

**CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA:
A SEXUALIDADE DA MULHER EM FASE DE MENOPAUSA/CLIMATÉRIO**

Autor:
Olinda Maria Graça Lopes Dias

SANTARÉM
maio de 2014

**CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA:
A SEXUALIDADE DA MULHER EM FASE DE MENOPAUSA/CLIMATÉRIO**

**Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Autor:
Olinda Maria Graça Lopes Dias

Orientadora:
Mestre Olímpia Cruz
(Professora Adjunta)

Co-Orientadora:
Mestre Hélia Dias
(Professora Adjunta)

SANTARÉM
maio de 2014

***"Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém.
Agradecer é reconhecer que o homem jamais poderá alcançar êxito sozinho".***

(AUTOR DESCONHECIDO.)

A Deus, por ser a minha fortaleza e socorro sempre presente.

Às Professoras Olímpia Cruz e Hélia Dias, pela imprescindível e preciosa orientação, bem como pela disponibilidade e colaboração prestada durante este percurso, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido possível.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, apesar da distância, fazendo-me acreditar na possibilidade deste projeto.

À minha filha, que sempre me deu força e coragem para cumprir esta caminhada, abdicando muitas vezes da presença da mãe.

Aos meus pais e amigos, por compreenderem as minhas ausências e pelo seu total apoio.

Aos enfermeiros que entrevistei, que serviram de suporte para a execução deste relatório.

A todos os colegas que estiveram ao meu lado com entusiasmo, pela sua ajuda e tempo despendido.

A Todos o meu MUITO OBRIGADA

*A menopausa não é o fim da vida,
mas o começo de uma nova etapa.*

(Valéria Mota)

RESUMO

Com o aumento da esperança de vida, existe a necessidade de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia na vivência da sexualidade das mulheres em menopausa/climatério, uma vez que um terço das suas vidas é passado nesta etapa. A Ordem dos enfermeiros reconhece competências científicas, técnicas e humanas que permitem realizar a vigilância da saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo e vivenciar processos de saúde/doença, no âmbito da educação sexual, ginecologia e climatério.

Neste sentido, através da Revisão Sistemática de Literatura pretende-se caracterizar a intervenção do enfermeiro relativamente à sexualidade da mulher na fase do climatério.

Através da metodologia PI[C]O, foram definidas algumas palavras-chave, com a pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCOhost e de artigos em texto completo, publicados entre 2008/10/01 e 2013/10/31. Foram selecionados três estudos, segundo os critérios previamente definidos para a temática em questão, todos com o nível de evidência V. Após análise reflexiva dos achados para o estudo em causa, os resultados observados revelaram necessidades cruciais: implementar programas de educação para a saúde, para ajudar as mulheres a viverem a menopausa de forma positiva; incluir a família no processo de cuidados; promover a formação dos profissionais de enfermagem; e facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde. Concluiu-se, então, que os enfermeiros proporcionam um importante contributo para que a mulher em menopausa/climatério disfrute de uma vida saudável.

Palavras-chave: Intervenção do Enfermeiro, Menopausa, Climatério, Sexualidade

ABSTRACT

With the rising of life expectancy levels, in Portugal and worldwide, nurses need to become involved in the issue of women's sexuality during menopause/climacteric period, since one third of their lives is lived within this stage. The "Ordem dos Enfermeiros" (the Portuguese equivalent to the British Nursing and Midwifery Council) recognizes scientific, technical and human competences that enable the nurses to monitor women's health throughout the reproductive cycle and to experience health/disease processes in the context of sexual education, Gynecology, climacteric period.

Thus, with a Systematic Literature Review, the purpose was to characterize the nurse's intervention in the framework of women's sexuality in the climacteric stage.

Using the PI[C]O methodology, some keywords were established, with the research of scientific articles, on the EBSCOhost platform, and full-text articles published between 2008/10/01 and 2013/10/31. Three studies were chosen, according to the criteria previously defined for the theme at hand, all with evidence level V.

After consideration of the findings of this study, the results observed revealed crucial needs: implement health education programs, to help women experience menopause in a positive way; include the family in the care process; promote the training of nursing professionals; and facilitate the accessibility to health services. It was concluded, therefore, that nurses provide an important contribution so that the women in menopause/climacteric period enjoy a healthy life.

Keywords: Nurse intervention, Menopause, Climacteric, Sexuality

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	11
1 – OLHAR A PRÁTICA PELA VIA DO CONHECIMENTO ESPECIALIZADO	13
2 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 – O FENÓMENO DA MENOPAUSA/CLIMATÉRIO	19
2.2 – A SEXUALIDADE NA MENOPAUSA/CLIMATÉRIO	21
2.3 – O ENFERMEIRO PROMOTOR DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM A MULHER EM FASE DE MENOPAUSA/CLIMATÉRIO	24
3 – METODOLOGIA DE PESQUISA – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	29
4 – DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SEXUALIDADE NO CLIMATÉRIO	34
4.1 – RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	34
4.2 – A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA	37
5 – CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	45
ANEXO I – METODOLOGIA DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	46
ANEXO II – PROTOCOLO DE PESQUISA	58
ANEXO III – ARTIGOS ORIGINAIS	60
ANEXO IV – FICHA DE LEITURA DA ANÁLISE DOS ARTIGOS	95

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Critérios para a elaboração da questão de investigação PI[C]O	29
Quadro 2 – Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos de investigação	30
Quadro 3 – Limitadores de pesquisa nas bases de dados	30
Quadro 4 – Resumos dos artigos selecionados	32

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Fases do Climatério	20
Figura 2 – Esquema resumo da pesquisa	31

SIGLAS E ABREVIATURAS

CE – Consulta de Enfermagem

CPLEESMO - Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CMESMO - Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

EESMOG - Enfermagem Especializada em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

INE – Instituto Nacional de Estatística

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PI[C]O - Participantes, Intervenção, [Comparação] e Resultados

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

USF - Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

A enfermagem, enquanto profissão, tem como objetivo a prestação de cuidados à pessoa, à família e à comunidade, ao longo do seu ciclo vital, de forma a promover o melhor contributo na obtenção de ganhos em saúde. Afirmar-se hoje como uma área de conhecimento multidisciplinar dotada de valores e metodologias próprios, sendo a sua fonte comum a outros domínios científicos. Tratando-se de uma profissão especializada, caracteriza-se, em boa parte, pelo saber fazer, convergindo sempre para o apoio ao ser humano, no sentido de o ajudar a superar as suas limitações e de o incentivar ao autocuidado.

Ao considerar a enfermagem de alto nível científico, técnico e relacional, procurou-se privilegiar, neste relatório, os aspetos estruturantes da reflexão que contribuíram mais significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que está ligado à pessoa humana, aos seus valores fundamentais, às suas necessidades e à prática quotidiana do cuidar.

Refletir sobre a ação torna-se crucial, no sentido em que cada vez mais se pretende uma Enfermagem apoiada numa Prática Baseada na Evidência (PBE), sendo que, da prática emergem necessidades de produção de conhecimento científico. Deste modo, as vivências dos enfermeiros, nos seus contextos, impõem a construção do conhecimento empírico.

Integrada no primeiro Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) e seguindo um pensamento abrangente, a autora elegeu como trajetória deste relatório a *“Menopausa/Climatério e Sexualidade”*, enquanto domínio de ação da Enfermagem, procurando enquadrar a PBE e recorreu à metodologia científica de forma a permitir uma reflexão sobre a prática.

Sendo mulher e enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO), com vivências construídas por fortes ligações afetivas e por uma experiência profissional de vinte e sete anos, privilegiou, no seu desempenho, a saúde integral da mulher. Pensou ser uma problemática pertinente e atual, uma vez que as questões presentes, acerca da menopausa e da sexualidade, referem-se às dificuldades identificadas no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem, que são, no entanto, algumas vezes descuradas.

Os cuidados prestados durante o climatério são da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), campo de investigação ainda recente, em que a valorização da sexualidade da mulher constitui uma área de estudo de relevância.

Enquadrou a temática, partindo das experiências profissionais adquiridas no estágio efetuado aquando do processo formativo da Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e da prática clínica em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Segue-se uma contextualização teórica, utilizando a Revisão Sistemática da Literatura (RSL), com recurso à metodologia PI[C]O, de forma a desenvolver competências no âmbito da PBE, numa lógica de enfermagem avançada. Assim sendo, elaborou a seguinte questão no formato referido: ***“Como se caracteriza a intervenção do enfermeiro no âmbito da sexualidade com a mulher em fase de climatério?”***

Foram definidos os seguintes objetivos para este relatório:

- Compreender as transformações ocorridas na menopausa e as suas implicações na sexualidade da mulher, recorrendo à RSL;
- Analisar a evidência científica da Prática Clínica Especializada em Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, na perspetiva da PBE.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no quadro do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência, que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa dimensão multicultural, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Deste modo, pretende-se que este relatório tenha impacto na intervenção dos enfermeiros junto das mulheres na fase da Menopausa/Climatério no que se refere à vivência da sexualidade, contribuindo para identificar áreas de difícil abordagem aquando das consultas de vigilância de saúde da mulher em menopausa, de forma a serem valorizadas as experiências, perspetivas e subjetividades destas mulheres, levando à produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que proporcionará, assim, uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializada em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica prestados.

