

Susana Marlene da Rocha Gomes

**CONHECIMENTOS SOBRE A MENOPAUSA NAS MULHERES EM IDADE
FÉRTIL EM ZONA RURAL**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ponte de Lima, 2007

Susana Marlene da Rocha Gomes

**CONHECIMENTOS SOBRE A MENOPAUSA NAS MULHERES EM IDADE
FÉRTIL EM ZONA RURAL**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Licenciatura em Enfermagem

Ponte de Lima, 2007

Susana Marlene da Rocha Gomes

**CONHECIMENTOS SOBRE A MENOPAUSA NAS MULHERES EM IDADE
FÉRTIL EM ZONA RURAL**

Atesto de Originalidade

(Susana Marlene da Rocha Gomes)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

SUMÁRIO

Como vem referido nas Orientações Estratégicas para 2004 – 2010 do Ministério da Saúde, os problemas específicos das mulheres, entre os quais se inclui a menopausa, parecem afectar as mulheres de uma forma diferente, não existindo especificidades reconhecidas explicitamente nos diversos programas de acção do sistema de saúde. Deste modo, as mesmas orientações estratégicas apresentam a importância de se explicitar nos programas e intervenções, particularmente dos cuidados de saúde primários e das acções dos serviços de saúde pública, especificidades na acção sensíveis às diferenças entre os géneros.

Este estudo pretendia verificar que conhecimentos possuem as mulheres em idade fértil sobre a menopausa e através de que fontes obtêm essa informação.

Os resultados deste estudo revelam a existência de conhecimento sobre o que é a menopausa, suas consequências e hábitos de vida preventivos das mesmas. No entanto, verifica-se ambiguidade relativamente aos factores que influenciam a idade da menopausa, denotando a falta de conhecimento sobre alguns dos aspectos relacionados com esta fase do ciclo vital que ocupa cerca de um terço das suas vidas.

Verificou-se ainda a escassa intervenção dos enfermeiros a nível da divulgação de informação referente a esta problemática, salientando ainda mais a importância de uma actuação mais activa ao nível da promoção da saúde dirigida a grupos de pessoas numa fase específica e única do seu ciclo vital.

DEDICATÓRIA

Esta monografia é dedicada a todas as mulheres que nesta fase específica do seu ciclo vital se vêm confrontadas com a incerteza e o medo do desconhecido.

AGRADECIMENTOS

A consecução de mais uma etapa deste percurso de quatro anos de Licenciatura em Enfermagem não teria sido possível sem a existência de pessoas que sempre me apoiaram ao longo desta caminhada.

Assim, não posso deixar de agradecer:

Aos meus Pais, por todo o apoio e compreensão ao longo deste percurso e, especialmente, nos dias mais difíceis de ultrapassar em que as suas palavras de conforto e encorajamento se tornaram a base de sustentação da minha caminhada;

Às minhas Avós, pois sempre tiveram a paciência e carinho tão necessários para que pudesse chegar ao fim desta etapa tão importante da minha vida;

Aos meus colegas e amigos que, pela partilha de ideias, experiências e emoções, encorajaram-me sempre que um obstáculo surgiu no meu caminho;

A todas as pessoas que com amabilidade responderam ao questionário;

Por último, e não menos importante, à minha orientadora pedagógica, Dra. Cláudia Múrias, pelo seu profissionalismo, disponibilidade e dedicação no apoio prestado na elaboração desta monografia. Sem a sua ajuda não teria sido possível a obtenção do resultado final deste longo percurso académico.

A todos, o meu muito obrigada.

ÍNDICE GERAL

	PÁGINA
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I – A MENOPAUSA COMO ETAPA DO CICLO DE VIDA	18
1.1. Problemática da Investigação	18
1.2. Sistema Reprodutor Feminino	21
1.2.1. Anatomia do sistema reprodutor feminino	21
1.2.2. Fisiologia feminina	24
1.2.2.1. Ciclo menstrual.....	25
1.2.2.1.1. Ciclo ovário	26
1.2.2.1.2. Ciclo uterino	28
1.3. A Menopausa	29
1.3.1. Conceito de menopausa e climatério	29
1.3.2. Demografia da menopausa	31
1.3.3. Idade da menopausa.....	32
1.3.4. Contexto cultural da menopausa.....	34
1.4. Aspectos Clínicos	36
1.4.1. Endocrinologia da menopausa natural	37
1.4.1.1. Evolução ovária	38
1.4.1.2. Ciclos menstruais.....	39
1.4.1.3. Concentrações hormonais e características da menstruação	39
1.4.2. Sintomatologia	41
1.4.2.1. Sintomas vasomotores	42
1.4.2.2. Atrofia urogenital	44
1.4.2.3. Sintomas psico-afectivos	44
1.4.3. Problemas de saúde a longo prazo associados à menopausa.....	46
1.4.3.1. Osteoporose	46
1.4.3.2. Doenças cardiovasculares.....	47
1.4.3.3. Alterações vaginais e urinárias	49

1.4.3.4. Neoplasias relacionadas com o sistema reprodutor feminino	49
1.4.4. Tratamento da patologia climatérica	49
1.5. Menopausa e Promoção da Saúde.....	54
1.6. Estudos Realizados	58
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	61
2.1. Questões de Investigação.....	61
2.2. Desenho de Investigação	62
2.2.1. Objectivos de investigação	62
2.2.2. Tipo de estudo e método.....	63
2.2.3. População e processo de amostragem	64
2.2.4. Instrumento de colheita de dados	65
2.2.4.1. Pré-teste	66
2.2.4.2. Processo de colheita e análise de dados	67
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
3.1. Caracterização da Amostra	69
3.2. Apresentação e Análise dos Resultados.....	73
3.2.1. Definição de menopausa.....	73
3.2.2. Conhecimento dos sinais e sintomas físicos da menopausa	74
3.2.3. Conhecimento dos sinais e sintomas psicológicos da menopausa	75
3.2.4. Conhecimento dos factores que influenciam a idade da menopausa.....	76
3.2.5. Conhecimento das consequências a longo prazo associadas à menopausa.....	78
3.2.6. Conhecimento da influência dos hábitos de vida na prevenção de consequências da menopausa	79
3.2.7. Hábitos de vida adoptados pelas mulheres inquiridas.....	81

3.2.8. Fontes de informação.....	82
3.2.9. Fontes de informação desejadas	83
3.3. Conclusão	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
BIBLIOGRAFIA.....	89
ANEXOS	95

Anexo I: Declaração de Consentimento Informado

Anexo II: Instrumento de Colheita de Dados

Anexo III: Cronograma

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Histograma e curva de distribuição normal das mulheres por idade cronológica.	70
Gráfico 2 – Distribuição percentual das mulheres segundo o estado civil.	72
Gráfico 3 – Distribuição percentual das mulheres segundo o número de filhos.	72
Gráfico 4 – Histograma e curva de distribuição normal de respostas à primeira pergunta.	73
Gráfico 5 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos sinais e sintomas físicos da menopausa.	74
Gráfico 6 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos sinais e sintomas psicológicos da menopausa.	75
Gráfico 7 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos factores que influenciam a idade da menopausa.	77
Gráfico 8 – Distribuição percentual das mulheres segundo as respostas à quinta pergunta (consequências a longo prazo associadas à menopausa).	78
Gráfico 9 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento da influência de hábitos de vida na prevenção de consequências da menopausa.	80
Gráfico 10 – Distribuição percentual das mulheres segundo a adopção / não adopção de hábitos de vida preventivos de consequências da menopausa.	81
Gráfico 11 – Distribuição percentual das mulheres segundo as fontes de informação.	82

Gráfico 12 – Distribuição percentual das mulheres segundo as fontes de informação desejadas..... 83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição de frequências, percentagens relativas e acumuladas das mulheres por idade cronológica.	69
Quadro 2 – Distribuição de frequências relativas, percentagens relativas e acumuladas das mulheres por nível de escolaridade.	70
Quadro 3 – Distribuição relativa e percentual das mulheres segundo a profissão.....	71

LISTA DE SIGLAS

F – Frequência

FSH – Hormona foliculostimulante

GnRH – Hormona libertadora de gonadotrofinas

HDL – Lipoproteína de alta densidade

LDL – Lipoproteína de baixa densidade

LH – Hormona luteinizante

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPM – Sociedade Portuguesa de Menopausa

THS – Tratamento Hormonal de Substituição / Terapêutica Hormonal de Substituição

% – Percentagem relativa

% ac – Percentagem acumulada

INTRODUÇÃO

A presente monografia surge no âmbito do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Ponte de Lima.

Este trabalho de investigação tem como objectivos académicos: servir de instrumento de avaliação para a unidade curricular supra-mencionada, desenvolver competências ao nível das metodologias de investigação, aplicando conhecimentos teóricos adquiridos e promover e desenvolver a capacidade crítico-reflexiva.

O estudo que nos propusemos desenvolver teve como tema os Conhecimentos sobre a menopausa nas mulheres em idade fértil em zona rural. Com esta monografia explicitam-se aspectos teóricos gerais relativamente à menopausa, apresentando posteriormente o percurso efectivado para a consecução deste estudo, assim como os resultados obtidos com a sua realização.

A menopausa é um tema sobre o qual muitos investigadores se têm debruçado, tentando explicar as razões pelo qual ocorrem tantas alterações fisiológicas e psicológicas no organismo feminino. Numa altura em que se verifica um aumento da esperança média de vida, torna-se ainda mais importante estudar aspectos com os quais as mulheres se encontram em contacto por um período cada vez maior. É este o caso da menopausa que, devido às suas imensas consequências no organismo feminino, torna-se um tema de essencial destaque no mundo de hoje.

Cada vez mais, as equipas de saúde devem voltar-se para a promoção de hábitos que contribuam para a qualidade de vida. Daí a importância de verificar se as mulheres, ainda antes de se defrontarem com esta etapa, possuem conhecimentos que lhes permita encarar a menopausa sem receios e incertezas.

De facto, a transição para uma etapa do ciclo vital da mulher que coincide com alterações físicas e psíquicas próprias da idade, juntamente com transformações de índole social e familiar, não se torna fácil quando esta etapa é ainda pouco conhecida. Associadas a estas condições vividas de modo individual por cada mulher, podem ainda associar-se outras

condições específicas relacionadas com as circunstâncias de vida, tais como, o nível educativo, o status laboral e socioeconómico, o tipo de habitat rural ou urbano, o tipo e frequência das relações familiares e sociais e até a satisfação ou insatisfação com a própria vida passada ou presente.

As mulheres que carecem de informação sobre este período de vida são mais susceptíveis aos mitos que as rodeiam, tendo mais dificuldade na adaptação a esta nova etapa. O que deveria ser uma transição natural entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, poderá transformar-se, devido ao desconhecimento e à falta de informação, numa transição traumática e difícil para muitas mulheres.

Neste contexto, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de um investimento na educação para a saúde dirigida a um grupo populacional específico, que se insere numa fase específica do ciclo vital, pois torna-se um meio eficaz na melhoria dos seus conhecimentos e na sensibilização para a adopção de hábitos de vida preventivos de situações patológicas evitáveis.

Assim, no Capítulo I é feito um enquadramento conceptual relativo à menopausa: explicitando a problemática de investigação (1.1); abordando de uma forma geral os principais aspectos teóricos relativos ao sistema reprodutor feminino (1.2.); definindo e caracterizando a menopausa e outros conceitos relacionados com a mesma (1.3.); descrevendo, segundo a visão de diversos autores, os aspectos clínicos subjacentes à menopausa (1.4.); abordando a importância da educação para a saúde na menopausa (1.5.); e fazendo referência a alguns estudos realizados no âmbito desta temática (1.6.).

No Capítulo II, o enquadramento metodológico, são apresentadas as questões de investigação (2.1.) e é descrito o desenho de investigação (2.2.) no qual se apresentam os objectivos, o tipo de estudo e método, a população e processo de amostragem e o instrumento de colheita de dados. Desta forma, como objectivo geral do estudo pretendia-se identificar os conhecimentos das mulheres em idade fértil sobre menopausa, fazendo uma abordagem geral e resumida sobre o tema. Trata-se de um estudo descritivo simples quantitativo, tendo sido aplicado um questionário de opinião a uma amostra de mulheres em idade fértil com idade entre os 35 e os 45 anos.

No Capítulo III, procedemos à caracterização da amostra em estudo (3.1.) e apresentamos a análise dos resultados obtidos (3.2.), concluindo com uma descrição sucinta dos mesmos (3.3.).

Por último, nas Considerações Finais é feita uma abordagem geral do estudo e seus resultados, apresentando algumas sugestões das investigadoras. Uma vez que a menopausa constitui uma fase do ciclo vital específica da mulher, salienta-se a importância de uma intervenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde, tornando-se um meio para a promoção da saúde e prevenção de doenças associadas a esta fase do ciclo de vida feminino.

CAPÍTULO I – A MENOPAUSA COMO ETAPA DO CICLO DE VIDA

Nesta fase do presente trabalho de investigação pretendemos formular ideias de forma ordenada que permitam atingir uma concepção clara e organizada do objecto de estudo (Fortin, 1996).

A etapa inicial consiste na exposição da problemática da investigação na qual se procura explicitar a sua pertinência e o seu valor teórico e prático. Após esta etapa procede-se à apresentação de um quadro de referências no qual se apresenta a perspectiva segundo a qual o problema de investigação será abordado.

1.1. Problemática da Investigação

No presente trabalho de investigação propõe-se o estudo da problemática *menopausa* e os *conhecimentos das mulheres sobre menopausa*. Segundo Quivy e Campenhout (1992, p.103), a problemática é o quadro teórico a partir do qual se precisa a pergunta de partida e se compõe a sua resposta. Estes autores referem ainda que:

Explicitar a problemática é precisamente descrever o quadro teórico em que se inscreve o percurso pessoal do investigador; é precisar os conceitos fundamentais, as ligações que existem entre eles e, assim, desenhar a estrutura conceptual em que se vão fundar as proposições que se elaborarão em resposta à pergunta de partida.

A menopausa é uma das etapas biológicas da vida da mulher caracterizada pelo término da produção das secreções hormonais responsáveis pela fecundidade e pela subsequente cessação dos ciclos menstruais. As consequências destas alterações fisiológicas repercutem-se a nível físico, mas também comprometem a esfera psicológica, que poderá fragilizar-se pelo impacto concomitante dos factores socioculturais e da estrutura da personalidade da cada mulher em particular.

Na maior parte das mulheres, a fase em que ocorre a menopausa é marcada pela ocorrência de sintomas que na sua maioria desaparecem espontaneamente. No entanto, estes sintomas tornam-se menos importantes quando comparados com os efeitos produzidos pelas transformações hormonais nos vários sistemas do corpo (OMS, 1996).

Estima-se que a menopausa natural ocorra aproximadamente entre os 45 e os 55 anos (OMS, 1996). Como tal, torna-se pertinente abordar este tema uma vez que as mulheres passam uma parte considerável da sua vida na pós-menopausa. Como a expectativa de vida da mulher moderna pode ultrapassar os 80 anos, 40 por cento da sua vida activa corresponde ao período da pós-menopausa (Brewer, 1999).

Também de acordo com Marquardt (2002), se uma mulher atingir a idade da menopausa por volta dos 50 anos, pode esperar viver durante mais 30 ou 35 anos, pelo que se pode dizer que passará cerca de um terço da sua vida após a menopausa. Daí que a abordagem bem sucedida dos problemas relacionados com a menopausa pode tornar-se cada vez mais importante nas próximas décadas.

As diferenças entre as mulheres e os homens foram até recentemente consideradas naturais, próprias da bio-fisiologia específica de cada sexo. Os seus respectivos papéis familiares, profissionais e socio-políticos foram durante séculos muito distintos e condicionantes de práticas diferentes na socialização dos rapazes e das raparigas. Essa forma de pensar colectiva que ainda hoje domina as nossas estruturas sociais tem vindo a mudar substancialmente nas últimas décadas, assistindo o nosso tempo a uma fragilização dos estereótipos sobre as atitudes femininas à medida que se alargam as oportunidades de escolha e decisão para as mulheres (Silva, 1999).

Na saúde, a humanidade foi até há muito recentemente encarada como um corpo típico - o masculino - igual nos dois sexos, à excepção das dissemelhanças visíveis no corpo da mulher. O conhecimento da diferente realidade hormonal, por exemplo, pouco ou nada influenciava o raciocínio médico que, frequentemente, adoptava uma atitude de real incapacidade etnocentrista de perceber que muitos dos problemas específicos das mulheres, como a menopausa, não são apenas fisiológicos mas vivenciados na globalidade do corpo feminino e na percepção que a mulher tem dele (Silva, 1999).

O conhecimento existente actualmente evidencia a necessidade de encarar diferenciadamente a saúde dos dois géneros. Deste modo, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), de entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, as que se baseiam no ciclo de vida estão a ganhar cada vez mais visibilidade. A abordagem do ciclo vital justifica-se pelo facto de permitir uma melhor visualização do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida e de acordo com o género.

Perante tal facto, e tendo em atenção a especificidade desta etapa, torna-se fundamental perceber se as mulheres conhecem as características desta fase e se adoptam estilos de vida que lhes permitirá encarar esta fase com a necessária aceitação e boa saúde. Com a realização deste estudo torna-se ainda possível saber qual a necessidade das mulheres na aquisição de mais conhecimentos relativos à menopausa, o que permitirá ter uma noção mais verídica das suas reais necessidades a este nível.

Se descrevermos a vida da mulher em função unicamente da sua fertilidade, podemos delimitar três etapas: desde o nascimento até à puberdade; os anos em que se tem capacidade reprodutiva; e os anos posteriores à menopausa (Lázaro, 2002).

Para podermos entender melhor as alterações que ocorrem na menopausa, torna-se fundamental fazer uma breve revisão da etapa anterior, ou seja, a etapa do ciclo de vida em que a mulher tem capacidade reprodutiva.

1.2. Sistema Reprodutor Feminino

O sistema reprodutor feminino tem como principais funções produzir óvulos, segregar hormonas, nutrir e proteger o desenvolvimento do bebé durante os nove meses de gestação (Herlihy e Maebius, 2002).

Segundo Seeley et al. (1997, p. 987), os órgãos que constituem o aparelho sexual e reprodutor da mulher são “(...) os ovários, as trompas uterinas, o útero, a vagina, os órgãos genitais externos (ou vulva) e as mamas.”

Estes órgãos encontram-se protegidos pela cintura pélvica, a qual é formada por um par de ossos coxais, pelo sacro e pelo cóccix (López e López, 2003). De acordo com o mesmo autor, ambos os ossos coxais se ligam anteriormente formando a sínfise púbica, e articulam-se posteriormente com o sacro através da articulação sacroilíaca.

Desta forma, de acordo com Seeley et al. (1997, p.987), “(...) os órgãos genitais internos estão localizados na cavidade pélvica, entre a bexiga e o recto. O útero e a vagina têm localização mediana, estando os ovários situados um de cada lado do útero.”

1.2.1. Anatomia do sistema reprodutor feminino

Caracterizemos, portanto, cada órgão que constitui o sistema reprodutor da mulher.

Os ovários podem ser definidos como os órgãos sexuais primários responsáveis pela produção de ovócitos secundários, designados por óvulos, e pela secreção endócrina de estrogénios, progesterona, inibina e relaxina (López e López, 2003). Estes órgãos medem cerca de 2 a 3,5 centímetros de comprimento e 1 a 1,5 centímetros de largura (Seeley et al., 1997).

Como define López e López (2003), cada um dos ovários encontra-se fixado à parede lateral da pélvis e às apófises transversas das últimas vértebras lombares através do ligamento suspensor ou lombo-ovárico. Através do mesovário, prega anatómica do peritoneu, o ovário

une-se com o ligamento largo. O ligamento útero-ovárico liga o ovário ao ângulo uterino do mesmo lado.

Seeley et al. (1997), referindo-se à histologia, apresenta quatro camadas como constituintes do ovário: a primeira camada é constituída por peritoneu que recobre toda a superfície do ovário e designa-se epitélio ovárico ou germinativo; subjacente à membrana serosa encontra-se a túnica albugínea, constituída por tecido conjuntivo fibroso e que recobre o ovário; o córtex é a porção funcional do ovário, contém os folículos ováricos e situa-se imediatamente por baixo da túnica albugínea; a zona mais central e menos densa é a medula, que contém os vasos sanguíneos e linfáticos, assim como os nervos provenientes do mesovário.

As trompas uterinas ou trompas de Falópio são consideradas por López e López (2003) como órgãos acessórios da reprodução. Os mesmos autores caracterizam-nas como dois ductos com cerca de 10 centímetros de comprimento, que comunicam a cavidade uterina com a cavidade abdominal, e têm como principal função transportar os óvulos até ao útero.

A trompa uterina possui uma porção em forma de funil, designada pavilhão ou infundíbulo, que recebe o óvulo e abre-se directamente para a cavidade abdominal.

A abertura do pavilhão, o orifício abdominal ou óstio, é limitada por uns prolongamentos finos e longos, as franjas. (...) O segmento que se segue ao infundíbulo é designado por ampola tubárica. É a porção mais longa e mais dilatada da trompa uterina (...). A extremidade próxima do útero, o istmo, é muito mais estreita e tem paredes menos espessas do que a ampola. A porção intra-uterina, porção intramural (...), atravessa a parede uterina e termina num orifício uterino de dimensões muito reduzidas (Seeley et al., 1997, p.991).

