



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Menopausa: Influência da ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal na qualidade de vida

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

Deyse Cristina Rodrigues Soares

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Menopausa: Influência da ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal na qualidade de vida

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

Deyse Cristina Rodrigues Soares

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

Índice

Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução	4
Introdução teórica	5
Menopausa	5
Sintomatologia física e psicológica na menopausa.....	6
Diagnóstico e tratamento da menopausa.....	8
Qualidade de vida e menopausa.....	8
Conceptualização de qualidade de vida	8
Qualidade de vida na menopausa e sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão).....	9
Qualidade de vida na menopausa e qualidade de sono	10
Qualidade de vida na menopausa e satisfação conjugal	11
Modelos de saúde.....	13
Metodologia	14
Objetivos e Hipóteses	14
Desenho do estudo	14
Variáveis	15
Variáveis independentes	15
Variáveis dependentes/de resultados	15
Participantes.....	15
Procedimento	15
Instrumentos.....	16
Análise de Dados	18
Resultados	19
Discussão	26
Referências Bibliográficas	32
Anexos	40

Resumo

O presente estudo tem como objetivo estudar a qualidade de vida em mulheres na menopausa e analisar as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal, e o seu impacto na qualidade de vida nas mulheres na menopausa. Participaram 76 mulheres na menopausa, que responderam a um pacote de questionários que incluíram, Questionário Sociodemográfico e Clínico, Questionário de Qualidade de Vida, Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress*, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e o Questionário de Satisfação Conjugal. Os resultados permitiram verificar que as mulheres na peri relataram maior ansiedade comparativamente às mulheres que se encontram na pós menopausa. As análises de correlação indicam uma relação negativa e significativa entre a qualidade de vida física e as variáveis ansiedade, depressão e pior qualidade do sono. Do mesmo modo, verificou-se uma relação negativa e significativa entre a qualidade de vida psicológica e as variáveis ansiedade, depressão e pior qualidade do sono. As análises de regressão múltipla hierárquica mostraram que o rendimento anual mostrou ser um preditor significativo para a qualidade de vida física. Assim a ansiedade e a pior qualidade do sono mostraram estarem negativamente associadas de forma significativa com a qualidade de vida física. Na qualidade de vida psicológica, a ansiedade e a pior qualidade de sono mostraram também ser preditores negativos estatisticamente significativos de menor qualidade de vida psicológica. Este estudo sugere a necessidade de elaboração de programas de prevenção específicos, em especial, para o controle da ansiedade na peri menopausa e promoção da saúde para ajudá-las nos sintomas do climatério.

Palavras-Chave: Menopausa; Ansiedade; Depressão; Qualidade do Sono; Satisfação Conjugal; Qualidade de Vida

Abstract

This study aims to study the quality of life in menopausal women and analyze the relationships between anxiety, depression, sleep quality and marital satisfaction, and their impact on the quality of life in menopausal women. The participants were 76 menopausal women, who answered a questionnaire package that included the Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Quality of Life Questionnaire, Anxiety, Depression and Stress Scales, Pittsburgh Sleep Quality Index, and the Marital Satisfaction Questionnaire. The results allowed us to verify that women in peri menopause reported greater anxiety compared to women who are in post-menopause. Correlation analyzes indicate a negative and significant relationship between physical quality of life and the variables anxiety, depression and poorer sleep quality. Likewise, there was a negative and significant relationship between psychological quality of life and the variables anxiety, depression and poorer sleep quality. Multiple hierarchical regression analyzes showed that annual income proved to be a significant predictor of physical quality of life. Thus, anxiety and poorer sleep quality were shown to be significant negative associated with physical quality of life. In psychological quality of life, anxiety and poorer sleep quality were also shown to be statistically significant negative predictors of lower psychological quality of life. This study suggests the need to develop specific prevention programs, especially for the control of anxiety in the perimenopause and health promotion to help with climacteric symptoms.

Key words: Menopause; Anxiety; Depression; Sleep Quality; Marital Satisfaction; Quality of life

Introdução

A menopausa não é uma doença, é uma fase natural (biológica) da vida da mulher que causa várias alterações físicas e psicológicas. Há mulheres que não têm conhecimento sobre essas alterações e a psicoeducação sobre o assunto é extremamente importante para possibilitar uma melhor qualidade de vida. Com mudança de estilo de vida apropriado para a fase será mais fácil passar por esse processo (Pathak & Pottal-Ray, 2017). Durante esse processo as mulheres experimentam mudanças hormonais à medida que os níveis de estrogénio diminuem. Com a carência de estrogénios na mulher climatérica, mudanças fisiológicas ocorrem e essas mudanças hormonais podem causar sintomas vasomotores, irregularidades menstruais, suores noturnos, fogachos, problemas musculares e esqueléticos, doenças do sistema cardiovascular, atrofia da mama e da pele, vaginite senil e alterações do sono (Crema et al., 2017; Erbil, 2018; Manica et al., 2018; Perone et al., 2019).

As experiências em relação aos sintomas da menopausa são individuais e dependem da influência de muitos fatores, não apenas das alterações hormonais, mas também de fatores externos, condições de vida, saúde geral, funcionamento social e percepção do envelhecimento, pois esses fatores interagem, fortalecem e enfraquecem a percepção e avaliação da mulher a respeito da menopausa (Szadowska-Szlachetka et al., 2019). Alguns investigadores relatam que a falência dos hormônios tem um efeito ao nível da sintomatologia psíquica e psicossomática (Khayum et al., 2020). Outros autores relatam que os fatores psicossociais são mais significativos na determinação de sintomas psíquicos do que os hormonais (Polisseni et al., 2009; Süß & Ehlert, 2019). É importante aprofundar o conhecimento sobre os efeitos psicossociais na menopausa e contribuir para um maior conhecimento acerca das variáveis psicológicas e clínicas que afetam a qualidade de vida da mulher, com tratamentos mais eficazes e conseqüente melhor adaptação na fase da menopausa. Porém, no contexto português, que seja do nosso conhecimento não há estudos a explorar as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal. Assim, este estudo explorou essas relações, devido à escassez de estudos que correlacionam essas temáticas e, dada a inexistência de estudos deste cariz no contexto português, este estudo revela-se importante e inovador.

O presente estudo teve como objetivo focar-se na qualidade de vida em mulheres na menopausa e analisou as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal e o seu impacto na qualidade de vida, e também verificou as diferenças nas variáveis psicossociais em estudo entre grupos de mulheres na pré e pós menopausa.

Introdução teórica

Menopausa

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), define que o climatério é uma fase biológica da vida e não um processo patológico, e que compreende a transição da vida reprodutiva para a vida não reprodutiva da mulher e pode iniciar entre os 35 e 40 anos, prolongando-se até os 65 anos de idade (Perone et al., 2019).

Algumas mulheres passam pela fase da menopausa sem queixas e sem necessidade de intervenção medicamentosa, e outras apresentam sintomatologia que varia na sua intensidade e diversidade (Jesus et al., 2020). As diferenças no relato de sintomas da menopausa também podem estar relacionados com características de personalidade ou outros fatores psicológicos, ou seja, como os sintomas são percebidos, interpretados e enfrentados (Esmailzadeh et al., 2020; Jalava-Broman et al., 2019; Schneider-Matyka et al., 2016).

Com o aumento da expectativa de vida, as mulheres passaram a viver um terço de suas vidas no climatério e ter que conviver mais tempo com as mudanças hormonais, o que revela uma mudança significativa na qualidade de vida (Portela et al., 2017).

A Oficina de Estágios do Envelhecimento Reprodutivo (STRAW + 10, 2011), padroniza a divisão da vida reprodutiva tardia de uma mulher, agrupando amplamente as mulheres em três estádios (reprodutiva, transição da menopausa e pós-menopausa), subdivididas em duração e a regularidade do ciclo menstrual (Baker et al., 2018).

As mudanças fisiológicas mais significativas que ocorrem na vida das mulheres são o início da menstruação na puberdade, com o início da vida reprodutiva, e a outra é o término da menstruação, o término da vida reprodutiva (Nayak et al., 2019). A fase não reprodutiva é caracterizada pela diminuição gradual da produção hormonal, ou seja, carência hormonal que é responsável pelas alterações fisiológicas no organismo da mulher. O climatério é o período da vida da mulher de transição entre o pleno potencial e a incapacidade reprodutiva, ao longo do qual ocorre um declínio progressivo da função ovárica e está associado a um conjunto de sinais e sintomas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). A perimenopausa, ou mais conhecida pelo período de transição menopausal, é definida pelo início dos sintomas climatéricos até 12 meses após o término das menstruações. A menopausa é um episódio pontual durante o climatério e se caracteriza pela finalização permanente das menstruações após um período de 12 meses consecutivos, ou seja, após a última menstruação resultante do

esgotamento do património folicular do ovário (Baker et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

É sabido que a menopausa corresponde à data da última menstruação em consequência de falência dos ovários de forma definitiva e que o climatério engloba três estádios, como a peri, a menopausa e a pós-menopausa. O primeiro estádio é o início do declínio da função ovárica até a menopausa. A menopausa inicia-se com a última menstruação, e a pós-menopausa é o período que começa com a última menstruação. A idade estabelecida da menopausa é em média de 51 anos nos países europeus (Fernández & Costa, 2021).

Em suma, a menopausa é um fenómeno natural do organismo e não patológico decorrente da falência dos folículos ovarianos, sendo assim, uma diminuição progressiva da secreção dos hormônios femininos, como o estrógeno e a progesterona. A transição menopausal pode durar em média de 4 anos, portanto cada organismo vai reagir de uma forma e todo sintoma e fisiologia dessa fase decorrem da insuficiência hormonal ovariana progressiva, culminando com a sua falência (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016).

As mulheres têm modos de agir, de pensar, de sentir e de interpretar a menopausa com base na sua visão de mundo, decorrentes das relações e interações que estabelecem com as pessoas e o ambiente em que vivem, ou seja, são mulheres socioculturais (Pinheiro & Costa, 2020). Portanto, não cabe apenas a biologia a trazer luz para a vivência da mulher nessa fase da vida, mas a ciência humana que reconhece a menopausa como sendo mediada pelo contexto sociocultural e também pela história pessoal e familiar das mulheres (Pinheiro & Costa, 2020). É necessário aprofundar, portanto, o entendimento da sintomatologia física e psicológica da mulher na menopausa (Erbil, 2018).

Sintomatologia física e psicológica na menopausa

Durante esse processo as mulheres experimentam mudanças físicas, psicológicas e sociais. Os níveis hormonais mudam à medida que os níveis de estrogénio diminuem, os níveis de FSH (foliculo estimulante) e LH (hormônios luteinizantes) aumentam, e também há uma redução nos níveis de prolactina, hormônio tireoidiano e paratireoide (Erbil, 2018).