1. OLHAR A PRÁTICA PELA VIA DO CONHECIMENTO ESPECIALIZADO

O processo formativo assume-se como um imperativo, para que o enfermeiro busque a excelência na sua aprendizagem, permitindo aprofundar e complementar saberes, habilidades e atitudes que, aplicados à prática clínica, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. De igual modo, os contextos profissionais acompanham novos desafios e oportunidades.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), as mudanças associadas à reconfiguração e reforma dos Centros de Saúde conduzem a alterações nas funções de gestão organizacional. A liderança, a necessidade de inovação na estratégia de gerir equipas e o desenvolvimento da profissão de enfermagem constituem uma aposta interessante para a enfermagem.

Sendo a autora enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EEESMOG) numa Unidade Saúde Familiar (USF), e por ser na equipa o elemento de enfermagem detentor de qualificação profissional mais elevada e com larga experiência profissional em CSP, foi eleita membro do Conselho Técnico. Uma vez que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007) menciona que as USF podem criar e definir internamente outros elementos de apoio à gestão das mesmas, a equipa considerou essencial criar o elemento interlocutor de enfermagem, tendo, assim, sido nomeada por todos os enfermeiros. Neste sentido, e tendo em conta as competências inerentes a esta figura, o olhar sobre a prática resulta, num **primeiro momento**, de uma preocupação constante para que seja mantida a excelência nos cuidados, assumindo os procedimentos um papel fundamental na garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

Enquanto gestora dos cuidados de enfermagem, torna-se fundamental envolver a equipa de enfermagem no desenvolvimento de cuidados de saúde com qualidade. Neste contexto, a OE (2011), relativamente aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, faz referência que, ao longo de todo o ciclo vital, se deve prevenir a doença e promover os processos de readaptação, bem como procurar a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida.

A OE (2010) refere também que o enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, os processos de vida e os problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Estas competências situam-se a dois níveis: comuns e específicas. As competências comuns são compostas por quatro domínios e as competências específicas relacionam-se com uma determinada área de intervenção em enfermagem.

No que diz respeito às competências profissionais específicas em EESMOG, e segundo a OE (2010), no seu Regulamento das Competências Específicas, refere que o EEESMOG é dotado de competências para atuar em diferentes fases da vida humana. Deste modo, é referenciada a seguinte competência específica “cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa” (OE, 2010, p.7). É nesta base que, **num momento seguinte**, através da observação na prática clínica especializada, emerge alguma inquietude no que toca aos cuidados prestados à mulher em período do climatério, o que requer um olhar reflexivo sobre a forma como se cuida nesta etapa da vida.

Durante o percurso como enfermeira em CSP, o conhecimento que possuía sobre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher era objetivo, fragmentado, delimitando o ciclo de vida reprodutivo feminino somente em fértil e não fértil. Houve, algumas vezes, dificuldade em compreender a extensão dos fatores físicos, emocionais, psíquicos e culturais que intervêm nesta fase de transição na vida da mulher.

O processo formativo da especialização em enfermagem permitiu olhar para esta área a partir de uma perspetiva bem diferente. Aquando do estágio realizado em contexto de CSP, e considerando as competências atrás mencionadas, foram desenvolvidas atividades de consulta de protocolos e regulamentos das instituições, para perceber qual a melhor forma de responder e satisfazer as necessidades das mulheres e do serviço, uma vez que, no local, não estava estruturada a Consulta de Enfermagem (CE) no âmbito da vigilância da saúde da mulher. Procurou-se criar contributos para a realização da referida consulta.

No sentido de desenvolver competências de enfermeiro especialista, em conjunto com outras colegas, a autora apresentou à equipa de enfermagem um projeto para implementação da CE de saúde da mulher. Surgiu a oportunidade de, conjuntamente com os enfermeiros responsáveis, participar em ações de gestão e organização de equipas, recorreu aos resultados da investigação sempre que necessário no decorrer do estágio, para que os cuidados prestados fossem ao encontro da evidência atual, e foi responsável por dar a conhecer esta ferramenta e, de certa forma, contribuir para prática de outros enfermeiros. Foram realizadas algumas CE

que revelaram existir uma lacuna na formação pela reduzida experiência em consultas de vigilância de saúde à mulher, o que constituiu, desde então, uma **inquietação e preocupação**, levando ao investimento profissional nesta área.

No decorrer do estágio em contexto de bloco de partos, referiu no relatório de estágio (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM, Centro de Documentação e Informação, 2007) que a intervenção como EEESMOG se reportava ao ensino e apoio, de forma a potencializar as capacidades e satisfazer as necessidades das mulheres que recorrem à CE. Os conteúdos adquiridos nas várias unidades curriculares levaram à reflexão sobre este atendimento, sobre os comportamentos e atitudes, abordando áreas temáticas que até então se tornavam de difícil abordagem. Foi referido ainda nesse relatório que os EEESMOG empenham-se, sobretudo, no nascimento e são sensíveis ao que o envolve, mas não podem ficar alheios aos cuidados de saúde prestados à mulher/casal/família em todo o seu percurso de vida.

Tratando-se de um percurso, implica ir construindo o caminho de forma gradual e sólida. Daí que a área do cuidar da mulher durante o climatério tenha sido transversal ao exercício profissional, bem como a preocupação de influenciar positivamente o agir para conseguir melhorar a qualidade dos cuidados dispensados às mulheres nesta fase do ciclo de vida.

Enquanto EEESMOG, a autora alargou as discussões sobre o climatério e redirecionou o olhar para essas mulheres, que até então eram vistas apenas como “mulheres na menopausa”.

No âmbito da vigilância da saúde da mulher e aquando da CE, observou durante a prática especializada aspetos inquietantes. Se por um lado, as mulheres referiram que se tornava difícil para elas abordarem as questões inerentes à sua sexualidade, comprovando-se pelo exemplo das frases seguintes: “(...) não costumo falar dessas coisas com a enfermeira e muito menos com o médico (...), tenho vergonha (...), mesmo se me queixar, o médico diz que é da idade (...)”. Por outro lado, relataram que os profissionais de saúde também dificilmente abordavam o tema, uma vez que mencionaram: “(...) só agora é que me falaram das relações, porque me queixei que estou muito seca cá por baixo (...)”.

Identificou, ainda, mulheres no climatério que apresentavam dificuldades quanto à vivência da sua sexualidade. Essas dificuldades foram demonstradas na forma de se expressarem no que dizia respeito ao seu corpo, aos relacionamentos afetivos e às alterações fisiológicas decorrentes da diminuição de estrogénios, fazendo ainda referência às alterações no relacionamento sexual com os companheiros. Aquelas evidenciaram alterações emocionais e diminuição da libido, influenciadas por fatores externos, conforme se apresenta nos seguintes exemplos: “(...) tem sido difícil ter relações sexuais, a vontade já não é a mesma (...) e depois tudo me irrita nele (...) eu também me sinto mais nervosa e isso tira-me a vontade (...); (...) com os anos tudo muda, já nada é igual (...) antes até era eu que tinha a iniciativa, agora estou

deserta que ele nem me toque (...) sinto-me velha (...) e por vezes dói-me imenso a ter relações; (...) eu farto-me de trabalhar o dia todo e quando me deito é para descansar, não tenho vontade dessas coisas (...) mas quando acontece, lá de vez enquanto, até que não é nada mau, o meu marido é carinhoso comigo (...)”.

Tendo por base estes relatos, e de acordo com a preocupação da autora relativamente a esta temática, esta procurou obter junto dos enfermeiros respostas, com o intuito de poderem vir a conduzir a novas linhas de reflexão. Para a concretização dos objetivos do estudo, considerou pertinente desenvolver um *grupo focal*, também designado por grupo de discussão (*Focus Group*), com a equipa de enfermagem. Esta técnica tem um interesse específico na análise de temas que levantem opiniões divergentes ou que envolvam questões complexas que necessitam de ser exploradas em maior detalhe, pelo que a autora considerou importante utilizar esta técnica devido à facilidade da recolha de dados, sendo, deste modo, possível recolher uma vasta quantidade de informações qualitativas sobre a área temática a estudar, num espaço de tempo relativamente curto. Importa referir que todo o processo de desenvolvimento desta técnica está documentado no Anexo I deste relatório.