Histologicamente, as trompas de Falópio são constituídas por três camadas (da mais interna para a mais externa): a túnica mucosa, a túnica muscular e a túnica serosa (López e López, 2003). A túnica mucosa é constituída por epitélio cilíndrico e ciliado que apresenta numerosas pregas longitudinais. A túnica muscular é constituída por fibras musculares dispostas longitudinal e circularmente. Seeley et al. (1997) define ainda a túnica serosa como sendo formada por peritoneu.

Outro órgão que constitui o aparelho sexual e reprodutor feminino é o útero. Este órgão tem como função conter e manter o óvulo fecundado durante a sua evolução e expulsá-lo quando é atingido o seu completo desenvolvimento (Rouvière e Delmas, 1996).

Para López e López (2003) o útero é um órgão intrapélvico acessório da reprodução de parede grossa, muscular e em forma de pêra. Este órgão mede cerca de 7,5 centímetros de comprimento e 5 centímetros de largura, sendo ligeiramente achatado no sentido antero-posterior (Seeley et al., 1997).

O mesmo autor apresenta uma divisão do útero em quatro partes: o fundo, porção superior e mais estreita do útero; o colo uterino ou cérvix, porção inferior; o corpo, situado entre o fundo e o colo uterino; e o istmo, que é a parte estreita do útero e está situado entre o corpo e o colo uterino.

Falando da estrutura, Herlihy e Maebius (2002, p.461) indicam três camadas constituintes da parede uterina:

(...) uma externa, a túnica serosa chamada perimétrio; uma camada média formada por musculatura lisa, o miométrio; e uma camada profunda, o endométrio, formado por duas camadas: a basilar e a funcional. A camada basilar (...) situa-se junto ao miométrio. A camada funcional (...) é também aquela que descama durante a menstruação (...).

Seeley et al. (1997) define a vagina como um canal com cerca de 10 centímetros de comprimento que se estende desde o colo do útero até ao exterior. O orifício da vagina é, em geral, parcialmente obliterado por uma fina membrana mucosa designada por hímen. Para os mesmos autores, a vagina é formada por uma túnica muscular exterior, que lhe permite a dilatação, e por uma túnica mucosa interior, que forma uma camada superficial de protecção.

“Os órgãos genitais externos da mulher, ou vulva, consistem no vestíbulo e nos órgãos que o delimitam” (Seeley et al., 1997, p. 993). O vestíbulo consiste numa abertura entre os pequenos lábios que contém anteriormente o meato uretral e posteriormente o orifício vaginal. Anteriormente ao vestíbulo encontra-se uma estrutura erétil designada clitóris que é

recoberta parcialmente por uma prega de pele, o prepúcio do clitóris, formado a partir da extremidade dos pequenos lábios (Herlihy e Maebius, 2002).

Acompanhando lateralmente os pequenos lábios estão os grandes lábios, duas pregas arredondadas de pele que se fundem anteriormente para formar o monte de Vénus (Seeley et al., 1997).

De cada lado do vestíbulo, entre o orifício vaginal e os pequenos lábios existe o orifício do canal das glândulas de Bartholin (...). Existem ainda pequenas glândulas mucosas, as pequenas glândulas vestibulares (...); produzem um líquido lubrificante que auxilia a manter a humidade do vestíbulo (Seeley et al., 1997, p. 994).

O mesmo autor considera ainda as glândulas mamárias como parte do sistema reprodutor feminino. Estas glândulas estão localizadas no interior das mamas e têm como função a produção do leite. Por sua vez, as mamas apresentam uma saliência designada mamilo que se encontra rodeada por uma aréola circular e pigmentada.

Segundo Seeley et al. (1997), cada glândula mamária é constituída por cerca de 15 a 20 lobos cobertos por tecido adiposo, sendo este o responsável pela forma característica da mama. Cada lobo possui um único canal galactóforo que termina à superfície do mamilo. A pouca profundidade da superfície aréolar, este canal dilata-se para formar o seio galactóforo onde se acumula o leite durante a fase de aleitamento.

Seeley et al. (1997) apresenta ainda uma divisão dos lobos em lóbulos, no interior dos quais se verifica uma ramificação dos canais tornando-se ainda mais pequenos. Quando a mama se encontra na fase de secreção, as terminações destes canalículos dilatam-se em alvéolos secretores, que no seu conjunto têm a forma de ácinos.

1.2.2. Fisiologia feminina

À semelhança do que acontece no homem, a reprodução na mulher é controlada pela regulação hormonal e nervosa. O desenvolvimento dos órgãos reprodutivos e a sua função

normal dependem dos níveis de certas hormonas existentes no organismo (Seeley et al., 1997).

Segundo Seeley et al. (1997, p. 995), “a puberdade [estado de transição entre a infância e a maturidade (Pritchard et al., 1986)] nas mulheres é iniciada pelo primeiro episódio menstrual, a menarca.” É durante este período que os órgãos reprodutores da mulher começam a desenvolver-se. As alterações que ocorrem durante a puberdade são devidas principalmente à elevada taxa de estrogénios e progesterona segregados pelos ovários.

Também a GnRH (hormona libertadora de gonadotrofinas), a LH (hormona luteinizante) e a FSH (hormona foliculostimulante) são secretadas em maior quantidade do que anteriormente à menarca, sendo estabelecida a existência de um ciclo de FSH e LH. “A secreção cíclica de FSH e LH, a ovulação, as alterações mensais da secreção de estrogénios e de progesterona, e as consequentes alterações uterinas caracterizam o ciclo menstrual” (Seeley et al., 1997, p. 996).

1.2.2.1. Ciclo menstrual

O ciclo menstrual corresponde às alterações cíclicas que ocorrem nas mulheres sexualmente maduras e não grávidas e que termina com a menstruação (Seeley et al., 1997). “A menstruação corresponde a um período de hemorragia moderada durante o qual o epitélio mucoso da cavidade uterina se desprende da parede e é expulso do útero” (Seeley et al., 1997, p. 996).

De acordo com Carr e Bradshaw (1998, p. 2230, 2231) a duração do ciclo menstrual define-se como:

(...) o intervalo de tempo entre o início de um episódio de sangramento menstrual e o início do próximo. Nas mulheres em idade reprodutiva, o ciclo menstrual é, em média, de 28 ± 3 dias, com duração média do fluxo de 4 ± 2 dias.

Durante o ciclo menstrual ocorre a ovulação. Este momento varia de mulher para mulher e, na mesma mulher, de um ciclo para outro. No entanto pode dizer-se que esta ocorre por volta do 14º dia do ciclo menstrual (Seeley et al., 1997).

Segundo Carr e Bradshaw (1998) o ciclo menstrual divide-se numa fase folicular ou proliferativa e numa fase luteínica ou secretora. A fase folicular ou proliferativa corresponde ao tempo decorrido entre o fim da menstruação e a ovulação. Durante esta fase desenvolvem-se os folículos ovários e verifica-se a rápida proliferação da mucosa uterina. A fase luteínica ou secretora decorre entre a ovulação e o primeiro dia do ciclo menstrual. É durante este período que ocorre a formação do corpo amarelo e a maturação e secreção das glândulas uterinas (Seeley et al., 1997).

Desta forma verifica-se que todos os fenómenos cíclicos ocorridos no aparelho sexual da mulher compreendem alterações a nível do ovário, do útero e da secreção hormonal.

1.2.2.1.1. Ciclo ovário

Para Seeley et al. (1997) o ciclo ovário corresponde às alterações que ocorrem de modo regular nos ovários das mulheres sexualmente maduras e não grávidas durante o ciclo menstrual. Estas alterações são reguladas pela libertação de hormonas do hipotálamo e da adeno-hipófise.

De acordo com García et al. (2003), o ciclo ovário divide-se em três fases distintas: a fase folicular, a ovulação e a fase luteínica.

Como afirma Herlihy e Maebius (2002), a fase folicular começa com a secreção de GnRH pelo hipotálamo, aumentando a sensibilidade da adeno-hipófise pelo estímulo da GnRH. Estas alterações estimulam a libertação de uma pequena quantidade de FSH e de LH pela adeno-hipófise. A FSH e a LH estimulam o crescimento e a maturação dos folículos ovários, assim como provocam um aumento da secreção de estradiol pelos folículos em desenvolvimento (Seeley et al., 1997).

A LH estimula as células da teca interna para produzir androgénios, os quais difundem dessas células para as granulosas. A FSH estimula as células granulosas a converterem os androgénios em estrogénios (...). Depois dos receptores LH terem aumentado nas células granulosas, a LH estimula as células da teca interna para produzirem alguma progesterona, a qual se vai difundir das células granulosas para as células da teca interna, onde é transformada em androgénios (Seeley et al., 1997, p.996).

Durante a fase folicular a secreção de FSH e de LH está fundamentalmente sob controle de *feedback* negativo pelo estradiol e pela inibina produzida pelos folículos em crescimento. À medida que aumentam os níveis de estrogénio, a secreção de FSH é inibida progressivamente, produzindo um efeito de *feedback* negativo (Carr e Bradshaw, 1998). Na fase folicular tardia, o nível elevado de estrogénios provoca um efeito de *feedback* positivo sobre a secreção de LH e FSH (Seeley et al., 1997).

Como resposta a este *feedback* positivo, verifica-se um rápido aumento da secreção de LH e FSH pela adeno-hipófise em grandes quantidades, antes da ovulação. Verifica-se por isso um pico de LH que inicia a ovulação e determina a transformação do folículo em corpo amarelo, sendo acompanhado por um aumento menor nos níveis plasmáticos de FSH (Seeley et al., 1997).

A ovulação corresponde à expulsão do óvulo na superfície do ovário, marcando desta forma o culminar do processo de desenvolvimento folicular. Do ponto de vista morfológico caracteriza-se pelo rápido crescimento do folículo, o qual se aproxima da zona mais superficial do córtex ovárico (García et al., 2003). Pela acção de enzimas proteolíticas dá-se a degeneração do tecido ovárico que rodeia o folículo e este rompe-se, ocorrendo a ovulação (Seeley et al, 1997).

Após a expulsão do óvulo ocorre uma série de alterações no folículo, tanto do ponto de vista morfológico como endócrino. Segundo Seeley et al. (1997), na fase luteínica a produção de estrogénios pelo folículo diminui e verifica-se um aumento na produção de progesterona à medida que as células granulomatosas são convertidas em células do corpo amarelo. Após a formação do corpo amarelo, os níveis de estrogénios e progesterona aumentam significativamente, exercendo um efeito de *feedback* negativo sobre a libertação de GnRH pelo hipotálamo. Como consequência verifica-se uma diminuição da libertação de FSH e LH.

Próximo do final da fase luteínica verifica-se uma diminuição dos níveis de estrogénios e progesterona, enquanto os níveis de FSH começam a aumentar de forma a iniciar o desenvolvimento do próximo folículo e do próximo ciclo menstrual (Carr e Bradshaw, 1998).

1.2.2.1.2. Ciclo uterino

O ciclo uterino corresponde às alterações que ocorrem principalmente no endométrio durante o ciclo menstrual. Estas alterações são causadas principalmente pela secreção cíclica de estrogénios e progesterona (Herlihy e Maebius, 2002).

De acordo com os mesmos autores, o ciclo uterino é composto por três fases: a fase menstrual, a fase proliferativa, e a fase secretora.

Após a menstruação inicia-se a proliferação do endométrio. As células epiteliais da camada basal dividem-se rapidamente e substituem as células da camada funcional que se desprende durante a última fase menstrual. Desta forma produz-se uma camada de células endometriais cúbicas e aplanadas. Mais tarde, estas tornam-se cilíndricas e a mucosa adquire pregas de modo a dar origem às glândulas espirais. Através do tecido conjuntivo projectam-se as artérias espirais responsáveis por fornecer nutrientes às células endometriais (Seeley et al., 1997). Desta forma, a fase proliferativa caracteriza-se pela reparação e crescimento do revestimento profundo do endométrio.

Após a ovulação ocorre a fase secretora durante a qual o endométrio se torna mais espesso, as glândulas espirais continuam o seu desenvolvimento e é iniciada a secreção de pequenas quantidades de um líquido rico em glicogénio. Estas alterações ocorrem com o intuito de fornecer condições adequadas para a implantação do embrião no caso de ocorrer a fertilização (Seeley et al., 1997).

Se não ocorrer uma gravidez, o corpo amarelo atrofia provocando a diminuição dos níveis de estrogénio e progesterona. Por esta razão, o revestimento da cavidade uterina começa a degenerar, ocorrendo vasospasmo das artérias espirais e consequente necrose e descamação endometrial. “O endométrio necrosado, as secreções mucosas e pequenas quantidades de

sangue provenientes das artérias espirais constituem o fluxo menstrual” (Seeley et al., 1997, p. 999). Desta forma ocorre o que se designa por fase menstrual.

1.3. A Menopausa

Ao longo das últimas décadas tem-se verificado um maior interesse em pesquisar sobre os temas que afectam a mulher, nomeadamente a menopausa. Esta situação deve-se em grande parte a dois fenómenos sociais presentes em todo o mundo: o prolongamento da esperança média de vida e, uma vez aumentados os anos de vida, a melhoria da sua qualidade (Navarro, 2003).

Actualmente, nos países desenvolvidos a expectativa média de vida das mulheres é de 80 anos (Freitas et al., 2002). Tendo em conta que a menopausa ocorre por volta dos 50 anos de idade (Smith, 2004) verifica-se que mais do que um terço da vida da mulher coincide com este período, pelo que se torna evidente a importância de estudar e entender este conceito e todos os aspectos que com ele se relacionam.

1.3.1. Conceito de menopausa e climatério

Os conceitos menopausa e climatério são utilizados muitas das vezes como sinónimos. No entanto, não têm o mesmo significado.

O climatério é definido por Smith e Judd (1994) como a fase do processo normal de envelhecimento durante a qual se dá a transição do estado reprodutivo para o não reprodutivo. De acordo com Baracat et al. (2005) neste período a mulher sofre modificações regressivas incluindo a falta de ovulação e o déficite na síntese de hormonas esteróides.

Segundo o Comité Científico da OMS (Organização Mundial de Saúde) e a Sociedade Internacional da Menopausa citados por Navarro (2003), a menopausa está associada à interrupção da menstruação resultante da perda da função folicular ovárica e é marcada pela

última menstruação. Ainda segundo Cedars e Evans (2003) este evento só pode ser diagnosticado após doze meses de amenorreia de forma a despistar a manifestação de outras causas fisiológicas ou patológicas.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e a Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM) (2004, p.20) a menopausa corresponde à

data da última menstruação em consequência de falência ovárica definitiva. O diagnóstico clínico ocorre após um ano de amenorreia. Habitualmente ocorre entre os 45 e 55 anos. Se ocorrer antes dos 40 anos é considerada Menopausa Precoce.

A menopausa e os anos precedentes são caracterizados por alterações hormonais, declínio da função reprodutiva e aumento do risco de alterações físicas e psicológicas.

Desta forma “a menopausa representa o fim da função reprodutora natural, ocasionando um decréscimo importante da produção hormonal feminina” (Freitas et al., 2002, p.444). Assim, surgem dois termos: a menopausa natural e a menopausa artificial. A menopausa natural ocorre de forma gradual e progressiva pelo envelhecimento ovárico normal. A menopausa artificial ou induzida é provocada por castração química (por exemplo, quimioterapia), cirúrgica (ovariectomia bilateral, com ou sem histerectomia) ou por mecanismos destruidores das células germinativas, como por exemplo a radioterapia (OMS, 1996).

Ainda de acordo com a OMS (1996), a perimenopausa engloba o período imediatamente anterior à menopausa, quando iniciam as manifestações endócrinas, biológicas e clínicas indicativas do aproximar da menopausa, e o período mínimo de um ano a seguir à menopausa.

Ainda o termo premenopausa é muitas das vezes utilizado para designar o ano ou dois anos imediatamente precedentes à menopausa, enquanto outros autores utilizam-no referindo-se à totalidade do período de actividade reprodutiva anterior à menopausa.

Tendo como referência Smith e Judd (1994), a premenopausa corresponde à parte do climatério anterior à menopausa durante a qual os ciclos menstruais se tornam irregulares e se pode experienciar outros sintomas climatéricos.

Perante esta falta de consenso no uso dos termos, a OMS (1996) recomenda o uso da segunda definição para definir o termo premenopausa, considerando desta forma que este período corresponde à totalidade do período reprodutor, englobando a sintomatologia até ao último ciclo menstrual.

A expressão transição menopáusica deve ser utilizada para designar o período de tempo antes do último ciclo menstrual durante o qual as irregularidades menstruais se acentuam (OMS, 1996).

Para designar o período que começa a partir da menopausa a OMS (1996) sugere o termo pós-menopausa, seja esta natural ou induzida.

A menopausa pode classificar-se ainda em menopausa precoce e menopausa tardia. A menopausa é designada precoce quando se estabelece antes dos 40 anos de idade e tardia quando ocorre depois dos 55 anos (Freitas et al., 2002).

1.3.2. Demografia da menopausa

De acordo com as projecções da população mundial em 2030 realizado pela OMS (1996), o número de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos na década de noventa correspondia a 467 milhões, prevendo que até 2030 deverá aumentar para 1,2 biliões de mulheres.

Ainda segundo a OMS (1996), em 1990, 40% das mulheres em menopausa habitavam em países industrializados e 60% nos países em desenvolvimento. Estima-se que em 2030, o número de mulheres em menopausa diminuirá para 24% nos países industrializados enquanto os restantes 76% correspondem a mulheres que habitam nos países em desenvolvimento.

Na maioria das sociedades do mundo ocidental, cerca de 13 a 14% da população é composta de mulheres com mais de 50 anos. Nos Estados Unidos, isso sugere que cerca de 33 milhões de mulheres são pós-menopáusicas. Se a mulher viveu até os 50 anos, deve ter a expectativa de viver mais 30 anos em estado de deficiência estrogénica (...) (Wren, 1994, p.376).

Navarro (2003) refere também um crescimento populacional até ao ano 2100-2150 quando se espera que estabilize em 11 biliões de pessoas. Este aumento da população mundial deverá ser marcado pelos seguintes aspectos: 95% do crescimento deverá ocorrer nos países em vias de desenvolvimento e a população em que se verificará um maior crescimento é nas mulheres com idade superior a 45 anos.

Desta forma, tendo em conta esta última característica, a pirâmide populacional adoptará uma forma mais rectilínea, diferenciando da forma típica que se tem verificado até agora em que a população de maior idade é minoritária (Navarro, 2003).

Desta forma verificar-se-á uma população mais envelhecida e, portanto, será importante estudar mais pormenorizadamente os aspectos relacionados com o envelhecimento como é o caso da menopausa.

1.3.3. Idade da menopausa

Nos Estados Unidos calcula-se que a idade média em que ocorre a menopausa situa-se entre os 50 a 51 anos de idade. Em estudos realizados nos Estados Unidos concluiu-se que quase 25% das mulheres apresentam menopausa espontânea antes dos 45 anos, cerca de 50% entra em menopausa entre os 45 e os 50 anos e os 25 % restantes depois dos 50 anos (Wentz, 1991).

Também segundo Marquardt (2002) a idade média da menopausa nos Estados Unidos situa-se entre os 50 e os 52 anos de idade, sendo que 95% das mulheres experienciam este evento entre os 44 e os 55 anos.

De acordo com a OMS (1996) a idade média da menopausa situa-se por volta dos cinquenta, embora se preveja que existam diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, sendo que nas sociedades desenvolvidas a idade da menopausa é em média de 51 anos.

Também Cedars e Evans (2003) afirmam que aproximadamente 90% das mulheres experienciam a menopausa durante a década de 50. De acordo com os mesmos autores, a

menopausa ocorre numa idade média de 51,4 anos, com um intervalo normal entre os 42 e os 58 anos.

Wren (1994, p. 376) refere que, “na maioria das mulheres, a menopausa ocorre entre os 50 e os 55 anos, mas algumas delas a atingem mais cedo, durante a quarta década (...)”.

Factores como a raça, paridade, altura, peso, condições socioeconómicas ou a idade da menarca parecem não estar significativamente relacionados com a idade de início da menopausa. No entanto parece que factores genéticos e ambientais têm influência neste aspecto, apesar da natureza desta relação ainda não estar definida de forma objectiva (Cedars e Evans, 2003).

Os factores ambientais por si só podem não ter uma influência significativa na determinação da idade em que ocorre a menopausa, mas quando associados vários factores, como por exemplo o hábito de fumar, o índice de massa corporal, o uso de álcool, as condições socioeconómicas e o risco genético, podem ter influência neste aspecto (Cedars e Evans, 2003).

Também Navarro (2003) refere alguns factores responsáveis pelo cessar da actividade ovárica, entre os quais está a componente genética, existindo uma correlação entre mães e filhas.

Outros factores como a dieta, o estilo de vida, o nível socioeconómico, a fecundidade, a idade da menarca, a obesidade e a magreza têm sido alvo de diversas tentativas para os relacionar com a idade da menopausa. No entanto, de todos eles, aquele que demonstrou uma relação clara com o antecipar da menopausa foi o tabaco, sendo responsável pelo início da menopausa 1,9 anos mais cedo do que seria de esperar (Navarro, 2003).