Existem fatores sociodemográficos e comportamentais que interferem na sintomatologia climatérica e estudos relatam que essa sintomatologia apresenta-se menos intensa entre as mulheres fisicamente ativas, quando comparadas as menos ativas e /ou sedentárias (Forner & Alves, 2019). Estudos relacionam que a gravidade dos sintomas da menopausa está associada a baixos níveis educacionais, baixo nível socioeconómico, raça,

frequência de partos e alta idade no início da menopausa (Morowatisharifabad et al., 2019). A consciencialização sobre os sinais e sintomas pode ajudar as mulheres a viver de modo mais confortável nessa fase e ajudar na mudança de comportamento em saúde e também aliviar os problemas psicológicos (Morowatisharifabad et al., 2019). Mulheres na menopausa que sofrem eventos estressores, como doença, ou a morte de um parente próximo, ou crise no casamento, têm alto escores de morbidade psicológica e exacerbação dos sintomas que acompanham a menopausa (Robaina et al., 2015). Porém, alguns autores relatam que a falência dos hormônios tem um efeito ao nível da sintomatologia psíquica e psicossomática (Khayum et al., 2020). Outros investigadores relatam que os fatores psicossociais são mais significativos na determinação de sintomas psíquicos do que os hormonais (Polisseni et al., 2009; Süß & Ehlert, 2019).

A depressão é uma perturbação mental com sintomas de perda de prazer ou interesse em atividades da vida diária (anedonia), baixa concentração, energia reduzida, insónia ou hipersónia, perda ou ganho de peso e outros (Khayum et al., 2020; Post & Warden, 2018). Existem evidências recentes que os estrógenos desempenham um papel importante na fisiopatologia das perturbações depressivas nas mulheres, e isso poderia explicar o aumento do risco de as mulheres desenvolverem depressão durante períodos de alterações hormonais, como no caso a menopausa (Khayum et al., 2020). O declínio dos estrogénios em conjunto com o estresse podem contribuir para o desenvolvimento da depressão na menopausa (Khayum et al., 2020). Estudo realizado com 449 mulheres na menopausa com idade entre 45 a 60 anos, 34% responderam ter sintomas relacionados com a depressão (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2019). Outro estudo realizado com 1.958 mulheres com idade de 20 a 59 anos para avaliar a prevalência de depressão e os fatores associados. Os resultados revelaram prevalência de depressão de 19,7% nas mulheres nessa faixa etária, apontando para a necessidade de um cuidado especial na atenção primária à saúde da mulher (Gonçalves et al., 2018).

Para além da sintomatologia depressiva, a sintomatologia ansiosa também é comum na menopausa (Bener et al., 2016; Pinheiro & Costa, 2020). Alguns investigadores relatam que a ansiedade não ocorre devido as flutuações hormonais, mas sim devido ao envelhecimento e as mudanças que ocorrem no meio familiar, como a separação dos filhos (síndrome do ninho vazio), tensões conjugais, experiências de vida perturbadora, como divórcio, doenças graves, declínio da saúde, perdas de entes queridos e a diminuição da renda familiar devido a aposentadoria, mudanças profissionais, ou seja, várias mudanças nessa fase, e em conjunto com os sintomas físicos da menopausa, determinam a longo prazo o aparecimento de quadros

ansiosos (Polisseni et al., 2009; Süß & Ehlert, 2019). Estudo realizado com 449 mulheres na menopausa com idade entre 45 a 60 anos, 34% responderam ter sintomas relacionados com a ansiedade (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2019). Outro estudo realizado com 819 mulheres no climatério com idade entre 46 a 65 anos, apresentaram sintomas relacionados à ansiedade leve 69,7%, ansiedade moderada ou grave 30,3% (Lima et al., 2019). A compreensão da sintomatologia física e psicológica é fundamental para realizar o diagnóstico e tratamento adequado para a menopausa (Bravo et al., 2019).

Diagnóstico e tratamento da menopausa

O diagnóstico é após um ano de amenorreia (ausência de menstruação normal), sem outra causa suspeita (Guerra et al., 2018; Jesus et al., 2020). Não é uma regra requerer estudos complementares, porém a combinação de níveis elevados de FSH e baixo estradiol na ausência de fatores de interferência darão consistência ao diagnóstico (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). É sabido que a terapia hormonal da menopausa continua a ser o método mais eficaz de redução dos sintomas de déficit de estrogénio. Entretanto, o interesse reduzido da terapia hormonal não pode passar despercebido, ou seja, mais de 30% das mulheres que sofrem de sintomas da menopausa usam produtos de origem vegetal. Estudos sugerem que o aconselhamento médico sobre a medicina da menopausa esteja pronto para usar uma variedade mais ampla de produtos destinados a melhorar a qualidade de vida das mulheres com sintomas da menopausa (Paszkowski & Skrzypulec-Plinta, 2018).

Qualidade de vida e menopausa

Conceptualização de qualidade de vida

Para a OMS (2008), a qualidade de vida (QV), é conceptualizada como a percepção de uma pessoa em relação à sua posição na vida, no contexto da cultura, dos sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Existe um consenso de que para realizar uma intervenção com mulheres no climatério é importante avaliar a QV. Cada mulher pode vivenciar esse momento de forma diferente, pois fatores culturais, biológicos e psicossociais também podem influenciar esse momento. É um período delicado para a vida e a saúde da mulher e que essas mudanças fisiológicas requerem adaptações físicas e psicossociais (Albuquerque et al., 2019; Serpa et al., 2016).

A qualidade de vida é um conceito multidimensional que envolve várias dimensões como física, emocional, e social da doença e do tratamento. Os sintomas da menopausa estão intimamente relacionados com a qualidade de vida das mulheres durante a transição da menopausa e podem mudar sua condição física, psicológica e social em relação à qualidade de vida das mulheres (Morowatisharifabad et al., 2019).

As experiências em relação aos sintomas da menopausa são individuais e dependem da influência de muitos fatores, não apenas das alterações hormonais, mas também de fatores externos, condições de vida, saúde geral, funcionamento social e percepção do envelhecimento, pois esses fatores interagem, fortalecem e enfraquecem a percepção e avaliação da mulher a respeito da menopausa (Szadowska-Szlachetka et al., 2019). Estudo realizado com 892 mulheres com idade entre 45 a 60 anos, residentes em Portugal, mostrou que 449 mulheres estavam na menopausa e 21% dessas mulheres responderam que houve perda da qualidade de vida (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2019). Para além da qualidade de vida da mulher na menopausa é importante entender a sintomatologia psicológica.

Qualidade de vida na menopausa e sintomatologia psicológica (ansiedade e depressão)

A ansiedade é um fator de risco para a qualidade de vida da mulher na menopausa e estudos indicam que o desenvolvimento de distúrbios emocionais (perturbação de ansiedade), pode ocorrer após a menopausa devido os hormônios gonadais diminuírem (Wada et al., 2018; Yazdanpanahi et al., 2018). Os investigadores relatam que os sintomas somáticos inespecíficos também são comuns na menopausa como dores musculares e articulações, cansaço e tontura (Terauchi et al., 2018). A tontura é um termo que pode-se referir a uma sensação de desorientação espacial e está relacionado com a ansiedade. O tratamento da ansiedade nessa população pode melhorar o sintoma e proporcionar uma melhor qualidade de vida para as mulheres na menopausa (Terauchi et al., 2018). Estudo realizado com 471 mulheres na menopausa apresentou 35,7% de tonturas associadas à ansiedade (Terauchi et al., 2018). Outro estudo realizado com 1.101 mulheres na menopausa revelou que 14,08% apresentaram ansiedade, concluindo que a ansiedade está associada a menopausa (Bener et al., 2016).

Adicionalmente, os sintomas depressivos também são comuns na menopausa (Pengo et al., 2018). Quando analisados os fatores holísticos de condições de vida, associados aos aspetos do período do climatério, se observa tendências para desenvolver depressão, baixa autoestima, sensação de inutilidade, além de doenças crónicas e psicossomáticas, entre outras (Perone et al., 2019). Os sintomas psicológicos durante menopausa incluem mudanças de humor, tristeza,

depressão, frustração, falta de motivação ou interesse, energia diminuída, desesperança, dificuldade de concentração, nervosismo, ansiedade e baixa autoestima. De todos esses sintomas o mais comum é a depressão. A associação entre a transição da menopausa e um risco aumentado de depressão é um fator importante para a saúde pública necessitando muita atenção. (Azizi et al., 2018). Há um risco elevado de depressão durante o período pré e pós-menopausa devido as alterações nos níveis hormonais. O estrogênio atua como um antidepressivo hormonal e na menopausa o nível de estrogênio no corpo da mulher diminui significativamente (Nayak et al., 2019).

Outros estudos indicam que a depressão é mais comum em mulheres em idade de perimenopausa do que nas mulheres na pré-menopausa e na pós-menopausa (Owsianowska et al., 2020). Os processos que ocorrem durante o período perimenopausal podem causar exacerbação ou recorrência de depressão previamente diagnosticada. Estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas no mundo sofram de depressão e que afeta as mulheres com mais frequência do que os homens, e pode aumentar pela menopausa (Owsianowska et al., 2020).

Estudos sobre a depressão na menopausa revelam que devido a uma diminuição dos níveis de hormônio gonadal, podem levar as mulheres à fadiga, perda de sono e ondas de calor durante a noite. Outros estudos referem que a depressão pode estar relacionada a variáveis como, exposição ao fumo de cigarro, certas características pessoais, relacionamento com o cônjuge, estatuto socioeconômico, escolaridade e outros acontecimentos da vida (Afshari et al., 2015). Estudo realizado com 1.101 mulheres na menopausa, revelou que 31,15% apresentaram depressão, concluindo que a depressão está associada a menopausa (Bener et al., 2016). Outro estudo realizado com 287 mulheres na menopausa, revelou que 39% apresentaram depressão moderada e 2% com depressão grave. Relacionando os sintomas psicológicos com os vasomotores da síndrome do climatério (Humeniuk et al., 2019). Adicionalmente, os sintomas de distúrbios do sono também são comuns na menopausa (Pessa et al., 2019).

Qualidade de vida na menopausa e qualidade de sono

As mudanças nos hormônios começam a ocorrer 7 a 10 anos antes da menopausa, levando a uma diminuição no estradiol e inibina e um aumento no hormônio folículo-estimulante e no hormônio luteinizante (Pessa et al., 2019). Essas alterações hormonais levam as mulheres a se queixar especialmente de distúrbios do sono. A insônia é definida como uma dificuldade em adormecer, em manter o sono ou a sensação de que o sono não é restaurador,

com consequências diurnas (Pessa et al., 2019). As queixas incluem no adormecer, no despertar frequente e/ou no despertar matinal. A etiologia dos distúrbios do sono em mulheres na menopausa é multifatorial, mas, é essencial compreender as causas para que o tratamento seja eficaz. Os estudos também associam o distúrbio do sono em mulher na pós-menopausa com a perturbação do humor, com a ansiedade e a depressão (Pengo et al., 2018). A dificuldade em adormecer causa ansiedade, irritabilidade e sono inadequado. Mulheres com depressão e ondas de calor tem uma qualidade de sono mais inferior do que mulheres sem depressão (Lee et al., 2019; Pengo et al., 2018).