O resultado da entrevista, obtida através da técnica *grupo focal* foi tratado utilizando a análise temática que, segundo BARDIN (2008), se descreve em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. De acordo com o referido, emergiram, assim, duas categorias direcionadas para a sexualidade da mulher no período da menopausa/climatério, sendo elas: abordagem da sexualidade na menopausa/climatério e fatores influenciadores.

Foi interessante observar, que relativamente à **abordagem da sexualidade na menopausa/climatério**, os enfermeiros consideraram três aspetos cruciais a ter em conta na CE, sendo eles: as **alterações decorrentes da menopausa/climatério**, os **conteúdos a incluir** e as **estratégias a utilizar** nesta abordagem, que se confirma pelos relatos seguintes. Relativamente às **alterações decorrentes da menopausa/climatério**, o enfermeiro E4 mencionou que *“algumas mulheres dizem que a menopausa tudo tira, já se sentem velhas para isso”* e o enfermeiro E5 referiu *“(...) dizem que a vontade já não existe”*, o enfermeiro E1 afirmou que as mulheres *“(...) têm queixas vaginais (...)”*, o E3 *“(...) falta da libido e secreta vaginal”* e o E7 *“(...) muitas vezes a falta de vontade”*, o E1 *“e também as alterações psicológicas”*, já o enfermeiro E2 acrescentou que *“algumas queixam-se que os maridos querem ter relações todos os dias e elas já não conseguem”*.

No que diz respeito aos **conteúdos**, o enfermeiro E3 referiu que *“eu abordo quase sempre, para introduzir o tema, pergunto se tem secreta vaginal ou se tem algum desconforto (...)”* tendo ainda este enfermeiro acrescentado que *“(...) temos a teoria e depois ligamos a teoria à prática, é muito importante ligar a teoria à prática”*, já o enfermeiro E5 verbalizou que

“tem que existir por parte do marido compreensão sobre as alterações que ocorrem na vida da mulher nesta altura” e o E1 “Na parte da sexualidade é importante haver dualidade, o casal tem que estar bem” e por fim o enfermeiro E3 refere a importância de “procurarmos saber que conhecimentos têm neste âmbito (...)”.

Relativamente às **estratégias** a utilizar, o enfermeiro E3 apontou que *“por vezes temos que falar sobre outros assuntos para chegar ao tema da sexualidade”*, o E6 *“perguntamos se têm algum aspeto a acrescentar relativamente à sexualidade”*, enquanto que o E1 referiu que *“os profissionais é que têm que ir ao encontro dessa necessidade”* e o E3 acrescenta que *“(...) temos que utilizar estratégias que nos ajudem a abordar o tema”*.

Quanto aos **fatores influenciadores**, foram identificados aspetos dificultadores e facilitadores. Os **dificultadores** encontrados pelos enfermeiros são descritos da seguinte forma: E4 mencionou que *“algumas mulheres têm vergonha em abordar o tema”*; *“(...) é muito difícil e dizem logo que está tudo bem, não deixam espaço para abordarmos o tema, assim torna-se mais difícil para nós”* e o enfermeiro E5 disse que *“há muita dificuldade em abordar este aspeto, ou por tabu ou por uma questão cultural, depende do conhecimento que a pessoa tem (...) noto que algumas pessoas ficam inibidas”*, alguns enfermeiros apontaram para: E2 *“(...) não temos tido formação nessa área, o que dificulta um pouco mais as coisas”*; já o E6 *“se elas falam nisso, eu faço educação, se não falarem tenho mais dificuldade (...)”* e o E7 *“Eu tenho muita dificuldade em abordar esse aspeto, o mesmo refere o E2 “não me sinto à vontade em abordar o tema e isso dificulta as coisas”*.

Relativamente aos aspetos **facilitadores** o enfermeiro E5 refere que *“(...) noto alguma facilidade em abordar a sexualidade”*, o enfermeiro E1 aponta mesmo para o fato de *“começo por dizer que um dos temas que normalmente abordamos nesta consulta tem a ver com sexualidade e olhamos para o computador”*, e por fim o E4 menciona que *“facilitador é a abertura da própria pessoa que temos à nossa frente”*.

Importa referir que no grupo de enfermeiros participantes, o E7 comenta apenas a questão 1, omitindo a sua opinião relativamente às outras questões colocadas ao grupo, manifestando dificuldade na abordagem do tema da sexualidade. Este aspeto mereceu reflexão por parte da autora.

Após a análise dos dados colhidos através da técnica “grupos focais”, constatou a verdadeira necessidade de intervir junto da mulher, no âmbito da sexualidade no período da menopausa/climatério. Foi evidente que a temática não surgia naturalmente nas CE, sendo de difícil abordagem não só pelos enfermeiros, mas também pelas próprias mulheres.

Surge aqui a necessidade de intervenção do EEESMOG, uma vez que a este profissional são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem realizar a

vigilância de saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, vivenciando processos de saúde / doença, no âmbito da educação sexual, ginecologia, climatério (OE, 2010).

Identificou a necessidade de os enfermeiros desenvolverem a sua educação sobre os princípios básicos da sexualidade, o que os torna mais capacitados para compreender as necessidades e os problemas sexuais. STUART; LARAIA (2001), referem que se os enfermeiros se sentem à vontade com o tema da sexualidade, isto será transmitido ao utente que, por sua vez, fica mais à vontade para discutir essas questões. Referem, ainda, que quando oferecem um atendimento holístico, frequentemente são chamados a intervir nas preocupações sexuais dos utentes. Daí a importância destes profissionais desenvolverem competências e habilidades na abordagem de questões sexuais pelo aumento da consciência através da educação.

Atendendo ao mencionado, considerou a autora direcionar este relatório para a intervenção do enfermeiro na vivência da sexualidade da mulher no período da menopausa/climatério, uma vez que o interesse pela temática tem sido uma constante ao longo do seu processo formativo, bem como na prática especializada. Identificando a necessidade de intervenção nesta área, procurou, assim, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de EEESMOG.

Neste sentido, e para melhor compreender o fenómeno da sexualidade na menopausa/climatério, torna-se crucial partir dos eixos organizadores: abordagem da sexualidade e alterações decorrentes da menopausa para realizar a contextualização teórica.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1. O FENÓMENO DA MENOPAUSA / CLIMATÉRIO

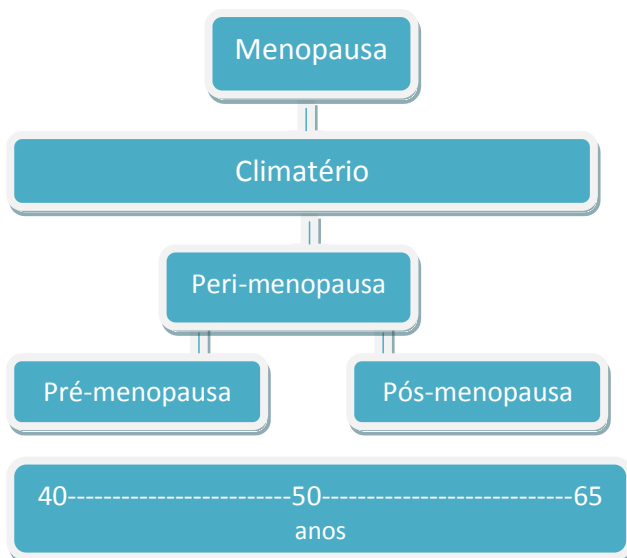
Portugal apresenta mudanças demográficas de elevada escala e com repercussões sociais, económicas e culturais muito importantes. A evolução demográfica em Portugal, no passado recente, caracterizou-se por um gradual aumento do número de seniores e uma redução do número da população jovem e da população ativa. No século XXI a esperança de vida ao nascer, ronda os 79,45 anos, segundo os números divulgados pelo INE (relativos ao período entre 2009 e 2011), sendo de 76,43 anos, no caso dos homens, e 82,30 anos, no das mulheres, o que significa que a população feminina vive aproximadamente um terço da sua vida no período do climatério.

BASTOS (2003) menciona que, em termos reprodutivos, a vida de qualquer mulher é marcada por dois eventos importantes, a menarca e a menopausa e que tradicionalmente esta última é definida como a última menstruação da vida da mulher. NORTHROP (2009) refere que o termo “menopausa” deriva do grego *meno* (mês, mêstruo) e *pausis* (pausa) e refere-se à cessação dos períodos menstruais. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2004), a menopausa é a data da última menstruação em consequência da falência ovárica definitiva. O diagnóstico clínico ocorre após um ano de amenorreia, habitualmente entre os 45 e 55 anos. Já LOPEZ; FUERTES (1999, p.131) referem que a “menopausa é o último período menstrual natural, e os processos do climatério, período mais longo que precede, acompanha e se segue à menopausa, criam novas condições biofisiológicas para a atividade sexual”.

