal e profissionalmente. A todos os docentes da Universidade Católica Portuguesa que de forma direta, ou indireta impactaram na minha aprendizagem, não só académica como pessoal.

Aos meus pais, o meu profundo agradecimento, por me terem ensinado a seguir os meus objetivos e sonhos e que nada se consegue sem esforço, por todo o amor, amparo e força transmitidos, valores que fazem de mim hoje um ser humano melhor. À minha irmã, por sempre me apoiar e encorajar a lutar pelos meus objetivos.

Ao Leonardo, pelo companheirismo, amor e apoio incondicional com que tem preenchido a minha vida e por ter sempre acreditado em mim.

A todas as mulheres que colaboram na realização deste estudo.

Resumo

A menopausa é um processo do desenvolvimento natural e importante na vida da mulher e entendida como um momento de mudança na saúde física e emocional, sendo um período de vulnerabilidade. Diversos estudos têm verificado a associação de vários fatores psicossociais como as representações, as alterações de humor e a forma corporal à satisfação conjugal na menopausa. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o impacto das representações face à menopausa, das alterações de humor e da preocupação com a forma corporal na satisfação conjugal em mulheres no período da menopausa, bem como, analisar diferenças entre mulheres nos diferentes estádios da menopausa nas variáveis em estudo. Trata-se de um estudo de *design* transversal, com 124 participantes do sexo feminino no climatério. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, Questionário de Representações Sociais na Menopausa, Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*, Questionário de Forma Corporal e Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Os resultados revelam que mulheres na pré e peri menopausa não apresentam diferenças comparativamente a mulheres na pós-menopausa; uma maior preocupação com a forma corporal está associada a pior satisfação conjugal, nomeadamente na dimensão da sexualidade; a sintomatologia depressiva e ansiosa relaciona-se negativamente com a satisfação conjugal; foram preditores positivos da satisfação conjugal as representações face à menopausa, na dimensão das consequências, e a dimensão da identidade foi preditor negativo da satisfação conjugal. Os resultados no presente estudo poderão servir de orientação para elaboração de programas de promoção da saúde na menopausa.

Palavras-chave: Menopausa; Satisfação conjugal; Representações; Alterações de humor; Forma corporal

Abstract

Menopause is a natural and important developmental process in a woman's life and perceived as a moment of change in physical and emotional health, being a period of vulnerability. Several studies have verified the association of several psychosocial factors such as representations, mood changes and body shape with marital satisfaction during menopause. Thus, this study aims to analyze the impact of representations towards menopause, mood changes and the concern with body shape on marital satisfaction in menopausal women, as well as to analyze differences between women in different stages of menopause in the variables of the study. This is a cross-sectional design study, with 124 female climacteric participants. The instruments to be used will be the sociodemographic questionnaire, the Menopause Representations Questionnaire, the Depression Anxiety Stress Scales, the Body Shape Questionnaire and the Marital Life Areas Satisfaction Evaluation Scale. The results reveal that pre and peri menopausal women do not show differences compared to post-menopausal women; a greater concern with body shape is associated with worse marital satisfaction, namely in the dimension of sexuality; depressive and anxious symptoms are negatively related to marital satisfaction; representations of menopause in the dimension of consequences were positive predictors of marital satisfaction, and the dimension of identity was a negative predictor of marital satisfaction. The results of the present study may serve as a guideline for the development of menopausal health promotion programs.

Keywords: Menopause; Marital satisfaction; Representations; Mood changes; Body shape.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Lista de abreviações.....	VI
Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Climatério, Menopausa e Sintomatologia associada	3
Menopausa e Satisfação Conjugal	5
Representações face à Menopausa, Menopausa e Satisfação Conjugal	6
Alterações de Humor, Menopausa e Satisfação Conjugal	8
Preocupação com a Forma Corporal, Menopausa e Satisfação Conjugal	9
Metodologia.....	12
Objetivos e Hipóteses	12
Desenho de Investigação	12
Variáveis	12
Variáveis independentes.....	13
Variáveis dependentes/de resultado	13
Amostra.....	13
Instrumentos.....	13
Procedimentos.....	16
Análise de dados	16
Resultados.....	18
Discussão	36
Limitações	39
Conclusão	40
Referências	41

Anexos.....	46
<i>Anexo A – Protocolo de recolha de dados</i>	46
<i>Anexo B – Consentimento Informado</i>	59

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Descrição sociodemográfica da amostra</i>	18
Tabela 2. <i>Descrição clínica da amostra</i>	20
Tabela 3. <i>Hábitos de saúde e estilo de vida da amostra</i>	22
Tabela 4. <i>Médias, desvios-padrões, máximos e mínimos das variáveis psicossociais (n = 124)</i>	24
Tabela 5. <i>Resultados do teste ANOVA</i>	27
Tabela 6. <i>Resultados do teste r de Pearson</i>	30
Tabela 7. <i>Resultados das análises da Regressão Linear Hierárquica, investigando as representações face à menopausa, a preocupação com a forma corporal e as alterações de humor na satisfação conjugal</i>	33

Lista de abreviações

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BSQ – *Body Shape Questionnaire*

EADS – Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*

EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

MRQ – *Menopause Representations Questionnaire*

NICE – *National Institute Health Care Excellence*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPM – Sociedade Portuguesa de Menopausa

SPSS – *Statistical Package of the Social Sciences*

WHO – *World Health Organization*

Introdução

O climatério é a transição entre a fase reprodutiva, com regular funcionamento do ciclo menstrual, para a incapacidade reprodutiva, sem folículos funcionais. Já a menopausa, é o “verdadeiro” marco da transição da capacidade reprodutiva para a senescência ovárica (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021). A menopausa é um processo desenvolvimental normal e importante na vida de uma mulher, em que esta experiência mudanças a nível físico, psicológico e social (Erbil, 2018).

Estas mudanças são muitas vezes marcadas pela variedade de sintomas que estão associados a este período da vida, incluindo alguns sintomas, como, sintomas vasomotores, por exemplo suores, sintomas musculoesqueléticos, como dores nas articulações, alterações de humor, como por exemplo depressão, ansiedade e *stress*, sintomas urogenitais, como por exemplo, secura vaginal e, também, dificuldades no foro sexual, como o baixo desejo sexual (National Institute Health Care Excellence [NICE], 2015).

Embora os sintomas na menopausa sejam preocupantes, o climatério afeta muitas mulheres nos vários contextos, como a satisfação conjugal, uma vez que esta é um fator predominante na qualidade de vida das famílias tornando-se importante que o companheiro saiba lidar com as mudanças vivenciadas pelas mulheres durante a menopausa (Rodolpho et al., 2016). No entanto, uma atitude positiva ou negativa face a todo o processo da menopausa, incluindo as alterações de humor e a imagem corporal, pode afetar as experiências que a mulher vai vivenciando durante esta transição.

Apesar de todas as mudanças associadas à menopausa, as mulheres lidam, também com outros desafios, tais como o aparecimento de doenças físicas quer em si próprias quer no cônjuge, a morte do marido ou pais, dificuldades conjugais ou a saída dos filhos de casa para uma vida mais independente, o que pode provocar depressão, ansiedade ou *stress* (Erbil, 2018). Sendo o cônjuge a pessoa mais importante e próxima da mulher na menopausa, é crucial manter a satisfação conjugal nesta fase da vida, trabalhando nas várias áreas como o amor e o funcionamento, dado que, os estudos afirmam que as áreas respeitantes ao amor influenciam significativamente a satisfação conjugal, principalmente nos subtemas da sexualidade, sentimento e intimidade emocional, contudo, as áreas relativas ao funcionamento não influenciam significativamente a satisfação conjugal (Yoshany et al., 2017; Narciso & Costa, 1996). Assim, fatores psicossociais, bem como, as relações sociais, já mencionados, podem influenciar como a mulher lida com todas estas mudanças (Erbil, 2018).

Para o desenvolvimento de uma atitude positiva e saudável, as mulheres necessitam de informação otimizada e precisa dos profissionais de saúde durante as suas vidas, esta informação passa pela explicação dos estádios da menopausa, os sintomas associados, mudanças de estilo de vida que possam ajudar para uma melhor saúde e bem estar, e as implicações de saúde a longo prazo da menopausa (Erbil, 2018; NICE, 2015). Assim, este estudo é relevante, na medida em que pretende analisar o impacto das representações face à menopausa, das alterações de humor e da preocupação com a forma corporal na satisfação conjugal em mulheres na menopausa, tal como analisar as diferenças entre mulheres em diferentes estádios da menopausa nas variáveis psicossociais em estudo, com base na revisão da literatura.

Enquadramento Teórico

Climatério, Menopausa e Sintomatologia associada

O climatério é definido como o “período da vida da mulher que marca a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, no qual ocorre o declínio progressivo da função ovárica” (Sociedade Portuguesa de Menopausa [SPM], 2016, p. 2), assim, este período inclui três fases, a pré, a peri e a pós-menopausa. No período da pré-menopausa dá-se o início do declínio da função dos ovários até à menopausa; o período da perimenopausa abrange a pré-menopausa até um ano após a última menstruação, onde também começa a haver o aparecimento dos sintomas; e o período da pós-menopausa começa com a última menstruação definido por 12 meses de amenorreia espontânea (SPM, 2016; World Health Organization [WHO], 1981).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981), a menopausa é caracterizada pela cessação permanente da menstruação resultante da perda da atividade endócrina dos ovários, principalmente da sua incapacidade na produção de estrogénios. Portanto, é marcada pelo momento da última menstruação após um ano de ausência do mesmo. Em média, a idade de estabelecimento é de 51 anos, no entanto, a menopausa pode ocorrer tardiamente, se esta for após os 54 anos, precocemente, se for antes dos 45 anos, ou prematura de se esta ocorrer antes dos 40 anos de idade (Baber et al., 2016; Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021).

A transição para a menopausa é um período complexo da vida da mulher, marcada pelo fim da função reprodutiva e por alterações hormonais, sociais e psicológicas, ficando, assim as mulheres vulneráveis a *distress* psicológico, devido à evolução do sistema reprodutivo, algumas mulheres experienciam sentimentos de perda durante este processo, como por exemplo, a perda do papel maternal ou da juventude (Lerroy et al., 2019). As alterações hormonais devem-se ao facto de os níveis de estrogénio diminuírem e os níveis da hormona folículo estimulante (FSH) e da hormona luteinizante (LH) aumentarem, também os níveis da prolactina, da tiroide e da hormona paratiroide aumentam (Erbil, 2018).

Os sintomas associados a este período da vida da mulher, passam por manifestações precoces e manifestações tardias: as manifestações precoces estão relacionadas com a oscilação dos níveis de estrogénios, que apresentam sinais como, os sintomas vasomotores, afrontamento e suores noturnos, que afetam a parte superior do tronco, pescoço e face com duração variável, estes sintomas começam, geralmente, por

uma sensação repentina de calor, e por vezes, palpitações, durante, aproximadamente 2 a 4 minutos, estes sintomas são seguidos de calafrios, sensação de ansiedade e tremores (SPG, 2021). Sendo os suores noturnos predominantes à noite, estes podem interferir com a qualidade do sono. Os sintomas vasomotores ocorrem com mais frequência na perimenopausa, no entanto, a intensidade e a ocorrência variam entre mulheres, dependendo de fatores ambientais, genéticos e dos estilos de vida. As irregularidades menstruais podem ter início 4 a 8 anos antes da menopausa, existindo encurtamento na duração e na quantidade do fluxo, diferindo-se do padrão habitual. Mais tarde, existe uma propensão para o aumento da duração dos ciclos e assim, verifica-se uma ausência de menstruação. As alterações cognitivas e do humor surgem na perimenopausa e na pós-menopausa, onde se verifica uma diminuição da memória verbal, dificuldades na concentração e da fluência verbal fonémica (SPG, 2021). Na perimenopausa, em particular, pode-se observar, eventuais dificuldades conjugais, os filhos saírem de casa, doença ou morte de algum familiar, uma vez que estes eventos sociais e emocionais têm impacto na sintomatologia psicológica, como ansiedade ou depressão. As perturbações do sono são frequentes nesta fase da vida, dado que o sono vai deteriorando conforme a idade, por isso, é comum a dificuldade em iniciar e manter o sono, a sensação de que o sono não é reparador e o acordar várias vezes durante a noite. Estas dificuldades no sono devem-se à sintomatologia vasomotora, alterações hormonais e de humor, estilos de vida e irregularidades do ritmo cardíaco (SPG, 2021).