É sabido que os distúrbios do sono afetam a qualidade de vida relacionada a saúde, a produtividade diária e pode ter efeito a longo prazo na saúde e no bem estar durante vários anos da transição da menopausa (Baker et al., 2018). Assim, a experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é desagradável e tem resultados no desempenho, no comportamento, no bem estar e durante as atividades de vida diária, refletindo diretamente na qualidade de vida (Humenuik et al., 2019; Portela et al., 2017).

Os sintomas vasomotores, também conhecidos como ondas de calor e sudorese, afetam até 80% das mulheres durante a transição da menopausa, e esses sintomas estão associados a pior qualidade do sono e insônia crônica (Baker et al., 2018). É difícil determinar a causa principal dos distúrbios do sono, mas vale ressaltar que vários desses fatores podem interagir entre si para perturbar a qualidade do sono da mulher na menopausa (Baker et al., 2018; Jones et al., 2018; Smith et al., 2018).

Estudo realizado com mulheres na menopausa (população de 2.190), com mais de 60 meses de amenorreia apresentaram 24,8% com dificuldade de manter o sono, e para queixa geral de insônia 27,5%. Entre as mulheres em menopausa recente a prevalência é de 20,3% para dificuldade em iniciar o sono, 17,7% para manter o sono, e 22,4% para insônia geral (Robaina et al., 2015). Outro estudo realizado com 287 mulheres na menopausa relatou que até 46% não tinham problemas de insônia. Apenas 19% das mulheres com menopausa examinadas sofriam de insônia (Humenuik et al., 2019).

Adicionalmente, alterações na satisfação conjugal também são comuns na menopausa (Yoshany et al., 2017).

Qualidade de vida na menopausa e satisfação conjugal

A satisfação conjugal é a atitude positiva e agradável que um casal experimenta nos diferentes aspectos de seus relacionamentos sexuais. Relacionamentos satisfatórios trazem

benefícios para os casais como a saúde física e mental. É importante o companheiro estar informado sobre a fase da menopausa da mulher, através da compreensão adequada da situação para poder apoiá-la e assim ajudar a uma melhor qualidade de vida no relacionamento (Yoshany et al., 2017).

Um dos aspetos que sofrem alterações na qualidade de vida da mulher é a sexualidade (Peixoto et al., 2019). A sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida e as dificuldades sexuais aumentam com o envelhecimento, contribuindo para a perda de qualidade de vida nessa população. Estudos relatam que esses dois fatores podem ser responsáveis por uma diminuição na frequência das relações sexuais, e é sabido que o hipoestrogenismo age diretamente na perda da lubrificação vaginal e pelo conseqüente aumento da incidência de dispareunia – dor ou desconforto durante ou após o ato sexual, como a redução dos níveis de testosterona é responsável pela redução da libido (Peixoto et al., 2019).

Existe uma ideia errónea de que a mulher ao envelhecer deixa de ter interesse sexual. A secura vaginal devido a diminuição da produção de umidade e perda de elasticidade pode causar desconforto e leve sangramento durante o sexo. Essa sensibilidade pode reduzir o desejo sexual (libido) pelo desconforto (Bravo et al., 2019).

O acesso a informação qualificada sobre a sexualidade, os processos biológicos e emocionais são importantes para adaptação a essas mudanças, que possibilitam uma melhor qualidade de vida na menopausa (Crema et al., 2017; Feltrin & Velho, 2016). Mulheres sexualmente insatisfeitas podem ter problemas psicológicos associados com o estresse, com a angústia, com a ansiedade e com a depressão e a saúde sexual (Yazdanpanahi et al., 2018).

É sabido que preocupações vivenciadas podem predispor as mulheres ao desenvolvimento de sofrimento psicológico, e por outro lado, fatores de relacionamento, como satisfação conjugal e intimidade, são importantes em relação à capacidade de lidar com eventos estressantes e recuperação após tais fatos (Costa et al., 2020).

Estudos abordam os muitos fatores que impactam a função sexual em mulheres na menopausa, incluindo fatores físicos, alterações hormonais, gravidade dos sintomas físicos da menopausa, problemas emocionais, mentais, incluindo fatores como depressão e ansiedade, sentimento sobre o parceiro sexual, nível de autoconfiança e autoestima, entre outros (Nazarpour et al., 2016). Estudo realizado com 449 mulheres na menopausa, 25% responderam que a satisfação conjugal é “muito gratificante”, 46% “gratificante”, 7% “pouco gratificante” e 3% “nada gratificante” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2019). Outro estudo com 80 mulheres na menopausa para comparar a satisfação conjugal dos dois grupos (com e sem

disfunção sexual), indicou que a satisfação conjugal das mulheres na menopausa, provavelmente não foi influenciada pela disfunção sexual (Jafarbegloo et al., 2017).

Existem modelos de saúde que são aplicáveis a todas as variáveis destacadas neste estudo e que explicam os fatores que interferem na qualidade de vida na mulher na menopausa.

Modelos de saúde

O modelo biopsicossocial tem sido referência e proporciona uma visão mais abrangente do ser e do adoecer (saúde – doença), que compreende uma dimensão mais ampla do paciente, que considera os aspetos biológicos, cognitivos e sociais, refletindo sobre os sintomas da menopausa no contexto biológico, psicológico e sociocultural. O estudo do climatério é focalizado nas representações cognitivas que cada pessoa tem sobre a menopausa (De Marco, 2006; Rudnicki et al., 2020).

Podemos destacar que o modelo Conceptual da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde de Wilson e Cleary (1995), descreve o que os autores consideram ser as associações causais dominantes da qualidade de vida e foi adaptado para compreender os impactos das variáveis clínicas na qualidade de vida das mulheres em menopausa. O modelo demonstra as características do indivíduo, tais como fatores demográficos como a idade, estado civil, nível sócio económico, escolaridade e idade da menopausa, além dos fatores psicológicos como as representações e do ambiente, que incluem, satisfação conjugal, duração da relação e ter filhos, e exercem a sua influência em cinco níveis sequencialmente relacionados – fatores biológicos e fisiológicos (duração da menopausa e fazer terapia hormonal); sintomas (morbilidade psicológica); funcionamento; perceções gerais de saúde; qualidade de vida (qualidade de vida psicossocial, física, sexual e vasomotor). O modelo demonstra a existência de relações recíprocas entre os diversos níveis (Jorge, 2017; Wilson & Cleary, 1995). Estudo realizado para avaliar evidências empíricas sobre a robustez do modelo de Wilson e Cleary demonstra um bom ajuste e se mostrou útil na identificação de relações entre os constructos de saúde e preditores de qualidade de vida em relação a saúde nas populações de doenças estudadas. O modelo explicou entre 22,9% e 72% da variação na qualidade de vida geral, e para auxiliar a compreensão da relação entre resultados clínicos e psicológicos para pacientes com doenças crônicas (Ojelabi et al., 2017). Outro estudo realizado com 100 mulheres na menopausa utilizou o modelo conceptual de Wilson e Cleary (1995), analisou os domínios de QV, a importância de aspetos psicológicos e interpessoais nesta fase de vida da mulher (Jorge, 2017).

Uma vez que os estudos que relacionam estas variáveis ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal são bastantes escassos e, no contexto português, que seja do nosso conhecimento, são inexistentes, constitui-se muito importante e relevante explorar este tema nessa população para o conhecimento do impacto na qualidade de vida na mulher na menopausa.

Metodologia

Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta a literatura e os modelos utilizados, o presente estudo focou-se na qualidade de vida em mulheres na menopausa e analisou as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal e QV nas mulheres na menopausa. Verificou-se também as diferenças nas variáveis psicossociais em estudo como a ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal entre mulheres na peri e pós-menopausa.

H1: Espera-se encontrar diferenças nas variáveis psicossociais entre mulheres que estão na fase da perimenopausa e pós-menopausa, ao nível de ansiedade, depressão, qualidade do sono e a satisfação conjugal e a qualidade de vida.

H2: Espera-se que a ansiedade, depressão e pior qualidade do sono se correlacionem negativamente com qualidade de vida e que a satisfação conjugal se relacione positivamente com a qualidade de vida;

H3: Espera-se que a ansiedade, depressão, e pior qualidade de sono sejam preditores negativos da QV na menopausa e espera-se que a satisfação conjugal seja um preditor positivo da QV na menopausa;

Pretende-se com este estudo contribuir para um maior conhecimento acerca das variáveis psicológicas e clínicas que afetam a qualidade de vida na menopausa, de forma a contribuir para tratamentos mais eficazes e consequente melhor adaptação na fase da menopausa.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e analítico, de caráter transversal (Fortin et al., 2009).

Variáveis

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

Variáveis independentes

Tendo por base as hipóteses formuladas, consideram-se variáveis independentes a ansiedade, a depressão, a qualidade do sono e a satisfação conjugal.

Variáveis dependentes/de resultados

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

Participantes

A amostra é de conveniência e esse estudo tem a participação de um total de 76 mulheres diagnosticadas com menopausa. São critérios de inclusão: 1) estar vivenciando uma das fases da menopausa (perimenopausa ou pós-menopausa); 2) idade entre 40 e 65 anos. Foram excluídas mulheres diagnosticadas com perturbação psiquiátrica grave ou défice cognitivo.

Assim sendo, a amostra do presente estudo atende a determinados critérios de inclusão: estar vivenciado um dos estádios da menopausa, terem idade entre 40 e 65 anos e capacidade para ler e escrever.

Procedimento

O presente estudo foi realizado entre os meses de novembro de 2020 até maio de 2021. Foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. A recolha de dados foi realizada de forma online, através do *Google Forms* e usou o modelo “bola de neve”, que é uma amostragem não probabilística. A participação foi voluntária e todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e informado. A recolha de dados teve em conta todos os pressupostos éticos e deontológicos. As respostas das participantes foram codificadas e analisadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0.

Instrumentos

Os instrumentos que foram selecionados tiveram em conta os objetivos do estudo, aplicabilidade e rapidez de preenchimento, e as participantes responderam os seguintes questionários:

Questionário sociodemográfico e clínico foi construído de forma a descrever as participantes através de variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade, atividade profissional, escolaridade, estado civil e nível socioeconómico), e clínicas que permitem uma breve caracterização das condições de saúde, nomeadamente, a duração da menopausa, outros problemas de saúde física ou mental.