Para a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2004, p.20), o “climatério é o período da vida da mulher em que ocorre um declínio progressivo da função ovárica. Com frequência está associado a um conjunto de sinais e/ou sintomas (irregularidades menstruais, calores, afrontamentos, transpiração noturna, alterações do humor e do sono, entre outros). Compreende três fases (pré, peri e pós-menopausa) cuja individualização não é linear”.

Na figura seguinte esquematiza-se estas fases.

Figura 1 – Fases do climatério



(adaptado de “*Guideline*” sobre Climatério da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (2008).

Na menopausa, sendo um processo biológico com muitos imperativos fisiológicos, que não são alterados com o tempo, o que muda mesmo é a forma de ver e as explicações que se tenta dar aos acontecimentos inerentes a este processo.

Ao longo dos anos, a menopausa tem sido influenciada pelas alterações sociais e está relacionada com os diferentes papéis que a mulher representa na sociedade (ser mãe, ser esposa, ser sexualmente atraente e ter aspeto saudável) e na forma como esta a visualiza. Adquiridos no decorrer da história, esses papéis apresentam-se diretamente relacionados com a sexualidade feminina. Muitos desses padrões ainda podem estar presentes, embora discretamente, na percepção atual da mulher (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Esta fase é marcada pelo início de uma vida repleta de transformações físicas e psicológicas, muitas vezes influenciada pelo contexto sociocultural em que a mulher está inserida.

O climatério, ao contrário da menopausa, não é apenas um acontecimento breve na vida da mulher, mas uma situação a ser suportada desde que os ovários começam a dar sinais de falência até o fim da sua vida. Portanto, envolve aspetos físicos, biológicos, psicossociais, emocionais e culturais.

STUART; LARAIA (2001), referem que a maioria das pessoas de mais idade que têm bom estado de saúde e permanecem sexualmente ativas até ao final das suas vidas. Nada existe, na biologia do envelhecimento, que encerre automaticamente o funcionamento sexual, no entanto, ocorrerem, sem dúvida, alterações fisiológicas específicas.

A chegada da menopausa não significa necessariamente que a mulher já não possa ter prazer ou manter-se sexualmente ativa. Isso é um aspeto que na prática deve ser desmistificado. No entanto, é importante que a mulher seja informada sobre as mudanças comportamentais e fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, tanto nela como no seu companheiro e que ambos sejam reeducados sexualmente.

2.2. A MENOPAUSA/CLIMATÉRIO E A SEXUALIDADE

A sexualidade é um fator deveras importante na vida das pessoas. Contudo, a fase do climatério é frequentemente estereotipada, sendo vista como um período de diminuição de desejos e de afetos ligado à atividade sexual.

“A sexualidade humana integra a personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspeto do ser humano que não pode ser separado de outros aspetos da vida. A sexualidade não é sinónimo de coito e não se limita à presença ou não do orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso.”

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “A sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”. (OMS, 2002 , p.8)

LOPES; FUERTES (1999) referem que o que hoje sabemos sobre sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações feitas a partir de diferentes ciências. O conceito de sexualidade, tal como apontam estes autores, é muito difícil de definir, já que o Homem é um ser sexuado e mediatiza todo o ser. A sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida sob um único ponto de vista.

Para STUART; LARAIA (2001, p.582) “a sexualidade diz respeito, amplamente a todos os aspetos de ser sexuado e constitui uma dimensão da personalidade. Mais que o ato de intercurso é parte integrante da vida”.

A sexualidade é reconhecida atualmente como um dos pilares da qualidade de vida, tendo a sua abordagem cada vez mais significado. Caracteriza-se pelo carácter multidimensional, ou seja, não é influenciada apenas por aspetos anatómicos e fisiológicos, mas também por aspetos psicossociais e culturais, além de relacionamentos interpessoais e

experiências de vida ao longo de todo o ciclo vital. A sexualidade transmite às pessoas intimidade, ternura, amor, respeito e cumplicidade.

A sexualidade é um termo amplamente abrangente que engloba inúmeros fatores e dificilmente se encaixa numa definição única e absoluta. O termo “sexualidade” remete-nos para um universo onde tudo é relativo, pessoal e muitas vezes paradoxal. Pode-se dizer que é o traço mais íntimo do ser humano e como tal, manifesta-se de forma diferente em cada pessoa, de acordo com a realidade e as experiências vivenciadas pela mesma.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

As vivências sexuais, independentemente da idade, proporcionam a possibilidade de realização pessoal, refletindo a intimidade e a cumplicidade, enriquecendo as relações humanas. A sexualidade é fisiologicamente possível de existir ao longo de todo o ciclo vital, sendo por um lado, emocional e afetivamente enriquecedora e, por outro, fortalecedora da importância do carinho, do apego, da comunicação, do companheirismo e do cuidado mútuo.

Deste modo, a sexualidade é uma componente importante da saúde em todas as idades. No entanto, as normas culturais podem contribuir para atitudes negativas das pessoas mais velhas. De acordo com algumas culturas ocidentais, as mulheres são vistas como assexuadas ou sem disponibilidade para a atividade sexual, comparativamente com os homens e mulheres mais jovens.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2008, p.5), a “Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”.

Assim, de acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo – 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Nesta linha de definição, os cuidados a prestar “em Saúde Reprodutiva constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos”. (DGS, 2008, p.5)

Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

A saúde sexual não pode ser definida, entendida ou operacionalizada sem encararmos a sexualidade de uma forma ampla, considerando-se de suma importância os comportamentos e os resultados relacionados com a saúde sexual.

Segundo a OMS (2006), a saúde sexual é influenciada por uma complexa rede de fatores biológicos e sociais. Ela exige uma abordagem positiva e responsável da sexualidade e das relações sexuais, bem como das experiências sexuais prazerosas e seguras que estão livres de coerção, discriminação ou violência.

Desde que a mulher seja devidamente acompanhada e não tenha problemas de saúde, não se deve pensar que a menopausa pode afetar a sexualidade, não existe nenhuma razão para a mulher deixar de sentir desejo ou prazer. LOPES; FUERTES (1999 p.10) referem que “O desejo, os interesses sexuais e o enamoramento mantêm-se ao longo de todo o ciclo vital”. Estes autores mencionam ainda que as mudanças biológicas que ocorrem na idade adulta não anulam o desejo sexual nem os afetos ligados à sexualidade.

Não existe idade certa para o fim da sexualidade, desde que o ato sexual seja algo gratificante e importante para a pessoa se sentir viva. Cada pessoa atribui um significado próprio ao momento que vivencia. Existem diferentes maneiras de expressar ou não a sexualidade em cada etapa da vida. Depois da menopausa, com a ausência da preocupação de engravidar, a mulher pode passar a usufruir de uma sexualidade mais completa. Apesar de existir diminuição na frequência da atividade sexual nesta fase do ciclo de vida, não significa, necessariamente, que terminou o desejo sexual.

O ser humano precisa de compreender que a sexualidade sofre alterações ao longo da vida sem, no entanto, comprometer o seu encanto. As especificidades da sexualidade diferem nas várias etapas de vida: na adolescência, temos o frenesi das descobertas e a paixão desmedida; na mulher adulta, o sexo maduro e a vontade de engravidar; e o climatério também tem suas peculiaridades.

TRENCH; SANTOS (2005) referem que estas especificidades diferem de cultura para cultura, todavia, é possível identificar uma linha comum e presente em diferentes sociedades e épocas históricas: a valorização da mulher na fase reprodutiva e a sua desvalorização na fase não reprodutiva. Portanto, é essencial que a mulher no climatério desfrute da sua sexualidade, respeitando a sua subjetividade na procura do conhecimento dos seus próprios pensamentos, emoções, valores e desejos, em vez de relegá-los para segundo plano. Mais importante do que romper agressivamente com as representações sociais sobre a imagem feminina, a mulher deve conhecer-se e respeitar-se de forma a desenvolver uma sexualidade saudável e prazerosa.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

Sabe-se atualmente que a vida sexual da mulher pode exercer grande influência na sua qualidade de vida. A vida sexual de uma pessoa, o bom estado de saúde, assim como a interação entre o casal, podem contribuir para o bem-estar pessoal. É essencial que a sexualidade da mulher esteja em sintonia com os seus desejos e os do parceiro, favorecendo, assim, o bom funcionamento físico, emocional e social do casal.

2.3. O ENFERMEIRO PROMOTOR DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM A MULHER EM FASE DE MENOPAUSA/CLIMATÉRIO

Para melhor compreender o papel da promoção para a saúde, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, torna-se necessário enquadrá-lo sucintamente, equacionando uma das suas ferramentas, a educação para a saúde, bem como, analisar a sexualidade. Este enquadramento tem a sua pertinência devido à temática em análise.

O conceito de promoção da saúde surge com a Carta de Ottawa (1986), que a defende como fator fundamental da melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação das pessoas e comunidades nesse processo, salientando que tal promoção não é da responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas de todos, em direção ao bem-estar global. Para DIAS; *et al* (2004), a promoção da saúde é um processo amplo através do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde. Paralelamente, a educação para a saúde, é uma estratégia da promoção da saúde, de forma a alcançar os objetivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde (TONES, 1988, adaptado em DIAS *et al.* 2004).