Devido à carência de estrogénios, as mulheres experienciam sintomas a médio e a longo prazo, estas manifestações passam pelas alterações cutâneas, em que a pele fica mais fina e perde viscoelasticidade devido à diminuição do colagénio tecidual, e dá-se o aparecimento de rugas. As alterações urinárias são frequentes na menopausa, onde a grande parte das mulheres vivenciam cistite ou infeção urinária, disúria, caracterizada pela dificuldade ou dor ao urinar, e incontinência urinária recorrentes. As alterações genitais são marcadas pela secura vaginal, sendo esta a mais frequente entre as mulheres, ardor e irritação vaginal, e dispareunia, sendo esta caracterizada pela dor ou desconforto persistente e recorrente durante o ato sexual. É de realçar que, durante o climatério há um decréscimo na atividade sexual, no desejo hipotativo, caracterizado pela diminuição dos pensamentos sexuais e da iniciativa ou reciprocidade para qualquer atividade sexual, e evitamento sexual, mesmo que as mulheres se mantenham sexualmente ativas (Ilankoon et al., 2021). Numa visão mais a longo prazo, as mulheres ficam mais propícias a alterações cerebrais como o aumento do risco da doença de

Alzheimer, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e déficit de concentração (SPM, 2021). Quanto a doenças cardiovasculares, as mulheres apresentam maior risco de Enfarte Agudo do Miocárdio, aparecimento de hipertensão e de diabetes tipo 2, exibem, também, repercussões ósseas como a osteoporose que diminui a resistência dos ossos, aumentando assim, um maior risco de fratura (Ilankoon et al., 2021; SPG, 2021).

Menopausa e Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal pode ser definida como a atitude que o indivíduo tem perante a relação conjugal, uma vez que a saúde física e psicológica afeta a qualidade do relacionamento (King, 2016). A literatura demonstra que a severidade dos sintomas da menopausa são impactantes na relação conjugal, dado que, mulheres que experienciaram boa satisfação conjugal observaram sintomas de menopausa menos severos (Roesch et al., 2021).

As várias mudanças sentidas ao longo da menopausa, tal como a nível psicológico como a depressão e ansiedade, e a nível hormonal, como o decréscimo do desejo sexual, a secura vaginal e a diminuição da excitação e orgasmo, levam a uma baixa saúde sexual, que tendencialmente faz reduzir a satisfação sexual dos pares (Rouhbakhsh et al., 2018). A melhoria das relações sexuais durante a menopausa pode ajudar a amenizar os problemas psicológicos ligados a esta fase, resultando assim, em sentimentos de intimidade e satisfação conjugal entre o casal (Rouhbakhsh et al., 2018).

É importante referir que a satisfação conjugal vai muito além da área da sexualidade, as áreas como a do amor e do funcionamento são igualmente cruciais na vida conjugal, uma vez que estas áreas abordam subtemas como os sentimentos e a sua expressão, a intimidade emocional, a continuidade da relação, as características físicas e psicológicas, as funções como gestão financeira e tarefas domésticas, os tempos livres, a autonomia ou privacidade, a comunicação e conflitos e, por fim, as relações extrafamiliares (Narciso & Costa, 1996). Sendo estas duas áreas importantes de ser mantidas e trabalhadas numa relação durante a menopausa, os estudos revelam que uma comunicação positiva por parte dos pares resulta numa maior intimidade emocional, algo referido como um dos problemas por parte das mulheres na pós menopausa (Vidia et al., 2021). Os estudos referem, também, que as mulheres na pós menopausa não têm expectativas quanto à satisfação sexual, mas esperam sim, mais atenção e reforços positivos por parte do cônjuge (Jarecka & Bielawska-Batorowicz, 2017). No estudo de Narciso e Costa (1996), as autoras observaram que as áreas relativas ao funcionamento

não têm influência significativa na satisfação conjugal, no entanto, as áreas relativas ao amor, estas têm influência significativa na satisfação conjugal, nomeadamente nos subtemas da intimidade emocional, sexualidade e sentimentos (Narciso & Costa, 1996).

No estudo de Kling et al. (2019), os investigadores concluíram que mulheres com elevado nível de escolaridade, empregadas, numa relação conjugal e que procuravam auxílio médico, relataram não haver *distress* no relacionamento e também referiram ter menos sintomas psicológicos da menopausa, em comparação com as mulheres que revelaram *distress* na relação. Os estudos apresentam ainda, que mulheres na pré-menopausa encontravam-se mais satisfeitas e positivas com a sua relação conjugal do que as mulheres na pós-menopausa, no entanto, verificaram que as fases da menopausa em si, não estão associadas com a satisfação conjugal (Kling et al., 2019).

Nesta fase da vida da mulher, o companheiro é considerado a pessoa mais próxima e uma grande fonte de suporte emocional para as mulheres, por isso, devido às mudanças hormonais que resultam de anormalidades no funcionamento sexual, é importante a compreensão empática da situação (Rodolpho et al., 2016). Contudo, a falta de conhecimento sobre a menopausa e o seu impacto subjetivo na mulher, leva à deterioração do relacionamento conjugal, uma vez que as mudanças emocionais da mulher afetam diretamente o modo como se relacionam com os companheiros, e com a carência de informação por parte deles, os companheiros têm a tendência de evitar conflitos. O facto de o companheiro oferecer o suporte necessário, faz com que a mulher se sinta mais motivada em lidar com os sintomas associados à menopausa e a trabalhar na relação de forma mais construtiva e agradável para ambos, de modo a evitar conflitos na relação e melhorar o bem-estar emocional da mulher (Rodolpho et al., 2016; Zhang et al., 2020).

Representações face à Menopausa, Menopausa e Satisfação Conjugal

A menopausa é um acontecimento natural e universal do ciclo de vida da mulher, mas também é algo que é distinto para cada uma, dependendo da atitude perante ela própria, perante a menopausa e perante a saúde (Gregorin & Pajk, 2016). As atitudes da mulher perante a mudança determinam a sua experiência e são influenciadas por vários fatores, não só psicológicos mas também psicossociais e culturais, como as normas culturais onde a mulher se encontra inserida e as da sua origem. Assim, apesar de uma atitude ambivalente que a mulher possa ter perante a menopausa, ela percebe que este é um processo que abrange características positivas e negativas (Erbil, 2018;

Pimenta et al., 2011).

Segundo o estudo de Ayers et al. (2010), os autores denotam que mulheres com atitude positiva perante a menopausa, encontram-se no período pós-menopausa e apresentam tendência para ver esta mudança como um processo de vida natural e transitório, enquanto mulheres com atitude negativa perante a menopausa tendem a ser mulheres jovens e na pré-menopausa. Ainda, mulheres que entram naturalmente na menopausa e com atitude otimista relativamente à mesma tendencialmente têm uma imagem corporal positiva e baixos sintomas depressivos do que as que sofreram de menopausa cirúrgica (Erbil, 2018). Num estudo realizado com mulheres portuguesas que se encontravam na menopausa ou na pós-menopausa, Pimenta e colaboradores (2011), verificaram que as consequências positivas percebidas são a cessação da menstruação e as mudanças psicológicas positivas, ou a ausência delas. E as consequências negativas da menopausa são de natureza psicológica/sexual e de natureza física. As representações da menopausa assentam em três elementos, o primeiro, na experiência negativa, as consequências negativas e o envelhecimento, uma vez que o ato de envelhecer é visto como uma experiência negativa das mulheres na menopausa, a preocupação com o aparecimento de doenças ou o agravamento delas, o potencial aumento de peso, os sintomas psicológicos (como ansiedade e depressão) e vasomotores (como os suores noturnos), as mudanças a nível sexual e a percepção de perda pelo fim da fertilidade são consequências negativas que as mulheres temem nesta fase da vida; o segundo elemento assenta nas experiências positivas, sendo elas a menopausa, o fim da menstruação, a minimização da menopausa na mulher e a despreocupação com o facto de poderem engravidar; e por fim, o terceiro elemento determina a menopausa como uma fase do ciclo da vida, o que significa que a menopausa é percebida como uma transição esperada e normal (Pimenta et al., 2011).

As atitudes perante a menopausa podem, ainda, desempenhar um papel ativo no funcionamento sexual, uma vez que algumas mulheres têm uma atitude negativa quanto à relação sexual durante a menopausa, porém, uma outra parte das mulheres relata um sentimento de liberdade com o fim da menstruação e da fertilidade resultando numa maior abertura sexual (Nappi, 2007). As atitudes positivas face à menopausa estão associadas a um maior desejo sexual, excitação, orgasmo e satisfação geral, tal como a menor dor. Já as atitudes negativas relacionam-se com maior sintomatologia depressiva e baixo funcionamento sexual (Marván et al., 2018). Segundo os estudos, o facto de o cônjuge ter a tendência de sair como maneira de evitar conflitos, tem impacto negativo

na comunicação no casal e no suporte emocional do marido, o que afeta a relação conjugal e o desenvolvimento de patologias psicológicas nas mulheres durante a menopausa, assim, o aconselhamento de comunicação para mulheres na menopausa e os seus cônjuges pode melhorar a comunicação e a vida conjugal (Zhang et al., 2020). No período da menopausa, o companheiro é uma fonte de suporte emocional e familiar importante, logo, as suas percepções e atitudes são fatores consideráveis que afetam o nível de suporte para as mulheres nesta fase. De acordo com a literatura, observamos que os companheiros têm atitudes e noções erradas sobre o climatério mas a grande maioria não sabe lidar com as mudanças da menopausa das suas mulheres, as atitudes e percepções dos homens são influenciadas pelos próprios fatores e pressões familiares e do trabalho. Assim, as percepções e as atitudes do companheiro podem ser influenciadas pelos sintomas da menopausa experienciados pelas mulheres, pelas atitudes das mesmas e pelo relacionamento conjugal (Zhang et al., 2020).

Alterações de Humor, Menopausa e Satisfação Conjugal

As alterações de humor são controladas pelo declínio de estrogénios que impede a produção dos principais fatores neuroprotetores, devido à alteração da neurotransmissão esta interfere na síntese de catecolaminas como a noradrenalina e a regulação positiva da serotonina (5-hidroxitriptamina; 5-HT_{2A}) (Santoro et al., 2015). Assim, é do conhecimento geral que as mulheres têm maior prevalência de depressão que os homens, mas é importante referir que as mulheres, nesta fase da vida, são mais propensas a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiógena (Ali et al., 2020; Pimenta et al., 2016). As alterações de humor nas mulheres durante o período da menopausa estão associadas a vários fatores como os sintomas genitais e urinários, baixa escolaridade, histórico de ansiedade e depressão pós-parto, eventos de vida stressantes, baixo suporte social, baixa autoestima, e baixa estratégia de *coping* (Ali et al., 2020).