World Health Organization Quality of Life Assessment (WOQOL-Bref). É uma escala desenvolvida em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e abreviada em 2006, para a avaliação da qualidade de vida. Em Portugal, foi desenvolvida pelo Centro Português de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS, coordenado por Cristina Canavarró e Adriano Vaz Serra. Na sua versão abreviada, é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e uma faceta geral de QV, composta por 2 itens que avaliam a qualidade de vida geral e a perceção geral de saúde. As perguntas estão organizadas por escala de resposta como por exemplo; capacidade, frequência, intensidade e avaliação, bem como estão formuladas de forma positiva. É uma escala de autopreenchimento, do tipo *Likert* de 5 pontos, que pode variar de 1 (Nada) a 5 (Completamente Satisfeito), onde para a resposta devem ser consideradas as últimas duas semanas. Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor QV. O Instrumento original apresenta um alfa de *Cronbach* para os quatro domínios de 0.66 a 0.84, demonstrando boa consistência interna (World Health Organization, 1996). Na adaptação para a população portuguesas, apresenta índices aceitáveis de consistência interna, alfa de *Cronbach* de 0.79 para os 26 itens e para os domínios varia entre 0.64 (Relações Sociais) e 0.87 (Físico), (Vaz Serra et al., 2006). Neste estudo o alfa de *Cronbach* foi de .941 para os domínios.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), que em português é designada por *Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21)*, adaptada à população portuguesa por (Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala pretende avaliar sintomas associados à ansiedade, depressão e stress, dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. É constituída por 21 itens agrupados em três subescalas, com sete itens cada. São elas a Ansiedade, a Depressão e o Stress. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete

para sintomas emocionais negativos. É uma escala de resposta tipo *Likert* de quatro possibilidades de resposta sobre a gravidade e frequência dos sintomas na última semana (0 – “não se aplicou nada a mim”, 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. A consistência interna do instrumento original foi de 0.71 para a subescala Depressão, de .86 para a Ansiedade e de .88 para a subescala de *Stress*. Na adaptação portuguesa, a consistência interna deste instrumento foi respetivamente de 0.85 para a subescala de Depressão, de 0.74 para a de Ansiedade e de 0.81 para a de *Stress* (Pais-Ribeiro et al., 2004). Neste estudo o alfa de *Cronbach* foi de .905 para os domínios.

O *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh* (PSQI), (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989; versão Portuguesa de Del Rio João et al, 2016). Questionário que visa avaliar a qualidade do sono no mês anterior, usando o autorrelato. É um instrumento com validade e confiabilidade comprovadas e com ampla aceitação na comunidade científica. É composto por 19 questões agrupadas em 7 componentes (multifatorial), a que cada sujeito atribui uma pontuação de 0 a 3. Os componentes avaliados são: 1) qualidade subjetiva do sono; 2) latência do sono; 3) duração do sono; 4) eficiência habitual do sono; 5) alterações do sono; 6) uso de medicação para dormir; 7) disfunção diurna. As pontuações de cada componente são depois somadas, de forma a resultar uma pontuação global de 0 a 21 pontos, que permite classificar a qualidade do sono do mês anterior em “boa” ou “má” e, dessa forma, despistar eventuais perturbações do sono. Para um PSQI ≤ 5 considera-se “boa a qualidade do sono” e para um PSQI > 5 “má qualidade do sono” No que diz respeito aos dados psicométricos na validação do instrumento à população portuguesa, o valor alfa de *Cronbach* para as sete componentes é de 0,70, o que revela uma boa consistência interna (Buysse et al., 1989; Del Rio João et al., 2016). O presente estudo obteve um alfa de *Cronbach* de .782 para os sete componentes.

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), foi criada por (Narciso & Costa, 1996). É composta por 44 itens, nos quais os sujeitos avaliam a sua satisfação relativamente a duas dimensões (bifatorial) da conjugalidade: Funcionamento Conjugal e Amor. Dentro destes domínios, o instrumento permite, ainda, distinguir cinco áreas do Funcionamento Conjugal (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações

extrafamiliares e comunicação e conflitos) e cinco áreas da dimensão Amor (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade e características físicas e psicológicas). A resposta a este instrumento faz-se numa escala do tipo Likert, com os pontos 1 (Nada Satisfeito), 2 (Pouco Satisfeito), 3 (Razoavelmente Satisfeito), 4 (Satisfeito), 5 (Muito Satisfeito) e 6 (Completamente Satisfeito). Esta escala original apresenta alfas de *Cronbach* superiores a .90, nomeadamente .97 na dimensão do amor e .90 na dimensão do funcionamento (Narciso & Costa, 1996). O alfa de *Cronbach*, no presente estudo foi de .880 para a Satisfação Conjugal Global.

Análise de Dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas através do software *estatístico IBM SPSS*, versão 27.0. De forma a determinar se os princípios subjacentes à utilização dos testes paramétricos estavam presentes, procedeu-se à avaliação da normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias. Foram realizadas análises descritivas das variáveis demográficas, clínicas e psicossociais. Para descrever as variáveis contínuas foi utilizada a média e o desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas em termos de frequências absolutas e frequências relativas. Adicionalmente foi realizado o teste U de Mann-Whitney (variáveis contínuas, consoante a distribuição da amostra), para comparar as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais de mulheres na perimenopausa e pós-menopausa. Foi realizado também o teste U de Mann-Whitney para estabelecer as diferenças ao nível da ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal e qualidade de vida entre mulheres na perimenopausa e pós-menopausa (H1). Para analisar a associação entre as variáveis ansiedade, depressão, qualidade de sono, satisfação conjugal e qualidade de vida, foram analisados os coeficientes de correlação de Spearman, consoante a distribuição da amostra (H2). Para testar os preditores da qualidade de vida na menopausa (H3), foi realizado o teste de regressão linear hierárquica (método *enter*), após a análise das variáveis mais correlacionadas com a qualidade de vida. O teste de regressão linear somente foi realizado após se verificar os pressupostos subjacentes à utilização deste [valor de VIF e de tolerância e normalidade dos resíduos (Field, 2009)], e tendo em conta o tamanho da amostra. Das correlações, selecionamos as variáveis significativas para a QV na menopausa, resultando um modelo final hierárquico dos preditores. Assim, no bloco 1 foi introduzida a variável rendimento anual que estava relacionada com a respetiva QV na menopausa, e no bloco 2 foram

introduzidas as variáveis rendimento anual, ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal que estavam relacionadas de modo significativo com a QV na menopausa.

Resultados

A amostra é constituída por 76 mulheres que se encontravam na menopausa (tabela 1). A média de idade foi de 51.50, ($DP= 5.941$), a idade mínima é de 40 anos e a máxima de 65 anos. No que diz respeito à escolaridade, a maioria completou o ensino superior ($n=56, 73.7\%$). No que concerne a situação profissional, a maioria das participantes estavam empregadas ($n=59, 77.6\%$). No que diz respeito ao rendimento anual bruto do agregado familiar a maioria encontra-se com o rendimento anual inferior a 7091 euros ($n= 13, 17,1\%$). Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres é casada ($n=47, 61.8\%$), tem filhos ($n=61, 80.3\%$), possuindo a maioria entre 1 e 2 filhos ($N=45, 1.20, 59.2\%$).

Tabela 1.

Medidas descritivas das variáveis sociodemográficas

Variável	Resposta	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i> (<i>Mdn</i>)	<i>DP</i>
Idade	40 a 50 anos	36	47.4	51.50	5.941
	51 a 59 anos	31	40.8		
	Mais de 60 anos	9	11.8		
Escolaridade	6º ano	1	1.3	2.67	.661
	9º ano	6	7.9		
	12º ano	13	17.1		
	Ensino Superior	56	73.7		
Situação profissional	Desempregada	8	10.5	3.54	2.212
	Reformada	9	11.8		
	Empregada	59	77.6		
Rendimento anual	Sem rendimento	5	6.6	3.54	2.212
	Inferior a 7091	13	17.1		
	Entre 7091 e 10700 euros	11	14.5		
	Entre 10701 e 20261 euros	12	15.8		
	Entre 20262 e 25000 euros	5	6.6		
	Entre 25001 e 36856 euros	10	13.2		

	Entre 36857 e 80 000 euros	12	15.8		
	Mais de 80 000 euros	8	10.5		
Estado civil	Solteira sem relacionamento	4	5.3	6.04	1.755
	Solteira numa relação	1	1.3		
	Divorciada/separada numa relação	7	9.2		
	Viúva numa relação	3	3.9		
	Em união de fato	14	18.4		
	casada	47	61.8		
Tem filhos	Sim	61	80.3	1.20	.401
	Não	15	19.7		
Quantos filhos	1 a 2 filhos	45	59.2	1.31	.564
	3 a 4 filhos	13	17.1		
	5 a 6 filhos	3	19.7		
Mora consigo algum filho	Sim	50	65.8	1.34	.478
	Não	26	34.2		

A Tabela 2 apresenta a caracterização clínica das mulheres na menopausa e a maioria das participantes encontra-se na fase da pré-menopausa ($n=30$, 39.5%). No que diz respeito à procura de ajuda médica, 36 mulheres (47.4%), procuram ajuda e a maioria não faz nenhum tratamento para menopausa ($n=60$, 78.9%). No que se refere aos ciclos menstruais irregulares ou ausência de período, a maioria já não tinha menstruação há 12 meses ou mais ($n=45$, 59.2%), e a média da idade da última menstruação destas mulheres foi de 47.45 ($DP=5.481$), sendo o mínimo 32 anos e o máximo 58 anos. Em relação à prática de desporto ou atividade física regular, a maioria não praticava desporto ou atividade física regular ($n=41$, 53.9%).

Tabela 2.

Medidas descritivas das variáveis clínicas

Variável	Resposta	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i> (<i>Mdn</i>)	<i>DP</i>
Tem alguma doença crónica	Sim	24	31.6	1.68	.468
	Não	52	68.4		

Qual doença	Doença endócrinas e metabólicas	9	11.8	2.26	1.096
	Doenças digestivas	1	1.3		
	Doenças Reumáticas	11	14.5		
	Doenças respiratórias	2	2.6		
Doença cardiovascular	Sim	5	6.6	1.93	.250
	Não	71	93.4		
Doença neurológica	Sim	3	3.9	1.96	.196
	Não	73	96.1		
Parkinson, epilepsia ou outra	Sim	1	1.3	1.99	.115
	Não	75	98.7		
Doença oncológica	Sim	1	1.3	1.99	.115
	Não	75	98.7		
Asma ou bronquite	Sim	4	5.3	1.95	.225
	Não	72	94.7		
Depressão moderada grave	Sim	10	13.2	1.87	.340
	Não	66	86.8		
Outra	Doenças psicossociais	1	1.3	3.31	1.797
	Doenças ginecológicas	3	3.9		
Considera que está em	Pré-menopausa	30	39.5	.88	.816
	Menopausa	25	32.9		
	Pós-menopausa	21	27.6		
Cirurgia ginecológica	Sim	5	6.6	1.93	.250
	Não	71	93.4		
Problema hormonal interfira menstruação	Sim	4	5.3	2.31	1.169
	Não	72	94.7		
Procurou ajuda médica	Sim	36	47.4	1.53	.503
	Não	40	52.6		
Faz tratamento menopausa	Nenhum	60	78.9	.30	.633
	Outro	9	11.8		

	Terapia hormonal de substituição	7	9.2		
Outro	Tratamentos naturais	4	5.3		
	Reposição hormonal	2	2.6		
	Tratamentos ginecológicos	3	3.9		
Nos últimos 12 meses teve ciclos irregulares	Sim	14	18.4	2.04	.642
	Não, já não tenho menstruação há 12 meses ou mais	45	59.2		
	Não, ainda tenho menstruação regular	17	22.4		
Qual idade última menstruação	32 a 39	4	5.3	47.45	5.481
	40 a 49	26	34.2		
	50 a 58	19	25		
Desporto ou atividade física	Sim	35	46.1	1.54	.502
	Não	41	53.9		

A tabela 3 apresenta a descrição das variáveis psicossociais. De acordo com os resultados, podemos verificar que as participantes possuem níveis mais elevados de depressão ($M=5.30$; $DP=5.67$), em detrimento a ansiedade ($M=4.57$; $DP=5.21$). No que diz respeito a qualidade de vida, podemos confirmar que as mulheres apresentaram mais qualidade de vida psicológica ($N=73.38$; $DP=19.37$).