De acordo com a OMS (1996), a idade da menopausa pode ser antecipada por factores como o tabagismo (factor primordial), a nuliparidade e a mediocridade da situação socioeconómica. Freitas et al. (2002) refere ainda que nas mulheres com um ciclo menstrual de aproximadamente 26 dias, a menopausa ocorre 1,4 anos mais cedo do que naquelas cujo ciclo

menstrual tem uma duração mais longa. Começa-se também a pensar que uma menopausa mais tardia pode estar associada a uma maior longevidade.

Marquardt (2002) refere que a idade da menopausa não é influenciada pela idade da menarca, número de ovulações ou gravidezes, lactação ou o uso de contraceptivos orais. A raça, o nível sócio económico, a educação e a altura são ainda factores que parece não terem qualquer influência na idade da menopausa. Por outro lado, mulheres com subnutrição e fumadoras tendem a apresentar uma menopausa mais cedo do que o esperado.

O mesmo autor refere ainda que a remoção cirúrgica do útero (histerectomia) em mulheres em idade reprodutiva está associada a uma falência ovárica em 3 a 5 anos mais cedo do que o esperado. O mecanismo para este acontecimento é desconhecido. No entanto, pensa-se estar associado com a alteração do fluxo sanguíneo ovárico resultante da cirurgia.

Segundo Hurd et al. (2005, p. 1036) “(...) a menopausa ocorre mais cedo em mulheres nulíparas, em tabagistas e em algumas mulheres submetidas a histerectomias”.

“Do mesmo modo parece que o stress pode, em alguns casos, desencadear a menopausa, embora o processo não esteja ainda bem estudado” (Chaby, 1995, p. 46).

1.3.4. Contexto cultural da menopausa

Existe sem dúvida um processo fisiológico subjacente à menopausa. Contudo, a menopausa é mais do que um evento biológico, sendo que factores culturais e sociais contribuem enormemente para a forma como a mulher reage à menopausa.

Patterson e Lynch (*cit. in* Figueiras, 1994) apresentam a expressão “mudança de vida” como sendo referente à menopausa, climatério e todos os sintomas ou alterações que possam ocorrer neste período. De facto, os estereótipos negativos e as expectativas que ainda se verificam em alguma literatura médica reforçam a ideia de que a menopausa é uma mudança de vida (Figueiras, 1994).

Historicamente, a menopausa tem sido considerada como uma experiência negativa, e referenciada como uma “melancolia envolvente” pelo facto de durante este período ocorrerem alguns sintomas como ansiedade e depressão (Figueiras, 1994).

Também Deutsch (*cit. in* Figueiras, 1994) referiu-se à perda da capacidade reprodutiva como uma morte parcial. Em geral, a menopausa é muitas das vezes vista pela comunidade médica como um acontecimento negativo na vida das mulheres (Avis e McKinlay *cit. in* Figueiras, 1994).

Desta forma torna-se evidente que a menopausa está rodeada de diversos mitos, assim como de informação científica insuficiente (DeLorey *cit. in* Figueiras, 1994). A menopausa apresenta diferentes significados dentro de culturas, sendo que a resposta a este acontecimento é condicionada pelo contexto cultural em que as mulheres se encontram (Figueiras, 1994). Em alguns contextos a menopausa é considerada como um momento difícil da vida das mulheres, tendo sido constatado por Benedek (*cit. in* Figueiras, 1994) que durante este período as mulheres experienciavam momentos de stress associados a perda de feminilidade e alterações na sua vida sexual.

Perante todos estes aspectos, gera-se a percepção de que a mudança no papel social, associado a um conjunto de sintomas físicos e falta de informação é sentida e experienciada pelas mulheres como um estado patológico (Figueiras, 1994).

Verifica-se ainda que os sintomas que mais se associam à menopausa são os afrontamentos, o que revela uma visão muito simplista perante um processo muito complexo. No entanto, a contrariar este aspecto, quando comparadas as experiências de várias mulheres em menopausa, verifica-se a incidência de uma enorme variedade de sintomas (Beyene *cit. in* Figueiras, 1994). Para além disso, verifica-se ainda que a prevalência e severidade dos sintomas variam entre mulheres da mesma sociedade, parecendo estar relacionada com factores como as crenças, conhecimento e factores sociais (Figueiras, 1994).

Como Figueiras (1994) afirma, as diferenças culturais podem influenciar o modo como cada uma das pessoas percebe os sintomas, e este processo engloba factores como a percepção, a atribuição de causa, definição, apreciação e tomada de decisão. A concepção real de saúde e

doença pode ser construída pela pessoa de acordo com as suas crenças culturais, mas o seu significado é modificado pela experiência individual.

Ainda de acordo com a OMS (1996), a menopausa tem implicações diferentes para as mulheres de uma sociedade desenvolvida e para outras de uma sociedade em vias de desenvolvimento, segundo a sua estrutura política e económica e, desta forma, segundo as condições de vida das mulheres e o seu acesso aos cuidados de saúde.

O estado de saúde no momento em que ocorre a menopausa é em grande parte consequência da vida passada, particularmente esforços físicos exigidos pela vida profissional e familiar, a exposição ambiental a agentes infecciosos e produtos químicos, os antecedentes genéticos, a qualidade do regime alimentar e a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde (OMS, 1996).

Partindo de um enfoque integral, deve considerar-se a perimenopausa como um processo natural de envelhecimento, e o modo como se vivencia este ciclo vital está relacionado não só com as alterações hormonais e fisiológicas, como também com a história individual de cada mulher e os factores socioculturais em que a vida desta se inscreve (Lázaro, 2002).

Desta forma pode dizer-se que a saúde e o bem-estar de todas as mulheres são fortemente influenciados pelo quadro cultural e económico da sociedade onde vivem.

1.4. Aspectos Clínicos

O climatério, a perimenopausa e a menopausa são fenómenos universais entre as mulheres, mas as suas apresentações clínicas podem variar entre populações e culturas distintas, e mesmo dentro de um mesmo grupo (Freitas et al., 2002).

A maioria das mulheres sofre alguns efeitos da deficiência de estrogénios durante a menopausa. Outros sintomas associados à menopausa podem não estar directamente

relacionados à deficiência de estrogénio, mas são multifactoriais ou resultante do processo de envelhecimento. “Os efeitos podem variar de desconforto a curto prazo até alterações a longo prazo que podem ter um efeito profundo sobre a saúde da mulher” (Hurd et al., 2005, p. 1044).

1.4.1. Endocrinologia da menopausa natural

O climatério, a perimenopausa e a menopausa são fenómenos universais entre as mulheres, mas as suas apresentações clínicas podem ser muito variáveis entre populações e culturas distintas, e mesmo dentro de um mesmo grupo (Freitas et al., 2002, p. 445).

O declínio da função ovárica e o desaparecimento definitivo do ciclo menstrual são fenómenos normais associados ao envelhecimento de todas as mulheres que marcam o fim do período de actividade genital. A base para a ocorrência deste mecanismo consiste nas modificações da estrutura e da função ovárica, havendo uma diminuição da taxa de hormonas ováricas enquanto as gonadotrofinas hipofisárias aumentam paralelamente (OMS, 1996).

A paragem na secreção de hormonas pelo ovário é causada pela perda folicular, principalmente por atresia, sendo um processo que se inicia ainda na vida fetal por volta das 20 semanas de gestação e continua até à menopausa (Gant e Cunningham, 1993).

A menopausa é um mecanismo natural, pelo que não ocorre da mesma forma em todas as mulheres. A partir dos 40 anos de idade e de forma variável em cada mulher, a função dos ovários sofre uma série de transformações progressivas até que se verifica o esgotamento da reserva folicular. Este é o elemento que determina o aparecimento da menopausa, levando à perda da capacidade de secreção hormonal pelo ovário e provocando a ocorrência de uma série de mecanismos de compensação (Navarro, 2003).

Tendo como referência a OMS (1996), as hormonas ováricas dividem-se em duas classes: os esteróides, que englobam o estradiol e a progesterona, e os péptidos, principalmente as inibinas e as activinas.

O estradiol e as hormonas peptídicas são segregadas pelas células da granulosa, enquanto a progesterona é segregada pelo corpo amarelo. Como se pode verificar pelo seu nome, a inibina é responsável por inibir a síntese e a libertação de FSH, enquanto que a activina estimula a secreção de FSH (OMS, 1996).

1.4.1.1. Evolução ovárica

A menopausa tem a sua base no esgotamento contínuo e sucessivo da reserva folicular que persiste durante toda a vida reprodutiva da mulher (Navarro, 2003). O número de folículos ováricos diminui até aos 40 anos de uma forma linear, acelerando-se perto da altura em que ocorre a menopausa (OMS, 1996).

Durante o período reprodutivo verifica-se que apenas um dos folículos que se desenvolveram em cada ciclo atinge a maturação total. Desta forma, os restantes convertem-se em folículos atresícos. Verifica-se por isso que durante a vida reprodutiva ocorrem processos continuados de recrutamento, selecção e atresia dos folículos (Navarro, 2003).

Assim, de acordo com o mesmo autor, a menopausa natural coincide com uma redução importante do número de folículos que rondará as mil unidades. Esta situação é influenciada quer pelo número de folículos inicial, quer pelo ritmo de atresia, podendo este último ser influenciado por factores hormonais, genéticos ou tóxicos.

Na perimenopausa, quando a reserva de células germinais chega ao fim, os folículos restantes respondem de maneira inadequada ao estímulo central. Frequentemente ocorre o desenvolvimento de vários folículos que são incapazes de produzir uma concentração suficiente de estrogénios para induzir um pico de LH. No entanto, mantém-se a sua secreção em quantidades variáveis. Este fenómeno pode interpretar-se como sendo resultado da inexistência de selecção e domínio de um folículo que seja capaz de ovular (Navarro, 2003).

Na pós-menopausa o ovário é de tamanho menor em consequência da depleção folicular e das alterações involutivas, entre as quais se destacam a esclerose arteriolar obliterativa e a fibrose cortical. No entanto, o ovário pós-menopáusicamente não é um órgão completamente inactivo, podendo encontrar-se alguns folículos em diferentes fases de evolução (Navarro, 2003).

1.4.1.2. Ciclos menstruais

A regularidade e duração do ciclo menstrual são variáveis ao longo do período de actividade reprodutiva. Tais variações existem não só entre uma pessoa e outra de grupos culturais diferentes, como também na mesma mulher (OMS, 1996).

Como Freitas et al. (2002) menciona, durante a transição menopáusicas os folículos ainda existentes respondem mal aos estímulos hipofisários, produzindo irregularidades menstruais, tais como a diminuição da frequência dos ciclos menstruais, menorragias ou hipermenorreias, que reflectem a irregularidade das secreções hormonais. A paragem abrupta das menstruações não é frequente uma vez que o declínio funcional do ovário é progressivo.

As alterações hormonais manifestam-se primeiramente por um encurtamento dos ciclos menstruais, havendo uma fase folicular mais curta, com a existência de ovulação e com uma fase lútea de duração normal. Posteriormente, os ciclos curtos alternam-se com outros mais longos em que a ovulação ocorre mais tarde e apresenta uma fase lútea mais curta. Progressivamente, a incidência de ovulações diminui até desaparecer (Navarro, 2003).

O autor refere ainda que a transição menopáusicas ocorre de forma irregular com as alterações referidas em cerca de 90% das mulheres.

1.4.1.3. Concentrações hormonais e características da menstruação

Antes da alteração evidente do padrão de ciclos regulares, existe uma série de mudanças que anunciam a proximidade da falência dos ovários. Trata-se de uma fase prévia à perimenopausa em que ocorrem modificações do padrão menstrual do ponto de vista clínico que correspondem, no aspecto hormonal, a insuficiências no funcionamento do ovário. Assim, verifica-se um encurtamento dos ciclos, aparecendo uma maior incidência de irregularidades menstruais (Navarro, 2003).

Posteriormente, o ovário torna-se incapaz de manter níveis normais de gonadotrofinas manifestando-se através de ligeiros aumentos na concentração basal de FSH. Contudo, o

padrão do ciclo menstrual mantém-se normal, com excepção do encurtamento da fase folicular (Navarro, 2003).

A OMS (1996) refere ainda um aumento da taxa de LH, mas com início apenas por volta da quinta década de vida. Do mesmo modo se verificou uma correlação negativa entre as taxas séricas de inibina e de estradiol com a de FSH, embora não se verifique uma regularidade na sua evolução no período que antecede a menopausa como no caso da FSH.

Como explica Navarro (2003), a redução dos folículos compreende uma redução progressiva que determina as alterações clínicas e endocrinológicas. Trata-se de um processo durante o qual podem ocorrer de forma totalmente imprevisível ciclos anovulatórios ou ovulatórios, incluindo após um período de amenorreia e um padrão endócrino característico de falência ovárica.

Navarro (2003) apresenta ainda um estudo de Teolar que, segundo o mesmo, a idade média de entrada na fase de ciclos irregulares foi de 45,5 anos, e a sua duração foi de dois a sete anos. Durante esta fase verificou-se uma diminuição do número de ciclos ovulatórios com desaparecimento do padrão regular do ciclo, associada a uma deterioração da actividade hormonal ovárica. Este processo deve-se ao reajuste no complexo hipotálamo-hipófise, com aumento das gonadotrofinas.

Na perimenopausa verificam-se níveis relativamente elevados de concentração plasmática de FSH em comparação com a etapa média da vida reprodutiva. Este aumento de FSH que se produz apesar da existência de concentrações plasmáticas de estradiol normais ou até elevadas, levou a pensar na diminuição da produção de inibina, que libertaria parcialmente o feedback negativo sobre a secreção de FSH. A diminuição progressiva do número de folículos durante a perimenopausa acompanha-se por uma diminuição progressiva da resposta da inibina ao estímulo das gonadotrofinas, sendo esta a razão que explicaria o aumento progressivo de FSH (Navarro, 2003).

Durante a transição para a menopausa ocorrem alterações graduais na produção de hormonas e no metabolismo. Após o período de produção cíclica de estrogénio e progesterona, os ovários reduzem a sua produção e finalmente cessam qualquer actividade cíclica. No período

de transição menopáusicas, os folículos ováricos tornam-se cada vez mais resistentes à estimulação por FSH, apesar dos níveis relativamente constantes de estradiol (Hurd et al., 2005).

Depois da fase de transição perimenopáusicas, durante a qual a diminuição do número de folículos dá lugar a um aumento progressivo de FSH, sem existir variações na LH, o esgotamento da reserva folicular implica um aumento paralelo de LH e FSH. Assim, foi possível comprovar que em mulheres submetidas a ovariectomia, os valores de LH e FSH aumentam, alcançando o pico máximo 40 dias após a intervenção cirúrgica. No entanto, o aumento de FSH é sempre superior ao de LH devido à supressão paralela da inibina e também pelo facto da vida média de FSH ser maior do que a de LH (Navarro, 2003). Uma vez estabelecida a menopausa, os níveis de FSH aumentam dez vezes enquanto os de LH aumentam umas 3 vezes (OMS, 1996).

Também na pós-menopausa, estudos realizados em primatas demonstraram que após ovariectomia persiste uma secreção pulsátil de GnRH cuja amplitude é superior à da fase folicular normal. Deste estudo pode deduzir-se que também na mulher pós-menopáusicas existe uma secreção aumentada de GnRH pela diminuição na secreção de esteróides ováricos (Navarro, 2003).

Os estrogénios exercem influência sobre a espessura da pele. Com o declínio da produção de estrogénio, a pele tende a ficar mais fina, menos elástica e eventualmente mais susceptível a abrasão e traumatismos (Marquardt, 2002). Algumas mulheres referem ainda alterações no cabelo e nas unhas relacionadas com as mudanças hormonais da menopausa (Marquardt, 2002).

1.4.2. Sintomatologia

Existem várias maneiras de registar a sintomatologia do climatério, sendo o índice de Kupperman um dos mais utilizados. A vantagem de se usar uma padronização nos registos é propiciar uma análise mais fiel dos efeitos de qualquer tipo de tratamento (Freitas et. al, 2002).

De acordo com o mesmo autor, outra forma de avaliação são os questionários sobre qualidade de vida, que podem revelar outros motivos para os sintomas não directamente relacionados com os níveis hormonais.

1.4.2.1. Sintomas vasomotores

Os afrontamentos, também denominados “ondas de calor”, são o sintoma clássico associado à deficiência de estrogénio. Este tipo de sintomas vasomotores é descrito por cerca de 68 a 85% das mulheres, parecendo que ocorre com maior frequência em mulheres mais magras e fumadoras (Freitas et al., 2002).

Referenciando a OMS (1996), a frequência dos afrontamentos associados à menopausa é variável de acordo com o contexto cultural. Por exemplo, terá uma frequência de 10 a 22 % nas habitantes de Hong-Kong, 17% nas Japonesas, 45% nas mulheres da América do Norte e pode alcançar os 80% nas mulheres Holandesas.

Os afrontamentos podem ter início ainda na pré-menopausa (ocorrem em 20% das mulheres ainda com ciclos regulares), persistindo em 57% dos casos por mais de 5 anos após a menopausa e em 10% por mais de 15 anos (Freitas et al., 2002).

Sánchez (2003) caracteriza este sintoma como uma sensação de calor intenso na face, pescoço, parte superior do tronco e braços, seguida por rubor da pele e sudorese profusa, sendo devido a uma instabilidade do centro termorregulador hipotalâmico. Muitas mulheres indicam ainda que os afrontamentos começam com uma sensação de “pressão na cabeça”, parecida com cefaleias, aumentando de intensidade até ocorrer o afrontamento (Smith e Judd, 1994). Segundo a OMS (1996), a sensação de calor localiza-se inicialmente na parte superior, estendendo-se progressivamente por todo o corpo.

Em algumas mulheres verificam-se ainda períodos de palpitações, vertigens, fraqueza e ansiedade, com uma duração média de 1 a 4 minutos, sendo mais frequente à noite. Devido a esta situação nocturna, os afrontamentos são responsáveis pela queixa frequente de insónias, o que contribui para uma maior irritabilidade, cansaço e diminuição da capacidade de concentração (Freitas et al., 2002).

Wentz (1991) refere ainda que após este processo de vasodilatação ocorre vasoconstrição, pelo que depois do afrontamento a mulher tem uma sensação de frio (calafrios), constituindo uma manifestação de instabilidade vasomotora.

Os afrontamentos podem ocorrer em qualquer momento do dia ou da noite. Quando ocorrem durante a noite são denominados sudorese nocturna (Hurd et al., 2005).

Desta forma, pode dizer-se que a ocorrência de afrontamentos conduz a um mal-estar generalizado por todo o tipo de modificações que provoca no organismo da mulher menopáusicas.

Fisiologicamente, os afrontamentos correspondem a aumentos acentuados e episódicos na frequência e na intensidade dos picos de GnRH do hipotálamo, embora se acredite que os afrontamentos não são consequência do aumento da sua secreção. “Em vez disso, o aumento da actividade pulsátil é um indicador do mesmo distúrbio central do centro de regulação da temperatura corporal (...)”, que é responsável pela ocorrência de afrontamentos (Hurd et al., 2005, p. 1045).

Como salienta Sánchez (2003), os afrontamentos constituem uma disfunção que assenta no sistema nervoso central, concretamente no hipotálamo. Estes sintomas originam-se devido a uma diminuição brusca no limiar do centro termorregulador.

Verifica-se ainda uma associação entre os picos de LH e a ocorrência de afrontamentos, o que levou a pensar numa relação de causa – efeito entre os mesmos. No entanto, não é este o caso, uma vez que se verificou a existência de picos de LH sem ocorrência de afrontamentos, e que o bloqueio dos mesmos com, por exemplo, análogos sintéticos de GnRH, se associam a afrontamentos (Sánchez, 2003).

De acordo com Wentz (1991), os sintomas vasomotores são mais frequentes no início do climatério e 75% das mulheres apresentam estes sintomas nos primeiros 12 meses após a menopausa. Refere ainda que 82% das mulheres referem repetição destes sintomas durante mais de um ano, enquanto 25 a 85% referem apresentá-los durante mais de cinco anos. No entanto, raramente se verifica a sua ocorrência por um período de tempo superior a 10 anos.

Verifica-se portanto que o padrão de afrontamentos apresentado pelas mulheres é muito variável, encontrando-se diferenças entre mulheres procedentes de culturas distintas. Deste modo, verifica-se que as mulheres de países ocidentais apresentam sintomas vasomotores com maior frequência do que as asiáticas, na proporção de 80% para 10%, respectivamente (Sánchez, 2003).

1.4.2.2. Atrofia urogenital

O trato urogenital é constituído por tecidos dependentes de estrogénio. Com uma diminuição na produção desta hormona, estes tecidos tornam-se atroficos resultando em vários sintomas (Marquardt, 2002). Secura vaginal, prurido, dispareunia e leucorreia, assim como sintomas urinários tais como disúria, polaquiúria, nictúria, urgência e incontinência urinária, são consequências deste problema (Sánchez, 2003).

Como consequência da diminuição de estrogénio, o epitélio vaginal torna-se fino e as secreções cervicais reduzidas, produzindo um pH entre 6 e 8. Pode ainda ocorrer vaginite atrófica com prurido e ardor. O epitélio menos espesso torna-se ainda mais susceptível a infecções pela flora residente (Marquardt, 2002).