Segundo Pimenta et al. (2016), mulheres com maiores níveis de humor depressivo manifestaram antecedentes de perturbação disfórica pré-menstrual, depressão pós-parto ou outras perturbações do que mulheres na peri-menopausa que não se encontravam deprimidas, é de notar que as mulheres na pós-menopausa que apresentavam humor depressivo era associado a sintomas vasomotores. Relatam, ainda que, mulheres na peri e pós-menopausa apresentavam sintomatologia depressiva, no entanto, estes níveis não são severos e são influenciados por fatores psicossociais e de

saúde, e não derivados da menopausa (Pimenta et al., 2016). Tal como os sintomas do climatério variam entre as mulheres na peri-menopausa e as mulheres na pós-menopausa, também as alterações de humor variam. Deste modo, mulheres na peri-menopausa experienciam sintomas depressivos com elevada regularidade do que as mulheres na menopausa ou na pós-menopausa (Borkoles et al., 2015). É predominante o sentimento de tristeza ou melancolia nas mulheres durante o período de transição da menopausa, e episódios depressivos major em mulheres na peri-menopausa. Os estudos revelam que o nível socioeconómico e a escolaridade influenciam os sintomas depressivos durante o climatério, nomeadamente mulheres com baixo nível socioeconómico bem como, mulheres com baixa escolaridade apresentam níveis superiores de sintomatologia depressiva (Roesch et al., 2021). Perante tal evidência, é relevante fazer a distinção entre sintomas depressivos, tais como diminuição da motivação e prazer em atividades diárias e humor em baixo, e perturbação depressiva major, uma vez que esta última é pouco comum relativamente à primeira (Soares, 2020).

São vários os fatores do dia a dia que tornam a mulher, na menopausa, mais suscetível a alterações de humor, como o *stress* diário, problemas de saúde, mudanças do suporte social, reformulações nos papéis familiares e o sentimento de *empty nest* (“ninho vazio”) que é caracterizado pela sensação de luto e solidão que as figuras parentais sentem quando os filhos saem de casa, quer seja para viverem sozinhos ou a saída para a universidade, estes fatores requerem uma adaptação significativa da mulher e estão associados a sintomas de depressão e ansiedade, que afetam a satisfação conjugal (Pimenta et al., 2016). No geral, o relacionamento conjugal não é preditor de alterações de humor, mas, apesar destas alterações irem diminuindo com o tempo, elas influenciam a satisfação conjugal (Pimenta et al., 2016). Em suma, a satisfação conjugal durante o período da menopausa é um fator protetor importante na vida da mulher, uma vez que esta relação amortece as alterações de humor provocadas pelas preocupações enfrentadas no dia a dia que exigem uma adaptação significativa por parte da mulher.

Preocupação com a Forma Corporal, Menopausa e Satisfação Conjugal

O envelhecimento corporal é um processo natural e irreversível que implica mudanças intercelulares, às quais o organismo já não consegue compensar, desencadeando mudanças somáticas, que em conjunto com a menopausa, envolvem mudanças que ocorrem no furo psicológico e social (Pearce et al., 2014). A imagem

corporal é um conceito multifacetado que envolve aspetos cognitivos, perceptivos e afetivos relacionados à aparência, a capacidades e a funções do corpo (Szymona-Pałkowska et al., 2019). As mudanças corporais na aparência e nas funções, nas mulheres no climatério, podem mudar a maneira de pensar e de sentir sobre o seu corpo, estas mudanças podem ocorrer na forma e no peso da mulher, como, sangramento intenso, interrupção do sono, e mudanças físicas de envelhecimento como alterações no cabelo, pele e na função sexual (Pearce et al., 2014). Sendo a transição para a menopausa uma experiência complexa e difícil, as mulheres são confrontadas com inúmeros estímulos negativos, uma vez que as mudanças físicas associadas ao envelhecimento têm impacto negativo a nível psicológico e ao nível da autoaceitação (Szymona-Pałkowska et al., 2019; Erbil, 2018).

A imagem corporal negativa é muitas vezes acompanhada pela baixa autoestima, enquanto a satisfação corporal é associada a uma melhor autoestima e maior felicidade (Polivy et al., 2014; Szymona-Pałkowska et al., 2019). Um autoconceito positivo pode facilitar o desenvolvimento de uma percepção corporal mais positiva e servir como efeito amortecedor contra as mudanças que ameaçam a forma corporal. À medida que vão aparecendo as mudanças representadas pelo envelhecimento, algumas mulheres tendem a não aceitar estas alterações e adotam estratégias para escondê-las (Szymona-Pałkowska et al., 2019).

Os estudos mostram que mulheres na pós-menopausa têm menos tendência a realizar atividades físicas, com o intuito de esconder as alterações do corpo, comparativamente a mulheres na peri e pré-menopausa, uma vez que na pós-menopausa, as mulheres têm expectativas mais baixas à aparência do seu corpo, o que é explicado pelo facto de as mulheres nesta fase do climatério se adaptarem melhor às mudanças de aparência causada pela menopausa (Szymona-Pałkowska et al., 2019). Estudos recentes relatam, ainda, que as mulheres mostram-se preocupadas e ansiosas com a entrada para a menopausa devido às mudanças corporais e ao ganho de peso, este aumento de peso é explicado pelo efeito que a menopausa pode causar na redução de atividade física para muitas mulheres, resultando em ganho de peso e fadiga (Simbar et al., 2020; Roesch et al., 2021).

Mulheres com uma imagem corporal negativa têm maior probabilidade de experienciar uma pior qualidade de vida, afetando a relação conjugal (Szymona-Pałkowska et al., 2019). Segundo a literatura, mulheres na menopausa tiram menos satisfação com a atividade sexual, isto sugere que as mulheres podem atribuir menos

importância ao seu corpo derivado da diminuição da satisfação sexual e esta diminuição faz com que haja evitamento do contato sexual, e assim, uma menor satisfação conjugal (Szymona-Pałkowska et al., 2019). Os estudos referem ainda que, cônjuges com maior conhecimento relativo aos efeitos da menopausa são capazes de promover uma visão mais positiva em relação aos desafios que as mulheres enfrentam nesta fase da vida, como as alterações da forma corporal (Roesch et al., 2021).

É importante referir que os estudos têm verificado uma relação negativa entre a preocupação com a imagem corporal e a satisfação conjugal, particularmente na dimensão da sexualidade, como podemos observar no estudo de Szymona-Pałkowska e colaboradores (2019). Uma vez que os estudos que relacionam estas variáveis, satisfação conjugal, representações, alterações de humor e forma corporal, são bastante escassos e, no contexto português, que seja do nosso conhecimento, são inexistentes, constitui-se muito importante e relevante explorar esta temática nas mulheres que se encontram na menopausa.

Metodologia

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa (analisar as relações entre as variáveis e o valor preditivo das mesmas), com desenho de investigação transversal, descritivo e analítico.

Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta a literatura e os modelos referidos, este estudo focou-se na satisfação conjugal em mulheres na menopausa, analisando a contribuição das representações, das alterações de humor e da forma corporal para a satisfação conjugal e analisando as relações entre as representações, as alterações de humor, a forma corporal e a satisfação conjugal na menopausa. Adicionalmente foram analisadas as diferenças entre mulheres nos diferentes estádios da menopausa ao nível das representações face à menopausa, das alterações de humor e da forma corporal na satisfação conjugal.

Tendo por base estes objetivos definiram-se as seguintes hipóteses:

H1 – Espera-se que mulheres na pré e peri menopausa apresentem maior elevação nas variáveis das representações face à menopausa, das alterações de humor e da preocupação com a forma corporal comparativamente às mulheres na pós menopausa.

H2 – Espera-se que a maior preocupação com a forma corporal se relacione negativamente com a satisfação conjugal, nomeadamente ao nível da dimensão da sexualidade.

H3 – Espera-se que as representações positivas face à menopausa e a menor preocupação com a forma corporal se relacionem positivamente com a satisfação conjugal ao passo que se espera que a sintomatologia depressiva e ansiosa se relacionem negativamente com a satisfação conjugal na menopausa.

H4 – Espera-se que as representações positivas face à menopausa e a menor preocupação com a forma corporal sejam preditores positivos da satisfação conjugal e as alterações de humor seja preditor negativo da satisfação conjugal.

Desenho de Investigação

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e analítico, de carácter transversal (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Variáveis

As variáveis do estudo foram seleccionadas em função da revisão da literatura

realizada e dos objetivos de investigação previamente referidos.

Variáveis independentes

Tendo por base as hipóteses formuladas, consideram-se variáveis independentes, as representações perante a menopausa, as alterações de humor (sintomatologia depressiva, ansiosa e *stress*) e a preocupação com a forma corporal.

Variáveis dependentes/de resultado

No presente estudo foram consideradas como variáveis dependentes/de resultado, a satisfação conjugal na menopausa.

Amostra

A amostra é constituída por 124 participantes do sexo feminino, com idades entre os 40 e os 67 anos. Assim, a amostra do presente estudo atendeu a determinados critérios de inclusão: ser do sexo feminino; ser utente dos cuidados de saúde primários; saber ler e escrever; estar numa relação; ter mais de 40 anos; e estar na fase da menopausa, e critérios de exclusão: mulheres na menopausa com diagnóstico clínico ou psiquiátrico grave, ou com défice cognitivo.

Instrumentos

Os instrumentos selecionados para o presente estudo tiveram em conta os objetivos do estudo, a aplicabilidade e a rapidez de preenchimento. Utilizar-se-á o questionário sociodemográfico, o Questionário de Representações Sociais na Menopausa (*Menopause Representations Questionnaire* – MRQ; Hunter & O’Dea, 2001; Serrão et al., 2003), as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004), o Questionário de Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire* – BSQ; Cooper et al., 1987; Pimenta et al., 2012), e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996) (Anexo A).

O Questionário sociodemográfico (desenvolvido pelo investigador do estudo) foi desenvolvido com o objetivo de recolher dados sociodemográficos e outras variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra. O questionário reúne a seguinte informação: idade, escolaridade, origem étnica, situação profissional, estado civil, número de filhos, se apresenta alguma doença crónica, em que estágio da menopausa se encontra, se realizou algum tipo de tratamento ou cirurgia, qual a idade da menarca, se pratica exercício físico, se realiza atividades de lazer e outras condições de saúde da paciente. Este questionário é constituído por 18 itens de formato misto, com

questões abertas e de escolha múltipla.