Esta estratégia pode influenciar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes; facilitar a aquisição de competências e pode ainda levar a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Neste sentido, estando a sexualidade no centro da identidade da pessoa, a avaliação da função sexual e a partilha dos assuntos sexuais devem estar incluídos nos cuidados de saúde holísticos. Muitas mulheres necessitam de adquirir conhecimentos acerca dos assuntos sexuais e o profissional de enfermagem, pela sua proximidade com as pessoas, tem aqui um papel preponderante na educação da mulher/casal, fornecendo informações e desmistificando conceitos errados, de forma a comunicar à mulher uma avaliação da importância e da adequação destes conceitos, para que vivencie a sua sexualidade de forma satisfatória (BOBAK, 2008).

Sendo a **sexualidade** uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade (OMS, 2002), ela é influenciada por diversos fatores ao longo de todo o ciclo vital. Segundo ROPER, *et al* (2001) os **diversos fatores influenciam** a forma como a pessoa realiza as suas atividades de vida, pois cada individuo fá-lo de modo diferente. No que diz respeito à menopausa/climatério e para STUART; LARAIA (2001), os adultos são influenciados pelos valores culturais da sociedade ocidental, que valoriza a juventude e a vitalidade e, com frequência, deprecia as pessoas de maior idade. Sabemos que, a sexualidade dos adultos é afetada pela falta de conhecimentos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento que ocorrem no organismo. Assim, os enfermeiros devem compreender as alterações normais que surgem no processo de envelhecimento, de modo a poderem ensinar sobre essas alterações, facultando informação sobre o que devem esperar e como podem compensar as mudanças normais relacionadas com o envelhecimento e com o comportamento sexual, por forma a manter uma qualidade de vida conjugal satisfatória.

ROPER *et al* (2001), referem que há uma interpretação menos rígida das atividades, atitudes, crenças e valores associados à expressão da sexualidade. Referem ainda, que o tema sexo já não é tabu. É mostrado na comunicação social, discutido em lares e escolas, logo as pessoas tomam maior consciência das muitas dimensões da Atividade de Vida **expressar sexualidade**, não apenas em termos da sua relação com a saúde e a doença.

Apesar do referido por ROPER *et al* (2001), é possível identificar na prática profissional especializada, que as mulheres ainda apresentam alguns tabus referentes à sua sexualidade. A autora tem constatado, ainda, dificuldade na abordagem deste tema, considerando existir fatores que influenciam essa mesma abordagem e a sua própria vivência. Os fatores socioculturais que, segundo ROPER *et al* (2001), englobam os aspetos de ordem espiritual, religioso e ético, têm uma carga influenciadora significativa neste âmbito. Eles influenciam a vida em todo o seu percurso, com consequências ao nível da independência da pessoa, tendo uma importância fundamental para a individualidade da vida, que afeta a forma como cada um desempenha as atividades de vida (ROPER *et al* (2001). Surge então a necessidade de se criar um trajeto orientador para minimizar o impacto que estes fatores têm na vida das mulheres e do casal.

Segundo ROPER *et al* (2001), a expressão da sexualidade está ligada à idade, à etapa de desenvolvimento, à cultura e à sociedade onde a pessoa está inserida. A atividade específica que tende a estar diretamente associada ao sexo é a relação sexual. A feminilidade e a masculinidade são refletidas no espaço físico e na força, no estilo de vestuário, nos papéis familiares, sociais e relacionamentos e ainda nas escolhas relacionadas com o trabalho e lazer.

Atendendo à individualidade da pessoa, ROPER *et al* (2001), referem que embora todas as pessoas realizem as atividades de vida, cada pessoa fá-lo de forma diferente, e é determinada pela fase da vida em que se encontra, sendo ainda moldada pelos diversos fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, tem um papel essencial no apoio e educação para a saúde à mulher em menopausa, considerando sempre uma relação terapêutica, a individualidade e complexidade dos cuidados durante a CE.

STUART; LARAIA (2001) referem que os enfermeiros, quando oferecem um atendimento holístico, são frequentemente chamados a intervir nas preocupações sexuais dos utentes. Daí a importância destes profissionais desenvolverem competências e habilidades na abordagem das questões sexuais pelo aumento da consciência através da educação.

Os mesmos autores mencionam que os enfermeiros necessitam conhecer algo mais sobre a sexualidade. Em primeiro lugar, precisam conhecer-se a si mesmos e terem consciência dos seus próprios sentimentos e valores que envolvem a sexualidade. Se um enfermeiro não estiver consciente das suas emoções, não poderá ajudar os utentes no atendimento das suas necessidades. Em segundo lugar, precisam compreender que os sentimentos e os valores das outras pessoas sobre a sexualidade diferem dos seus. E por fim, podem aprender sobre a saúde sexual e usar estratégias de aconselhamento com os utentes.

STUART; LARAIA (2001) referem, ainda, que à medida que os enfermeiros se educam sobre a sexualidade, capacitam-se para compreender as necessidades e os problemas sexuais.

O maior ímpeto dos cuidados é na educação da mulher acerca do impacto do seu estilo de vida no estado de saúde. O fato das mulheres estarem interessadas em participar na tomada de decisões e no autocuidado, fornece ao enfermeiro uma oportunidade única na educação para a saúde. Como agente de mudança e defensor da pessoa, o enfermeiro pode promover o aumento dos conhecimentos e autoestima da mulher de forma a esta se tornar uma participante ativa e satisfeita nos seus próprios cuidados de saúde. É importante para o enfermeiro o conhecimento sobre os interesses de aprendizagem da mulher, bem como os conhecimentos que já possui sobre determinado assunto, antes de realizar o ensino. Os interesses da mulher podem ser significativamente diferentes daqueles que o prestador de cuidados pensa serem importantes para ela. Contudo, muitas mulheres só reconhecem a importância de determinado assunto quando este é abordado pelo prestador de cuidados, o que fornece ao enfermeiro a oportunidade de motivar a aprendizagem e facilitar a tomada de decisão informada. (BOBAK, 2008)

Este aspeto é identificado durante a CE, uma vez que a mulher foca outros assuntos e não fala diretamente sobre sua sexualidade, sendo o enfermeiro a abordar o tema. Verifica-se,

no entanto, que este último apresenta ainda dificuldade em direcionar a entrevista para esta temática.

As expectativas crescentes das mulheres, bem como as mudanças profundas nas famílias, sociedade e comportamento sexual, tornam a promoção da saúde da mulher um campo de desafios (BOBAK, 2008). Não existe, assim, justificção para o enfermeiro descurar a abordagem da sexualidade, esclarecer e apoiar física, emocional e mentalmente a mulher durante a menopausa, proporcionando bem-estar no âmbito da sua sexualidade. Sobre este assunto, o psiquiatra e sexólogo Júlio Machado Vaz referiu, numa conferência, a 18 de setembro de 2008, não existir nenhuma relação entre a menopausa e a ausência de uma vida sexual plenamente satisfatória, sendo importante a abordagem desta temática pelos profissionais de saúde.

STUART; LARAIA (2001) referem que a sexualidade dos adultos é afetada pela falta de conhecimentos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento que ocorrem no organismo. Deste modo, os enfermeiros devem compreender as alterações habituais que surgem no processo de envelhecimento, de modo a poderem ensinar as mulheres sobre essas alterações, permitindo que estas aprendam sobre o que devem esperar e como podem compensar as mudanças normais relacionadas com o envelhecimento e com o comportamento sexual, por forma a manter uma qualidade de vida conjugal satisfatória.

Pelo atrás descrito, temos, por um lado, a necessidade da intervenção de enfermagem ser individualizada, o enfermeiro necessita perceber as diferenças e semelhanças de cada pessoa antes de qualquer julgamento ou atitude preconceituosa. Deve incluir educação na esfera da sexualidade, ajudando as pessoas a aceitar as alterações físicas e buscar a sua própria forma de exercer a sexualidade. O que significa dizer que os profissionais de saúde devem procurar adquirir conhecimentos na literatura científica sobre a sexualidade humana e entender as particularidades existentes nas mulheres em menopausa. Desta maneira, esta temática deve obrigatoriamente fazer parte da formação profissional do enfermeiro. Por outro lado, é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as dificuldades e as incapacidades, devendo os serviços de saúde orientarem-se cada vez mais para a promoção da saúde.

ROPER *et al* (2001), no seu modelo de vida, preocupa-se com a forma como cada pessoa experiencia a sua própria vida. Neste sentido, a enfermagem deve proporcionar às pessoas o bem-estar e a qualidade de vida, tendo em conta o contexto bio-psico-socio-cultural, atendendo à individualidade de cada pessoa.