Tabela 3.

Medidas descritivas das variáveis psicossociais (N=76)

Variável	$M (DP)$	$Mín. (Máx.)$
Ansiedade	4.57 (5.21)	0 (21)
Depressão	5.30 (5.67)	0 (21)

Qualidade do sono	9.68 (3.38)	4 (17)
Satisfação conjugal	191.9 (48.8)	69 (258)
Qualidade de vida física	72.55 (21.50)	0 (100)
Qualidade de vida psicológica	73.38 (19.37)	9 (100)

A tabela 4 apresenta o resultado do teste *U* de *Mann Whitney* para as diferenças entre mulheres na peri e na pós menopausa ao nível da ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal na qualidade de vida. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres na peri e na pós-menopausa nas variáveis depressão ($U=192.500, p=.118$), qualidade do sono ($U=234.000, p=.527$), satisfação conjugal ($U=248.000, p=.748$), qualidade de vida física ($U=214.000, p=.284$), qualidade de vida psicológica ($U=185.000, p=.086$), mas foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na variável ansiedade ($U=160.500, p=.022$), em que as mulheres na peri menopausa relataram níveis mais elevados de ansiedade quando comparadas com as mulheres na pós-menopausa. Embora não tenha havido mais diferenças estatisticamente significativas, pode-se verificar na ordem média que os níveis de depressão, de qualidade do sono (pior qualidade do sono) e de satisfação conjugal foram mais elevados nas mulheres que se encontraram na perimenopausa. Do mesmo modo, analisando a ordem média, as mulheres no estágio da pós-menopausa reportaram níveis mais elevados nas variáveis qualidade de vida física e psicológica.

Tabela 4.

Diferenças entre Mulheres na Menopausa ao Nível de ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal e a qualidade de vida

Variável	Perimenopausa (n=25)	Pós-menopausa (n=21)	<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>		
Ansiedade	27.58	18.64	160.500	.022
Depressão	26.30	20.17	192.500	.118
Qualidade do sono	24.64	22.14	234.000	.527
Satisfação conjugal	24.08	22.81	248.000	.748
QV física	21.56	25.81	214.000	.284
QV psicológica	20.40	27.19	185.000	.086

Nota. QV física = qualidade de vida física; QV psicológica = qualidade de vida psicológica.

A tabela 5 apresenta o resultado da relação entre as variáveis ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal, e qualidade de vida física e psicológica. Os resultados permitem verificar que existe uma relação negativa e significativa entre a qualidade de vida física e as variáveis ansiedade ($r_s = -.682$; $p < .01$), depressão ($r_s = -.524$; $p < .01$), e pior qualidade do sono ($r_s = -.692$; $p < .01$). A satisfação conjugal não apresentou uma relação significativa com a qualidade de vida física ($r_s = .222$; $p > .05$). Do mesmo modo, verificou-se uma relação negativa e significativa entre a qualidade de vida psicológica e as variáveis ansiedade ($r_s = -.761$; $p < .01$), depressão ($r_s = -.725$; $p < .01$) e pior qualidade do sono ($r_s = -.654$; $p < .01$). A satisfação conjugal apresenta uma relação positiva e significativa com a qualidade de vida psicológica ($r_s = .479$; $p < .01$).

Tabela 5.

Correlações entre a ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal e a qualidade de vida

	1	2	3	4	5	6
1 Ansiedade	-	.775**	.729**	-.178	-.682**	-.761**
2 Depressão	.775**	-	.656**	-.271*	-.524**	-.725**
3 Qualidade do sono	.729**	.656**	-	-.285*	-.692**	-.654**
4 Satisfação conjugal	-.178	-.271*	-.285*	-	.222	.479**
5 Qualidade de vida física	-.682**	-.524**	-.692**	.222	-	.620**
6 Qualidade de vida psicológica	-.761**	-.725**	-.654**	.479**	.620**	-

** $p < .01$; * $p < .05$.

A Tabela 6 apresenta os resultados dos modelos de regressão linear múltipla para a qualidade de vida física e psicológica. No que diz respeito à qualidade de vida física, foi realizado um modelo de regressão hierárquico com dois blocos. No bloco 1, foi incluído o rendimento anual, revelando ser um modelo estatisticamente significativo [$F(1, 74) = 14.851$, $p < .05$], explicando 16.7 % da variância da qualidade de vida física ($R^2 = .167$). No bloco 2, foram incluídas as variáveis ansiedade, depressão, pior qualidade do sono e a satisfação conjugal cuja

Constante	55.326	4.674		11.837	67.636	4.370		15.478
Rendimento	4.324	1.122	.409	3.854*	1.151	1.049	.127	1.098
F	(1, 74) = 14.851				(1, 74) = 1.205			
R ²	.167				.016			
Bloco 2								
Constante	82.684	6.297		13.132	82.860	4.872		17.006
Rendimento	3.457	.836	.327	4.136	-.007	.647	-.001	-.010
Ansiedade	-1.630	.618	-.358	-2.636*	-1.652	.479	-.422	-3.452*
Depressão	.274	.572	.064	.478	-.591	.442	-.161	-1.336
Qualidade do sono	-2.225	.602	-.405	-3.697*	-1.075	.466	-.227	-2.309*
Satisfação conjugal	-.011	.021	-.043	-.523	.047	.016	.211	2.842*
FChange	(4, 70) = 16.790				(4, 70) = 32.552			
R ²	.575				.512			
ΔR^2	.408				.496			

* $p < .05$.

Discussão

O presente estudo focou-se na qualidade de vida em mulheres na menopausa e analisou as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal e qualidade de vida na menopausa.

Assim sendo, o presente estudo é constituído por 76 mulheres que se encontram na menopausa, e a idade mínima das mulheres foi de 40 anos e a máxima de 65 anos. Os resultados mostram que a maioria completou o ensino superior, estavam empregadas, e tem rendimento anual bruto do agregado familiar inferior a 7091 euros. Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres é casada e a maioria também possui filhos. Estes resultados são corroborados pela literatura, que relata como fatores relevantes para a qualidade de vida da mulher na menopausa, a idade, a renda familiar, a escolaridade e estar casada ou viver com um companheiro (Gonçalves et al., 2018). Estudos realizados com mulheres de 40 a 65 anos na menopausa relatam que estar divorciada/separada, com baixa escolaridade e renda familiar, apresentam pior qualidade de vida (Piuzana et al., 2021). No que se refere à situação conjugal,

constatou-se que as mulheres solteiras ou sem companheiro apresentaram maior prevalência de depressão (Gonçalves et al., 2018).

A maioria das participantes encontra-se na fase da peri-menopausa. No que diz respeito à procura de ajuda médica (47.4%), procuram ajuda e a maioria não faz nenhum tratamento para menopausa (78.9%). No que se refere aos ciclos menstruais irregulares ou ausência de período, a maioria já não tinha menstruação há 12 meses ou mais (59.2%), e a média da idade da última menstruação destas mulheres foi de 47.45, sendo o mínimo de 32 anos e o máximo de 58 anos, e a maioria não praticava desporto ou atividade física (53.9%). De facto, a literatura relata que a maioria das mulheres não procuram ajuda médica ou realizam tratamento para a menopausa (Piuzana et al., 2021). Muitas mulheres com sintomas vasomotores procuram opções de tratamento não hormonal e não farmacológicas (Shepherd-Banigan et al., 2017). A literatura relata que quando a menopausa acontece antes dos 40 anos é chamada de precoce e, depois dos 55 anos é denominada tardia (Lins et al., 2020; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2016). Estudos relatam que a prática de desporto ou atividade física regular contribuem para uma melhor qualidade de vida e que também ajudam a minimizar os sintomas do climatério (Bener et al., 2016; Forner & Alves, 2019; Shepherd-Banigan et al., 2017).

Em relação as variáveis psicossociais, podemos verificar que neste estudo as participantes possuem níveis mais elevados de depressão, em detrimento a ansiedade. No que diz respeito a qualidade de vida, podemos confirmar que as mulheres apresentaram mais qualidade de vida psicológica. Outros pesquisadores avaliaram num estudo com 93 mulheres na menopausa que a ansiedade teve 53,7% e apresenta níveis mais elevados do que a depressão, que é de 36,8% (Polisseni et al., 2009). Do mesmo modo, um estudo com 113 participantes concluiu que a depressão, a ansiedade e o uso de medicamentos agravam a qualidade de vida física e psicológica das mulheres no climatério (Serpa et al., 2016).

Este estudo permitiu verificar uma diferença significativa na variável ansiedade ao comparar mulheres na peri e na pós-menopausa, sendo que as mulheres na perimenopausa relataram níveis mais elevados de ansiedade. Adicionalmente, analisando a ordem média, verificam-se diferenças não significativas do ponto de vista estatístico, sendo que as mulheres na perimenopausa reportaram valores superiores nas variáveis de depressão, qualidade do sono (pior qualidade do sono), e satisfação conjugal no estágio da perimenopausa. As mulheres no estágio da pós-menopausa apresentaram níveis mais elevados nas variáveis qualidade de vida física e psicológica. Estes resultados são corroborados pela literatura, que refere que a mulher por volta dos 50 anos de idade vivencia uma variedade de sintomas, inclusive neuropsiquiátricos, e em particular a ansiedade, e que esses sintomas comprometem a

qualidade de vida física e psicológica (Wada et al., 2018). As mulheres são mais suscetíveis a desenvolver perturbação de ansiedade do que os homens, especialmente as que estão no estágio da menopausa (Monteleone et al., 2018; Wada et al., 2018). A literatura relata que a tontura está altamente associada a ansiedade em mulheres na peri e pós-menopausa (Terauchi et al., 2018). Outros pesquisadores avaliaram num estudo com 819 mulheres climatéricas (pré, peri e pós-menopausa), assistidas pela Estratégia Saúde da Família, e verificaram que as mulheres relataram que os fatores associados à perda da qualidade de vida foram a idade avançada, sintomas climatéricos, ansiedade e depressão moderados a intensos (Lima et al., 2019).