O Questionário de Representações Sociais na Menopausa (MRQ; Hunter & O’Dea, 2001; Serrão et al., 2003) foi desenvolvido por Hunter & O’Dea (2001) baseado no *Modelo Cognitivo de Auto-Regulação* (Leventhal et al., 1984), com objetivo de avaliar quantitativamente quatro componentes das representações sociais da menopausa (identidade, consequências, duração e controlo). O questionário é composto por 37 itens que refletem a representação social dos sujeitos relativamente ao climatério, através das escalas de *identidade*, que se refere ao número e natureza dos sintomas que a pessoa associa ao climatério, esta escala é composta por 20 itens; a escala de *consequências*, é constituída por nove itens, subdivididos em três subescalas de *impacto*, *alívio* e *nova fase*; a escala de dimensão temporal, ou *duração*, é composta por quatro itens categorizados em *curto/pouco tempo* e *longo/muito tempo*; a escala de *controlo/cura* é constituída por quatro itens que dizem respeito às expectativas que os indivíduos têm sobre o climatério e o controlo sobre as situações subjacentes à etapa. O somatório é multidimensional, sendo o resultado por escalas. A pontuação é feita por quanto maior é o valor (5) mais elevadas são as representações positivas, e quanto menor for o valor (1) mais elevadas são as representações negativas. A versão original do MRQ apresenta valores altos e médios de consistência interna, na escala de *identidade* o α de *Cronbach* é de .79, na escala de *consequências*, na subescala de *impacto* o α de *Cronbach* é de .78, na subescala de *alívio* o α de *Cronbach* é de .63 e na subescala de *nova fase* o α de *Cronbach* é de .60, na escala de *controlo/cura* o valor do α de *Cronbach* é de .63 e dentro da escala de *duração* a subescala de *muito tempo* o α de *Cronbach* é de .60 e por fim na subescala de *pouco tempo* é apresentado um α de *Cronbach* de .72. Quanto à fidelidade teste-reteste, os valores adquiridos nas escalas de *consequência* variam de $\alpha=.84$ a $\alpha=.90$, na escala de *controlo/cura* o α de *Cronbach* é de .92 e na escala de *duração* varia entre $\alpha=.54$ e $\alpha=.55$, às quatro semanas. A versão portuguesa do MRQ apresenta um α de *Cronbach* de .53 e as correlações dos itens apresentam valores de consistência interna compreendidos entre .20 e .53. Foi traduzido por Serrão e Pereira (2002) e adaptado para a população portuguesa por Serrão et al. (2003).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), com o objetivo de avaliar a totalidade dos sintomas de ansiedade, depressão e *stress* e de fornecer discriminação máxima entre os três construtos, através de três escalas de ansiedade, depressão e *stress*. A EADS-21 inclui vários conceitos em cada escala, na

escala *depressão* inclui disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia; na escala de *ansiedade* inclui conceitos como excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade; e na escala de *stress* esta compreende os conceitos de dificuldade de relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência. É constituída por 21 itens no total, em que cada escala é composta por sete itens, é de resposta tipo *Likert* com uma escala de quatro pontos de gravidade (“não se aplicou nada a mim” a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana. O somatório é multidimensional, sendo que as pontuações de cada escala são determinadas pela soma dos resultados dos sete itens, a escala fornece três pontuações, uma por cada subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As pontuações mais elevadas em cada subescala correspondem a estado afetivos mais negativos. A versão portuguesa das EADS-21 apresenta valores de consistências interna compreendidos de .85 para a escala de *depressão*, de .74 para a de *ansiedade* e de .81 para a escala de *stress*. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2004).

O Questionário de Forma Corporal (BSQ; Cooper et al., 1987; Pimenta et al., 2012) foi desenvolvido por Cooper et al., (1987), com o objetivo de avaliar a preocupação com a imagem corporal. O BSQ é constituído por 34 itens, avaliados em termos de frequência para as últimas quatro semanas, é de autopreenchimento, cada item é avaliado numa escala tipo *Likert* de seis pontos (“nada” a “sempre”). A pontuação é unidimensional, obtida pelo somatório dos itens, sendo que valores mais altos indicam maior preocupação com a imagem corporal. Relativamente às propriedades psicométricas, a versão validada para a população portuguesa apresenta um alfa de *Cronbach* de .967 (excluindo o item 26), revelando uma boa e elevado consistência interna (Pimenta et al., 2012).

A Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a satisfação nas áreas da vida conjugal, através de 10 áreas da vida conjugal, cinco áreas da vida conjugal relativas à dimensão *Funcionamento Conjugal* (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extrafamiliares, e comunicação e conflitos) e cinco áreas da vida conjugal relativas à dimensão *Amor* (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, e características físicas e psicológicas).

A EASAVIC é constituída por 44 itens, em que 16 representam zonas cujo foco é o casal, 14 cujo foco é o outro e 14 em que o foco é o próprio. Trata-se de respostas tipo *Likert* com uma escala de seis pontos (“nada satisfeito” a “completamente satisfeito”). O instrumento é dividido em sete subescalas, sendo elas, intimidade emocional, sexualidade, comunicação/conflito, funções familiares, rede social, autonomia e tempos livres, sendo que a escala denomina-se por satisfação conjugal geral. Assim, o somatório é multidimensional. Relativamente às características psicométricas, a análise fatorial revelou a existência de dois fatores principais, um relativo ao *Amor* e outro ao *Funcionamento Conjugal*, as correlações entre cada item e o fator é sempre superior a .52 e os coeficientes alfa de *Cronbach* para cada fator são maiores que .90, assim, este instrumento possui uma elevada consistência interna (Narciso, 2001). Num novo estudo sobre as características psicométricas da EASAVIC, este revelou uma elevada fiabilidade com $\alpha = .971$.

Procedimentos

No presente estudo foi realizado entre janeiro e maio. O estudo foi submetido à comissão de Ética da Universidade Católica de Filosofia e Ciências Sociais de Braga. A recolha de dados foi efetuada através de uma amostra não probabilística em bola de neve, neste caso, o acesso não seria difícil pela amostra mas pelas características da mesma. Foi comunicado às participantes o consentimento informado (Anexo B), informando o objetivo da investigação, e também, que a participação é voluntária, anónima e confidencial, pelo que nenhuma identidade será revelada nem acedida. As participantes foram, ainda, informadas de que podem desistir a qualquer momento e sem qualquer consequência.

Os questionários foram disponibilizados em formato *online*, através do *Google Forms*, por motivos de segurança devido à situação pandémica por COVID-19.

As respostas das participantes foram codificadas e analisadas no programa de tratamento estatístico *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS), versão 26.

Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. A média e o desvio-padrão foram utilizadas para descrever variáveis contínuas. Foi realizada a análise da distribuição da amostra para a seleção de estatística paramétrica e não-paramétrica utilizando o teste *Kolmogorov-Smirnov*. As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas e relativas. Foram realizados testes *t* de *student* (para variáveis contínuas) e testes Qui-Quadrado para comparar as

variáveis sociodemográficas de mulheres nos diferentes estádios da menopausa. Foram utilizados o teste *t* de *student* ou o teste *U* de *Mann-Whitney* consoante a distribuição da amostra, para estabelecer diferenças entre mulheres nos diferentes estádios da menopausa. Para analisar a associação entre as representações face à menopausa, as alterações de humor, a forma corporal e a satisfação conjugal foram calculados os coeficientes de correlação de *r* de Pearson ou de Spearman, consoante a distribuição da amostra. Foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica, após análise das variáveis mais correlacionadas com a satisfação conjugal. As representações face à menopausa, as alterações de humor e a forma corporal foram inseridas de modo hierárquico para analisar a contribuição individual na determinação da satisfação conjugal. Os dados foram considerados significativos se o valor *F* para a mudanças de R^2 associado a cada modelo for significativo em $p < .05$. Todas as análises foram realizadas no programa de tratamento estatístico *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS), versão 26.

Resultados

Análise Descritiva

A amostra deste estudo é constituída por 124 participantes do sexo feminino, cujas idades variam entre os 40 e os 67 anos ($M = 49.58$, $DP = 5.012$). No que concerne à escolaridade, 62 (50%) participantes possuem o ensino superior, 38 (30.6%) participantes possuem o ensino secundário, 17 (13.7%) o terceiro ciclo, 5 (4%) o segundo ciclo e 2 (1.6%) participantes possuem o primeiro ciclo. Relativamente à origem étnica, as 124 (100%) participantes são de origem caucasiana. Quanto à situação profissional, 100 (80.6%) participantes encontram-se empregadas, 20 (16.1%) participantes desempregadas e 4 (3.2%) participantes encontram-se reformadas.

Quanto ao estado civil, a maioria das participantes, 79 (63.7%) encontram-se casadas, acrescenta-se que 17 (13.7%) participantes são divorciadas/separadas numa relação amorosa, 12 (9.7%) participantes encontram-se em união de facto, 8 (6.5%) são divorciadas/separadas sem relacionamento amoroso, 4 (3.2%) são solteiras numa relação amorosa, 2 (1.6%) são solteiras sem relacionamento amoroso e 2 (1.6%) são viúvas sem relacionamento amoroso. A maioria das participantes, 110 (88.7%), têm filhos e 14 (11.3%) não têm filhos. Das 110 (88.7%) participantes, o número de filhos varia entre 1 e 5 filhos ($M = 2.09$, $DP = 0.85$), sendo que 95 (76.6%) participantes vivem com os filhos e 15 (12.1%) não vivem com os filhos (Tabela 1).

Tabela 1.

Descrição sociodemográfica da amostra

Variável	Respostas	<i>n</i>	%
Idade em anos		$M = 49.58$	$DP = 5.012$
Escolaridade	Primeiro Ciclo	2	1.6
	Segundo Ciclo	5	4
	Terceiro Ciclo	17	13.7
	Ensino Secundário	38	30.6
	Ensino Superior	62	50
Origem Étnica	Caucasiana	124	100
Situação Profissional	Empregada	100	80.6
	Desempregada	20	16.1
	Reformada	4	3.2

Estado Civil	Está numa relação	112	90.3
	Não está numa relação	12	9.7
Número de filhos	Nenhum	14	11.3
	Um a cinco	110	88.7
Viver com os filhos	Sim	95	76.6
	Não	15	12.1

Relativamente à existência de alguma doença crónica, 78 (62.9) participantes não têm qualquer doença crónica e 46 (37.1%) relata ter. Das 46 (37.1%) participantes com alguma doença crónica, 20 (16.1%) relataram ter outra doença, 9 (7.3%) depressão moderada/grave, 8 (6.5%) doença oncológica, 6 (4.8%) asma/bronquite e 3 (2.4%) doença cardiovascular.

Quanto à fase do climatério que as participantes consideram estar, 60 (48.4%) consideram estar na pré-menopausa, 37 (29.8%) consideram estar na menopausa e 27 (21.8%) consideram estar na pós-menopausa.

A maioria das participantes (n = 122; 98.4%), não realizou ooforectomia bilateral, sendo que apenas 2 (1.6%) realizaram. Quanto à presença de algum problema hormonal que interfira diretamente com a menstruação, 114 (91.9%) participantes responderam não ter qualquer problema hormonal e 10 (8.1%) responderam ter, sendo que 5 (4%) têm hipotireoidismo e as restantes reportam endometriose (n = 1; 0.8%), tireoidite (n = 1; 0.8%), cancro da mama (n = 1; 0.8%), progesterona e estrogénio (n = 1; 0.8%) e hipotireoidismo, endometriose e cancro hormonal (n = 1; 0.8%). Relativamente à procura de ajuda médica para gerir os sintomas da menopausa, 56 (45.2%) participantes procuraram ajuda médica e 68 (54.8%) não procuraram ajuda. A maioria das participantes, 105 (84.7%), não fez nenhum tratamento para a menopausa, 15 (12.1%) fez terapia hormonal de substituição e 4 (3.2%) fizeram outro tratamento, sendo que 2 (1.6%) participantes optaram por produtos naturais, 1 (0.8%) por acupuntura e 1 (0.8%) por progesterona.

A maioria das participantes, 52 (41.9%), já não têm menstruação há 12 meses ou mais, 31 (25%) participantes teve nos últimos 12 meses ciclos menstruais irregulares ou permaneceu sem ter menstruação durante 60 dias ou mais consecutivos, 24 (19.4%)

ainda tem menstruação regularmente e 17 (13.7%) não teve nos últimos 12 meses ciclos menstruais irregulares ou permaneceu sem ter menstruação durante 60 dias ou mais consecutivos. A idade com que 56 participantes tinham quando tiveram a sua última menstruação varia entre os 35 e os 57 anos ($M = 47.30$, $DP = 5.09$) (Tabela 2).

Tabela 2.