Outro ponto de interesse na mulher pós-menopáusicas em relação com a atrofia urogenital é a secura e atrofia vaginal. Terá de se ter em consideração que se trata de mulheres jovens, a maioria com parceiro sexual. Essas alterações da atrofia sexual dificultam, em grande medida, a actividade sexual, comprometendo, a sua vida de casal (Castro, 2003, p.6).

1.4.2.3. Sintomas psico-afectivos

Na menopausa também são frequentes sintomas de alteração do humor tais como ansiedade, irritabilidade e depressão. Estes sentimentos podem ser exacerbados pela privação do sono em virtude de sintomas vasomotores (Hurd et al., 2005).

Estas alterações têm sido descritas como consequência das alterações hormonais durante este período. Alguns estudos sugerem o envolvimento de substâncias como a adrenalina, noradrenalina, serotonina, opióides e GABA sobre a secreção das hormonas hipofisárias,

assim como alterações dos seus níveis em função da deficiência em estrogénio (Freitas et al., 2002).

As perturbações relativas à esfera psico-afectiva são múltiplas, e variam segundo os inquiridos, de entre as quais se destacam: insónias, fadiga, nervosismo, agressividade, irritabilidade, perda de confiança, ansiedade e dificuldade de concentração (Schering, 2005).

A forma que a mulher tem de enfrentar estas experiências depende de factores e influências socioculturais e de circunstâncias vitais mas, sobretudo, do seu próprio carácter e estabilidade emocional. Como se verifica, para além de sintomas como a ansiedade e a irritabilidade, pode ainda ocorrer a agressividade. O que hoje se aceita como principal causa da agressividade é uma complexa interrelação de três factores, sendo eles o pensamento, as recordações de experiências passadas e o estado de ânimo (Varela, 2006).

Apesar de não se poder concluir afirmativamente uma associação entre depressão e menopausa, sabe-se que esta define um período de vulnerabilidade que coloca as mulheres em maior risco de depressão, particularmente se as mulheres são susceptíveis a mudanças disfóricas associadas a flutuações hormonais. As alterações hormonais dão origem a sintomas somáticos e psicológicos que comprometem o estado de humor, a sexualidade e, por vezes, a sua conduta, o que pode dificultar a distinção entre estes sintomas e uma depressão verdadeira (Sánchez, 2003).

Também as cefaleias parecem ser mais comuns durante a menopausa (Brewer, 1999), embora não exista uma relação bem conhecida e estabelecida entre este sintoma e a menopausa.

Também os problemas sexuais são um determinante crucial da sintomatologia da mulher climatérica. Tal como Freitas et al. (2002, p. 446) refere, “a sexualidade humana pode ser descrita em três dimensões: biológica, motivacional-afectiva e cognitiva”. Portanto, esta é uma área que deve ser alvo de atenção pela sua repercussão sobre a qualidade de vida e pela sua particular sensibilidade à longevidade (Sánchez, 2003).

1.4.3. Problemas de saúde a longo prazo associados à menopausa

A menopausa é um processo fisiológico. No entanto, as consequências da falência ovárica podem diminuir a qualidade de vida das mulheres predispondo-as a um risco aumentado de patologias (Marquardt, 2002).

De acordo com Wren (1994), a diminuição de estrogénios está associada a um aumento do risco de modificações adversas como a osteoporose, a aterosclerose, o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral e o cancro.

1.4.3.1. Osteoporose

A osteoporose é a alteração metabólica óssea mais comum, e é definida como uma “(...) redução da massa óssea, com alterações na microestrutura óssea (...)” (OMS *cit. in* Freitas et al., 2002, p.448) que podem levar à ocorrência de fracturas por traumatismos pouco intensos.

A desmineralização óssea é uma consequência natural do processo de envelhecimento, ocorrendo tanto nos homens como nas mulheres. No entanto, o agravamento desta situação ocorre 15 a 20 anos mais cedo nas mulheres do que nos homens como consequência do cessar da função ovárica (Marquardt, 2002), ocorrendo com mais frequência entre os 55 e os 70 anos (Cedars e Evans, 2003).

Esta é uma doença crónica e insidiosa que, na maioria das vezes, evolui sem sintomas. No entanto, a osteoporose é responsável por fracturas numa em cada duas mulheres na pós-menopausa (Smith e Judd, 1994).

Embora a taxa de perda óssea aumente significativamente no período da menopausa, a incidência máxima de fracturas relacionadas à osteoporose parece ocorrer várias décadas depois (Hurd et al., 2005, p. 1047).

A osteoporose por ser causada por diversos factores, entre os quais se destacam como factores primários a hereditariedade, a idade, o estado estrogénico e a quantidade de cálcio na dieta (Hurd et al., 2005). Cedars e Evans (2003) apontam ainda o estilo de vida, os hábitos

alimentares e patologias associadas como influentes no desenvolvimento de osteoporose, associando o consumo de tabaco, álcool e cafeína a um aumento na perda da massa óssea.

“Todas as mulheres começam a perder massa óssea no início da quarta década de vida, e esta perda continua durante toda a vida” (Hurd et al., 2005, p. 1047). Freitas et al. (2002) refere ainda que esta perda pode acelerar-se próximo à menopausa e, como regra, nos cinco primeiros anos após a menopausa a perda óssea pode atingir 2 a 5% por ano devido, fundamentalmente, à deficiência estrogénica. A menopausa cirúrgica apresenta um risco maior do que a menopausa natural uma vez que a mulher fica com baixos níveis de estrogénios durante um período de tempo mais longo (Hurd et al., 2005). Assim, após a menopausa natural verifica-se uma perda óssea de aproximadamente 1 a 2% por ano, comparada com 3,9% por ano após ovariectomia (Cedars e Evans, 2003).

Como medida a adoptar para minimizar o ritmo de redução na quantidade de estrutura óssea nas mulheres em pós-menopausa, Wall (1993) sugere a suplementação de estrogénio. Os exercícios regulares que suportam peso, a suplementação de cálcio, a eliminação do tabagismo, a moderação na ingestão de cafeína e do álcool são medidas que podem ajudar a retardar a osteoporose.

Também Gant e Cunningham (1993) indicam alguns factores que exercem um efeito potenciador do risco de osteoporose, sendo eles: raça branca, baixo peso corporal, hipostrogenismo, menopausa precoce, história familiar de osteoporose, dieta pobre em cálcio e vitamina D, dieta rica em cafeína, fosfato, álcool e proteínas, tabagismo e sedentarismo.

1.4.3.2. Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares constituem, em todo o mundo, uma das causas mais frequentes de mortalidade tanto nos homens como nas mulheres. Esta é a primeira causa de mortalidade nos homens com mais de 35 anos e nas mulheres com idade superior a 65 anos (OMS, 1996).

Silva (1999) aponta a doença cardiovascular, particularmente a doença coronária, como principal causa de morte nas mulheres, sendo responsável por 14% de todas as mortes nas mulheres. O ataque cardíaco ou enfarte do miocárdio ocorre numa em cada duas mulheres

com mais de 50 anos, ultrapassando o número total de mortes causadas por cancro nas mulheres na mesma faixa etária.

A doença cardiovascular tem sido associada a múltiplas causas, entre as quais se destaca a idade. De acordo com Hurd et al. (2005), o risco de doença cardiovascular, quer coronária quer vascular cerebral, aumenta nos homens e nas mulheres durante toda a vida. Embora a doença coronária seja pelo menos três vezes maior nos homens que nas mulheres antes da menopausa, o risco relativo das mulheres aumenta significativamente após a menopausa até igualar o risco nos homens.

Wren (1994) refere que, depois da menopausa, as mulheres apresentam uma incidência rapidamente crescente de mudanças ateroscleróticas, enfarte do miocárdio, doença isquémica cardíaca, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais.

Freitas et al. (2002) refere ainda a doença cardiovascular como sendo a principal causa de morte entre as mulheres na pós-menopausa, sendo responsável por um número de mortes superior ao de todas as outras causas somadas.

A relativa imunidade da mulher em relação ao homem por doença cardiovascular na pré-menopausa desaparece progressivamente após a menopausa como consequência da deficiência estrogénica e do envelhecimento (Freitas et al., 2002).

Desta forma foram realizadas diversas pesquisas nas quais se tenta elucidar o possível efeito cardioprotector do estrogénio. Os mecanismos descritos por meio dos quais o estrogénio exerce o seu efeito são: impacto favorável sobre o perfil lipídico (redução do colesterol-LDL, aumento do colesterol-HDL), efeito directo anti-aterosclerótico por meio de receptores estrogénicos no endotélio e no músculo liso arterial, antiagregação plaquetária, vasodilatação dependente do endotélio, secreção de óxido nítrico, acção inotrópica, redução da resistência insulínica, inibição da oxidação do LDL-c, impacto favorável na fibrinólise, inibição do crescimento e migração do músculo liso vascular, protecção das células endoteliais e redução da homocisteína (Freitas et al., 2002).

1.4.3.3. Alterações vaginais e urinárias

Os tecidos da vagina e da uretra são tecidos sensíveis aos estrogénios. Desta forma, a diminuição dos níveis de estrogénio na menopausa pode contribuir para o desenvolvimento de distúrbios potencialmente reversíveis como a atrofia genitourinária. Sabe-se que, num período de 4 a 5 anos de menopausa, aproximadamente um terço das mulheres que não fazem terapia hormonal de substituição desenvolve atrofia sintomática, sendo alguns dos sintomas a secura os tecidos, dispareunia e infeções vaginais recorrentes (Hurd et al., 2005).

Alguns dos sintomas urinários podem ser disúria, urgência e infeções urinárias recorrentes. Além disso, a incontinência urinária de esforço pode estar também relacionada aos baixos níveis de estrogénio. O encurtamento da uretra associado às alterações atróficas na pós-menopausa pode ser um factor causador de incontinência urinária (Hurd et al., 2005).

1.4.3.4. Neoplasias relacionadas com o sistema reprodutor feminino

As mulheres no período de perimenopausa e após a menopausa, devem preocupar-se com a vigilância médica periódica, pois os cancros da mama e colo do útero são mais frequentes nessas fases (Pardal, 1996, p. 15).

Outro autor contrapõe esta afirmação dizendo que a menopausa não tem influência no aparecimento de patologias malignas do aparato genital ou da mama, no entanto sabe-se que estas patologias aumentam de incidência com a idade, razão pela qual as mulheres deverão ter maior preocupação na adopção de medidas preventivas de cancro ginecológico e da mama quando chegam ao climatério (Tricas, 1997).

1.4.4. Tratamento da patologia climatérica

De acordo com Marquardt (2002), todos os sinais, sintomas e efeitos adversos da menopausa são resultado do declínio na produção do estradiol-17 β pelos folículos ováricos. A administração exógena de estrogénios pode atenuar muitas destas alterações. O estradiol-17 β e os seus produtos metabólicos, estrona e estriol, são usados para substituição.

Não houve consenso quanto ao termo que englobe as opções terapêuticas destinadas ao tratamento das consequências da carência hormonal referida. Optou-se pelo conceito “Tratamento Hormonal de Substituição (THS)”, apenas por ser o mais utilizado na literatura médica. Entende-se que o objectivo da THS não é fazer substituição hormonal, mas sim obter um novo equilíbrio, que procure evitar as consequências da privação das hormonas endógenas. Neste sentido a THS pode ser efectuada com progestativos isolados, estrogénios isolados, estroprogestativos cíclicos ou contínuos e mais raramente androgénios. (SPG, SPM, 2004, p.21).

O objectivo do tratamento hormonal de substituição (THS) é diminuir os sinais e sintomas de falência ovárica e restabelecer os níveis de estrogénio (Marquardt, 2002).

De acordo com Freitas et al. (2002), o uso de terapêutica hormonal de substituição deve ser recomendado após análise individual dos riscos e benefícios para cada utente, salientando as recomendações e cuidados sobre todos os factores de risco (como tabagismo, obesidade, sedentarismo, entre outros). A indicação de THS deve ser considerada uma decisão individual, levando-se em consideração os sintomas, os factores de risco e as preferências e necessidades específicas de cada mulher.

A THS está indicada para o alívio de sintomatologia vasomotora (afrontamentos, suores nocturnos), sintomatologia génito-urinária (atrofia urogenital), sintomatologia neuro-vegetativa (insónia, irritabilidade, alterações do humor), prevenção da osteoporose e na menopausa precoce (SPG, SPM, 2004).

Embora a THS “(...) não seja completamente isenta de riscos, os benefícios para a saúde parecem superar os riscos para a maioria das mulheres” (Hurd et al., 2005, p.1049).

Os benefícios da THS incluem a redução na frequência e severidade de sintomas vasomotores, melhoria das vaginites atroficas e infecções do trato urinário, prevenção de osteoporose e fracturas, e ainda um benefício adicional na redução do risco de cancro colorectal (Cedars e Evans, 2003).

O alívio dos afrontamentos é a razão mais comum pela qual as mulheres iniciam e continuam a reposição hormonal. No entanto, a THS ajuda ainda a prevenir a osteoporose, mantendo a

massa e integridade óssea. O estrogénio conserva o cálcio, aumentando a eficiência da absorção intestinal e aumentando a conservação renal de cálcio (Hurd et al., 2005).

Os mesmos autores referem ainda que a THS pode diminuir o risco de doenças cardiovasculares, incluindo a doença coronária e acidente vascular cerebral. O fim da função ovárica na menopausa é acompanhada de um aumento do colesterol – LDL e de uma diminuição do colesterol – HDL, o que aumenta o risco de doenças cardiovasculares. A administração diária de estrogénios aumenta o LHL e diminui os níveis de colesterol total e de colesterol – LDL. Os estrogénios conjugados aumentam também a concentração de triglicéridos (OMS, 1996).

São sugeridos diversos mecanismos segundo os quais o estrogénio poderá ajudar na prevenção de doenças cardiovasculares. O mais importante será o efeito que exerce sobre os lípidos e lipoproteínas séricas. O estrogénio diminui os níveis circulantes de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e aumenta os níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL). Desta forma, tanto a diminuição absoluta do colesterol total quanto o aumento da razão entre LDL e HDL parecem retardar a progressão de doença coronária (Gant e Cunningham, 1993).

O estrogénio exerce também um efeito anti-arteriosclerótico sobre os vasos sanguíneos, o que parece resultar de um efeito antioxidante que diminui a formação de peroxidases lipídicas. Desta forma pode evitar-se a arteriosclerose através da minimização da oxidação da LDL (potente indutora da formação de placas ateromatosas nos vasos sanguíneos) (Hurd et al., 2005).

Um outro efeito benéfico da THS parece ser o efeito directo sobre as células endoteliais dos vasos sanguíneos resultando em vasodilatação imediata. Também a diminuição da coagulabilidade parece ser um efeito benéfico resultante da estrogénioterapia em baixas doses. Este mecanismo envolve a redução da agregação plaquetária e do fibrinogénio e a inibição da formação de plasminogénio. No entanto, este efeito parece ser perdido quando são administradas doses maiores de estrogénio (superiores a 0,625mg de estrogénios conjugados) (Hurd et al., 2005).

Um dos aspectos mais controversos da THS é a sua eventual associação com um risco acrescido de cancro da mama (OMS, 1996).

De acordo com Hurd et al. (2005), muitos estudos de observação avaliaram se os estrogénios apresentam algum impacto sobre a incidência de cancro da mama. Embora alguns deles tenham concluído que não há aumento do risco desta neoplasia em mulheres que recebem reposição hormonal, outros demonstraram um aumento significativo do risco de cancro da mama relacionado com a duração do uso de estrogénios.

Segundo a OMS (1996):

- a utilização de estrogénios durante menos de 5 anos, aparentemente não exerce efeito sobre o risco de cancro da mama;
- a utilização de estrogénios durante 5 a 9 anos pode ter um ligeiro efeito sobre o risco de cancro da mama. No entanto, os resultados observados são extremamente variáveis nos diversos estudos;
- a utilização de estrogénios durante 10 ou mais anos pode estar associada a um aumento do risco relativo em 30 a 80%;
- a utilização de um progestativo associado aos estrogénios pode estar associada a um aumento do risco de cancro da mama.

Um risco bem estabelecido da THS é o de hiperplasia e cancro do endométrio (Hurd et al., 2005). Também para Marquardt (2002) a administração contínua de estrogénios pode resultar em hiperplasia do endométrio e num risco aumentado de adenocarcinoma endometrial.

Tendo como referência a OMS (1996), a administração de estrogénios é uma causa de hiperplasia do endométrio. A presença de um progestativo contraria o efeito proliferativo dos estrogénios ao nível do endométrio. Também o aumento da duração da estrogonioterapia acarreta um aumento do risco de cancro do endométrio. Por exemplo, um tratamento durante

10-15 anos pode comportar um risco relativo igual a 10, em comparação com mulheres que nunca foram submetidas a estrogenerioterapia.

Verificou-se em alguns estudos um ligeiro aumento no desenvolvimento de patologia da vesícula biliar em mulheres na pós-menopausa que fazem estrogénios conjugados. Devido à estrogenerioterapia provocar um aumento na concentração de colesterol na bÍlis, esta relação é muito provavelmente a causa de uma maior predisposição para o desenvolvimento de litÍase vesicular nestas mulheres (Gant e Cunningham, 1993).

Os mesmos autores referem ainda não haver um risco acrescido de desenvolvimento de cancro do ovário, cérvix, trompas uterinas, vagina ou vulva em mulheres que recebem THS de longa duração na pós-menopausa.

Como se sabe, a menopausa pode acompanhar-se de efeitos na esfera psÍquica, como perda da capacidade de concentração, diminuição da memória e outros já referidos.

De acordo com Sherwin (*cit. in* Alsina e Gasull, 2003) não se pode afirmar com convicção que estes efeitos estejam relacionados directamente com a diminuição do nível de estrogénios, no entanto, podem melhorar com a THS ao melhorar a qualidade do sono e a própria percepção do estado de saúde. Vários estudos observacionais a longo prazo têm demonstrado um efeito de protecção para a demência, especialmente a de tipo Alzheimer.

Foi observado que os estrogénios têm um papel protector sobre a evolução da doença, atrasando a idade do seu aparecimento. Contudo, os dados disponíveis, actualmente, são de pouca consistência científica (Castro, 2003, p.8).

Para Freitas et al. (2002), a THS deve ser prescrita a curto prazo como alÍvio de sintomas. No entanto, o seu uso deve ser discutido com as utentes como prevenção a longo prazo (contra osteoporose, doenças cardiovasculares, declÍnio cognitivo, doença de Alzheimer, redução do risco de neoplasia do cólon e a perda da acuidade visual).

1.5. Menopausa e Promoção da Saúde

A menopausa é uma etapa importante na vida de cada mulher que coincide com a fase média de vida e com expectativas de mudança condicionadas pelo avançar do tempo (Lázaro, 2002).

Neste grupo populacional coincidem alterações físicas e psíquicas próprias desta faixa etária que se aliam a importantes mudanças de índole familiar e social, aos quais nem sempre é fácil adaptar-se. É cada vez maior o número de mulheres que vive esta fase de transição com toda a naturalidade. No entanto, outras, condicionadas pela sua personalidade ou meio envolvente, sentem maior dificuldade de adaptação à mudança (Lázaro, 2002).

No climatério, a privação hormonal provoca alterações no organismo feminino cuja percepção e adaptação varia de mulher para mulher. Estar informada sobre as circunstâncias desta etapa ajudá-las-á a adaptar-se com maior facilidade e sobretudo a utilizar os recursos para poder cuidar-se. Os autocuidados são importantes para manter a saúde, no entanto não são inatos mas sim devem ser apreendidos. É por isso que a Enfermagem constitui um recurso importante para ajudar a mulher a sentir-se segura perante esta nova etapa da sua vida (Luque, 1994).

Para muitas mulheres a perimenopausa é um período em que, repentinamente, se percebe que, a pouco mais de metade da vida, perdem-se as capacidades, papéis e valores pelos quais socialmente se desenvolveu uma identidade e a função social das mulheres, e em virtude das quais se tem baseado a sua existência (Lázaro, 2002).

Na perimenopausa as mulheres experimentam diversas perdas que estão relacionadas com os ideais de feminilidade vigentes. Por um lado, o envelhecimento remarca a perda definitiva de um dos valores que tem sido atribuído às mulheres - a capacidade de atractivo erótico. Numa sociedade em que se relaciona beleza e juventude com êxito e inteligência, a perda do poder de sedução pode ser mal tolerado. Por outro lado, ocorre a perda da capacidade de ser mãe, função pela qual a mulher tem sido definida e valorizada socialmente. A fecundidade, como símbolo cultural de feminilidade, é mais uma das perdas que as mulheres experienciam com o aparecimento da menopausa. Por último, a perimenopausa pode ainda coincidir com o momento da saída dos filhos de casa, o que leva à perda do papel maternal (Lázaro, 2002).

Situações como a falta de informação, o aumento de solicitação de atenção sanitária através da saúde pública e o incremento da morbidade aconselham um planeamento alternativo à medicalização sistemática. Intervenções de educação para a saúde tendo uma visão interdisciplinar e integral, nas quais se abordem tanto os aspectos fisiológicos como os psicológicos e socioculturais, podem contribuir para uma melhoria na adaptação da mulher a esta nova etapa (Lázaro, 2002).