3. METODOLOGIA DE PESQUISA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

No sentido de sistematizar o conhecimento sobre a caracterização da intervenção de enfermagem ao nível do climatério no âmbito da sexualidade, elaborou-se o presente relatório de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do *Cochrane Handbook* (2009).

Deste modo, quer ao nível da elaboração da questão de investigação, quer para a definição dos critérios de inclusão e exclusão, foi utilizado o método PI[C]O. (Quadro 1)

Tendo por base a análise dos pressupostos teóricos, definiu-se a seguinte questão:

Como se caracteriza a intervenção do enfermeiro (I) no âmbito da sexualidade (O) com a mulher em fase de climatério (P)?

Quadro 1 - Critérios para a elaboração da questão de investigação PI[C]O

P	Participantes	Quem foi estudado?	Mulher em climatério
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenção do enfermeiro
C	Comparações	Podem existir ou não?	–
O	Outcomes	Resultados /efeitos ou Consequências	Vivência saudável da sexualidade
<u>Palavras-chave:</u>		Intervenção do Enfermeiro - (Nurs*) Climatério - (Climacteric) Menopausa - (Menopause) Sexualidade - (Sexuality)	

Após definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, que na sua origem tem a identificação das palavras-chave, sendo estas validadas em RL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> [Consultado em 2013-11-29], de modo a aferir cientificamente os termos: **1- Nurs***; **2- Menopause**; **3- Climacteric**; **4- Sexuality**.

Considerou-se importante incluir os termos *Menopause* e *Climacteric*, uma vez que na literatura consultada, se encontra algumas vezes estes termos com sentidos semelhantes.

Partindo assim da pergunta PI[C]O, e com a finalidade de selecionar os artigos da pesquisa, bem como os objetivos do estudo, foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na RSL, presentes no quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos de investigação

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Artigos publicados entre 2008 e 2013 (inclusive)	Artigos publicados antes de 2008 (não inclusive)
Artigos em língua inglesa, portuguesa, francesa ou castelhana	Artigos em outras línguas que não o inglês, português, francês ou castelhano por desconhecimento da autora dessas línguas
Artigos com correlação com o objeto de estudo	Artigos sem correlação com o objeto de estudo
Artigos com evidência científica, quantitativos e/ou qualitativos e revisões sistemáticas da literatura	Artigos que não apresentem metodologia científica ou que mencionem outros tipos de estudos
Estudos cujos participantes apresentem uma menopausa fisiológica.	Estudos cujos participantes apresentem uma menopausa patológica.
Artigos em <i>Full text</i> em formato <i>PDF</i>	Artigos sem <i>Full texto</i>

Para dar resposta à pergunta PI[C]O, procedeu-se à seleção de artigos científicos através da plataforma informática EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition e MedicLatina disponível no site da Ordem dos Enfermeiros a 29 de Novembro de 2013, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Os limitadores adotados na pesquisa apresentam-se no Quadro 3.

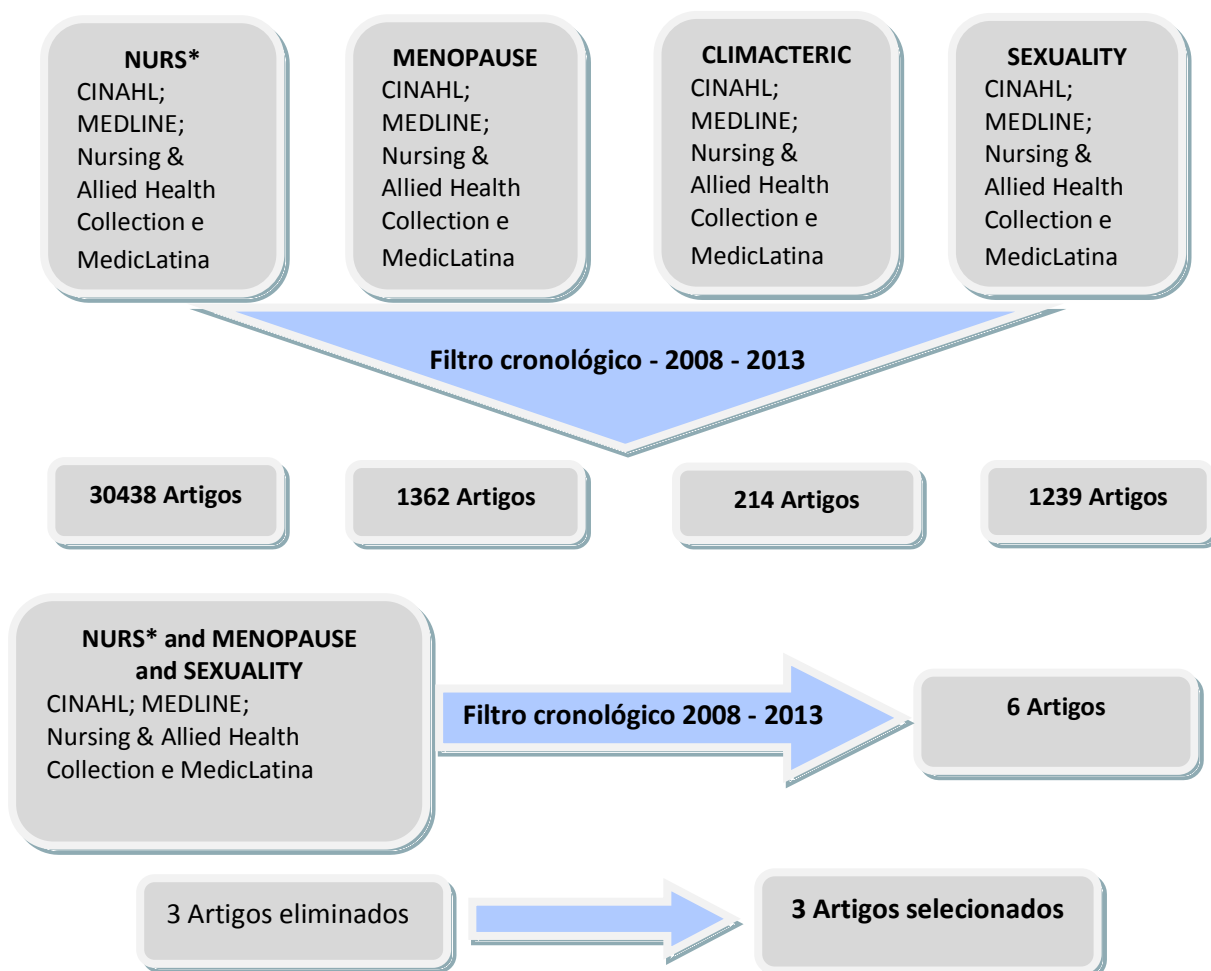
Quadro 3 - Limitadores de pesquisa nas bases de dados

CINAHL Plus with Full Text	Boleano/frase; Texto completo; Data de publicação de: outubro/2008 - outubro/ 2013; Resumo disponível; Humano; Qualquer autor é enfermeiro; Texto completo em PDF
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition	Texto completo; Data de publicação de: outubro/ 2008 - outubro/2013; Texto completo em PDF
MedicLatina	Texto completo; Data de publicação de: outubro/ 2008 - outubro/2013; Texto completo em PDF
MEDLINE with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: outubro/ 2008 - outubro/2013; Resumo disponível; Humano

Foram selecionados os artigos publicados em texto integral entre 2008-2013. A escolha deste filtro cronológico tem por objetivo abordar o que tem sido escrito nos últimos cinco anos sobre a temática em questão, o que está de acordo com os autores GUYATT; RENNIE (2002), que preconizam que as RSL devem ter em conta a evidência científica neste período de tempo.

Efetua-se a pesquisa, inicialmente com as palavras-chave isoladas e posteriormente com a sua conjugação, obtendo-se seis artigos, realizou-se a leitura dos seus resumos. A salientar, que da conjugação das palavras-chave Nurs*+ Menopause + Sexuality ; Nurs*+ Climacteric + Sexuality e Nurs*+ Menopause + Climacteric + Sexuality, a existência em cada uma da repetição de dois artigos, daí considerar-se os seis artigos da conjugação Nurs*+ Menopause + Sexuality. Após este percurso metodológico efetuou-se a seleção final de três artigos com a leitura integral dos mesmos.

Figura 2 - Esquema resumo da pesquisa



Os três artigos filtrados, cuja ficha de leitura se encontra no anexo IV, foram caracterizados e analisados atendendo ao nível de evidência recolhida, referencia-se o estudo (título, autor, ano de publicação e país), orientação metodológica, tipo de participantes, objetivo do estudo, intervenção e os resultados obtidos/discussão. O quadro seguinte revela o resumo dos três estudos selecionados, a sua numeração diz respeito à ordenação crescente da data de publicação dos mesmos. Para caracterizar os estudos recorreu-se à escala de GUYATT; RENNIE (2002), segundo o nível de evidência.