Descrição clínica da amostra

Variável	Respostas	<i>n</i>	%
	Sim	46	37.1
Doença crónica	Não	78	62.9
	Depressão moderada/grave	9	7.3
	Doença oncológica	8	6.5
	Asma/bronquite	6	4.8
	Doença cardiovascular	3	2.4
	Outra doença	20	16.1
Fase do climatério	Pré-menopausa	60	48.4
	Menopausa	37	29.8
	Pós-menopausa	27	21.8
Cirurgia ginecológica	Sim	2	1.6
Ooforectomia bilateral	Não	122	98.4
Problema menstrual que interfira diretamente com a menstruação	Sim	10	8.1
	Não	114	91.9
	Hipotireoidismo	5	4
	Endometriose	1	0.8

	Tiroidite	1	0.8
	Cancro da mama	1	0.8
	Progesterona e estrogénio	1	0.8
	Hipotiroidismo, endometriose e cancro da mama	1	0.8
Procura de ajuda médica	Sim	56	45.2
	Não	68	54.8
Tratamento para a menopausa	Terapia hormonal de substituição	15	12.1
	Não	105	84.7
	Produtos naturais	2	1.6
	Acupuntura	1	0.8
	Progesterona	1	0.8
Ciclos menstruais irregulares ou ausência da menstruação durante 60 dias ou mais consecutivos, nos últimos 12 meses	Sim	31	25
	Não	17	13.7
	Já não tenho menstruação há 12 meses ou mais	52	41.9
	Não, ainda tenho menstruação regularmente	24	19.4
Idade com 56 participantes tinham aquando da última menstruação, varia		$M = 47.30$	$DP = 5.09$

entre os 35 e os 57 anos

Relativamente à prática desporto ou de atividade física regular, 71 (57.3%) participantes não praticam e 53 (42.7%) praticam. A frequência com que praticam desporto ou atividade física varia entre 1 e 7 vezes por semana ($M = 3.03$, $DP = 1.28$). Entre as 44 participantes, 22 (17.7%) praticam caminhada e as restantes praticam ginásio ($n = 5$; 4%), yoga ($n = 3$; 2.4%), pilates ($n = 3$; 2.4%), hidroginástica ($n = 2$; 1.6%), dança ($n = 2$; 1.6%), caminhada e natação ($n = 1$; 0.8%), hidroginástica, pilates, tai chi e caminhada ($n = 1$; 0.8%), yoga e ginásio ($n = 1$; 0.8%), pilates, yoga e dança ($n = 1$; 0.8%), corrida ($n = 1$; 0.8%), pilates e caminhada ($n = 1$; 0.8%) e natação e hidroginástica ($n = 1$; 0.8%).

A maioria das participantes, 66 (53.2%), costuma viajar e 58 (46.8%) não viaja habitualmente, sendo que as vezes que costumam viajar variam entre 1 e 6 vezes por ano ($M = 2$, $DP = 1.02$). Relativamente ao hábito em passar fins de semana fora da rotina, 69 (55.6%) participantes não passa fins de semana fora e 55 (44.4%) tem o hábito de passar fins de semana fora, o número de vezes varia entre 1 e 30 vezes por ano ($M = 6.56$, $DP = 4.48$). Quanto à estação do ano preferida para estar de férias, 92 (74.2%) participantes preferem o verão, 17 (13.7%) a primavera, 12 (9.7%) o outono e 3 (2.4%) o inverno (Tabela 3).

Tabela 3.

Hábitos de saúde e estilo de vida da amostra

Variável	Respostas	<i>n</i>	%
	Sim	53	42.7
Prática de desporto ou atividade física	Não	71	57.3
Frequência com que praticam varia entre 1 e 7 vezes por semana		$M = 3.03$	$DP = 1.28$
Qual desporto ou atividade física	Caminhada	22	17.7
	Ginásio	5	4
	Yoga	3	2.4
	Pilates	3	2.4

	Hidroginástica	2	1.6
	Dança	2	1.6
	Caminhada e	1	0.8
	natação		
	Hidroginástica,	1	0.8
	pilates, tai chi e		
	caminhada		
	Yoga e ginásio	1	0.8
	Pilates, yoga e	1	0.8
	dança		
	Corrida	1	0.8
	Pilates e caminhada	1	0.8
	Natação e	1	0.8
	hidroginástica		
Hábito de viajar	Sim	66	53.2
	Não	58	46.8
Número de vezes variam entre 1 e 6 vezes por ano		$M = 2$	$DP = 1.02$
Hábito de fins de semana fora da rotina	Sim	55	44.4
	Não	69	55.6
Número de vezes variam entre 1 e 30 vezes por ano		$M = 6.56$	$DP = 4.48$
Estação do ano de preferência para férias	Verão	92	74.2
	Primavera	17	13.7
	Outono	12	9.7
	Inverno	3	2.4

Caraterização psicossocial

Relativamente às representações face à menopausa, a maioria das mulheres no climatério relataram maiores representações na subescala da identidade ($M = 20.25$; $DP = 8.89$), o que significa que as mulheres apresentam maiores representações positivas referente ao número e natureza dos sintomas que associam ao climatério. Quanto às alterações de humor, a maioria das mulheres revelaram maior *stress* ($M = 6.62$; $DP = 5.48$). Adicionalmente, a maioria das mulheres relata preocupação com a forma corporal ($M = 81.01$; $DP = 43.64$). Em relação à satisfação conjugal, é observado que a maioria revela pontuação elevada na subescala intimidade emocional ($M = 76.51$; $DP = 26.51$) (Tabela 4).

Tabela 4.

Médias, desvios-padrões, máximos e mínimos das variáveis psicossociais (n = 124)

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Representações face à menopausa	75.38	13.86	35.00	111.00
Identidade	20.25	8.89	.00	35.00
Consequências: impacto	14.75	4.56	5.00	24.00
Consequências: alívio	7.22	2.26	2.00	10.00
Consequências: nova fase	6.20	2.06	2.00	10.00
Duração: curto prazo	5.37	1.84	2.00	10.00
Duração: longo prazo	6.75	1.46	2.00	10.00
Controlo	14.83	3.33	4.00	20.00
Alterações de humor				
Ansiedade	4.59	4.81	.00	20.00
Depressão	4.78	5.33	.00	21.00
<i>Stress</i>	6.62	5.48	.00	21.00
Preocupação com a forma corporal	81.01	43.64	34.00	204.00
Satisfação conjugal	178.16	58.14	44.00	264.00
Intimidade emocional	76.51	26.51	18.00	108.00
Sexualidade	23.47	9.39	6.00	36.00
Comunicação/conflito	28.39	10.15	7.00	42.00
Funções familiares	14.53	5.10	4.00	24.00
Rede social	11.65	4.30	3.00	18.00
Autonomia	16.57	5.44	4.00	24.00

Tempos livres	7.01	2.61	2.00	12.00
---------------	------	------	------	-------

Diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios do climatério ao nível das representações face à menopausa, alterações de humor, preocupação com a forma corporal e satisfação conjugal

Foi utilizado o teste ANOVA para avaliar se existem diferenças nas variáveis representações face à menopausa, alterações de humor, preocupação com a forma corporal e satisfação conjugal, nas mulheres na pré e peri menopausa comparativamente às mulheres na pós menopausa. Os resultados revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da variável “representações face à menopausa” ($F = .087, p = .917$): “identidade” ($F = 1.04, p = .356$), “consequências: impacto” ($F = .301, p = .741$), “consequências: nova fase” ($F = 1.36, p = .260$), “duração: curto prazo” ($F = 1.38, p = .255$), “duração: longo prazo” ($F = 1.68, p = .189$), “controlo” ($F = 1.64, p = .198$), também não existem diferenças nos diferentes estádios nas subescalas da variável “alterações de humor”: “ansiedade” ($F = .142, p = .867$), “depressão” ($F = .041, p = .960$), “stress” ($F = .080, p = .923$), na variável “preocupação com a forma corporal” ($F = 1.506, p = .226$), com as pontuações médias mais elevadas a ser encontradas no grupos das mulheres na pós menopausa, na variável “satisfação conjugal” ($F = .006, p = .994$): “intimidade emocional” ($F = .054, p = .947$), “sexualidade” ($F = .436, p = .648$), “comunicação/conflito” ($F = .134, p = .875$), “funções familiares” ($F = .086, p = .918$), “rede social” ($F = .209, p = .811$), “autonomia” ($F = .113, p = .893$), e “tempos livres” ($F = .465, p = .629$). Verifica-se apenas, diferenças estatisticamente significativas na variável da subescala “consequências: alívio” ($F = 3.54, p = .032$).

Com recurso ao teste Post-hoc (Gabriel), percebeu-se que as diferenças são, apenas, estatisticamente significativas na variável da subescala “consequências: alívio” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.2389, p = .044$). Quanto às restantes, verificou-se que não são estatisticamente significativas em nenhuma variável, sendo que na variável “representações face à menopausa” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .48243, p = .998$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.34630, p = .964$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .86386, p = .993$), na variável da subescala “identidade” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = 2.05225, p = .606$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós

menopausa ($DM = 1.01481, p = .943$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = 3.06707, p = .435$), na variável da subescala “consequências: impacto” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .52613, p = .923$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .73333, p = .856$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .20721, p = .997$), na variável da subescala “consequências: alívio” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .09144, p = .997$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = 1.3303, p = .054$), na variável da subescala “consequências: nova fase” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .42252, p = .690$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .43333, p = .731$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .85586, p = .274$), na variável da subescala “duração: curto prazo” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .59595, p = .318$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .46481, p = .605$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .13113, p = .989$), na variável da subescala “duração: longo prazo” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .16306, p = .930$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .61852, p = .179$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .45546, p = .518$), na variável da subescala “controle” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .09685, p = .999$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.2685, p = .259$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = 1.3653, p = .284$); quanto à variável “alterações de humor”, na subescala “ansiedade” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .01982, p = 1.000$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .57037, p = .938$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .55055, p = .958$), na subescala “depressão” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .07342, p = 1.000$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .35370, p = .988$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .28028, p = .996$), na subescala “stress” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .44234, p = .973$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .02593, p = 1.000$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .41642, p = .987$); na variável “preocupação com a forma corporal” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = 14.73874, p = .282$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa

($DM = .22222$, $p = 1.000$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = 14.96096$, $p = .437$); relativamente à variável “satisfação conjugal” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = 1.2675$, $p = .999$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .73704$, $p = 1.000$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .53053$, $p = 1.000$), na subescala “intimidade emocional” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = 1.5765$, $p = .989$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.5925$, $p = .991$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .01602$, $p = 1.000$), na subescala “sexualidade” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = 1.4184$, $p = .850$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.7648$, $p = .796$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .34635$, $p = .998$), na subescala “comunicação/conflito” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .02883$, $p = 1.000$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = 1.1629$, $p = .944$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = 1.1341$, $p = .961$), na subescala “funções familiares” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .08649$, $p = 1.000$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .48889$, $p = .966$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .40240$, $p = .986$), na subescala “rede social” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .58333$, $p = .887$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .28704$, $p = .988$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .29630$, $p = .990$), na subescala “autonomia” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .50450$, $p = .960$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .40741$, $p = .983$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .09710$, $p = 1.000$), por fim, na subescala “tempos livres” entre mulheres na pré menopausa e mulheres na menopausa ($DM = .52432$, $p = .708$), entre mulheres na pré menopausa e mulheres na pós menopausa ($DM = .27407$, $p = .955$), entre mulheres na menopausa e na pós menopausa ($DM = .25025$, $p = .974$) (Tabela 5).

Tabela 5.