A literatura relata que a perimenopausa é um período de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos, e está fortemente associada ao aparecimento de sintomas de ansiedade e de depressão em mulheres sem história prévia de doença mental, e podem estar relacionadas aos sintomas do climatério associados a presença de outros fatores de risco, como elevado índice de massa corpórea, antecedentes de Síndrome de Tensão Pré-menstrual (TPM), distúrbios do sono, desemprego e estado marital, em comparação as mulheres na pós-menopausa (Polisseni et al., 2009).

Este estudo permitiu verificar que houve uma relação negativa e significativa entre a qualidade de vida e as variáveis de ansiedade, depressão, pior qualidade do sono, e uma relação positiva e significativa entre a qualidade de vida e a satisfação conjugal. Na literatura os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados com uma pior qualidade de vida na menopausa (Monteleone et al., 2018; Piuzana et al., 2021). As mulheres relatam duas vezes mais distúrbios do sono do que os homens e isso pode estar associado às alterações hormonais e ao envelhecimento (Piuzana et al., 2021). Com o tempo essas dificuldades aumentam na pós-menopausa apresentando fadiga, sintomas depressivos e pior qualidade do sono. Isso pode ser explicado devido a teoria cascata, na qual o sintoma climatérico de ondas de calor pode levar a problemas relacionados a depressão e a distúrbios do sono, acarretando pior qualidade de vida (Monteleone et al., 2018; Piuzana et al., 2021).

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Yazdanpanahi e col. (2018), que realizou uma amostra com 310 mulheres que indicou que houve uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade e a depressão, ou seja, quanto maior a ansiedade e a depressão, menor a qualidade de vida da mulher na menopausa, podendo afetar outras áreas como a relação conjugal (Yazdanpanahi et al., 2018). Outro estudo com 471 mulheres japonesas na peri e pós-menopausa mostrou que a tontura está altamente relacionada com à ansiedade e com os sintomas da menopausa (Terauchi et al., 2018). Sintomas depressivos e insônia estão

positivamente relacionados e afetam negativamente o trabalho e a qualidade de vida da mulher na menopausa (Humeniuk et al., 2019).

Outros investigadores relacionaram os sintomas da menopausa com a depressão e verificaram que há uma relação significativa entre ambas mostrando uma maior frequência de sono insatisfatório durante a transição da menopausa (Smith et al., 2018). A revisão da literatura indica uma relação positiva e significativa entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida e mostrou que as mulheres mais jovens, que se encontram nos estádios iniciais da menopausa (pré e peri menopausa), têm uma qualidade de vida superior do que as que se encontram em idades mais avançadas da menopausa (Pinheiro & Costa, 2020). Foi concluído que ter uma qualidade de vida superior em todas as dimensões está associada a maior satisfação conjugal (Pinheiro & Costa, 2020). Outro estudo realizado com 100 mulheres e seus maridos no Irão, que participaram de uma intervenção de programa educacional para casais, mostrou que aumentou a satisfação conjugal das mulheres no período de transição da menopausa (Yoshany et al., 2017). Do mesmo modo, um estudo com 1321 mulheres mostrou que um baixo nível de problemas psicológicos estão relacionados com estilos de vida mais saudáveis (Jalava-Broman et al., 2019).

Por fim, quando analisado o impacto das variáveis sociodemográficas e psicossociais na qualidade de vida física e psicológica, esperava-se que a ansiedade, depressão, e pior qualidade de sono fossem preditores negativos da qualidade de vida física e psicológica, e que o rendimento anual e a satisfação conjugal fossem preditores positivos da qualidade de vida física e psicológica na menopausa. Esta hipótese foi parcialmente confirmada.

Neste estudo apenas a ansiedade e a pior qualidade do sono mostraram ser preditores negativos da qualidade de vida. O rendimento anual mostrou ser um preditor positivo e a satisfação conjugal não mostrou ser um preditor significativo da qualidade de vida.

De facto, a literatura relata que o risco de sintomas de ansiedade é quase duas ou três vezes maior em mulheres que estão na transição da menopausa do que em mulheres na pré-menopausa (Kim, 2020). As mulheres que estão na pós-menopausa passam por mudanças biológicas e psicológicas consideráveis e isso pode estar associado a diminuição nos níveis de estrogénio, o que além de reduzir a qualidade de vida, essas mudanças nos hormônios, que ocorrem na menopausa, podem contribuir para desenvolver problemas mentais (Kim, 2020).

Por exemplo, no estudo realizado por Kim (2020), numa amostra com 644 mulheres na perimenopausa e 459 mulheres na pós-menopausa com idades entre 40-60, verificou-se que os sintomas de ansiedade são um preditor negativo e significativo da qualidade de vida. Além disso, a pior qualidade do sono prediz problemas de humor e isso pode ser explicado devido

aos vários sintomas da menopausa, que podem potencialmente influenciar o humor e aumentar a ansiedade por meio de distúrbios do sono (Kim, 2020). Do mesmo modo, estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Humeniuk et al.(2019), com uma amostra de 287 mulheres, onde se concluiu que prevenir a ocorrência e o tratamento dos sintomas da menopausa, distúrbios do sono e do humor, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida (Humeniuk et al., 2019).

No que concerne o resultado relativo ao rendimento anual, vários autores demonstram que a renda familiar elevada é preditor de maior qualidade de vida (Dąbrowska-Galas et al., 2019; Fernández & Costa, 2021; Ganapathy & Furaikh, 2018). A satisfação com o rendimento tem influência na qualidade de vida das mulheres na menopausa e esses achados sugerem que a renda é um fator importante e que tem uma relação linear com uma boa alimentação e que pode proporcionar uma melhor qualidade na saúde (Ganapathy & Furaikh, 2018). Outro estudo com uma amostra de 294 mulheres na menopausa concluiu que ter uma situação económica favorável está relacionada com uma melhor qualidade de vida na mulher na menopausa (Dąbrowska-Galas et al., 2019). Sendo assim, a qualidade de vida da mulher na menopausa não está associada apenas a uma variável, mas sim a um conjunto de fatores. O modelo biopsicossocial foi considerado como o mais abrangente para compreender a menopausa e os fatores associados, e também é um modelo que leva em conta os aspetos biológicos, cognitivos e sociais, culturais e psicossociais, ou seja, este modelo defende que o impacto da menopausa é determinado à luz de múltiplos contextos (Fernández & Costa, 2021).

Como acontece em qualquer investigação, o presente estudo apresenta algumas limitações importantes. Em primeiro lugar destaca-se como principal limitação do presente estudo, o facto de ter surgido a pandemia durante o processo de recolha de dados, uma vez que o tempo de resposta por parte das entidades foi mais longo, tendo havido respostas positivas, quando já decorria a análise de dados, e outras não terem podido ajudar, dado que o contacto presencial não foi permitido e o preenchimento *online* nem sempre foi possível, devido à reorganização das instituições face ao COVID-19. Em segundo lugar a participação neste estudo teve por base questionários de autorrelato, pelo que as respostas podem ter sido influenciadas pela desejabilidade social. Por fim, o facto deste estudo ser um estudo transversal é outra limitação, dado que não é possível estabelecer relações causais. Estudos futuros com amostras maiores são necessários para uma melhor generalização dos dados. Assim, seria importante em estudos futuros usar um *design* longitudinal para examinar o impacto das variáveis psicológicas em mulheres nos diferentes estádios na menopausa. Estudos futuros

deverão também incluir o companheiro, e a considerar a perspectiva percepção relativamente à satisfação conjugal.

Em suma, o presente estudo permitiu verificar que houve diferenças significativas entre mulheres na peri e pós-menopausa ao nível da ansiedade e diferenças não significativas nas variáveis de depressão, qualidade do sono, satisfação conjugal, que afetam a qualidade de vida física e psicológica durante a fase da menopausa. Permitiu também concluir que a ansiedade, a depressão e a pior qualidade do sono, se encontraram relacionadas com a pior qualidade de vida, e a satisfação conjugal relaciona-se com uma melhor qualidade de vida. Adicionalmente, a ansiedade e a pior qualidade do sono mostraram ser preditores negativos da qualidade de vida física e psicológica, a sugerir que as pontuações mais elevadas na ansiedade e na pior qualidade do sono equivalem a pior qualidade de vida física e psicológica. O rendimento anual revelou ser um preditor significativo para uma melhor qualidade de vida física. No geral, estes resultados fornecem um contributo adicional para o papel das variáveis psicossociais como determinantes da saúde nas mulheres na menopausa.

As intervenções de educação em saúde são uma das estratégias para a promoção da saúde, para ajudar as mulheres na gestão dos sintomas da menopausa, e tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida física e psicológica (Morowatisharifabad et al., 2019). Além disso, a maioria das mulheres na menopausa não tem informações adequadas sobre os sintomas, e não estão cientes das estratégias para controlar seus efeitos colaterais, e com isso, poder mudar a qualidade de vida física, psicológica e social. Portanto, a psicoeducação pode ser eficaz na redução dos custos de tratamentos e cuidados médicos, e além disso, os cônjuges podem participar para ajudar na melhoria do suporte social para as suas esposas. O programa de intervenção também atua como um guia para os profissionais de saúde, para ajudá-los a melhorar o atendimento às mulheres na menopausa (Morowatisharifabad et al., 2019).

A partir dos resultados obtidos observamos que é importante intervir nas mulheres em estádios da menopausa, podendo os profissionais da saúde, tal como os ginecologistas, os psiquiatras e os psicólogos, desempenharem um papel central com o objetivo de aumentar a oferta de tratamentos para a sintomatologia de ansiedade e alterações do sono, e assim poder contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres na menopausa.