Quadro 4 - Resumo dos artigos selecionados

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3
Título do Artigo	Severity of menopausal symptoms of Jordanian women	The Perception of Menopause Among Turkish Women	Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey
Autor; Ano; País	M. GHARAIBEH; S. AL-OBEISAT; J. HATTAB (2010) Jordânia	H. B. YANGIN, K. KUKULU, G. AK SÖZER (2010) Turquia	S. KISA, S. ZEYNELOG; N. OZDEMIR (2012) Turquia
Orientação Metodológica	Quantitativo, descritivo transversal	Quantitativo, descritivo transversal	Quantitativo, descritivo transversal
Participantes	Mulheres da Jordânia, casadas com idades entre os 45 e 55 anos que viviam na Cidade de Irbid no momento da colheita de dados. (N=350)	Mulheres turcas em menopausa que recorreram à consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital da Universidade de Akdeniz (N=300)	Mulheres turcas com idade ≥ 40 anos em menopausa (N=154)
Objetivo do Estudo	Avaliar a importância dos sintomas relacionados com a menopausa e descrever as suas diferenças de acordo com as várias etapas da menopausa	Determinar os sintomas e a percepção da menopausa, bem como os fatores que podem afetar e influenciar esta percepção	Examinar as atitudes das mulheres em relação às características socio demográficas e reprodutivas
Intervenção	Recrutada uma amostra de conveniência de 350 mulheres, de quatro Centros de Saúde Materno-Infantil	Usada uma amostra de 300 mulheres em menopausa que recorreram à consulta de Obstetrícia e Ginecologia no Hospital da Universidade de Akdeniz	Utilizada uma amostra de 154 mulheres turcas com ≥ 40 anos em menopausa no sudeste da Turquia

	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3
Resultados	Incentiva a importância da educação para a saúde, onde se aborde precocemente as alterações da menopausa junto das mulheres. É considerado importante que os profissionais de saúde intervenham junto das mulheres para além da idade reprodutiva de forma a capacitá-las e ajudar melhorar a sua qualidade de vida.	O estudo revelou que um dos aspetos mais importantes na menopausa é aumentar e manter a qualidade de vida das mulheres nesta etapa da vida. Neste contexto, deve ser desenvolvida educação para a saúde para ajudar os casais a perceberem a menopausa de uma forma mais positiva.	O estudo revelou que as mulheres na pré-menopausa preocupam-se mais com a sua sexualidade após a menopausa do que as mulheres que já estavam na pós-menopausa. Revelou também que as mulheres encaram a menopausa como o fim da sexualidade. Os enfermeiros devem desempenhar um papel preventivo na avaliação das atitudes das mulheres, pois as suas atitudes podem afetar a sua saúde durante a menopausa. É muito importante estar atento ao período da menopausa para ajudar a melhorar a qualidade de vida das mulheres.
Nível de Evidência	V	V	V

4. DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM NA ÁREA DA SEXUALIDADE NO CLIMATÉRIO

Através da leitura e análise dos artigos consultados, pretende-se neste capítulo dar resposta à pergunta PI[C]O atrás enunciada. Parece ser evidente a complementaridade entre os estudos relativamente às orientações e procedimentos metodológicos, atribuindo assim uma consistência científica aos resultados observados.

4.1. RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Foi identificado um paralelismo entre os três estudos encontrados, relativamente ao aumento da esperança média de vida. O **estudo 1** de GRARAIBEH *et al* (2010), realizado na Jordânia, menciona que as mulheres vivem mais tempo que os homens, cuja média de idade para a menopausa ronda os 51 anos. Este estudo refere a existência de uma cuidada vigilância de saúde durante a gravidez, enquanto a vigilância de saúde nas mulheres em menopausa não é tão valorizada pela política de saúde do país onde o estudo foi realizado. Este aspeto tem constituído uma preocupação por parte da autora, uma vez que já durante a sua formação especializada verificou que os EEESMOG estão mais atentos à envolvência do nascimento do que à saúde da mulher na fase da menopausa / climatério.

Semelhantemente, o **estudo 2** de YANGIN *et al* (2010), efetuado na Turquia, indica que as mulheres vivem um terço das suas vidas na menopausa e período do climatério.

Já o **estudo 3**, de KISA *et al* (2012), também realizado na Turquia, fazendo igualmente referência ao aumento da esperança média de vida, vai mais longe, realçando que os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento dão tradicionalmente pouca atenção aos sintomas da menopausa e aos problemas com ela relacionados, ou mesmo aos custos associados à saúde, sublinhando ainda que a OMS relata que a prevalência de determinadas doenças e/ou problemas enfrentados pelas mulheres na pós-menopausa estão a aumentar substancialmente, devido ao aumento da esperança de vida entre as mulheres no mundo em desenvolvimento. O mesmo acontece em Portugal, em que os dados divulgados pelo INE referem que a esperança média de vida estimada, no caso das mulheres, é de 82,30 anos. Deste modo, reconhece-se aqui a importância de estudos relacionados com as mulheres na

etapa de vida menopausa/climatério. Portanto, os problemas de saúde relacionados com a menopausa são de grande preocupação, especialmente porque está a aumentar o número de mulheres mais velhas. O aumento do número de mulheres na pós-menopausa deixa de ser simplesmente um fenómeno natural, podendo constituir um dos problemas mais importantes no futuro da saúde das mulheres em muitos países.

Igualmente, os três estudos fazem referência aos aspetos biológicos, psicológicos, sociais, demográficos e culturais que intervêm na sintomatologia das mulheres em menopausa. Todos os estudos mencionam a importância das diferentes fases da menopausa, associando-as aos sintomas referenciados pelas mulheres, o que está em consonância com o descrito pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2004), que afirma que esta etapa da vida da mulher está associada a um conjunto de sinais e/ou sintomas, compreendendo três fases (pré, peri e pós-menopausa).

O estudo de GRARAIBEH *et al* (2010) faz mesmo referência à OMS (2004), mencionando a diferenciação destas etapas, definindo o climatério como a fase de envelhecimento das mulheres marcada pela transição do período reprodutivo para o não reprodutivo, que inclui a pré-menopausa, que se refere aos 1 a 2 anos imediatamente antes da menopausa ou todo o período reprodutivo antes da menopausa e pós-menopausa, sendo esta a data do último período menstrual. Refere, ainda, que a fase da peri-menopausa é aquela em que existe irregularidade menstrual nos últimos doze meses.

O estudo de YANGIN *et al* (2010) aborda a fase da peri-menopausa, em que as mulheres experienciam as ondas de calor e a sudorese noturna, aponta ainda que a pós-menopausa é visualizada de forma negativa, pois as mulheres incluídas no estudo relacionam esta fase como a perda do papel da maternidade, da atratividade do sexo feminino, o fim da relação conjugal, mudanças na postura corporal, perda de energia física e o fim da vida sexual.

KISA *et al* (2012), no seu estudo, apresentam uma classificação das fases da menopausa diferente dos anteriores estudos, os autores referem que, segundo Burger *et al* (2007), a transição da menopausa, começa geralmente por volta dos 40 anos e é convencionalmente dividida em fase precoce e fase tardia. Este estudo sugere que as mulheres com mais de 40 anos também têm atitudes negativas em relação à menopausa, sendo a sua principal preocupação, durante o período da pré-menopausa, a sexualidade na pós-menopausa. Referem os autores que este resultado é consistente com a literatura, uma vez que revelam que na pré-menopausa as mulheres veem a menopausa como o fim da sexualidade.

As evidências reforçam que, na prática especializada, deverá ser atribuída a devida importância às dificuldades que as mulheres na menopausa/climatério apresentam quanto à

vivência da sua sexualidade, a mulher evidencia alterações emocionais e diminuição da libido, que são, muitas vezes, influenciadas por fatores externos.

Foi encontrada, nos estudos, uma relação entre a vivência da menopausa e a influência que os fatores culturais têm nesta etapa de vida. Na prática especializada e aquando da entrevista junto dos enfermeiros, identificou que o aspeto cultural influencia a forma como a mulher fala da sua sexualidade e como a vivencia. Muitas mulheres estão ainda longe de viverem a plenitude desta idade, uma vez que a comunicação social valoriza a figura da mulher jovem e bela, em detrimento da mulher madura, este é um dos aspetos que condiciona o modo da mulher no climatério desfrutar da sua sexualidade de forma prazerosa.

Outro aspeto é referenciado no estudo de GRARAIBEH *et al* (2010), que descreve que a presença de diferentes sintomas na menopausa depende de cultura para cultura e que os sintomas encontrados na menopausa são menos comuns em sociedades em que esta é vista como positiva, ao invés de ser considerada como um evento negativo.