Resultados do teste ANOVA

Pré menopausa	Menopausa	Pós menopausa	ANOVA
---------------	-----------	---------------	-------

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Representações	74.95	12.01	75.43	15.08	76.29	16.28	.087	.917
face à menopausa								
Identidade	19.86	8.81	21.92	8.93	18.86	9.02	1.04	.356
Consequências:	15.07	3.43	14.54	4.98	14.33	5.85	.301	.741
impacto								
Consequências:	6.98	1.91	6.90	2.69	8.22	2.11	3.54	.032
alívio								
Consequências:	6.23	1.68	5.82	2.26	6.66	2.49	1.36	.260
nova fase								
Duração: curto	5.65	1.51	5.05	2.01	5.18	2.20	1.38	.255
prazo								
Duração: longo	6.56	1.07	6.72	1.84	7.18	1.59	1.68	.189
prazo								
Controlo	14.58	2.61	14.48	4.17	15.86	3.41	1.64	.198
Alterações de								
humor								
Ansiedade	4.46	4.45	4.48	4.93	5.03	5.55	.142	.867
Depressão	4.68	5.19	4.76	5.25	5.03	5.93	.041	.960
Stress	6.76	5.27	6.32	5.77	6.74	5.74	.080	.923
Preocupação com	76.66	37.80	91.40	49.67	76.44	46.18	1.50	.226
a forma corporal								
Satisfação	178.7	54.25	177.4	67.85	177.9	54.19	.006	.994
conjugal	0		3		6			
Intimidade	77.33	24.54	75.76	30.47	75.74	25.88	.054	.947
emocional								
Sexualidade	24.28	8.49	22.87	10.74	22.51	9.71	.436	.648
Comunicação/con	28.13	9.39	28.16	12.28	29.29	8.79	.134	.875
flito								
Funções	14.40	4.60	14.48	5.67	14.89	5.53	.086	.918
familiares								
Rede social	11.41	4.23	12.00	4.86	11.70	3.73	.209	.811
Autonomia	16.33	5.17	16.84	6.43	16.74	4.72	.113	.893

Tempos livres	6.80	2.34	7.32	3.15	7.07	2.41	.465	.629
---------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Relação entre as representações face à menopausa, as alterações de humor, a preocupação com a forma corporal e a satisfação conjugal

As correlações realizadas para o total da amostra ($n = 124$) revelaram relações positivas significativas entre as subescalas das representações face à menopausa, assim como na ansiedade, depressão, *stress* e preocupação com a forma corporal ($r = .487, p = .000$; $r = .364, p = .000$; $r = .488, p = .000$; $r = .442, p = .000$), apresentando relação negativa significativa com a satisfação conjugal ($r = -.210, p = .019$). No entanto, as consequências: nova fase e controlo revelam relações positivas significativas entre a satisfação conjugal ($r = .222, p = .013$; $r = .207, p = .021$). As variáveis ansiedade, depressão e *stress* apresentam relações positivas significativas entre elas e entre a preocupação com a forma corporal ($r = .546, p = .000$; $r = .552, p = .000$; $r = .492, p = .000$), contudo, apresentam relações negativas significativas na dimensão da satisfação conjugal ($r = -.295, p = .001$; $r = -.310, p = .000$; $r = -.274, p = .002$). Já, a preocupação com a forma corporal também apresenta relação negativa significativa com a satisfação conjugal ($r = -.316, p = .000$). Não obstante, as subescalas consequência: alívio, duração: curto prazo e duração: longo prazo não apresentam relação estatisticamente significativa com a satisfação conjugal ($p > .05$) (Tabela 6).

Impacto das representações face à menopausa, da preocupação com a forma corporal e das alterações de humor (ansiedade, depressão e stress) na satisfação conjugal

As análises de regressão linear hierárquica foram realizadas utilizando o total da amostra. Para a satisfação conjugal total, o modelo 1, inclui sete covariáveis como predictoras, identidade, consequências: impacto, alívio e nova fase, duração: curto e longo prazo e controlo, que explicaram 16.9% da variância e foi significativo ($F(7,116) = 3.362, p < .05$). A covariável significativa é identidade ($\beta = -.254, p = .014$), tornando-a num predictor negativo da satisfação, uma vez que a diminui, assim a covariável consequências: nova fase aproxima-se na significância ($\beta = .260, p = .056$), sendo um predictor positivo.

O modelo 2, ao qual foi adicionada a variável preocupação com a forma corporal, explicou uma variância adicional de 13.4%, após controlar as variáveis anteriores, sendo também significativo ($R^2 \text{ change} = .134, F \text{ change} (8,115) = 3.371, p < .05$). Também, a covariável consequências: nova fase aproxima-se da significância ($\beta = .259, p = .055$), constituindo-se um predictor positivo.

O modelo 3, ao qual foi adicionado as variáveis, ansiedade, depressão e stress, explicaram uma variância adicional de 11.6%, sendo significativo ($R^2 \text{ change} = .116, F \text{ change} (11,112) = 2.461, p < .005$). É de verificar que neste último modelo, as variáveis não são significativas.

Em suma, é possível verificar que o modelo explica uma variância total de 19.5%, sendo então, a identidade um predictor negativo da satisfação conjugal, e as consequências: nova fase um predictor positivo da satisfação conjugal nesta amostra, ambas as covariáveis pertencem à variável das representações perante a menopausa (Tabela 7).

Tabela 7.

Resultados das análises da Regressão Linear Hierárquica, investigando as representações face à menopausa, a preocupação com a forma corporal e as alterações de humor na satisfação conjugal

	Satisfação conjugal				
	<i>B</i>	<i>DP</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					.003
Constante	211.242	32.80			
Identidade	-1.662	.664	-.254	-2.502	.014

Consequências: impacto	-1.002	1.503	-.078	-.667	.506
Consequências: alívio	-1.113	2.791	-.043	-.399	.691
Consequências: nova fase	7.317	3.785	.260	1.933	.056
Duração: curto prazo	-3.537	3.327	-.112	-1.063	.290
Duração: longo prazo	-1.786	4.245	-.045	-.421	.675
Controlo	.613	2.286	.035	.268	.789
<i>F</i>	(7,116) = 3.362				
<i>R</i> ²	.169				
Modelo 2					
Constante	213.423	32.547			.002
Identidade	-1.146	.722	-.175	-1.587	.115
Consequências: impacto	-.804	1.494	-.062	-.538	.591
Consequências: alívio	-.662	2.779	-.026	-.238	.812
Consequências: nova fase	7.283	3.753	.259	1.941	.055
Duração: curto prazo	-4.121	3.316	-.130	-1.243	.216
Duração: longo prazo	-.415	4.282	-.010	-.097	.923
Controlo	.258	2.276	.015	.113	.910
Preocupação com a forma corporal	-.240	.138	-.180	-1.738	.085
<i>F</i> change	(8,115) = 3.371				
<i>R</i> ²	.190				
ΔR^2	.134				
Modelo 3					
Constante	210.861	33.834			.009
Identidade	-.990	.765	-.151	-1.293	.199
Consequências: impacto	-.475	1.566	-.037	-.303	.762
Consequências: alívio	-.424	2.835	-.016	-.149	.881
Consequências: nova	6.970	3.854	.247	1.808	.073

fase					
Duração: curto prazo	-4.222	3.403	-.134	-1.240	.217
Duração: longo prazo	-1.108	4.488	-.028	-.247	.805
Controlo	.376	2.320	.022	.162	.872
Preocupação com a	-.193	.152	-.145	-1.275	.205
forma corporal					
Ansiedade	-.361	2.152	-.030	-.168	.867
Depressão	-.625	2.028	-.057	-.308	.759
Stress	-.139	1.765	-.013	-.079	.937
<i>Fchange</i>	(11,112) = 2.461				
<i>R</i> ²	.195				
ΔR^2	.116				

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar a contribuição das representações face à menopausa, das alterações de humor e da preocupação com a forma corporal para a satisfação conjugal na menopausa e analisar as relações entre as variáveis. Também se pretendeu analisar as diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios da menopausa ao nível das representações face à menopausa, alterações de humor, forma corporal e satisfação conjugal.

No que diz respeito à Hipótese 1, neste estudo, verificou-se que as mulheres na pré e peri menopausa não apresentam maior elevação quanto às representações face à menopausa, às alterações de humor e à preocupação com a forma corporal em comparação às mulheres na pós-menopausa. Os resultados da presente investigação são dissonantes com a literatura revista (Ayers et al., 2010; Pimenta et al., 2016; Szymona-Pałkowska et al., 2019; Simbar et al., 2020; Roesch et al., 2021), uma vez que esta revela que mulheres com atitude positiva face à menopausa encontram-se no período pós-menopausa, enquanto mulheres com atitude negativa face a este marco tendem a ser mulheres na pré menopausa (Ayers et al., 2010). É comum as mulheres na peri menopausa experienciarem sintomas depressivos com elevada regularidade comparativamente a mulheres na peri e pós menopausa, assim como, é frequente o sentimento de tristeza em mulheres durante o período de transição da menopausa, e episódios depressivos major em mulheres na peri menopausa (Pimenta et al., 2016; Roesch et al., 2021). Sabe-se também que mulheres na pós menopausa têm expectativas mais baixas relativamente à aparência do seu corpo levando a esconder as alterações do corpo, o que conduz à tendência verificada pelos autores da não realização de atividade física, comparativamente a mulheres na pré e peri menopausa; no entanto, mulheres na pré e peri menopausa apresentam preocupação e ansiedade com a entrada para a menopausa devido ao ganho de peso e às mudanças corporais (Simbar et al., 2020; Roesch et al., 2021). A estes resultados pode ser explicado o facto de as mulheres na pós-menopausa atribuírem igual importância às representações face à menopausa ($M = 79.29$), às alterações de humor ($M = 5.03$; $M = 5.03$; $M = 6.74$) e à preocupação com a forma corporal ($M = 76.44$) que as mulheres na pré e peri menopausa, embora não haja diferenças significativas, tal como indicam os valores dos resultados.

Quanto à Hipótese 2, os resultados indicaram que a maior preocupação com a forma corporal relaciona-se negativamente com a satisfação conjugal, nomeadamente ao nível da dimensão da sexualidade. Os resultados vão ao encontro do estudo de

Szymona-Pałkowska e colaboradores (2019), que analisou a imagem corporal em mulheres na fase da menopausa, e que verificou que mulheres na menopausa tiram menos satisfação sexual, uma vez que podem atribuir menos importância ao corpo devido à diminuição da satisfação com a atividade sexual e que esta diminuição faz com que haja evitamento do contato sexual, e por sua vez, reflete-se na menor satisfação conjugal. Como podemos observar na literatura, os estudos têm verificado uma relação negativa entre a preocupação com a imagem corporal e a satisfação conjugal, especificamente na dimensão da sexualidade (Szymona-Pałkowska et al., 2019).

No que concerne à Hipótese 3, nesta investigação verificou-se que as representações positivas face à menopausa e a menor preocupação com a forma corporal se relacionam negativamente com a satisfação conjugal. Estes resultados são dissonantes do estudo de Marván e colaboradores (2018) que referem que atitudes negativas face à menopausa se encontram associadas a maior sintomatologia depressiva e baixo funcionamento sexual, que afeta a satisfação conjugal, assim como as representações negativas por parte do cônjuge influencia negativamente a mulher no climatério e, por sua vez a satisfação conjugal (Zhang et al., 2020). Também a menor preocupação com a forma corporal se encontra associada à satisfação conjugal, uma vez que mulheres no período da pós menopausa possuem expectativas baixas relativamente à aparência do seu corpo, por se adaptarem com mais facilidade às alterações causadas pela menopausa na sua aparência (Szymona-Pałkowska et al., 2019). Este estudo também permitiu verificar que a sintomatologia depressiva e ansiosa se relaciona negativamente com a satisfação conjugal. Estes resultados são concordantes com a literatura revista, pelo que fatores como o *stress* diário, mudanças de suporte social e/ou nos papéis familiares ou problemas de saúde, que requerem uma adaptação considerável por parte da mulher, tornam a mulher no climatério mais suscetível a alterações de humor como a ansiedade e depressão, tendo repercussões na satisfação conjugal (Pimenta et al., 2016).