Há evidência de que o estilo de vida tem um forte impacto sobre a preservação da saúde. O estilo de vida da mulher na menopausa é muito importante, uma vez que a redução da ingestão de álcool, do consumo de tabaco, a ingestão de uma dieta adequada, realização de exercício físico e o bem-estar físico e psíquico são fundamentais para diminuir o risco de patologias (doenças cardiovasculares, osteoporose e cancro) que podem ser potenciadas pela diminuição dos níveis hormonais. Metade das mortes atribuem-se ao estilo de vida e à dieta. Tendo em conta estes dados, a atenção à saúde da mulher deverá basear-se fundamentalmente em aspectos preventivos e de promoção da saúde (Fernández et al., 2003).

A educação para a saúde constitui um dever profissional e cívico dos enfermeiros, podendo assumir um papel fulcral na sensibilização e na promoção dos estilos de vida saudáveis, relativamente às necessidades básicas de saúde de cada pessoa em particular. Assim, tendo por base o respeito pela individualidade e dignidade de cada mulher, os enfermeiros poderão, através de sessões de educação para a saúde, realizadas individualmente ou em grupo, desmistificar preconceitos enraizados culturalmente, permitindo, desta forma, a abordagem das necessidades, sentimentos, vivências ou preocupações decorrentes da menopausa (Ramos e Gomes, 2005, p.151).

Desta forma os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental no esclarecimento de dúvidas relativas à menopausa mesmo antes das mulheres se encontrarem em menopausa, permitindo que possam sentir-se muito melhor informadas e com os conhecimentos necessários para enfrentar uma nova fase da sua vida. Assim, com as suas intervenções personalizadas e individualizadas, será dado um contributo para a melhoria da qualidade de vida de cada pessoa, motivando-as para uma mudança positiva no seu estilo de vida.

O melhor indicador do estado de saúde posterior à menopausa é o estado de saúde durante a infância e os primeiros anos do período de actividade genital. Este depende das condições de

vida em casa e no trabalho, de factores ambientais e do acesso aos serviços de cuidados de saúde. Os cuidados dispensados no momento da menopausa podem ser extremamente eficazes se a salvaguarda da saúde foi uma preocupação constante ao longo de toda a vida (OMS, 1996).

Ainda de acordo com a OMS (1996), quando as circunstâncias permitirem, uma despistagem selectiva e uma acção educativa devem ser parte integrante dos cuidados dispensados às mulheres de meia-idade. Os profissionais de saúde devem estar bem informados sobre as questões de motivar as mulheres a adoptar hábitos de vida saudáveis (deixar de fumar, realizar exercício físico regular, fazer uma alimentação equilibrada, adoptar práticas sexuais sem risco, controlar o peso corporal) de modo a evitar futuras complicações.

A mulher deve ser orientada e esclarecida sobre as modificações no organismo secundárias à carência hormonal, deve promover-se a manutenção da saúde e prevenção de doenças (Freitas et al., 2002).

Fernández (2003) considera que a alteração de alguns aspectos da dieta pode ser, para as mulheres de meia-idade, o melhor meio para melhorar a sua qualidade de vida na menopausa. É conhecida a associação existente entre uma dieta rica em gorduras saturadas e a mortalidade por doença cardiovascular. Os hábitos alimentares saudáveis ajudam a prevenir os três factores mais importantes da doença cardiovascular: hipercolesterolemia, hipertensão arterial e excesso de peso.

Alguns estudos demonstram ainda uma correlação positiva entre o consumo de gorduras e o cancro da mama e do cólon. Também o consumo de álcool e o risco de cancro da mama estão relacionados, existindo um aumento do risco de cancro da mama, especialmente quando o consumo de álcool é superior a 12g/dia (Fernández, 2003).

Também a massa óssea máxima depende fundamentalmente de factores genéticos, nutricionais, exercício físico e hábitos tóxicos como o tabaco e o álcool. Durante o climatério, a perda da massa óssea é de aproximadamente 70% de todo o capital ósseo (Fernández, 2003).

De acordo com o mesmo autor, é de conhecimento actual que a actividade física é eficaz para melhorar o estado de saúde, pelo menos, em seis áreas de patologia específica: a hipertensão, doença coronária, obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, osteoporose e bem-estar psicológico diminuído. Há também evidência de que a actividade física em mulheres menopáusicas diminui a mortalidade por todas as causas. O exercício, especialmente associado à dieta, tem efeitos benéficos sobre os factores de risco cardiovascular. O tabagismo e o consumo excessivo de álcool associam-se com um aumento do risco de osteoporose.

O exercício físico e a dieta constituem os pilares fundamentais dos cuidados a levar a cabo na menopausa (Luque, 1994).

Relativamente ao vestuário, deve aconselhar-se as mulheres a usar roupa fabricada com fibras naturais, uma vez que permitem a saída do calor e da humidade, evitando a sua permanência na pele. A mulher deve também vestir-se por camadas de modo a que, perante a ocorrência de um afrontamento, possa retirar uma peça de roupa para se refrescar (Ramos e Gomes, 2005).

Desta forma, Luque (1994) lembra que a actuação da enfermagem deve ser no sentido de ajudar a mulher a modificar as suas atitudes.

Também as opções de tratamento devem ser abordadas com as mulheres, explicando os objectivos do tratamento como sendo, a curto prazo, a melhoria da sintomatologia da menopausa e, a longo prazo, a redução do risco de doenças cardiovasculares e de fracturas (OMS, 1996).

Um estudo realizado em Espanha como forma de avaliar se os resultados obtidos nas mulheres que integram um programa de saúde na menopausa permanecem a longo prazo, verificou-se que se produzem alterações significativas nos seus hábitos de vida e que, uma vez adquiridos os conhecimentos que fundamentam a prática de hábitos saudáveis, estas integram-nos no seu estilo de vida de forma permanente (Luque et al., 2000).

Verificou-se ainda que, pondo os conhecimentos adquiridos nas sessões em prática ajuda as mulheres a viver com naturalidade os desajustes que este processo fisiológico pode apresentar, reforçando uma atitude positiva perante esta etapa através do desenvolvimento de

práticas de autocuidados com finalidade de evitar factores de risco e preservar a saúde. Daí a importância de centrar a atenção na promoção da saúde mais do que em esforços para tratamento da patologia. Desta forma, verificou-se que os programas de educação para a saúde constituem um método idóneo para que a população tome consciência de que a saúde, em certa medida, depende do estilo de vida adoptado (Luque et al., 2000).

1.6. Estudos Realizados

Num estudo de mercado realizado em Julho de 2006 pela Sociedade Portuguesa de Menopausa foram estudadas 391 mulheres em situação de menopausa residentes em lares de Portugal Continental, sendo que 72,1% das mulheres estudadas se situam no escalão etário de 60 ou mais anos.

Neste estudo procurou-se aprofundar os aspectos mais gerais e algumas especificidades que caracterizam as mulheres portuguesas em situação de menopausa, levantar os principais sintomas e alterações na vida sexual das mulheres portuguesas em situação de menopausa, analisar o padrão de comportamento no que respeita à procura de assistência médica pelo motivo menopausa, identificar os principais tratamentos prescritos pelos médicos e analisar a propensão das mulheres portuguesas em situação de menopausa para a adopção de terapias de substituição hormonal.

Após a realização das entrevistas e tratamento dos dados obtidos, verificaram-se os seguintes resultados: 61,1% das mulheres referiram sentir diferenças no dia-a-dia; os sintomas mais referidos (por cerca de metade das mulheres entrevistadas) são a irritabilidade (55%), os suores nocturnos (52,7%), os afrontamentos (49,4%) e as insónias (49,1%); 71,9% das mulheres referiu não ter alterações na vida sexual; 56% alegou ter procurado apoio médico de ajuda na menopausa; 62,1% foram sujeitas a prescrição de tratamento, sendo os mais prescritos os comprimidos (THS), medicamentos para a osteoporose e hormonas; 74,4% referiram melhorias após iniciarem o tratamento; os “meios de informação” sobre tratamento hormonal mais eficazes são, segundo as mulheres, o pessoal de saúde (46,6%), as amigas (36,8%) e a televisão (35%).

Como abordamos anteriormente, a influência de factores sociais e culturais sobre as crenças na saúde tem sido enfatizada por psicólogos, antropólogos e sociólogos nos últimos anos (Laudrine e Klonoff *cit. in* Figueiras e Marteau, 1995). As percepções e experiências da menopausa são também alvo de divergências de acordo com o contexto cultural onde as mulheres se inserem (Figueiras e Marteau, 1995).

Desta forma, Figueiras e Marteau (1995) realizaram um estudo que teve como objectivo comparar experiências da menopausa em mulheres Portuguesas e Britânicas. As mulheres que participaram responderam a um questionário no qual se avaliou sintomas e crenças relativas à menopausa.

Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres na avaliação de sintomas e na percepção da menopausa. As mulheres Britânicas tendem a associar a menopausa com perda de feminilidade, enquanto que as Portuguesas associam a menopausa com alterações físicas e psicológicas. Este estudo levanta questões acerca da representação social da menopausa, em relação com o estudo e o papel da mulher de meia idade em diferentes sociedades Europeias (Figueiras e Marteau, 1995, p. 171).

Também uma equipa de saúde da Unidade Funcional de Caldas da Rainha (Centro Hospitalar de Caldas da Rainha e Centro de Saúde de Caldas da Rainha) observou, durante o ano de 2002, que 74% das mulheres observadas na consulta externa de ginecologia / menopausa apresentava sintomatologia relacionada com a menopausa, salientando-se os sintomas vasomotores em 38%, vulvovaginite atrófica em 17,1% e perturbações do humor e distúrbios cognitivos em 28,3%. A idade média das mulheres seguidas em consulta de menopausa na Unidade Funcional de Caldas da Rainha é de 56 anos (Ventura et al., 2003).

Quanto às complicações tardias, verificou-se a presença de osteopenia/osteoporose em 16,4% das mulheres, depressão em 3,5%, incontinência urinária de esforço em 3,5% e atrofia urogenital em 33,2% (Ventura et al., 2003).

Um outro estudo realizado para testar a eficácia clínica da administração de um suplemento contendo fitoestrogénios (Afron®) no tratamento dos afrontamentos permitiu concluir que a sua administração diária tem uma acção redutora da frequência e da intensidade dos afrontamentos sentidos pelas mulheres na menopausa (Neves-e-Castro et al., 2002).

Ao verificar-se em estudos anteriores a existência de uma correlação positiva entre as idades menopáusicas de mães e filhas, Bruin et al. (2003) realizou um estudo de modo a fazer uma estimativa do grau em que a idade na altura da menopausa natural é um factor genético, tendo como base dados obtidos numa população aleatória de amostras de irmãs, únicas ou gémeas, que subsequentemente atingiram a menopausa natural. Com este estudo, os investigadores concluíram que uma mulher com antecedentes familiares de atingirem a menopausa cedo tem ela própria um risco de menopausa cedo e de consequente precoce incapacidade reprodutora.

Após a contextualização referente à menopausa, pode concluir-se que se trata de um tema bastante complexo e que pode ser abordado segundo diversas perspectivas. Verifica-se ainda a existência de uma faceta muito subjectiva relativa aos aspectos que a caracterizam, uma vez que cada mulher vive a menopausa de uma forma única e pessoal, não podendo ser generalizada a todas as mulheres, e tornando-se por isso mesmo uma etapa de grande especificidade na vida de cada mulher.

Desta forma, procedemos à exposição do enquadramento metodológico no qual se apresenta o percurso efectuado para a realização do presente estudo.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No decurso deste capítulo são apresentadas as decisões das investigadoras acerca das questões de investigação, do método aplicado para obter as respostas a essas questões, assim como uma descrição da obtenção dos dados.

É ainda definida a amostra em estudo e caracterizado o instrumento utilizado para a efectuação da colheita dos dados.

2.1. Questões de Investigação

Perante a problemática do presente estudo surgiu uma pergunta inicial, que teve como função orientar a nossa investigação.

Segundo Fortin (1999), uma questão de investigação é um enunciado interrogativo que, tendo como base um determinado domínio, procura adquirir novas informações.

Assim, tendo como base este pressuposto, a pergunta de partida formulada para a problemática em estudo foi a seguinte: *Que conhecimentos têm as mulheres em idade fértil sobre a menopausa que lhes permitirá minorar as suas consequências?*

Desta forma pretendia-se saber que conhecimentos possuem as mulheres em idade fértil sobre menopausa. Com o termo “idade fértil” pretendemos caracterizar o período particular da vida em que a mulher é capaz de reproduzir (Thomas, 2000).

Tendo em consideração a pergunta de partida formulada anteriormente, surgiu a necessidade de precisar com mais clareza o que se pretendia com esta investigação. Assim, surgiram as seguintes questões:

- Quais são os sinais, sintomas e consequências que as mulheres consideram ocorrer na menopausa?
- Que factores são considerados pelas mulheres como tendo uma maior influência na idade de início da menopausa?
- Que hábitos de vida são considerados e adoptados pelas mulheres como forma de prevenção das consequências da menopausa?
- De que forma é que as mulheres adquirem informação acerca da menopausa?
- Através de que formas e fontes de comunicação as mulheres gostariam de receber informação adicional acerca da menopausa?

2.2. Desenho de Investigação

O desenho de investigação constitui o plano geral do investigador para dar resposta às suas questões ou provar as suas hipóteses. No desenho de investigação são definidas as estratégias básicas que o investigador vai utilizar para a consecução do estudo, ou seja, de que modo pretende utilizá-las com o objectivo de facilitar a interpretação dos resultados (Polit e Hungler, 2000).

Desta forma, este capítulo incorpora as decisões metodológicas adoptadas pelo investigador no decorrer do estudo realizado.

2.2.1. Objectivos de investigação

Para a execução do processo de investigação é fundamental a formulação de objectivos de estudo pois, tendo por base a afirmação de Ribeiro (1999, p.24), os objectivos da investigação “ (...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de

investigação”, ou seja, são os resultados específicos que se pretende obter com a realização do estudo (Polit e Hungler, 2000).

Também Fortin (1999, p.100) refere que o objectivo de estudo indica a razão de execução da nossa investigação, devendo este ser “ (...) um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação (...).”

Como tal, os objectivos específicos definidos para este estudo são os seguintes:

- Saber quais os sinais ou sintomas físicos e psicológicos que as mulheres consideram como sendo os mais frequentes na menopausa.
- Identificar os factores que são considerados pelas mulheres como influentes na idade de início da menopausa.
- Saber quais as consequências da menopausa que as mulheres identificam.
- Saber que hábitos de vida são considerados pelas mulheres como preventivos das consequências da menopausa.
- Identificar que estilos de vida são adoptados pelas mulheres como forma de prevenção das consequências da menopausa.
- Descrever de que forma é que as mulheres adquirem informação referente à menopausa.
- Identificar através de que formas e fontes de comunicação as mulheres gostariam de receber informação adicional acerca da menopausa.

2.2.2. Tipo de estudo e método

No âmbito da temática apresentada não temos como objectivo explicar a razão pela qual ocorre determinado fenómeno, mas antes pelo contrário, caracterizar os factores

determinantes ou conceitos que possam associar-se à investigação. Para a efectivação deste estudo será portanto realizado um estudo descritivo simples.

Este tipo de estudo é caracterizado por Fortin (1999, p.163) como sendo uma forma de “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

A investigação descritiva tem como principal objectivo observar, descrever e documentar aspectos de uma situação que ocorre de forma natural (Polit e Hungler, 2000).

O método de investigação utilizado neste estudo será o método quantitativo pois, segundo Fortin (1999, p.22), este é um método utilizado na colheita sistemática de dados quantificáveis e observáveis.

2.2.3. População e processo de amostragem

O conceito *população* é definido por Polit e Hungler (2000) como sendo o conjunto total de casos que possui uma série de características comuns e predeterminadas, “(...) sobre os quais se pretende retirar conclusões (...)” (Hill e Hill, 2002, p. 41).

O presente estudo visa averiguar o conhecimento das mulheres sobre a menopausa. Deste modo, para a elaboração desta investigação escolheu-se a seguinte população: mulheres em idade fértil com idade entre os 35 e os 45 anos.

A delimitação das idades entre os 35 e os 45 anos é devido ao facto de ser esta a faixa etária mais próxima da idade definida como início da menopausa, sendo por isso uma idade em que as mulheres deverão manter-se mais informadas de forma a enfrentar as consequências da menopausa.

De acordo com Polit e Hungler (2000), a amostra constitui um subconjunto das unidades que compõem a população. Assim, os elementos estudados correspondem a uma amostra de 23

mulheres, sendo esta constituída por mulheres em idade fértil com idades entre os 35 e os 45 anos residentes numa freguesia rural do concelho de Arcos de Valdevez.

Desta forma o método de amostragem utilizado é a amostragem por conveniência, ou seja, a amostra em estudo é “(...) composta por indivíduos que atendem os critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador” (Hulley et al., 2003, p.48).

2.2.4. Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de informação referente à amostra em estudo foi utilizado o inquérito por questionário (Anexo II).

Para Quivy (1992, p.190), este instrumento de colheita de dados:

Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões (...) ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.

O questionário aplicado à amostra em estudo foi um questionário de administração directa, uma vez que a sua constituição apresenta questões que os inquiridos completarão sem a participação do inquiridor (Quivy, 1992). Estas questões serão maioritariamente fechadas, proporcionando ao inquirido uma série de opções entre as quais pode seleccionar a que melhor corresponde à sua resposta (Polit e Hungler, 2000).

O questionário elaborado para a colheita de dados é constituído por 15 perguntas e está dividido em duas partes.

A primeira parte é constituída por um questionário sócio-demográfico com 5 perguntas, 3 das quais são abertas, ou seja, a pessoa inquirida pode responder com as suas próprias palavras (Hill e Hill, 2002). Nesta parte foi colocada uma pergunta discriminante para eliminar as mulheres que já se encontram na menopausa. A seguir, foram ainda colocadas perguntas a partir das quais se pretendia recolher variáveis atributo, nomeadamente idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil e número de filhos.

Na segunda parte é apresentado um questionário de opinião, o qual é constituído por 9 perguntas fechadas nas quais se aborda aspectos relativos à temática em estudo. Cinco destas questões são constituídas por uma escala denominada escala Likert, a qual consta de vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista ou opinião sobre determinado tema e que a pessoa inquirida deve assinalar de forma a indicar até que ponto concorda com a frase indicada (Polit e Hungler, 2000). Este tipo de escala fornece aos inquiridos uma lista de proposições para as quais devem estimar o grau da sua resposta. “A cada resposta é atribuído um número de pontos” (Hulley et al., 2003, p.272). A escolha de uma escala Likert deveu-se à vantagem de permitir uma maior margem de resposta às inquiridas, não se restringindo apenas a duas opções. As restantes três perguntas são constituídas por escalas dicotómicas.

Este instrumento de colheita de dados tem uma introdução na qual se explica os objectivos do estudo do qual é parte integrante e informa as mulheres acerca da confidencialidade dos dados colhidos. Na base da sua elaboração esteve a pesquisa bibliográfica, que permitiu a formulação de questões que visam o atingir dos objectivos propostos para este estudo.

Desta forma, a elaboração deste questionário teve como base alguns autores que explicitam a problemática de forma simples e resumida de modo a facilitar o seu processo de elaboração. Isto porque, mediante a amostra em estudo, residente em meio rural, seria necessário elaborar perguntas com linguagem simplificada para uma melhor percepção por parte das inquiridas.

Assim, como base teórica para a elaboração deste instrumento de colheita de dados foi realizada pesquisa em alguns livros, dos quais se seleccionou informação pertinente para o estudo em causa. Chaby (1995), Brewer (1999) e Pardal (1996) foram os autores segundo os quais nos baseamos para a sua elaboração.

2.2.4.1. Pré-teste

Anteriormente à aplicação do instrumento de colheita de dados foi efectuado um pré-teste, isto é, “ (...) o preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...)” (Fortin, 1999, p.253) de modo a verificar se as questões elaboradas eram de fácil compreensão.

Esta amostra foi constituída por 3 pessoas com as mesmas características da amostra em estudo. Aquando da aplicação do questionário verificou-se que este era compreensível e esclarecedor, o que permitiu a sua posterior aplicação à amostra pretendida.

2.2.4.2. Processo de colheita e análise de dados

A colheita dos dados efectuou-se na residência das mulheres em estudo. Os dados relativos à morada de residência das pessoas que se inserem na amostra foram facultados pela junta de freguesia na qual residem, o que permitiu que os questionários pudessem ser entregues pessoalmente em sua casa. Para o seu preenchimento foi dado um prazo máximo de uma semana, pelo que a colheita de dados se realizou entre o dia 7 e o dia 14 de Janeiro de 2007. Antes da aplicação do questionário, foi entregue às participantes uma folha designada *Declaração de Consentimento Informado* (Anexo I) na qual se explicitou o seu consentimento de participação no estudo.

Para que fosse garantida a confidencialidade dos dados colhidos, o questionário aplicado foi selado em envelope junto da pessoa inquirida, sendo garantida a sua abertura apenas depois de obtidos todos os questionários aplicados. Foram ainda explicitados, quer verbalmente escritos, quer oralmente durante a entrega do questionário, os objectivos do estudo e a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados.

As pesquisas envolvendo seres humanos geram preocupações éticas, pois os voluntários aceitam riscos e inconveniências com o objectivo de avançar o conhecimento científico e beneficiar os outros (Hulley et al., 2003, p.247).