Referências Bibliográficas

- Afshari, P., Manochehri, S., Tadayon, M., Kianfar, M., & Haghhighizade, M. (2015). Prevalence of depression in postmenopausal women. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 4(3), 0–5. <https://doi.org/10.5812/jjcdc.27521v2>
- Albuquerque, G. P. M., Abrão, F. M. da S., Almeida, A. M., Alves, D. L. R., Andrade, P. de O. N., & Costa, A. M. (2019). Quality of life in the climacteric of nurses working in primary care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 154–161. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0306>
- Azizi, M., Fooladi, E., Abdollahi, F., & Elyasi, F. (2018). Biopsychosocial risk factors of depression in the menopausal transition: a narrative review. In *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* (Vol. 12, Issue 4). Kowsar Medical Publishing Company. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.12928>
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and sleep disorders in the menopausal transition. In *Sleep Medicine Clinics* (Vol. 13, Issue 3, pp. 443–456). <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.04.011>
- Bener, A., Saleh, N., Bakir, A., & Bhugra, D. (2016). Depression, anxiety, and stress symptoms in menopausal arab women: Shedding more light on a complex relationship. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 6(4), 224. https://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_341_15
- Bravo, E. P., Águila, N. R., Benítez, C. A. C., Rodríguez, D. S., Delgado, A. J. G., & Centeno, A. D. (2019). Factores biológicos y sociales que influyen en la salud de la mujer durante el climaterio y la menopausia. *MediSur*, 17(5), 719–727. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180061640013>
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Costa, E., Castanheira, E., Moreira, L., Correia, P., Ribeiro, D., & Pereira, M. G. (2020). Predictors of emotional distress in pregnant women: The mediating role of relationship intimacy. *Journal of Mental Health*, 29(2), 152–160. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417545>
- Crema, I. L., Tilio, R. De, & Campos, M. T. de A. (2017). Repercussões da menopausa para a sexualidade de idosas: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 753–769. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003422016>

- Dąbrowska-Galas, M., Dąbrowska, J., & Michalski, B. (2019). Sexual dysfunction in menopausal women. *Sexual Medicine*, 7(4), 472–479. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.06.010>
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial : Um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60–72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>
- Del Rio João, K. A., Becker, N. B., de Neves Jesus, S., & Isabel Santos Martins, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247, 225–229. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.042>
- 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>
- Esmacilzadeh, S., Delavar, M. A., Nouri, H., Mashayekh-Amiri, S., Ahmadi, N., & Namdar, R. (2020). Examination of associations between personality traits, and polymorphisms of MAO-A and 5-HTT with the severity of menopausal symptoms and depression levels. *Biomedical Reports*, 12(5), 259–266. <https://doi.org/10.3892/br.2020.1287>
- Feltrin, R. B., & Velho, L. (2016). Representações do corpo feminino na menopausa: Estudo etnográfico em um hospital-escola brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 22, 148–174. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.07.a>
- Fernández, M., & Costa, E. (2021). Menopausa: preditores da qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(01), 284–301. <https://doi.org/10.15309/21psd220124>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3 ed.). Sage Publications.
- Forner, F. C., & Alves, C. F. (2019). Uma revisão de literatura sobre os fatores que contribuem para o envelhecimento ativo na atualidade. *Revista Universo Psi*, 1(1), 150–174. <https://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1344/846>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª Ed.). Lusodidacta.
- Ganapathy, T., & Furaikh, S. S. Al. (2018). Health-related Quality of Life among Menopausal Women. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 6(1), 16–23. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_122_17
- Gonçalves, A. M. C., Teixeira, M. T. B., Gama, J. R. de A., Lopes, C. S., e Silva, G. A., Gamarra, C. J., Duque, K. de C. D., & Machado, M. L. S. M. (2018). Prevalence of depression and associated factors in women covered by family health strategy. *Jornal*

- Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2), 101–109. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>
- Guerra, H. S., Filho, H. de S. P., Uliana Filho, I. I., & Perim, L. V. (2018). Análise de prontuários de mulheres na pós-menopausa quanto a investigação de osteoporose. *Revista Educação Em Saúde*, 6(2), 49–55. <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i2.p49-55>
- Humeniuk, E., Bojar, I., Gujski, M., & Raczkiewicz, D. (2019). Effect of symptoms of climacteric syndrome, depression and insomnia on self-rated work ability in peri- and postmenopausal women in non-manual employment. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(4), 600–605. <https://doi.org/10.26444/aaem/112838>
- Jafarbegloo, E., Bakouei, S., & Dadkhahtehrani, T. (2017). Marital Satisfaction in Menopausal Women with and without Sexual Dysfunction. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 5(4), 1053–1058. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2017.8898>
- Jalava-Broman, J., Junttila, N., Sillanmäki, L., Mäkinen, J., & Rautava, P. (2019). Psychological behavior patterns and coping with menopausal symptoms among users and non-users of hormone replacement therapy in Finnish cohorts of women aged 52–56 years. *Maturitas*, 133(2020), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.12.009>
- Jesus, A. M. D., Falcão, M. P. H., Fernandes, M. S. R., Dias, H., & Coutunho, E. (2020). Estratégias promotoras de uma saúde sexual à mulher/casal na menopausa/climatério: Uma scoping review. *Revista UIIPS*, 8(1), 321–332. <https://doi.org/10.25746/RUIIPS.V8.I1.19903>
- Jones, H. J., Zak, R., & Lee, K. A. (2018). Sleep disturbances in midlife women at the cusp of the menopausal transition. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(7), 1127–1133. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7208>
- Jorge, I. F. F. (2017). *Qualidade de vida em mulheres na menopausa* [(Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia), Universidade do Minho]. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49273/1/Iolanda Fátima Fernandes Jorge.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49273/1/Iolanda%20Fátima%20Fernandes%20Jorge.pdf)
- Khayum, M. A., Moraga-Amaro, R., Buwalda, B., Koole, M., Den Boer, J. A., Dierckx, R. A. J. O., Doorduyn, J., & De Vries, E. F. J. (2020). Ovariectomy-induced depressive-like behavior and brain glucose metabolism changes in female rats are not affected by chronic mild stress. *Psychoneuroendocrinology*, 115, 104610. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104610>
- Kim, K. (2020). Identifying the factors that affect depressive symptoms in middle-aged menopausal women: a nationwide study in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228505>

- Lee, J., Han, Y., Cho, H. H., & Kim, M.-R. (2019). Sleep disorders and menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(2), 83. <https://doi.org/10.6118/jmm.19192>
- Lima, A. M., Rocha, J. S. B., Reis, V. M. C. P., Silveira, M. F., Caldeira, A. P., Freitas, R. F., & Popoff, D. A. V. (2019). Loss of quality of sleep and associated factors among menopausal women. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 24(7), 2667–2678. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.19522017>
- Lins, L. M. R., Regis, B. C., Fernandes, A. S. T., Oliveira, G. M. de F., Araujo, I. M. de, Agra, I. K. R., Lopes, L. P., & Cruz, C. M. da. (2020). Impactos da menopausa na saúde da mulher / Impacts of menopause on women's health. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 12018–12031. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-053>
- Manica, J., Bellaver, E. H., & Zancanaro, V. (2018). Efeitos das terapias na menopausa: Uma revisão narrativa da literatura. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(1), 82. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i1.2064.p82-88.2019>
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause - global prevalence, physiology and implications. In *Nature Reviews Endocrinology* (Vol. 14, Issue 4, pp. 199–215). <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Morowatisharifabad, M., Yoshany, N., Bahri, N., Sharma, M., Jambarsang, S., & Karimiankakolaki, Z. (2019). Effects of an educational intervention based on the multi-theory model on promoting the quality of life in postmenopausal women: a protocol. *Menopausal Review*, 18(3), 153–160. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.90808>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115–130. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15550/2/83473.pdf>
- Nayak, S., Binil, V., & Christabel, S. (2019). Depressive symptoms and bio-psychosocial problems among postmenopausal women of udupi district, Karnataka, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 13(1), 4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/38164.12455>
- Nazarpour, S., Simbar, M., & Tehrani, F. R. (2016). Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.06.001>
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12955-017->

0818-2

- Owsianowska, J., Kamińska, M. S., Bosiacki, M., Chlubek, D., Karakiewicz, B., Jurczak, A., Stanisławska, M., Barczak, K., & Grochans, E. (2020). Depression, changes in peripheral blood cell count, and changes in selected biochemical parameters related to lead concentration in whole blood (Pb-B) of women in the menopausal period. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, *61*, 126501. <https://doi.org/10.1016/j.jtemb.2020.126501>
- Pais-Ribeiro, J. L., 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*(2), 229–239. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>
- Paszkowski, T., & Skrzypulec-Plinta, V. (2018). Assessment of quality of life in women using Femelis Meno. *Przegląd Menopauzalny*, *17*(2), 77–85. <https://doi.org/10.5114/pm.2018.77306>
- Pathak, J. S., & Pottal-Ray, S. (2017). A study assess the menopausal sign & symptoms, coping strategies & experiences of women who have attained menopause in selected areas of Pune city. *International Journal of Applied Research*, *3*(10), 187–201. www.allresearchjournal.com
- Peixoto, C., Carrilho, C. G., Ribeiro, T. T. de S. B., Silva, L. M., Gonçalves, E. A., Fernandes, L., Nardi, A. E., Cardoso, A., & Veras, A. B. (2019). Relationship between sexual hormones, quality of life and postmenopausal sexual function. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(2), 136–143. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0057>
- Pengo, M. F., Won, C. H., & Bourjeily, G. (2018). Sleep in women across the life Span. In *Chest* (Vol. 154, Issue 1, pp. 196–206). <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.04.005>
- Perone, G. A., Ferraz, T. M. M., Pinheiro, V. A., & Jeneral, R. B. R. (2019). Percepção das mulheres no climatério em relação à sexualidade, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à qualidade da assistência pelos profissionais da saúde. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, *21*(2), 77–82. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2019v21i2a7>
- Pessa, M. E., Janes, F., Gigli, G. L., & Valente, M. (2019). Sleep disorders in menopause: Review of the Literature and occurrence through menopausal stages. *Health*, *11*(05), 472–488. <https://doi.org/10.4236/health.2019.115041>
- Pinheiro, F., & Costa, E. (2020). Menopausa: preditores da satisfação conjugal. *Psicologia, Saúde & Doença*, *21*(2), 322–342.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/20psd210208>