Relativamente à Hipótese 4, os resultados mostram que as representações positivas face à menopausa são preditores da satisfação conjugal, o que corrobora a literatura, que refere as atitudes negativas por parte de algumas mulheres são direcionadas para a relação sexual durante a menopausa e a maior sintomatologia depressiva, contudo, as atitudes positivas por parte das mulheres na fase do climatério estarem associadas à satisfação sexual e geral, verificando que o desenvolvimento destas atitudes por parte da mulher e do companheiro prevê maior satisfação conjugal

(Marván et al., 2018; Zhang et al., 2020). Também, verificou-se que a preocupação com a forma corporal não é preditor da satisfação conjugal, a isto explica a literatura revista que refere que mulheres no climatério com uma imagem corporal negativa experienciam pior qualidade de vida e por conseguinte pior satisfação conjugal, ao contrário de mulheres com uma imagem corporal positiva, ou seja, menor preocupação com a forma corporal, adaptam-se melhor às alterações provocadas pela menopausa, este fator contribui para uma maior satisfação conjugal (Szymona-Pałkowska et al., 2019). Ainda, também se observou que as alterações de humor não são preditores da satisfação conjugal, não indo ao encontro com a literatura, que apesar de o relacionamento conjugal não ser preditor das alterações de humor, a ansiedade, a depressão e o *stress*, provocadas pelas preocupações enfrentadas na vida diária e que exigem adaptações significativas por parte da mulher, afetam a satisfação conjugal, sendo esta um fator protetor contra as alterações de humor (Pimenta et al., 2016).

Os resultados da presente investigação possuem implicações importantes para a prática clínica com mulheres na fase do climatério. Considerando a importância da satisfação conjugal neste período da vida da mulher, observa-se a necessidade de consciencializar os companheiros em relação aos efeitos da menopausa, uma vez que, quanto maior conhecimento eles possuírem mais capazes serão de promover uma visão mais positiva quanto aos desafios que as mulheres enfrentam nesta fase (Roesch et al., 2021). Além de que segundo a literatura, os cônjuges possuem atitudes e noções erradas sobre o climatério, o que faz com que não saibam lidar com as mudanças que a menopausa traz para as suas mulheres, como as alterações de humor e da forma corporal, é de referir que as perceções e as atitudes destes são influenciadas pelos próprios fatores e pressões familiares e de trabalho, assim como pela atitude negativa das mulheres perante esta fase, observando-se a necessidade de aconselhamento de comunicação para mulheres na menopausa e os seus companheiros como forma de melhorar a comunicação, assim como o autoconceito positivo de modo a facilitar o desenvolvimento de uma perceção corporal mais positiva e servir como efeito amortecedor contra as mudanças na forma corporal, e deste modo melhorar a vida conjugal (Zhang et al., 2020; Szymona-Pałkowska et al., 2019). Portanto, os resultados obtidos no presente estudo mostram que é importante orientar as mulheres portuguesas a se envolverem em várias atividades durante o climatério, o que pode impactar positivamente as atitudes em relação à menopausa, melhorar a sua imagem corporal e diminuir os sintomas de alterações de humor (Erbil, 2018).

Limitações

Apesar destes contributos, salientam-se alguns constrangimentos que podem ter condicionado este estudo, mas que poderão ser melhorados em estudos executados posteriormente. Um constrangimento refere-se à situação epidemiológica internacional Pandemia COVID-19, que impossibilitou a recolha de dados presencial, tendo sido necessário ajustar este procedimento para a recolha de dados online. Esta alteração pode ter resultado numa diminuição da taxa de resposta das mulheres. Além disso, como se recorreu a um método de amostragem bola de neve, a redução do contacto entre as duas partes pode ter dificultado a transmissão da informação e contribuído para a reduzida taxa de resposta. Um outro aspeto a considerar deve-se à dimensão do questionário poderá ter sido um fator limitativo que levou as participantes a não responderem com a devida atenção, ou seja, apesar de ser um pacote de questionários bastante completo, a sua dimensão configurou um obstáculo à participação das participantes. Também, o facto de o tema do estudo, menopausa, poderá ser um tema delicado para algumas mulheres e nem todas as participantes se sentem confortáveis a responder sobre o tema, pelo que poderá ter havido um enviesamento nas respostas dadas. O facto de a presente investigação se tratar de um estudo transversal, não permite inferências causais, isto é, não é possível estabelecer a temporalidade entre as mulheres no climatério e a satisfação conjugal. Por fim, a participação neste estudo teve por base questionários de autorrelato, pelo que as respostas podem ter sido influenciadas pela desejabilidade social, considerando o estigma existente em relação ao tema da menopausa.

Estudos futuros com amostras maiores são necessários para uma melhor generalização dos dados e a inclusão de cônjuges das participantes, também seria importante, de modo a verificar a perceção do cônjuge sobre a menopausa e de que modo as variáveis associadas ao cônjuge podem influenciar a satisfação conjugal. Futuramente seria, ainda, relevante realizar um estudo longitudinal e estudos que enfatizassem o período do climatério, as representações face à menopausa, alterações de humor, preocupação com a forma corporal e a satisfação conjugal durante as fases do climatério, de modo a analisar o seu desenvolvimento.

Conclusão

Apesar das limitações, os resultados da presente investigação permitem compreender melhor as relações existentes entre as representações perante a menopausa, as alterações de humor e a preocupação com a forma corporal na satisfação conjugal, numa amostra de mulheres portuguesas no climatério. Os resultados permitiram verificar relações significativas entre a preocupação com a forma corporal e a satisfação conjugal, particularmente a dimensão da sexualidade, e entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a satisfação conjugal. Verificou-se, ainda, que as covariáveis das representações face à menopausa, identidade e consequências: nova fase, são preditor negativo e preditor positivo da satisfação conjugal. Atendendo à leitura de vários artigos científicos, esta investigação é o primeiro estudo realizado em Portugal a abordar estas variáveis em mulheres no climatério.

Neste sentido, os resultados mostram a importância das representações perante a menopausa, das alterações de humor e da preocupação com a forma corporal na satisfação conjugal em mulheres no climatério, pelo que é essencial intervir nesta população, através de intervenções baseadas na psicoeducação sobre a menopausa, as suas fases e características, de maneira a normalizar o tema. É fulcral incluir os cônjuges e companheiros nestas intervenções de forma a consciencializar sobre o climatério e como lidar com esta fase, e assim, promover uma atitude positiva que ajude a mulher a lidar com os efeitos que a menopausa acarreta. É, ainda, crucial, orientar as mulheres a se envolverem em atividades durante a fase do climatério, uma vez que pode melhorar a imagem corporal, diminuir os sintomas de alteração de humor, como depressão, ansiedade e *stress*, e impactar positivamente as atitudes que a mulher tem acerca da menopausa. Em conclusão, este estudo mostra o impacto da menopausa na satisfação conjugal e destaca a necessidade de intervenções eficazes para promover o conhecimento, o apoio e o autoconceito na relação conjugal das mulheres no climatério.

Referências

- Ali, M. A., Ahmed, H. A., & Smail, L. (2020). Psychological climacteric symptoms and attitudes toward menopause among emirati women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(14), 5028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145028>.
- Ayers, B., Forsahw, M., Hunter, MS. (2010). The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas*, *65*(1), 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.10.016>.
- Baber, R. J., Panay, N., & Fenton, A. (2016). 2016 IMS recommendations on womens midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, *19*(2), 109-150. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>.
- Bauld, R., & Brown, R., F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, *62*(2), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>.
- Borkoles, E., Reynolds, N., Thompson, D. R., Ski, C. F., Stojanovska, L., & Polman, R. C. (2015). The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause. *Maturitas*, *81*(2), 306-310. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.007>.
- Cooper, P. J., Taylor, J., Cooper, Z., & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, *6*(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O).
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, *54*(3), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.05.012>.
- Fielder, K. V., & Kurpius, S. E. R. (2005). Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys. *Psicologia*, *19*(1-2), 87-106.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gregorin, J., & Pajk, J. R. (2016). Women's experience and attitudes towards menopause and health: Descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, *50*(4), 264-279. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.119>.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: The menopause representations questionnaire. *Psychology, Health and Medicine*, *6*(1), 65-76.
- Ilanakoon, I. M. P. S., Samarasinghe, K., & Elgán, C. (2021). Menopause is a natural

- stage of aging: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 21(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01164-6>.
- Jafarbegloo, E., Momenyan, S., & Khaki, I. (2019). The relationships between sexual function and marital satisfaction in postmenopausal women. *Modern Care Journal*, 16(1). <http://dx.doi.org/10.5812/modernc.83687>.
- Jarecka, K., & Bielawska-Batorowicz, E. (2017). Quality of the relationship and menopausal symptoms of menopausal women. *Health Psychology Report*, 5(1), 55-66. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.62522>.
- Kling, M. J., Kelly, M., Rullo, J., Kapoor, E., Kuhle, L. C., Vegunta, S., Mara, C. K., & Faubion, S. S. (2019). Association between menopausal symptoms and relationship distress. *Mauritas*, 130, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.mauritas.2019.09.006>.
- Larroy, C., Quiroga-Garza, A., González-Castro, P. J., & Sánchez, J. I. R. (2019). Symptomatology and quality of life between two populations of climacteric women. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 517-525.
<https://doi.org/10.1007/s00737-019-01005-y>.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds). *Handbook of Psychology and health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Marván, M. L., Espinosa-Hernández, G., Martínez-Garduño, M. D., & Jasso, K. (2018). Attitudes toward menopause, sexual function and depressive symptoms in mexican women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 121-127. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1308350>.
- Nappi, R. (2007). New attitudes to sexuality in the menopause: Clinical evaluation and diagnosis. *Climacteric*, 10(2), 105-8.
<https://doi.org/10.1080/13697130701599876>.
- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas – À procura do padrão que liga*. Dissertação de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia

e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2015). *Menopause: Diagnosis and management (NICE guideline 23)*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 229-239.
- Pearce, G., Thøgersen-Ntoumani, C., & Duda, J. (2014). Body image during the menopausal transition: A systematic scoping review. *Health Psychology Review*, 8(4), 473-489. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.848408>.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2011). Representations and perceived consequences of menopause by peri- and post-menopausal portuguese women: A qualitative research. *Health Care for Women International*, 32(12), 1111-1125. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.603859>.
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Rosa, B. (2012). Validação do body shape questionnaire (BSQ) numa amostra de mulheres de meia-idade. Atas do 9 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Pimenta, F., Maroco, J., Leitão, M., & Leal, I. (2016). Predictors of stress and depressive mood in portuguese middle-aged women. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 444-453. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018058>.
- Polivy, J., Herman, C. P., Trottier, K., & Sidhu, R. (2014). Who are you trying to fool: Does weight underreporting by dieters reflect self-protection or self-presentation? *Health Psychology Review*, 8(3), 319-338.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2013.775630>.
- Rodolpho, J. R. C., Quirino, B. C., Hoga, A. K., & Rosa, P. L. F. S. (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>.
- Roesch, A. K., Warren, A., & Hill, E. (2021). The relationship between menopause and marital satisfaction in adult women. *Journal of Graduate Education Research*, 2, 48-60. Disponível em: <https://scholarworks.harding.edu/jger/vol2/iss1/10>.
- Rouhbakhsh, M., Kermansaravi, F., Shakiba, M., & Navidian, A. (2018). The effect of couples education on marital satisfaction in menopausal women. *Journal of Women & Aging*, 31(5), 432-445.