De acordo com os mesmos autores, as pesquisas englobando seres humanos devem ter em conta três princípios éticos, sendo eles o princípio do respeito à pessoa, o da beneficência e o da justiça.

O princípio do respeito à pessoa exige que os investigadores obtenham o consentimento informado sendo garantida a confidencialidade dos dados. Ora, na presente investigação, foi preocupação primordial que este princípio fosse respeitado, utilizando para o devido efeito a declaração de consentimento informado anteriormente referido.

Também o princípio da beneficência ou risco mínimo foi tido em conta na nossa investigação uma vez que se salvaguardaram as pessoas inquiridas de possíveis riscos, tendo em atenção o delineamento de uma pesquisa fundamentada cientificamente.

Relativamente ao princípio da justiça procurou-se que os participantes tivessem direito a uma abordagem justa e equitativa, antes, durante e após a sua participação. A privacidade das inquiridas foi respeitada durante todo o estudo, uma vez que os questionários elaborados permitiram que a informação se mantivesse em anonimato, ou seja, a informação recebida não se pôde relacionar com nenhuma das inquiridas.

Assim, após colhidos todos os dados foi realizada uma análise estatística descritiva com auxílio do programa informático SPSS (*Statistic Package for Social Science*) versão 15.0.

Como referido anteriormente, foi aplicada uma escala Likert no questionário por permitir uma maior possibilidade de respostas às inquiridas. No entanto, como o objectivo geral deste estudo era saber se as mulheres têm conhecimentos ou não sobre a menopausa, foi necessário alterar a escala aplicada no questionário. Assim, os dados obtidos nas perguntas que constavam de uma escala Likert foram convertidos numa escala dicotómica com as categorias conhecem / não conhecem, ou seja, a partir das respostas dadas foi feito o somatório das pessoas que responderam acertadamente e das pessoas que demonstraram não conhecer os aspectos relativos à menopausa que constavam no questionário.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo pretende-se caracterizar a amostra em estudo, organizar e apresentar os dados colhidos, efectuando uma posterior análise e discussão dos mesmos através da utilização de técnicas estatísticas descritivas.

Com a interpretação dos dados pretende-se obter resultados que serão abordados como forma de conclusão.

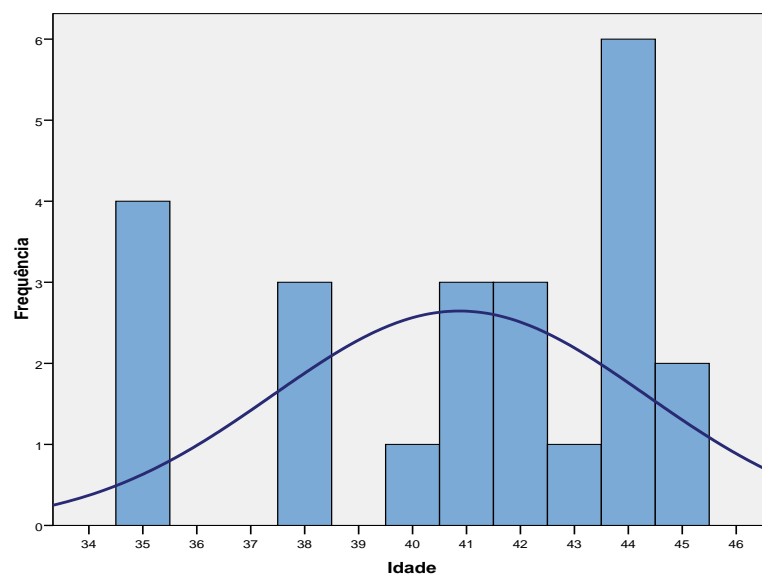
3.1. Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram 23 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos, sendo a média de 41 anos. A totalidade da amostra declarou encontrar-se em idade fértil.

Quadro 1 – Distribuição de frequências, percentagens relativas e acumuladas das mulheres por idade cronológica.

Idade	F	%	% ac	Assimetria	Curtose	Média	Desvio Padrão
35	4	17,4	17,4				
38	3	13,0	30,4				
40	1	4,3	34,8				
41	3	13,0	47,8	- 0,646	- 0,923	40,87	3,468
42	3	13,0	60,9				
43	1	4,3	65,2				
44	6	26,1	91,3				
45	2	8,7	100				
Total	23	100					

Gráfico 1 – Histograma e curva de distribuição normal das mulheres por idade cronológica.



No quadro 1 pode observar-se que a média aritmética da distribuição em estudo é 40,87 e o desvio padrão é 3,468. No gráfico 1 verifica-se um desvio da distribuição para a esquerda, apresentando uma assimetria negativa (-0,646). Verifica-se ainda que se trata de uma distribuição platicúrtica ou de topo achatado, ou seja, a curtose é inferior a zero (-0,923), o que evidencia uma predominância das mulheres com idade mais avançada.

Quadro 2 – Distribuição de frequências relativas, percentagens relativas e acumuladas das mulheres por nível de escolaridade.

Nível de escolaridade	F	%	% ac
1º Ciclo	8	34,8	34,8
2º Ciclo	7	30,4	65,2
3º Ciclo	5	21,7	87,0
Secundário	3	13	100
Curso técnico / profissional	0	0	
Curso Superior	0	0	
Total	23	99,9	

Quadro 3 – Distribuição relativa e percentual das mulheres segundo a profissão

Profissão	F	%
Técnica contabilidade	1	4,3
Comerciante	3	13
Doméstica	9	39,1
Empregada balcão	1	4,3
Empregada fabril	2	8,7
Ajudante domiciliária	1	4,3
Costureira	2	8,7
Auxiliar de lar de idosos	1	4,3
Cozinheira	1	4,3
Técnica administrativa	1	4,3
Padeira	1	4,3
Total	23	100

Segundo o quadro 2 podemos observar que a moda corresponde a 1º ciclo (34,8%), seguindo-se o 2º e o 3º ciclo com 30,4% e 21,7%, respectivamente. Apenas 13% possuem o ensino secundário, não existindo nenhum elemento da amostra com habilitações literárias correspondentes a curso técnico / profissional ou curso superior.

Podemos salientar que apenas 13% da amostra possui habilitações literárias para além do ensino obrigatório, o que caracteriza esta amostra como pertencente a uma classe pouco qualificada.

De acordo com o quadro 3, a moda desta distribuição relativa à profissão das inquiridas é “doméstica” correspondendo a 39,1% da amostra em estudo.

Podemos ainda acrescentar que as profissões mais exercidas pelas inquiridas evidenciam um tipo de trabalho que é caracterizado por uma actuação individual, o que poderá por vezes significar isolamento social que, aliado ao baixo nível de escolaridade, leva a uma consequente falta de acesso a informação.

Gráfico 2 – Distribuição percentual das mulheres segundo o estado civil.

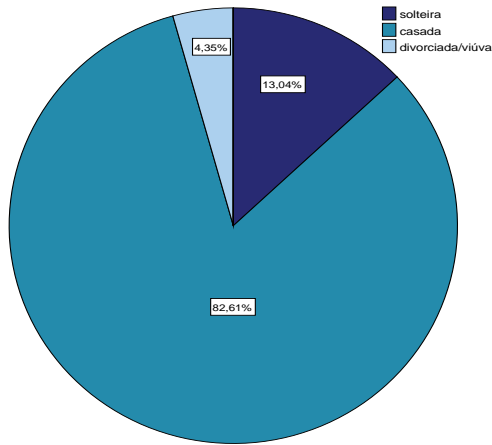
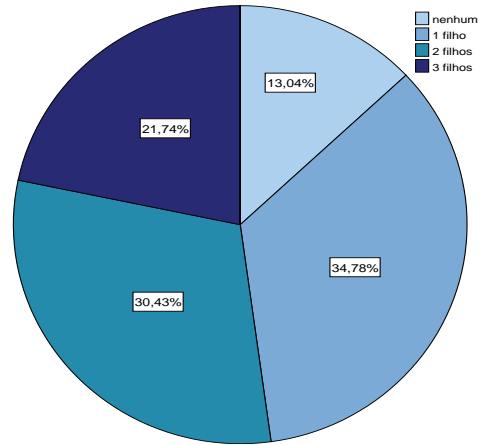


Gráfico 3 – Distribuição percentual das mulheres segundo o número de filhos.



A moda da distribuição por estado civil corresponde ao parâmetro “casada” (82,6%), sendo que apenas 13% é solteira e 4,3% é divorciada / viúva (gráfico 2). Relativamente ao número de filhos, a média é de 1,61 filhos. Apenas 13% dos elementos da amostra não tem filhos (gráfico 3). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2005), a média nacional corresponde a 1,44 filhos, pelo que se verifica que a amostra em estudo apresenta uma média superior à média nacional.

3.2. Apresentação e Análise dos Resultados

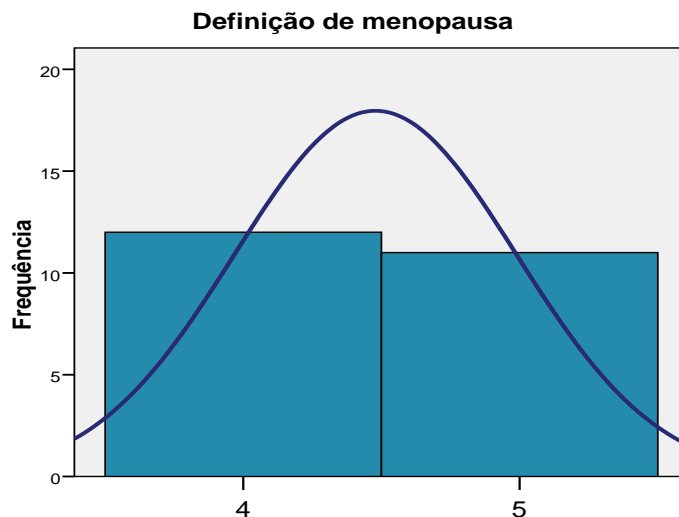
3.2.1. Definição de menopausa

Quando confrontadas com a definição de menopausa sugerida (“A menopausa é o desaparecimento dos períodos menstruais associado à paragem do funcionamento dos ovários e à diminuição do nível de hormonas”), 12 mulheres (52,2%) evidenciam estar de acordo com a mesma, enquanto que 11 mulheres (47,8%) referem estar totalmente de acordo com a definição apresentada (gráfico 4).

A pergunta apresentada tinha cinco níveis de opções de resposta, sendo: 1 = totalmente em desacordo; 2 = em desacordo; 3 = indecisa; 4 = de acordo; 5 = totalmente de acordo.

A média aritmética da distribuição em estudo é de 4,48 e o desvio padrão é de 0,511.

Gráfico 4 – Histograma e curva de distribuição normal de respostas à primeira pergunta.



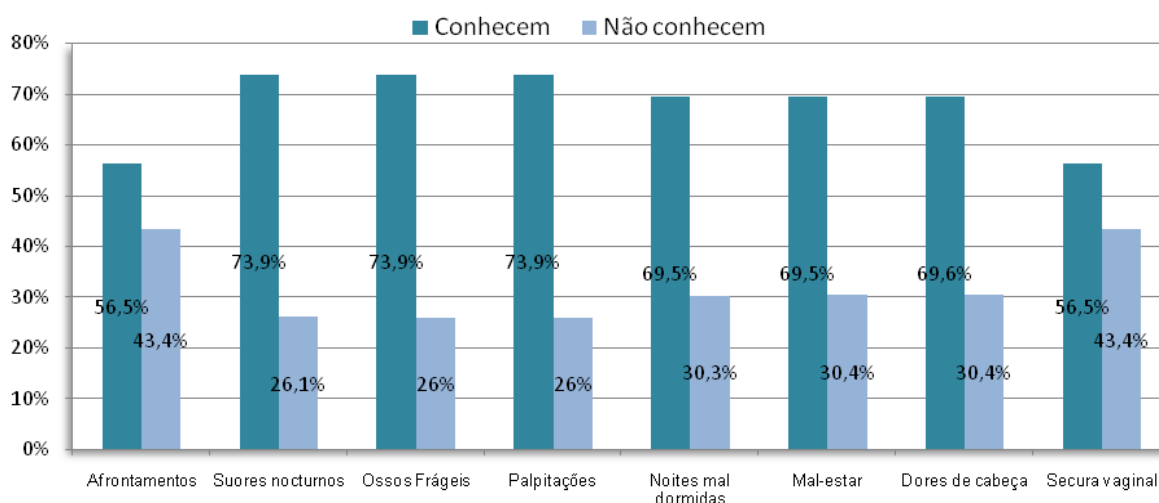
Tal como refere Hurd et al. (2005), a menopausa define-se como a interrupção permanente da menstruação durante um ano e está fisiologicamente relacionada à diminuição da secreção de estrogénio resultante da perda de função ovárica. Desta forma pode dizer-se que as inquiridas

não demonstraram indecisão ou discordância relativamente à definição de menopausa, o que revela a existência de conhecimento sobre o que é a menopausa (gráfico 4).

3.2.2. Conhecimento dos sinais e sintomas físicos da menopausa

Na segunda pergunta as mulheres foram questionadas sobre a frequência com que cada sinal ou sintoma físico pode ocorrer durante a menopausa. As respostas possíveis eram: 1 = nunca; 2 = pouco frequente; 3 = frequente; 4 = muito frequente; 5 = sempre.

Gráfico 5 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos sinais e sintomas físicos da menopausa.



Como foi referido anteriormente, a partir das respostas dadas foi feito o somatório das pessoas que responderam correctamente e das pessoas que demonstraram não conhecer os aspectos relacionados com a menopausa. Daí surgiu o gráfico 5, a partir do qual podemos verificar que a maior parte das mulheres inquiridas demonstram conhecer quais os sinais e sintomas físicos que ocorrem na menopausa.

Podemos verificar que os sinais ou sintomas mais conhecidos pelas inquiridas são os suores nocturnos, os ossos frágeis e as palpitações (73,9%), e os menos conhecidos são os afrontamentos e a secura vaginal (56,5%).

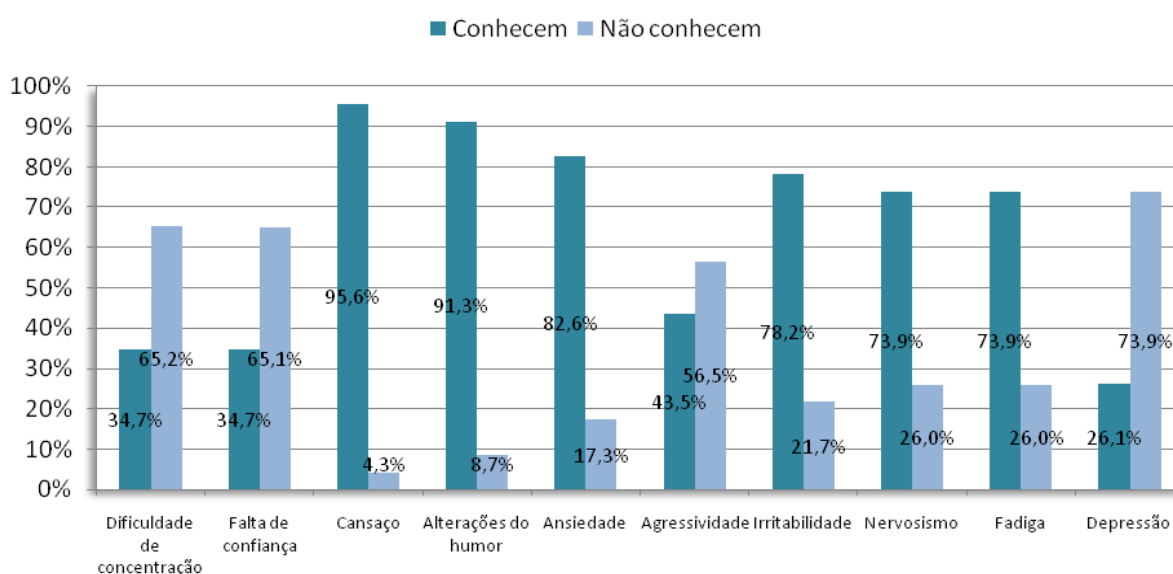
De acordo com Freitas et al. (2002), os afrontamentos são descritos por cerca de 68 a 85% das mulheres, o que representa ocorrerem com frequência ou muita frequência na menopausa.

Também Wentz (1991) refere que 75% das mulheres apresentam estes sintomas nos primeiros 12 meses após a menopausa. No entanto, de acordo com os dados obtidos, os afrontamentos não são o sintoma mais conhecido pelas mulheres inquiridas, ao contrário do que seria esperado, uma vez que se trata de um sintoma referido por diversos estudos (entre os quais o Estudo de Mercado realizado pela SPM) como sendo dos mais frequentes na menopausa. Também a maioria dos autores aponta os afrontamentos como sendo o sintoma mais recorrente nas mulheres que se encontram nesta fase, principalmente nas mulheres ocidentais (em cerca de 80%), como refere Sánchez (2003).

Podemos acrescentar que a opção de resposta mal-estar foi uma opção muito vaga, podendo ter influenciado as respostas, uma vez que se encontra relacionado com todos os outros sinais e sintomas apresentados.

3.2.3. Conhecimento dos sinais e sintomas psicológicos da menopausa

Gráfico 6 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos sinais e sintomas psicológicos da menopausa.



Na terceira pergunta as mulheres foram questionadas sobre a frequência com que cada sinal ou sintoma psicológico pode ocorrer durante a menopausa. As respostas possíveis eram iguais à pergunta anterior.

Partindo do gráfico apresentado verifica-se que os sinais e sintomas psicológicos conhecidos pela maioria das inquiridas são o cansaço (95,6%), as alterações do humor (91,3%), a ansiedade (82,6%), a irritabilidade (78,2%), o nervosismo e a fadiga (73,9%). Dois destes sintomas, a ansiedade e a irritabilidade, são referenciados por Hurd et al. (2005) como frequentes na menopausa, o que vai ao encontro dos resultados encontrados.

No entanto, existem também sinais e sintomas apresentados como opção de resposta que não são conhecidos pela maior parte da amostra, sendo eles a depressão (73,9%), a dificuldade de concentração (65,2%), a falta de confiança (65,1%) e a agressividade (56,5%).

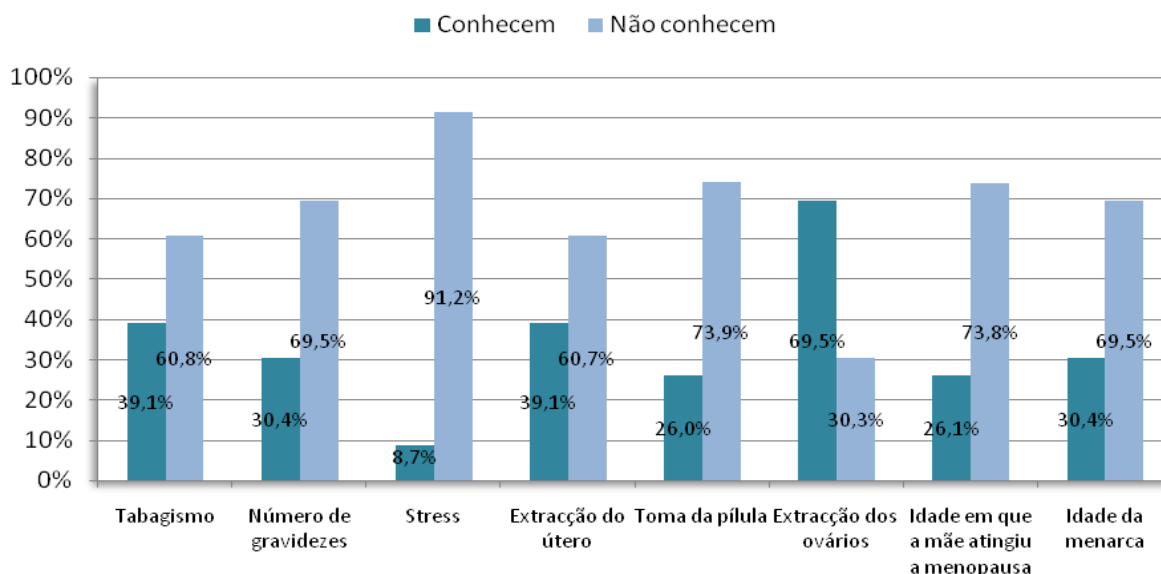
Note-se, porém, que os sinais e sintomas apresentados no questionário são frequentes ou muito frequentes na menopausa. Apesar de se verificar o conhecimento por parte das inquiridas da maior parte dos sintomas psicológicos que podem ocorrer na menopausa, nota-se ainda alguma falta de informação relativa aos restantes, uma vez que também ocorrem com frequência ou com muita frequência neste período. Desta forma, deve ser preocupação dos profissionais de saúde actuar, através de diversas estratégias como por exemplo a educação para a saúde, de forma a detectar antecipadamente sintomas somáticos e psicológicos que possam estar associados a situações patológicas graves (como por exemplo a depressão), evitando a sua repercussão sobre a qualidade de vida das mulheres.

3.2.4. Conhecimento dos factores que influenciam a idade da menopausa

O gráfico 7 apresenta os resultados relativamente às respostas assinaladas sobre a influência de diversos factores na idade de início da menopausa. As respostas possíveis eram: 1 = nenhuma; 2 = reduzida; 3 = pouca; 4 = moderada; 5 = muita; 6 = muitíssima.