- Piuzana, E. D. F., Hibner, M. E. R. B., Monteiro, M. B., Santos, E. C., Reis, M. F. dos R., Mota, M. P. S., & Almeida, A. M. (2021). Qualidade de vida e sintomas climatéricos em mulheres de meia-idade que não estão em uso de terapia hormonal. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 5(1), 2–7. <http://faculdade.feluma.org.br/ojs/index.php/ricm/article/view/334/107>
- Polisseni, Á. F., Araújo, D. A. C. de, Polisseni, F., Mourão Junior, C. A., Polisseni, J., Fernandes, E. S., & Guerra, M. de O. (2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: Fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(1), 28–34. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032009000100006>
- Portela, L. P. R., Silva, L. D. C., Rodrigues, T. F., Oliveira, L. M. N. de, & Mazullo Filho, J. B. R. (2017). Análise da qualidade do sono em Mulheres climatéricas ativas e sedentárias. *ConScientiae Saúde*, 16(2), 274–280. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v16n2.7328>
- Post, R. J., & Warden, M. R. (2018). Melancholy, anhedonia, apathy: the search for separable behaviors and neural circuits in depression. In *Current Opinion in Neurobiology* (Vol. 49, pp. 1–9). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2018.02.018>
- Robaina, J. R., Lopes, C. S., Rotenberg, L., & Faerstein, E. (2015). Fatores psicossociais e socioeconômicos relacionados à insônia e menopausa: Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 31(3), 597–606. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045014>
- Rudnicki, T., Sanchez, M. M., Cerqueira, A. T. de A. R., Pereira, A. S., Neves Neto, A. R., Martins, C. G. B., Neufeld, C. B., Figueiredo, C., Mendes-Chiloff, C. L., Silva, D. C., Remor, E., Miyazaki, E. S., Albuquerque, E. N., Meyer, E., Grauss, F., Simões, J., Branco, L. M., Barbosa, L. N. F., Maciel, L. Z., ... Paduan-Lozano, V. C. (2020). *Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (2.ed.). Sinopsys.
- Schneider-Matyka, D., Jurczak, A., Samochowiec, A., Karakiewicz, B., Szkup, M., Grzywacz, A., & Grochans, E. Z. (2016). Analysis of personality traits and their influence on the quality of life of postmenopausal women with regard to genetic factors. *Annals of General Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0110-6>
- Serpa, M. A., Lima, A. A., Guimarães, A. C. P., Carrilo, M. R. G. G., Coura-Vital, W., & Veloso, V. M. (2016). Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. *Reprodução e Climatério*, 31(2), 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2016.04.001>
- Shepherd-Banigan, M., Goldstein, K. M., Coeytaux, R. R., McDuffie, J. R., Goode, A. P., Kosinski, A. S., Van Noord, M. G., Befus, D., Adam, S., Masilamani, V., Nagi, A., &

- Williams, J. W. (2017). Improving vasomotor symptoms; psychological symptoms; and health-related quality of life in peri- or post-menopausal women through yoga: An umbrella systematic review and meta-analysis. In *Complementary Therapies in Medicine* (Vol. 34, pp. 156–164). <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.08.011>
- Smith, R. L., Flaws, J. A., & Mahoney, M. M. (2018). Factors associated with poor sleep during menopause: results from the Midlife Women’s Health Study. *Sleep Medicine*, 45, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.01.012>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). Consenso Nacional sobre Menopausa. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*, 157. https://www.spginecologia.pt/uploads/Consenso_Menopausa_2016.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2019). *Conhecimentos e perceção sobre menopausa em mulheres dos 45-60 anos*. https://gedeonrichter.pt/wp-content/uploads/2019/04/Gedeon_Richter_LIVRO_MENOPAUSA_2018-2.pdf
- Süss, H., & Ehlert, U. (2019). Psychological resilience during the perimenopause. *Maturitas*, 131(2020), 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.10.015>
- Szadowska-Szlachetka, Z. C., Stasiak, E., Leziak, A., Irzmańska-Hudziak, A., Łuczyk, M., Stanisławek, A., Ślusarska, B., & Domżał-Drzewicka, R. (2019). Intensity of menopausal symptoms and quality of life in climacteric women. *Przegląd Menopauzalny*, 18(4), 217–221. <https://doi.org/10.5114/pm.2019.93113>
- Terauchi, M., Odai, T., Hirose, A., Kato, K., Akiyoshi, M., Masuda, M., Tsunoda, R., Fushiki, H., & Miyasaka, N. (2018). Dizziness in peri- and postmenopausal women is associated with anxiety: A cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-018-0140-1>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simoes, M. R., Perfira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31–40. http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/713/1/Estudos_Psicométricos_do_Instrumento_de_Avaliação_da_Qualidade_de_Vida_....pdf
- Wada, T., Sameshima, A., Yonezawa, R., Morita, M., Sawakawa, K., Tsuneki, H., Sasaoka, T., & Saito, S. (2018). Impact of central and peripheral estrogen treatment on anxiety and depression phenotypes in a mouse model of postmenopausal obesity. *PLOS ONE*, 13(12), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209859>
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of

life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59–65.
<https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF*.
https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1

Yazdanpanahi, Z., Nikkholgh, M., Akbarzadeh, M., & Pourahmad, S. (2018). Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, 2015. *Journal of Family and Community Medicine*, 25(2), 82.
https://doi.org/10.4103/jfcm.jfcm_117_17

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>

Anexos

Anexo 1**Pedido de autorização do instrumento (PSQI-PT)**

Início da mensagem encaminhada:

De: karina del rio <delriokarina@gmail.com>

Assunto: Re: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Data: 5 de junho de 2020 11:50:40 GMT+1

Para: Deyse Rodrigues <deysepsicanalista@gmail.com>

Bom dia,

Agradeço o seu interesse no nosso trabalho. Envio-lhe o instrumento e as instruções. Continuação de bom trabalho.

Melhores cumprimentos,

Karine Del Rio

A quinta, 4/06/2020, 14:46, Deyse Rodrigues <deysepsicanalista@gmail.com> escreveu:
Boa tarde, Senhora Karine Del Rio João.

Meu nome é Deyse Soares e sou estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde na Universidade Católica - Braga, e estou necessitando da autorização para poder usar o questionário (PSQI-PT), para realizar a minha tese de mestrado.

Aguardo sua resposta.

Desde já agradeço

Deyse Soares

Anexo 2

Pedido de autorização do instrumento (HADS-PT)

Cara Colega

Não nos opomos à utilização da versão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

De: Deyse Rodrigues [deyserodrigues2014@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 4 de Junho de 2020 15:21

Para: José Luis Pais Ribeiro

Cc: Deyse Rodrigues

Assunto: Scala HADS

Caro Professor, Dr. Pais Ribeiro.

Meu nome é Deyse Soares e sou estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde na Universidade Católica - Braga, e estou necessitando da autorização para poder usar o instrumento: Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), para realizar a minha tese de mestrado.

Aguardo sua resposta.

Desde já agradeço a atenção.

Com os melhores cumprimentos

Deyse Soares

Anexo 3

Consentimento Informado

O presente estudo de investigação, intitulado como “Menopausa: influência da ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal na qualidade de vida da mulher”, está a ser desenvolvido no âmbito da tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, pela aluna Deyse Cristina Rodrigues Soares, sob a orientação da Professora Doutora Eleonora Cunha.

Pretende-se verificar qualidade de vida em mulheres na menopausa e irá analisar as relações entre ansiedade, depressão, qualidade do sono e satisfação conjugal e o seu impacto na qualidade de vida.

Seguindo todos os aspetos éticos, os dados recolhidos serão confidenciais, tal como a sua participação voluntária no mesmo. A sua colaboração é de máxima importância para o seguimento deste estudo, pelo que agradecemos a sua disponibilidade e participação.

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no presente estudo, autorizando a utilização dos dados para fim científico, com a garantia de que será mantida a confidencialidade do participante que será identificado com um número, não havendo registo do nome.

Assinaturas

Investigador _____

Participante _____

Data: __/__/____

Anexo 4

Questionário sociodemográfico e clínico

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

1. Que idade tem? _____ (anos)

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

Inferior ao 4º Ano

4º Ano

6º Ano

9º Ano

12º Ano

Ensino Superior

3. Qual é a sua situação profissional atual?

Desempregada

Reformada

Empregada

Outra qual? _____

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

inferior a 7091 ; entre 7091 e 10700 ; entre 10701 e 20261 ; entre 20262 e 25000 ; entre 25001 e 36856 ; entre 36857 e 80 000 ; mais de 80000

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

5. Qual é o seu estado civil?

Solteira sem relacionamento amoroso

Divorciada/Separada sem relacionamento amoroso

Viúva sem relacionamento amoroso

Solteira numa relação

Divorciada/Separada numa relação

Viúva numa relação

Em união de fato

Casada

6. Tem filhos?

Sim Não

Se respondeu sim, quantos _____

Ainda mora consigo algum filho?

Sim Não

7. Tem alguma doença crónica?

Não Sim

Se sim, qual: _____

Doença cardiovascular Não Sim

Doença neurológica Não Sim

(Parkinson, epilepsia ou outra) Não Sim

Doença oncológica Não Sim

Asma/Bronquite Não Sim

Depressão moderada/grave Não Sim

Outra? Qual _____

9. Considera que está em menopausa/pré-menopausa/pós-menopausa?

Sim

Não

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

Sim

Não

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

Não

Sim Qual (ais)? _____

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

Sim

Não

13. Faz algum tratamento para a menopausa?

Terapia Hormonal de Substituição

Nenhum

Outro (Por favor descreva) _____

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

Sim

Não, já não tenho menstruação há 12 meses ou mais

Não, ainda tenho menstruação regularmente

15. 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)

16. Pratica desporto ou atividade física regular

Não Sim quais _____

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

Anexo 5

Questionário de Qualidade de Vida

WOQOOL (Bref) – World Health Organization Quality of Life Assessment (OMS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores físicas a impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F.4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(F.24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26(28.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 6

Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* - Versão 21 itens

(Versão Original: Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: 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 de 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. Preocupei-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

Anexo 7

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?
Horário de deitar: ____ h ____ min
- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?
Minutos demorou a adormecer: _____ min
- 3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?
Horário de acordar: ____ h ____ min
- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama). Horas de noite de sono: ____ h ____ min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:
 - a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - c) Levantar-se para ir à casa de banho:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - d) Ter dificuldade para respirar:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - e) Tossir ou ressonar alto:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - f) Sentir muito frio:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - g) Sentir muito calor:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - h) Ter sonhos maus ou pesadelos:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - i) Sentir dores:
 Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais
 - j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

- Nunca Menos de 1x/semana 1 ou 2x/semana 3x/semana ou mais

- 6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?
() Muito boa () Boa () Má () Muito Má
- 7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- 8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- 9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- 10) Vive com um(a) companheiro(a)?
() Não () Sim, mas em outro quarto () sim, no mesmo quarto, mas não na mesma cama () sim, na mesma cama
- Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, você teve:
- a) Ronco alto: () Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- b) Pausas longas na respiração durante o sono:
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- c) Movimentos de pernas durante o sono:
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:
() Nunca () Menos de 1x/semana () 1 ou 2x/semana () 3x/semana ou mais
- e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

Anexo 8

Questionário de satisfação conjugal (EASAVIC)

Narciso e Costa (1996)

Instruções:

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1 - Nada satisfeito (a); | 2 - Pouco Satisfeito(a); | 3 - Razoavelmente Satisfeito (a); |
| 4 - Satisfeito(a); | 5 - Muito satisfeito (a); | 6 - Completamente Satisfeito (a) |

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

Por exemplo, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. O modo como gerimos a nossa situação financeira | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. A distribuição das tarefas domésticas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. O modo como tomamos decisões..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. A distribuição de 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... | 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 meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
21. O modo como expesso o que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge 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 meu cônjuge 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 meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... 1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim..... 1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge 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 meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge 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 expetativas quanto ao futuro da nossa relação..... 1 2 3 4 5 6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação.... 1 2 3 4 5 6
41. O aspeto físico do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico..... 1 2 3 4 5 6
43. As caraterísticas e hábitos do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas caraterísticas e hábitos
.....1 2 3 4 5 6