- <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1510244>.
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 44(3), 497-515.
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.001>.
- Scorsolini-Cormin, F., & Santos, M., A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 63(3), 525-531. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300015>.
- Simbar, M., Nazarpour, S., Majd, H. A., Andarvar, K. D., Torkamani, Z. J., & Rahnamaie, F. (2020). Is body image a predictor of women's depression and anxiety in postmenopausal women?. *BMC Psychiatry*, 20(202).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02617-w>.
- Soares, N. C. (2020). Taking a fresh look at mood, hormones, and menopause. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 27(3), 371-373. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001506>.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2017/05/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa [SPM] (2016). *Menopausa*. <https://www.atlasdasaude.pt/content/sociedade-portuguesa-de-menopausa>.
- Szymona-Pałkowska, K., Adamczuk, J., Sapalska, M., Gorbaniuk, O., Robak, J., & Kraczkowski, J. (2019). Body image in perimenopausal women. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 18(4), 210-216.
<https://doi.org/10.5114/pm.2019.93119>.
- Vidia, A. R., Ratrikaningtyas, P. D., & Rachman, I. T. (2021). Factors affecting sexual life of menopausal women: Scoping review. *European Journal of Public Health Studies*, 4(2). <https://dx.doi.org/10.46827/ejphs.v4i2.96>.
- World Health Organization (1981). Report of a WHO scientific group: Research on the menopause. *World Health Organization*, Geneva WHO Technical Report Series No 670.
- Yoshany, N., Morowatisharifabad, M. A., Mihanpour, H., Bahri, N., & Jadgal, K. M. (2017). The effect of husbands' education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 15.
<https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.1.15>.
- Zhang, X., Wang, G., Wang, H., Wang, X., Ji, T., Hou, D., Wu, J., Sun, J., & Zhu, B.

(2020). Spouses' perceptions of and attitudes toward female menopause: A mixed-methods systematic review. *Climacteric*, 23(2), 148-157.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1703937>.

Anexos

Anexo A – Protocolo de recolha de dados

Projeto de Investigação Questionário Sociodemográfico

Instruções: Por favor, em cada pergunta, coloque uma cruz (X) no quadrado respetivo, quando aplicável. Em algumas perguntas, poderá ser solicitado escrever algumas informações. Caso se engane, pode riscar e escrever à frente a resposta correta.

1. Idade: _____ anos

2. Escolaridade:

Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Primeiro Ciclo (4ª Classe)	<input type="checkbox"/>
Segundo Ciclo (6º Ano)	<input type="checkbox"/>	Terceiro Ciclo (9º Ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário (12º Ano)	<input type="checkbox"/>	Ensino Superior (Universidade)	<input type="checkbox"/>

3. Origem étnica

Caucasiana (branca)	<input type="checkbox"/>	Afro-americana (negra)	<input type="checkbox"/>
Hispanica	<input type="checkbox"/>	Outro: _____	

4. Situação Profissional

Empregada Desempregada Reformada Outro: _____

5. Estado Civil

Solteira sem relacionamento amoroso	<input type="checkbox"/>	Divorciada/Separada sem relacionamento amoroso	<input type="checkbox"/>
Viúva sem relacionamento amoroso	<input type="checkbox"/>	Solteira numa relação	<input type="checkbox"/>
Divorciada/Separada numa relação	<input type="checkbox"/>	Viúva numa relação	<input type="checkbox"/>
União de facto		Casada	<input type="checkbox"/>

6. Tem filhos?

Não
Sim

Se sim, quantos: _____

Ainda vive consigo algum filho?

Não

Sim

7. Tem alguma doença crónica?

Não

Sim

Se sim, qual _____

Doença cardiovascular?

Não

Sim

Doença neurológica

Não

Sim

Parkinson, epilepsia ou
outra?

Não

Sim

Doenças oncológica?

Não

Sim

Asma/Bronquite?

Não

Sim

Depressão moderada/grave?

Não

Sim

Outra?

Qual _____

8. Considera estar na menopausa/pré-menopausa/pós-menopausa?

Pré-menopausa (ciclos menstruais erráticos e irregulares)

Menopausa (12 meses consecutivos após a última menstruação)

Pós-menopausa (sem menstruação a partir da última menstruação)

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

Sim

Não

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

Sim

Se sim, qual (ais)

Não

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. Fez algum tratamento para a menopausa?

Terapia Hormonal de Substituição

Nenhum

Outro Qual: _____

13. Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais irregulares ou permaneceu sem ter a menstruação 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

16. Costuma viajar ?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes ao ano? _____

17. Tem hábito de passar fins de semana fora da rotina?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes ao ano? _____

18. Qual estação do ano que prefere ter férias?

Primavera

Verão

Outono

Inverno

Obrigada pela sua disponibilidade!

Questionário de Representações da Menopausa (*Menopause Representations Questionnaire* – MRQ; M. Hunter & I. O’Dea, 2001) (Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serrão, Martins e Figueiredo, 2003)

Parte 1

Instruções: Por favor, descreva de que forma é que as seguintes experiências fazem parte da Menopausa, colocando uma cruz (X) no: Sim (faz parte da minha menopausa), Não tenho a Certeza (faça parte da minha menopausa) ou Não (não faz parte da minha menopausa).

		Sim (2)	Não tenho a Certeza (1)	Não (0)
1	Cansaço			
2	Calores			
3	Dores			
4	Dores de cabeça			
5	Dificuldades em dormir			
6	Tonturas			
7	Períodos irregulares			
8	Depressão			
9	Sentir-se inchada			
10	Problemas de pele			
11	Alterações de humor			
12	Suores noturnos			
13	Perda de memória			
14	Períodos com muito fluxo			
15	Ansiedade			
16	Falta de ar			
17	Secura vaginal			
18	Diminuição do interesse sexual			
19	Aumento de peso			
20	Rigidez nas articulações			

Parte 2

Instruções: Estamos interessados na sua visão em relação à sua menopausa. Por favor, inclua quanto concorda ou discorda com as frases que se seguem acerca da sua menopausa, escolhendo: Concordo Totalmente, Concordo, Nem Concordo/Nem Discordo, Discordo ou Discordo Totalmente.

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo/nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Estar a passar pela menopausa tem um impacto na minha vida.					
2. É um alívio sentir-me libertada do risco de engravidar.					
3. A minha menopausa durará cerca de 1 ano.					
4. A menopausa afetou a forma como me vejo como pessoa.					
5. De uma forma geral, sinto que estou a lidar razoavelmente bem com a minha menopausa.					
6. Sinto-me menos confiante desde que estou na menopausa.					
7. A minha menopausa durará muito tempo.					
8. Se tiver problemas durante a menopausa sei o que fazer para obter ajuda.					
9. Sinto-me mais satisfeita durante esta fase da vida.					
10. A menopausa afetou a maneira como os outros me veem.					
11. Estou satisfeita que os períodos tenham terminado.					

12. Sinto-me mais sensível do que antes da menopausa.					
13. É bom estar a entrar numa nova fase da vida.					
14. Acredito que consigo lidar com qualquer alteração que a menopausa me possa trazer.					
15. A minha menopausa durará pouco tempo.					
16. Com o tempo os meus sintomas da menopausa melhorarão.					
17. Sinto que tenho os recursos para lidar bem com a minha menopausa.					

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) (Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte: 0 – Não se aplicou nada a mim; 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado/a.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Questionário de Forma Corporal (*Body Shape Questionnaire – BSQ*; Cooper et al., 1987) (Traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pimenta et al., 2012)

Gostaríamos de saber como se tem sentido em relação à sua **aparência** ao longo do **ÚLTIMO MÊS**. Por favor, leia cada uma das questões e assinale a opção que melhor se aplica ao seu caso, tendo em conta a seguinte escala:

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito	Sempre
1	2	3	4	frequentemente	6
				5	

Durante as **últimas quatro semanas**:

1 – Sentir-se aborrecida fê-la preocupar-se com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
2 – Tem estado tão preocupada com a forma do seu corpo que começou a sentir que devia fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3 – Tem pensado que as suas coxas, ancas ou nádegas são demasiado grandes para o resto do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4 – Tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5 – Preocupou-se com o facto do seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6 – Sentir-se cheia (por exemplo, depois de ingerir uma refeição grande) fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7 – Sentiu-se tão mal com a forma do seu corpo a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8 – Evitou correr devido à hipótese do seu corpo poder estremecer?	1	2	3	4	5	6
9 – Estar com mulheres magras fê-la sentir-se desconfortável com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
10 – Preocupou-se com o facto das suas coxas se espalharem quando está sentada?	1	2	3	4	5	6
11 – Comer, mesmo que seja uma quantidade pequena de comida, fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
12 – Reparou nas formas do corpo de outras mulheres e sentiu-se em desvantagem quando as comparou com a	1	2	3	4	5	6

forma do seu corpo?						
13 – Pensar na forma do seu corpo interferiu com a sua capacidade de se concentrar (por exemplo, enquanto está a ver televisão, a ler, a ouvir conversas)?	1	2	3	4	5	6
14 – Estar nua, por exemplo, durante o banho, fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
15 – Tem evitado usar roupas que a façam reparar na forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16 – Imaginou cortar do seu corpo partes de gordura?	1	2	3	4	5	6
17 – Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias fê-la sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
18 – Deixou de ir a eventos sociais (por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação à forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
19 – Sentiu-se excessivamente grande ou arredondada?	1	2	3	4	5	6
20 – Sentiu vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21 – A preocupação com a forma do seu corpo fê-la fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22 – Sentiu-se mais feliz com a forma do seu corpo quando o seu estômago estava vazio (por exemplo, de manhã)?	1	2	3	4	5	6
23 – Pensou que tem a forma de corpo que tem atualmente por falta de autocontrolo?	1	2	3	4	5	6
24 – Tem-se preocupado com o facto de outras pessoas estarem a ver dobras de gordura na zona da sua cintura ou do seu estômago?	1	2	3	4	5	6
25 – Pensou que não é justo que outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26 – Vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27 – Preocupou-se por estar a ocupar demasiado espaço (por exemplo, enquanto está sentada num sofá ou no banco do autocarro), quando na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6

28 – Preocupou-se pelo facto do seu corpo apresentar covas ou ondulações?	1	2	3	4	5	6
29 – Ver o seu reflexo (por exemplo, no espelho ou na montra de uma loja) fê-la sentir-se mal com a forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
30 – Beliscou partes do seu corpo para ver a quantidade de gordura?	1	2	3	4	5	6
31 – Evitou situações nas quais as pessoas pudessem ver o seu corpo (por exemplo, vestiários)?	1	2	3	4	5	6
32 – Tomou laxantes para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
33 – Sentiu-se particularmente desconfortável com a forma do seu corpo, quando na companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34 – A preocupação com a forma do seu corpo fê-la sentir que devia fazer exercício?	1	2	3	4	5	6

**Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC;
Narciso & Costa, 1996)**

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressão 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

*Anexo B – Consentimento Informado***Consentimento Informado**

O presente estudo tem como objetivo analisar o impacto das atitudes, alterações de humor e imagem corporal na satisfação conjugal na menopausa. Está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, lecionado na Universidade Católica Portuguesa, no Centro Regional de Braga, pela aluna Susana Daniela Fernandes Pinheiro. Para tal, pedimos-lhe que preencha um conjunto de questionários de autorresposta. Será garantida completa confidencialidade da informação recolhida.

Seguimos todos os aspetos éticos, a sua participação é voluntária, sendo que poderá desistir de participar a qualquer momento se assim o entender, sem que tal facto tenha consequências para si. Além disso, não se trata de um teste, não existem respostas certas ou erradas. Pedimos apenas que nos responda, de forma sincera, a todas as questões ou itens. A sua participação não tem qualquer custo e é de máxima importância para o seguimento deste estudo, pelo que agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que aceito participar neste projeto de investigação. Fui informada acerca da natureza do estudo, da participação voluntária e da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (assinale com uma cruz).

Data: ____ de _____ de 2022