Vejamos, portanto, que factores são conhecidos pelas mulheres como influentes na idade de início da menopausa.

Gráfico 7 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento dos factores que influenciam a idade da menopausa.



Quando questionadas sobre os factores que podem influenciar a idade de início da menopausa, verifica-se a falta de conhecimento acerca dos mesmos, verificando-se a atribuição de importância a factores que não exercem qualquer influência sobre o início da menopausa e retirando importância a outros que, de facto, são referidos como influentes neste mesmo aspecto.

Através do gráfico apresentado podemos verificar que apenas a extracção dos ovários (ovariectomia) merece concordância entre a maioria das inquiridas (69,5%), sendo considerado muito ou muitíssimo influente na determinação do início da menopausa. De facto, a ovariectomia leva a um aparecimento imediato da menopausa, uma vez que a mesma é devida a uma diminuição do nível de estrogénios resultante da falência ovárica. Portanto, a remoção dos ovários provoca uma menopausa artificial (OMS, 1996).

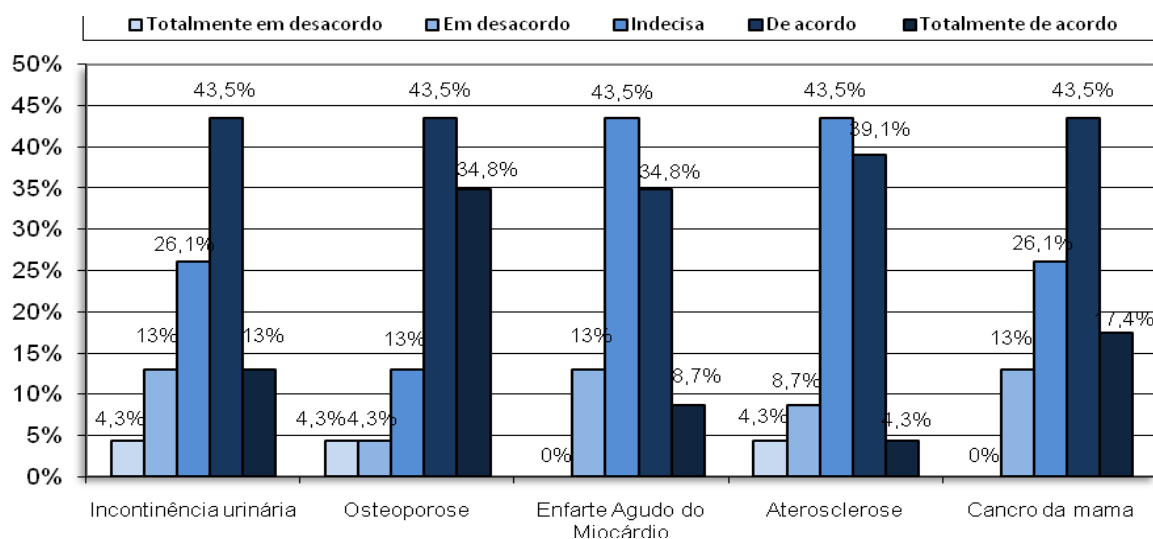
Ao tabagismo e número de gravidezes é retirada importância, assinalando assim respostas correspondentes a nenhuma, reduzida ou pouca influência. De acordo com a OMS (1996), o tabagismo é um factor primordial na determinação da idade da menopausa, assim como o número de gravidezes também exerce influência sobre este aspecto. Desta forma, as respostas assinaladas demonstram a falta de conhecimentos sobre a influência destes factores na determinação da idade da menopausa.

Aos outros factores, tais como stress, extracção do útero (histerectomia), toma da pílula, idade em que a mãe atingiu a menopausa e idade da menarca foi atribuída uma maior importância na determinação da idade da menopausa, tendo sido assinaladas respostas correspondentes a moderada, muita e muitíssima influência. Conforme refere Navarro (2003), parece existir uma relação entre mães e filhas na idade da menopausa. No entanto, a idade da menarca parece não exercer influência neste aspecto. Também Marquardt (2002) exclui uma associação entre a toma de anticoncepcionais orais e a idade da menopausa. Já relativamente à histerectomia realça a existência de uma relação que se verifica em algumas mulheres.

3.2.5. Conhecimento das consequências a longo prazo associadas à menopausa

O próximo gráfico apresenta os resultados correspondentes às respostas assinaladas quando questionadas sobre consequências da menopausa a longo prazo, tendo como opções de resposta: 1 = totalmente em desacordo; 2 = em desacordo; 3 = indecisa; 4 = de acordo; 5 = totalmente de acordo.

Gráfico 8 – Distribuição percentual das mulheres segundo as respostas à quinta pergunta (consequências a longo prazo associadas à menopausa).



De acordo com o gráfico 8 verifica-se que a incontinência urinária, a osteoporose e o cancro da mama são as opções com as quais a maioria das inquiridas está de acordo (43,5%), sendo que a osteoporose merece maior destaque pelo elevado número de inquiridas que está totalmente de

acordo (34,8%), o que revela ser a consequência a longo prazo da menopausa mais conhecida pelas mulheres.

De facto, Cedars e Evans (2003) mencionam um agravamento da desmineralização óssea nas mulheres com idade entre os 55 e os 70 anos, ocorrendo 15 a 20 anos mais cedo do que nos homens. Desta forma, podemos verificar que as mulheres têm conhecimento deste tipo de patologia como consequência da menopausa.

No entanto, relativamente às patologias do foro cardiovascular verifica-se ainda uma elevada indecisão (43,5%) sobre a sua existência no leque de problemas de saúde a longo prazo associados à menopausa. Facto este que revela necessidade de actuação a este nível, já que a relativa imunidade da mulher para doenças cardiovasculares (devido ao efeito protector do estrogénio) desaparece progressivamente após a menopausa, tornando-se uma causa frequente de mortalidade em mulheres com idade superior a 65 anos (OMS, 1996).

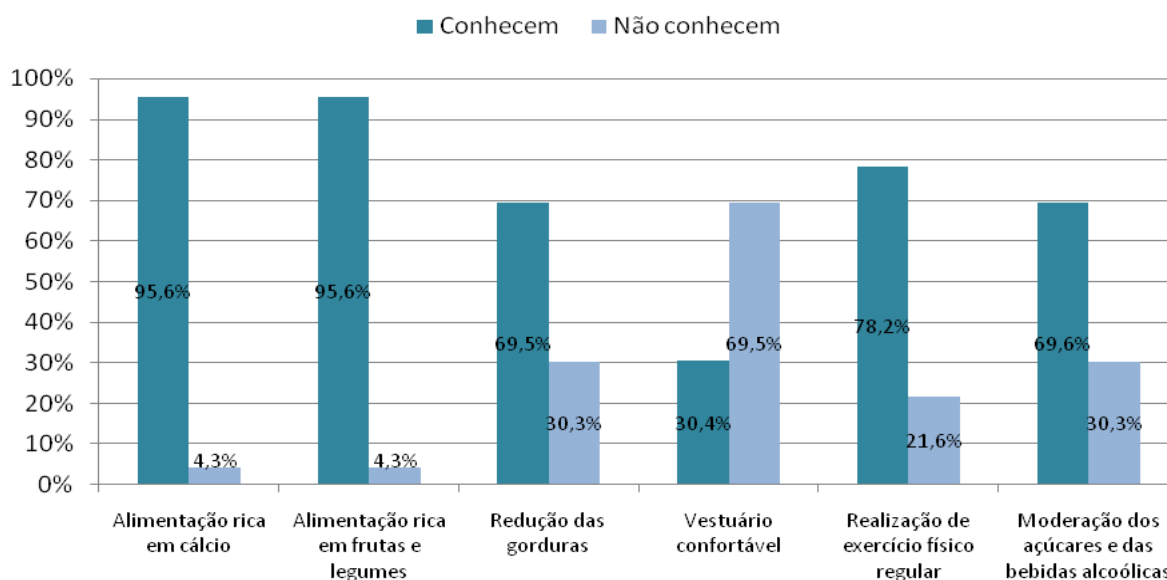
Verifica-se ainda que grande parte das mulheres (50,9%) está de acordo e totalmente de acordo que o cancro da mama é uma consequência da menopausa. No entanto, não existe evidência científica de uma relação entre a menopausa e o aumento da incidência de cancro da mama, havendo discordância entre autores (Pardal, 1996; Tricas, 1997) abordados na fase conceptual deste trabalho de investigação. Contudo, a percepção de que a incidência de cancro da mama aumenta com a menopausa está bem patente na amostra em estudo.

3.2.6. Conhecimento da influência dos hábitos de vida na prevenção de consequências da menopausa

No gráfico seguinte são apresentadas as respostas correspondentes à influência dos diferentes hábitos de vida na prevenção das consequências da menopausa. Neste caso, as opções de resposta eram: 1 = nenhuma; 2 = reduzida; 3 = pouca; 4 = moderada; 5 = muita; 6 = muitíssima.

Gráfico 9 – Distribuição percentual das mulheres segundo o conhecimento / não conhecimento da influência de hábitos de vida na prevenção de consequências da menopausa.

Conhecimentos sobre a menopausa nas mulheres em idade fértil em zona rural



Com as respostas a esta pergunta verifica-se um nível de conhecimentos elevado relativamente aos hábitos de vida que permitem a prevenção de consequências da menopausa, salientando que 95,6% conhecem a alimentação rica em cálcio, frutas e legumes como hábitos alimentares preventivos de consequências da menopausa. Talvez possamos associar esta percentagem de respostas à consequência mais conhecida pelas mulheres, a osteoporose.

Pode dizer-se ainda que a realização de exercício físico regular é o hábito de vida também reconhecido por 78,2% das mulheres como preventivo de consequências da menopausa, seguindo-se a moderação dos açúcares e das bebidas alcoólicas (69,6%) e a redução das gorduras (69,5%). De acordo com Luque (1994), a dieta e a realização de exercício físico são os principais cuidados a ter em conta como forma de prevenção de consequências a longo prazo da menopausa, o que vai ao encontro das respostas dadas pelas inquiridas.

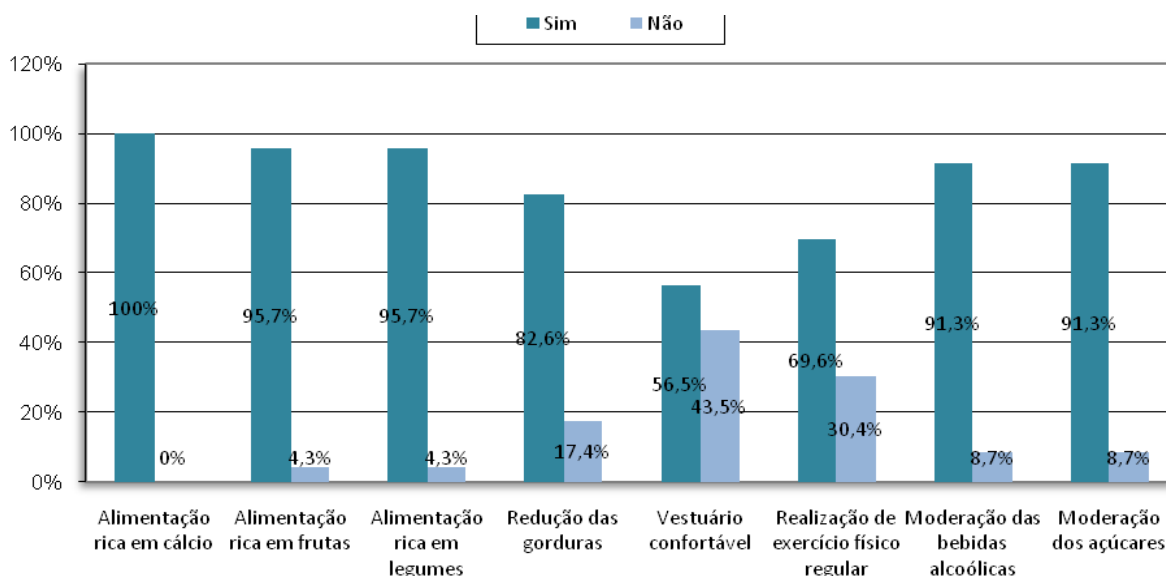
O uso de vestuário confortável não é conhecido pela maioria das mulheres (69,5%) como um hábito preventivo de algumas consequências da menopausa, como é o caso dos afrontamentos, em que pode promover o bem-estar e a auto-estima da mulher (Ramos e Gomes, 2005).

3.2.7. Hábitos de vida adoptados pelas mulheres inquiridas

Quando questionadas acerca dos hábitos de vida adoptados ou não como forma de prevenir as consequências da menopausa, verifica-se que a maior parte e quase totalidade dos elementos inquiridos possuem hábitos de vida que lhes permite prevenir algumas das consequências da

menopausa (gráfico 10). De entre todos os hábitos sugeridos, o uso de vestuário confortável é aquele menos adoptado pelas mulheres (56,5%). As opções de resposta eram: 1 = sim; 2 = não.

Gráfico 10 – Distribuição percentual das mulheres segundo a adopção / não adopção de hábitos de vida preventivos de consequências da menopausa.



A partir do gráfico obtido verifica-se que a totalidade da amostra cumpre uma alimentação rica em cálcio (leite e seus derivados) como forma preventiva de consequências da menopausa. 95,7% das mulheres cumpre uma alimentação rica em frutas e legumes, seguindo-se a moderação dos açúcares e das bebidas alcoólicas (91,3%) como hábito adoptado.

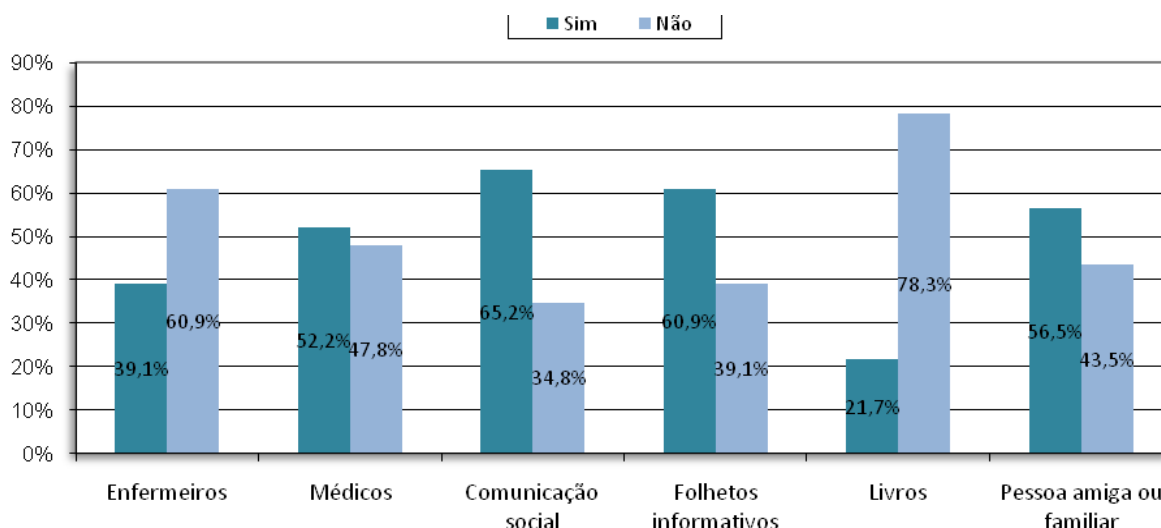
A nível de hábitos alimentares, o hábito menos adoptado nesta amostra (82,6%) é a redução de gorduras na sua alimentação. Este aspecto poderá estar relacionado com o facto desta amostra pertencer a um meio rural no qual predomina uma alimentação rica em carne. Alguns dos estudos demonstram uma correlação positiva entre o consumo de gorduras e o cancro da mama e do cólon (Fernández, 2003). Deste modo, a atenção à saúde da mulher deverá apoiar-se em aspectos preventivos de doenças e promotores de saúde, como é o caso da adopção de hábitos de vida saudáveis.

A realização de exercício físico regular parece ser um hábito menos adoptado pelos elementos da amostra. No entanto, a sua maioria (69,6%) adquire este hábito e reconhece-o como forma preventiva das consequências associadas à menopausa.

O uso de vestuário confortável é aquele menos adoptado pelas mulheres (56,5%), indo ao encontro das respostas à pergunta anterior na qual também demonstram pouco conhecimento acerca das suas vantagens na prevenção de consequências da menopausa.

3.2.8. Fontes de informação

Gráfico 11 – Distribuição percentual das mulheres segundo as fontes de informação.



O gráfico 11 mostra através de que fontes de informação as mulheres inquiridas tiveram acesso a informação sobre menopausa. As opções de resposta eram: 1 = sim; 2 = não.

Analisando o gráfico apresentado verifica-se que a informação referente à menopausa foi adquirida na sua maioria através da comunicação social (65,2%), seguindo-se dos folhetos informativos (60,9%), pessoas amigas ou familiares (56,5%) e dos médicos (52,2%). O facto da comunicação social ser a principal fonte de informação relativa à menopausa pode estar associado ao tipo de profissão desempenhada pela maioria das mulheres, como acontece com as domésticas, uma vez que se desenvolve nas suas casas. Desta forma, justifica-se a maioria das

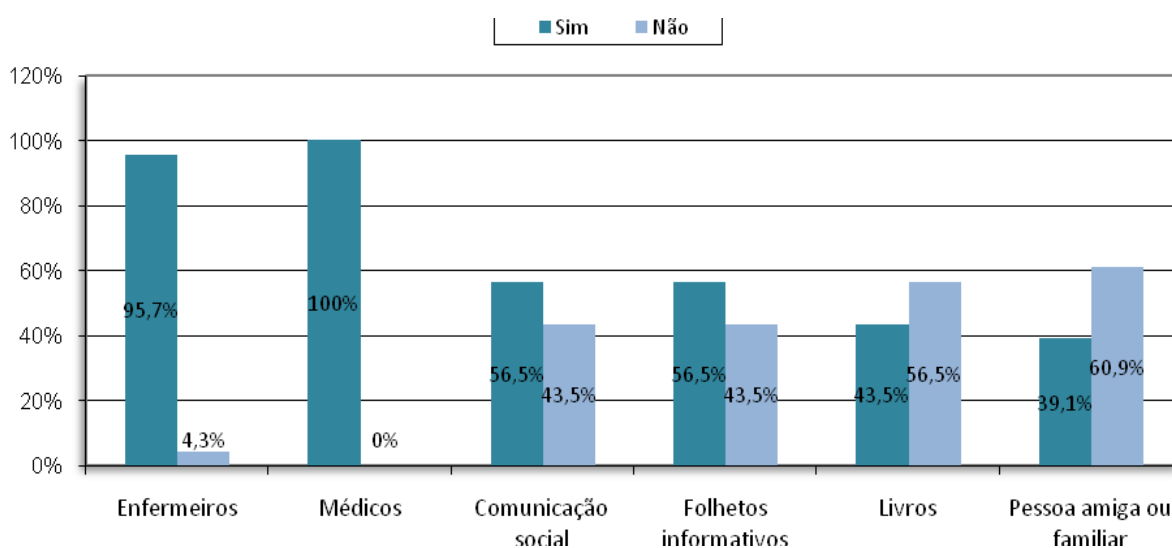
respostas dadas, podendo estar relacionadas com o nível sócio-cultural das mulheres e o próprio isolamento social promovido pela sua profissão.

Um estudo mencionado por Lázaro (2002) refere que a maioria das mulheres obtém informação sobre a menopausa através dos meios de comunicação social ou por alguma pessoa amiga, mais do que através dos prestadores de cuidados de saúde. Isto porque a maior parte das mulheres que se encontram na perimenopausa são donas de casa que sofreram mais directamente o processo de desvalorização social do seu papel.

Assim, os livros são a fonte de informação menos utilizada (21,7%), seguindo-se o pessoal de enfermagem (39,1%).

3.2.9. Fontes de informação desejadas

Gráfico 12 – Distribuição percentual das mulheres segundo as fontes de informação desejadas.



Em sequência da pergunta anterior, os elementos da amostra foram questionados sobre as fontes de informação através das quais desejariam receber mais informação acerca da menopausa. As opções de resposta eram: 1 = sim; 2 = não.

Verifica-se no gráfico apresentado o desejo por parte das mulheres de continuar a receber informação através dos médicos (100%), demonstrando também grande vontade em receber informação referente à menopausa fornecida pelos enfermeiros (95,7%).

Os resultados obtidos demonstram a necessidade das mulheres em possuírem fontes de informação credíveis, como é o caso dos profissionais de saúde (nomeadamente os enfermeiros) e de fácil acesso, como a comunicação social e os folhetos informativos.

Verifica-se portanto a importância dada pelas inquiridas a uma intervenção por parte da equipa de enfermagem na área da menopausa, podendo ser uma fonte de informação útil e fundamental para um melhor esclarecimento acerca de todos os aspectos relativos à menopausa.

Importa relembrar um estudo realizado em Espanha sobre os resultados obtidos com a realização de um programa de saúde na menopausa, no qual se verificaram alterações significativas nos hábitos de vida das mulheres integradas no programa realizado, resultantes dos conhecimentos adquiridos nessas sessões (Luque et al., 2000). Desta forma, a actuação da enfermagem pode ser fundamental para a melhoria da qualidade de vida de cada mulher, dentro do seu meio sócio-ambiental.

Através da análise destes dois últimos gráficos podemos salientar a importância dada à equipa de enfermagem na abordagem do tema em estudo, reforçando o seu papel na promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade.

3.3. Conclusão

Através da análise dos dados obtidos, verifica-se que as inquiridas possuem, na generalidade, conhecimentos gerais sobre o que é a menopausa, incluindo os seus sinais e sintomas físicos. No entanto, nota-se alguma divergência nas respostas quando questionadas sobre os sintomas psicológicos, demonstrando alguma incerteza relativamente a determinados sinais ou sintomas que possam estar relacionados com a menopausa.

O aspecto em que se denota uma marcada falta de conhecimentos é relativamente aos factores que podem determinar o início da menopausa, verificando-se que a maioria das inquiridas não atribui importância a alguns dos factores que são influentes na idade de início da menopausa, dando relevância a outros aspectos que demonstram estar ainda enraizados na nossa cultura, não sendo desmistificados.

Relativamente às consequências a longo prazo associadas à menopausa verifica-se uma grande crença relativamente a uma maior incidência de cancro da mama com o início da menopausa. De facto, a incidência desta patologia tende a aumentar com a idade. No entanto, não se pode ainda dizer com certeza que esteja intimamente relacionada com a menopausa. As indecisões verificam-se quanto às doenças cardiovasculares, não demonstrando conhecer o risco aumentado que estas patologias assumem após a menopausa.

Os hábitos de vida são aqueles que despertam menos dúvida, mostrando ser um assunto muito conhecido pela maioria da amostra.

Finalmente, a informação que possuem provém, maioritariamente, da divulgação pelos meios de comunicação social. No entanto, verifica-se a expectativa de receber informação relativa à menopausa proveniente dos profissionais de saúde, o que poderá demonstrar a necessidade de acesso a uma informação mais fidedigna e completa, com a possibilidade de esclarecimentos pessoais e individualizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação procuramos saber que conhecimentos sobre menopausa possuem as mulheres em idade fértil, com idade entre os 35 e os 45 anos. Na realização deste estudo tivemos acesso a uma amostra específica de uma zona rural sendo constituída, na sua maioria, por mulheres com baixo nível sociocultural.

Com a realização deste estudo verificou-se que as mulheres possuem conhecimentos gerais sobre os principais aspectos que o tema em estudo apresenta. No entanto, nota-se ainda uma grande falta de conhecimento sobre aspectos importantes na prevenção de consequências da menopausa, o que demonstra uma necessidade de actuação a este nível por parte dos profissionais de saúde.

A própria vontade demonstrada pelas inquiridas em receber informação personalizada relativamente a este tema revela uma área de actuação na qual a enfermagem pode adoptar um papel preponderante na educação para a saúde com vista à prevenção de situações patológicas evitáveis.

Salienta-se ainda a importância de actuar previamente à menopausa como forma de esclarecer todas as dúvidas antes do seu surgimento, pois só assim as mulheres poderão encarar esta nova etapa da sua vida de uma forma natural e com os conhecimentos necessários para que se sintam bem consigo mesma.

Desta forma, parece-nos haver espaço para uma abordagem individualizada e específica, principalmente na área da enfermagem, na qual o enfermeiro pode adoptar o papel de promotor de estilos de vida saudáveis nas mulheres que se encontram ou se aproximam deste período.

Sugerimos a realização de um estudo alargado a uma amostra mais significativa de forma a comprovar até que ponto se verifica o conhecimento ou não de aspectos relacionados com a menopausa, e se na realidade as mulheres portuguesas se sentem preparadas para enfrentar esta fase do seu ciclo vital de uma forma saudável.

Seria ainda pertinente a realização de um estudo sobre as crenças ainda existentes na população, encontradas na amostra estudada, relativamente a vários aspectos concernentes à menopausa. O predomínio de mitos numa determinada população torna-se um indicador da falta de informação,

sendo imprescindível uma actuação diferenciada que permita a mudança de conhecimentos e atitudes da população abordada.

Consideramos ainda importante que se desenvolvam programas de actuação a nível comunitário que envolvam este grupo específico de mulheres, e com actuação permanente da enfermagem, uma vez que os resultados demonstram ser positivos e uma grande ajuda para a consciencialização da população de que os seus hábitos influenciam em grande medida a saúde que terá no futuro, e muito especificamente, após a menopausa.

Sugerimos por isso a implementação de consultas específicas do climatério nos Centros de Saúde, apostando na educação para a saúde a nível da promoção de estilos de vida saudáveis. Estas consultas seriam fundamentais para um acompanhamento mais personalizado, adequando as intervenções de enfermagem a cada mulher em particular de acordo com a sua situação.

Desta forma, haveria uma diferenciação entre a consulta de planeamento familiar já existente, que actualmente abrange as mulheres em menopausa, e a consulta do climatério. As actividades de planeamento familiar, constituindo uma componente da prestação de cuidados em saúde reprodutiva, não devem abranger as mulheres que estão em menopausa uma vez que estas se encontram na fase não reprodutiva, fase esta que se prolongará por cerca de um terço das suas vidas. Por isso, consideramos essencial uma abordagem específica às mulheres que se encontram nesta fase do seu ciclo vital utilizando para o devido efeito a implementação da consulta do climatério.

Também a promoção de encontros entre as mulheres que se encontram nesta fase do seu ciclo vital poderá ser uma estratégia facilitadora do convívio e da partilha de experiências, o que pode atenuar o isolamento sentido no seu dia-a-dia. O acompanhamento por um profissional de enfermagem poderá ser uma mais-valia para a divulgação de informação referente à menopausa, devendo apostar-se também na sensibilização das mulheres para a responsabilização pela sua saúde, que influenciará a sua qualidade de vida futura.

A rede de cuidados de saúde primários, constituindo uma base para a realização de uma abordagem integral do indivíduo, torna-se um meio fundamental para que se ponham em acção programas de educação para a saúde que tenham as mulheres como protagonistas de um processo de mudança e desenvolvimento até níveis mais elevados de qualidade de vida.

Potenciando actividades de promoção da saúde e desenvolvendo programas de educação para a saúde pode influenciar-se em grande medida todo o padrão de hábitos e comportamentos pessoais concomitantemente com os aspectos psicológicos e socioculturais.

Deste modo, podemos concluir que a actuação da enfermagem a nível da prevenção primária é vasta, podendo realizar diversas actividades que ajudem as mulheres a encarar sem dificuldades esta etapa, vivendo em plenitude, com confiança e auto-estima a segunda metade da sua vida.

BIBLIOGRAFIA

Alsina, J.; Gasull, M. (2003). Tratamiento de la patología climatérica: THS. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 1383-1387.

Baracat, E.; Haidar, M.; Nunes, M.; Júnior, J.; Lima, G. (2005). Climatério. In: Baracat, E.; Lima, G. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – Ginecologia*. São Paulo, Editora Manole Ltda, pp. 339-345.

Brewer, S. (1999). *A Menopausa*. Lisboa, Editorial Presença.

Bruin, J.; Bovenhuis, H.; van Noord, P.; Pearson, P.; van Arendonk, J.; te Velde, E.; Kuurman, W.; Dorland, M. (2003). O Papel dos Factores Genéticos na Idade da Menopausa. *Revista de Obstetricia e Ginecologia*. XXVI (9 / Outubro), pp. 475-476.

Carr, B.; Bradshaw, K. (1998). Distúrbios do ovário e do trato reprodutivo feminino. In: Harrison. *Medicina Interna*. 14ª Edição. Rio de Janeiro, Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, pp. 2227-2244.

Castro, A. (2003). O Médico de Cuidados Primários Perante a Menopausa. *Pathos*. XIX (4 / Abril), pp. 5-8.

Chaby, L. (1995). *A menopausa*. Lisboa, Instituto Piaget.

Cedars, M.; Evans, M. (2003). Menopause. In: Scott, J.; Gibbs, R.; Karlan, B.; Haney, A. (Ed). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. Nona edição. Filadélfia, Lippincott Williams & Wilkins.

Fernández, F.; Rodríguez, A.; Rodríguez, L. (2003). Medidas complementarias o alternativas en la menopausia. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 1399-1407.

Figueiras, M. (1994). Cultural and cognitive factors in symptom appraisal concerning menopause. *Psicologia*. 12 (2/3), pp. 363-374.

Figueiras, M.; Marteau, T. (1995). Experiences of the Menopause: Comparison Between Portugal and the United Kingdom. *Análise Psicológica*. XIII (1/2), pp. 163-171.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Freitas, F.; Wender, M.; Castro, J.; Mattiello, S. (2002). Climatério. In: Freitas, F.; Menke, C.; Rivoire, W.; Passos, E. *Rotinas em Ginecologia*. Quarta edição. Porto Alegre, Artmed Editora Ltda, pp. 443-460.

Gant, N.; Cunningham, F. (1993). *Basic Gynecology and Obstetrics*. New Jersey, Prentice-Hall International Inc.

García, J.; León, M.; Rodríguez, E. (2003). Fisiología femenina I: ciclo ovárico. Fisiología del ovario: gametogénesis. Ovulación. Esteroidogénesis. Acciones de las hormonas ováricas. Ciclo y fisiología tubárica. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 73-83.

Herlihy, B.; Maebius, N. (2002). *Anatomia e Fisiologia do Corpo Humano Saudável e Enfermo*. São Paulo, Editora Manole Ltda.

Hill, M.; Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo, Lda.

Hulley, S.; Newman, T., Cummings, S. (2003). Escolhendo os Sujeitos do Estudo: Especificação, Amostragem e Recrutamento. In: Hulley, S.; Cummings, S.; Browner, W.; Grady, D.; Hearst, N.; Newman, T. *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica*. Segunda Edição. Porto Alegre, Artmed Editora.

Hurd, W.; Amesse, L.; Randolph, J. (2005). Menopausa. In : Berek, J. *Tratado de Ginecologia*. Décima Terceira Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S. A., pp. 1035-1057.

Instituto Nacional de Estatística (2005). Actualidades do INE [Em linha]. Disponível em http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_48.pdf. [Consultado em 25/05/2006].

Lázaro, A. (2002). Educación para la salud para mujeres en la etapa perimenopáusica. In: González, M. (coord.). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid, Editora Diaz de Santos, pp.513-524.

López, S.; López, A. (2003). Anatomia del aparato genital femenino. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 24-31.

Luque, M. (1994). Vivir la menopausia en salud. *Revista ROL de Enfermería*. 17 (194 / Outubro), pp. 59-62.

Luque, M.; Monzó, I.; Baruque, I.; Sáez, B.; Montero, C. (2000). Educación sanitaria en la menopausia: Valoración a largo plazo. *Revista ROL de Enfermería*. 23 (1 / Janeiro), pp. 27-31.

Marquardt, N. (ed.). (2002). *Obstetrics and Gynecology*. Filadélfia, Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Navarro, A. (2003). Fisiología del climatério. Cronología. Fenomenología. Mecanismo. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 136-147.

Neves-e-Castro, M.; Martins, A.; Arraiano, B.; Romão, F.; Ventura, F.; Reis, I.; Dória, M.; Crespo, M.; Sousa, M.; Filipe, T. (coord.). (2002). Eficácia de AFRON® no Tratamento dos Afrontamentos: Estudo multicêntrico, prospectivo, duplamente cego e cruzado. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. XXV (8 / Setembro), pp. 256-264.

Organisation mondiale de la Santé. (1996). *Recherche sur la Ménopause : Bilan de la décennie 90 – Rapport d'un Groupe scientifique de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Pardal, M. (1996). *A Menopausa*. Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Polit, D.; Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México, McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A.

Pritchard, J.; MacDonald, P., Gant, N. (1986). *Williams – Obstetricia*. Barcelona, Salvat Editores, S. A.

Quivy, R. Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva – Publicações, Lda.

Ramos, C.; Gomes, C. (2005). Menopausa...Um fim e um começo! *Servir*. 53 (3 / Maio-Junho), pp.150-153.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa, Climepsi Editores.

Rouvière, H.; Delmas, A. (1996). *Anatomía Humana – Descriptiva, topográfica y funcional*. Barcelona, Masson, S. A.

Sánchez, A. (2003). Patología del climaterio. Patología cronológica. In: Roura, L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Primeira edição. Madrid, Editorial Medica Panamericana, S. A., pp. 1374-1382.

Schering (2005). Um Novo Olhar sobre a Menopausa. [Em linha]. Disponível em http://www.schering.pt/html/pt80_downloads/gyn_andro/pdf/Livro_Menopausa.pdf. [Consultado em 21/12/2006].

Seeley, R.; Stephens, T.; Tate, P. (1997). *Anatomia & Fisiologia*. Lisboa, Lusodidacta.

Silva, L. (1999). Saúde das Mulheres: O Género, Determinante Social da Saúde. [Em linha]. Disponível em <http://www.higiene.med.up.pt/10-Sa%FAde.pdf>. [Consultado em 08/05/2007].

Silva, P. (1999). Estrogen and the vessel wall: effects on endothelium-dependent stimuli. In: Neves-e-Castro, M; Birkhäuser, M.; Clarkson, T.; Collins, P. *Menopause and the heart: Proceedings of an International Symposium organized by the Portuguese Menopause Society*. Londres, The Parthenon Publishing Group, pp. 7-11.

Smith, K.; Judd, H. (1994). Menopause & Postmenopause. In: DeCherney, A.; Pernoll, M. (Ed.). *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. Oitava edição. Londres, Prentice Hall International, pp. 1030-1049.

Smith, R. (2004). *Ginecologia e Obstetrícia de Netter*. Porto Alegre, Artmed Editora S. A.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2004). Consenso & Estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa. [Em linha]. Disponível em <http://www.spGINECOLOGIA.pt/index.php?sc=visModP&cod=25&id=4> [Consultado em 04/04/2007].

Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2006). Estudo de Mercado – SPM. [Em linha]. Disponível em <http://www.spmenopausa.pt/download/MenopausaEstudo.pdf> [Consultado em 04/04/2007].

Thomas, C. (coord.) (2000). *Dicionário Médico Enciclopédico Taber*. São Paulo, Editora Manole Ltda.

Tricas, J. (1997). Menopausia: Educación sanitaria en la menopausia. *Revista ROL de Enfermería*. 110 (231 / Novembro), pp. 73-75.

Varela, P. (2006). *Ansiosa-Mente: Chaves para reconhecer e desafiar a ansiedade*. Lisboa, A Esfera dos Livros.

Ventura, T.; Alves, P.; Sousa, R.; Gomes, A.; Tavares, A.; Siopa, S.; Ferreira, E. (2003). Menopausa e Comunidade: Experiência na Unidade Funcional de Caldas da Rainha. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*. XXVI (10 / Novembro), pp. 521-526.

Wall, R. (1993). Menopausa. In: Frederickson, H.; Wilkins-Haug, L. *Segredos em Ginecologia e Obstetrícia*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda, pp. 124-129.

Wentz, A. (1991). Tratamiento de la menopausia. In: Jones, H.; Wentz, A.; Burnett, L. *Tratado de ginecología de Novak*. Décima primeira edição. Col. Atlampa, Nueva Editorial Interamericana, S. A., pp. 349-386.

Wren, B. (1994). Menopausa. In: Hacker, N; Moore, J. *Fundamentos de Ginecologia e Obstetrícia*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda, pp. 376-380.

Anexos

Anexo I

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo:

conhecimentos sobre a menopausa nas mulheres em idade fértil em
zona rural

Eu, abaixo-assinado, tomei conhecimento dos objectivos do estudo e da sua finalidade.

Foi afirmado que tenho os direitos de recusar a minha participação e desistir dela a qualquer momento do estudo.

Por isso, confirmo que aceito livremente responder ao questionário proposto pelo investigador.

Data: _____ de _____ de 2007

O Participante: _____

Responsável pela investigação:

Susana Marlene da Rocha Gomes, aluna nº 13098 da Licenciatura em Enfermagem.

Assinatura: _____

Anexo II

Instrumento de Colheita de Dados

Universidade Fernando Pessoa - Unidade de Ponte de Lima

Questionário de Opinião

Sou uma aluna do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, unidade de Ponte de Lima, e venho por este meio pedir a vossa colaboração para a realização de um estudo que faz parte do plano curricular desta licenciatura.

Este questionário visa conhecer a opinião das mulheres acerca da menopausa.

Ao responder a este questionário garante-se o anonimato e a confidencialidade dos dados. A sua participação é inteiramente voluntária, podendo desistir da sua participação a qualquer momento.

Obrigada pela colaboração!

Para fins estatísticos, pedimos-lhe que complete as seguintes afirmações:

Qual é a sua idade? ____ Anos

Já está na menopausa? Sim Não

Qual é o seu nível de escolaridade?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1º ciclo (antiga 4ª classe) | <input type="checkbox"/> Secundário (12º ano de escolaridade) |
| <input type="checkbox"/> 2º ciclo (6º ano de escolaridade) | <input type="checkbox"/> Curso técnico / profissional |
| <input type="checkbox"/> 3º ciclo (9º ano de escolaridade) | <input type="checkbox"/> Curso superior |

Qual é a sua profissão? _____

Qual é o seu estado civil? _____

Tem filhos? Sim Se sim, quantos? _____ Não

A menopausa é sem dúvida o começo de uma nova fase da vida das mulheres e deve, por isso, ser encarada de forma positiva. Para isso, é importante que a mulher conheça as características desta fase e que se prepare para a encarar com a necessária aceitação e boa saúde. Pedimos-lhe, portanto, que **complete as afirmações que se seguem assinalando com uma cruz (X) a resposta (e apenas uma) que melhor corresponde à sua opinião.**

1 – A menopausa é o desaparecimento dos períodos menstruais associado à paragem do funcionamento dos ovários e à diminuição do nível de hormonas.

Totalmente em desacordo	
Em desacordo	
Indecisa	
De acordo	
Totalmente de acordo	

2 – Na sua opinião, com que frequência surgem, na menopausa, os seguintes sintomas físicos?

	Nunca	Pouco Freq.	Frequente	Muito Freq.	Sempre
Afrontamentos					
Suores nocturnos					
Ossos frágeis					
Palpitações					
Noites mal – dormidas					
Mal – estar					
Dores de cabeça					
Secura vaginal					

3 – Na sua opinião, com que frequência surgem, na menopausa, os seguintes sintomas psicológicos?

	Nunca	Pouco Freq.	Frequente	Muito Freq.	Sempre
Dificuldade de concentração					
Falta de confiança					
Cansaço					
Alterações do humor					
Ansiedade					
Agressividade					
Irritabilidade					
Nervosismo					
Fadiga					
Depressão					

4 – Na sua opinião, que influência têm os seguintes factores na determinação do início da menopausa?

	Nenhuma	Reduzida	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
Tabagismo						
Número de gravidezes						
Stress						
Extracção do útero						
Toma da pílula						
Extracção dos ovários						
Idade em que a mãe atingiu a menopausa						
Idade da menarca (início dos períodos menstruais)						

5 – Algumas das consequências da menopausa a longo prazo que podem afectar as mulheres são:

	Totalmente em desacordo	Em desacordo	Indecisa	De acordo	Totalmente de acordo
Incontinência urinária					
Osteoporose					
Enfarte do miocárdio (ataque cardíaco)					
Aterosclerose (obstrução das artérias)					
Cancro da mama					

6 – Para si, que influência têm os seguintes hábitos de vida na prevenção das possíveis consequências da menopausa?

	Nenhuma	Reduzida	Pouca	Moderada	Muita	Muitíssima
Alimentação rica em cálcio (leite, queijo...)						
Alimentação rica em frutas e legumes						
Redução das gorduras						
Vestuário confortável						
Realização de exercício físico regular						
Moderação dos açúcares e das bebidas alcoólicas						

7 – Perante os hábitos de vida apresentados, assinale aqueles que adopta e os que não adopta como forma de se preparar para a menopausa e prevenir as possíveis consequências?

	Sim	Não
Alimentação rica em cálcio (leite, queijo...)		
Alimentação rica em frutas		
Alimentação rica em legumes		
Redução das gorduras		
Vestuário confortável		
Realização de exercício físico regular		
Moderação das bebidas alcoólicas		
Moderação dos açúcares		

8 – Através de quem obteve estes conhecimentos sobre menopausa?

	Sim	Não
Enfermeiros		
Médicos		
Comunicação social (televisão, rádio, jornais, revistas, Internet)		
Folhetos informativos (da farmácia, do centro de saúde...)		
Livros		
Pessoa amiga ou familiar		
Outros. Quais? _____		

9 – Por parte de quem gostaria de receber mais informação sobre menopausa?

	Sim	Não
Enfermeiros		
Médicos		
Comunicação social (televisão, rádio, jornais, revistas, Internet)		
Folhetos informativos (da farmácia, do centro de saúde...)		
Livros		
Pessoa amiga ou familiar		
Outros. Quais? _____		

Anexo III

Cronograma

ACTIVIDADES / MÊS	2006				2007						
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Revisão Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Elaboração do instrumento de colheita de dados	■	■	■								
Pré-Teste		■	■								
Recolha dos dados				■	■						
Elaboração da parte conceptual			■	■	■	■	■	■			
Análise e interpretação dos resultados						■	■	■	■	■	
Elaboração da monografia			■	■	■	■	■	■	■	■	
Entrega da monografia									■	■	
Defesa da monografia											■

Legenda: ■ Actividades Programadas
 ■ Actividades Realizadas
 ■ A definir data