YANGIN *et al* (2010), no seu estudo, mencionam que embora as mulheres enfrentem mudanças biológicas semelhantes durante a menopausa, estas mudanças podem ser vivenciadas de forma diferente, o que vai ao encontro do descrito no modelo de ROPER *et al* (2001, p.82) quando salienta que “embora toda a gente realize todas as atividades de vida, cada pessoa fá-lo de forma diferente”. Determinados fatores, tais como a educação, a localização geográfica, os costumes, a etnia, o valor concedido pela sociedade às mulheres, o papel da mulher, a sexualidade, a filosofia de vida das mulheres e o significado que a sociedade e as mulheres atribuem à menopausa, têm efeitos culturais importantes sobre a perceção da menopausa, relativamente às atitudes e queixas. As características culturais poderão ser os principais preditores da noção de menopausa por parte das mulheres. Os dados obtidos neste estudo sugerem que as pessoas normalmente mostram atitudes positivas para com a menopausa em culturas do Extremo Oriente, onde a menopausa é vista como um processo natural, manifestando estas mulheres menos queixas durante a menopausa.

O estudo de KISA *et al* (2012) aponta para a menopausa como uma condição natural para todas as mulheres de meia-idade, mas os estudos mostram que as atitudes e perceções da menopausa variam de sociedade para sociedade. Algumas sociedades percebem a menopausa como o ponto de partida para o envelhecimento, período durante o qual há uma diminuição da capacidade física, perda da sexualidade e perda de atratividade. Este estudo relata ainda que as mulheres no mundo desenvolvido têm atitudes negativas para com a menopausa, porque atribuem à menopausa a perda de atratividade e da capacidade sexual. No entanto, estes autores apontam que alguns estudos sugerem que a idade não tem efeito sobre as atitudes das mulheres em relação à menopausa. No que diz respeito à sexualidade,

LOPES; FUERTES (1999) referem que a menopausa não afeta a sexualidade, desde que a mulher seja devidamente acompanhada e não tenha problemas de saúde. As mudanças biológicas que ocorrem na idade adulta não anulam o desejo sexual nem os afetos ligados à sexualidade.

4.2. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Para uma melhor compreensão das intervenções de enfermagem, este capítulo aborda diferentes áreas de intervenção que não se dissociam umas das outras, sendo elas: a **prestação de cuidados de enfermagem** e a **formação**, envolvendo o modelo de enfermagem adotado.

No sentido de dar resposta à questão inicialmente formulada, considera-se alguns **aspectos a ter em conta no atendimento de enfermagem** à mulher no climatério, no que diz respeito à sua sexualidade. As intervenções de enfermagem constituem uma “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (ICN, 2011, p. 16).

O EEESMOG cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa, promovendo cuidados de saúde com qualidade, culturalmente sensíveis e adequados às necessidades da população (REGULAMENTO nº 127/2011). Deste modo, o enfermeiro, na sua prática, deve **ter em conta as diferentes culturas, individualizando os cuidados** prestados às mulheres, uma vez que na sociedade ocidental os adultos são influenciados pelos valores culturais, que valorizam a juventude e a vitalidade e, com frequência, deprecia as pessoas de maior idade (STUART; LARAIA, 2001). As evidências científicas indicam que as diferentes culturas devem ser tidas em conta na prática especializada.

ROPER *et al*, (2001) apontam que a individualidade de cada pessoa é determinada pela fase da vida em que se encontra e é moldada pelos diversos fatores, entre eles os socioculturais.

Complementando os aspetos inerentes às diferenças culturais, o estudo 1 (GRARAIBEH *et al*, 2010), refere que os dados encontrados podem ser explicados pelo fato do sexo e da sexualidade serem considerados uma questão privada e tabu. As mulheres não discutem abertamente o tema da sexualidade com outras pessoas, não só porque têm vergonha, mas

também porque não têm conhecimento suficiente da sexualidade e dos seus direitos sexuais. Elas têm vergonha de falar sobre sexo nesta fase das suas vidas, referindo mesmo que as atividades sexuais são para os jovens.

Este aspeto está em concordância com o identificado na prática especializada, uma vez que os próprios enfermeiros apontam para a existência de comentários das mulheres nas CE, sobre a vergonha de falar da sua sexualidade, desvalorizando o tema, não deixando espaço para abordagem do enfermeiro sobre a temática. Apesar da evidência científica e do constatado na prática especializada, ROPER *et al* (2001) faz uma abordagem diferente, referindo que o tema “sexo” já não é tabu. No entanto, em determinadas culturas identifica-se que as mulheres ainda apresentam alguns tabus referentes à sua sexualidade.

Emerge, então, a necessidade de intervenção dos EEESMOG junto das mulheres nesta etapa da vida, através de uma relação terapêutica que quebra barreiras e dá resposta às necessidades identificadas. Neste sentido, GRARAI BEH *et al* (2010) referenciam que o estudo que realizaram tem implicações para a investigação, para a prática e para a educação, mencionando que os profissionais que prestam cuidados de saúde precisam de desempenhar um **papel mais visível e interventivo na avaliação contínua das necessidades das mulheres em menopausa**.

Torna-se crucial para o enfermeiro identificar a perceção que a mulher tem em relação à menopausa e que implicações tem para a sua sexualidade. O estudo 2 (YANGIN *et al*, 2010) determinou a existência de uma relação significativa entre a perceção da menopausa e a frequência da relação sexual durante a pós-menopausa. Os autores afirmam que as mulheres que têm uma vida sexual ativa e satisfatória, sentem-se mais confiantes e veem a menopausa de forma positiva, enquanto as mulheres, cuja atividade sexual diminui, sentem a sua sexualidade ameaçada, comprometendo o seu relacionamento no casamento o que as leva a perceber a menopausa de forma negativa.

Observa-se na prática que a mulher na menopausa/climatério apresenta mudanças na vivência da sua sexualidade. Este aspeto é identificado nas mulheres aquando das CE, pois mencionam modificações significativas nesse âmbito, que têm repercussões na sua relação com o parceiro e consigo próprias.

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a **família for alvo do processo de cuidados**, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde. Os profissionais de saúde precisam desenvolver um mecanismo para fornecer o conhecimento necessário sobre menopausa, sintomas e estratégias de gestão para as mulheres/casais.

Na prática especializada, os próprios enfermeiros atribuem especial importância à **informação oferecida ao marido/companheiro** para que este obtenha conhecimentos sobre as mudanças que ocorrem na mulher durante a menopausa, facilitando o relacionamento entre ambos. Mencionam mesmo, que a nível da sexualidade é importante haver dualidade, o casal tem que estar bem, para se compreender. ROPER *et al*, (2001) mencionam a importância da família partilhar a responsabilidade dos cuidados apoiando a pessoa.

O estudo 3 (KISA *et al*, 2012) apresenta a crucial importância dos resultados obtidos para os profissionais de saúde, pois descrevem as atitudes que as mulheres têm para com as alterações decorrentes da menopausa. Referem que **os profissionais não estão familiarizados com as atitudes e as preocupações das mulheres nesta etapa da vida**.

O EEESMOG é o profissional de saúde detentor de competências profissionais para intervir junto da mulher na fase do climatério, de forma a orientá-la convenientemente sobre os aspetos inerentes a esta etapa da vida, visando a adoção de estilos de vida saudável. Nesse sentido, enfatiza-se a importância do enfermeiro, assumir o papel de educador e orientador. É necessário que o profissional de enfermagem informe as mulheres sobre as mudanças decorrentes da menopausa/climatério para que possam enfrentar esta fase com mais tranquilidade.

GRARAIBEH *et al*, (2010) referem-se à importância de se **implementar programas adequados de educação para a saúde** essenciais para melhorar a qualidade de vida das mulheres durante a menopausa. Apontam, ainda, para a escassa informação dada às mulheres sobre a vivência da menopausa e a importância dos **profissionais de saúde estarem disponíveis para fornecer essa mesma informação**.

Os profissionais empenhados nesta temática, devem **implementar programas educativos apropriados**, contribuindo assim, para aumentar a perceção das mulheres sobre a sua saúde e sobre as mudanças que podem ocorrer durante esta época da vida, o que irá contribuir para as ajudar a ultrapassarem esta fase com menor número de queixas e problemas de saúde, e mais recompensas no final do seu período reprodutivo. Deste modo, as mulheres terão capacidade de cuidar de si mesmas e gerir eficazmente as alterações decorrentes da menopausa. Segundo ROPER *et al*, (2001), num dos pressupostos do seu modelo teórico, apontam para o fato de o indivíduo até à idade adulta tender gradualmente a tornar-se cada vez mais independente nas atividades da vida.

Por sua vez, a falta de conhecimento permite que as mulheres sobrevalorizem a sintomatologia ocorrida na menopausa. Os resultados do estudo de GRARAIBEH *et al* (2010) referem que os profissionais de saúde devem **compreender a menopausa nas diferentes culturas, sugerindo mudanças positivas nesta etapa da vida das mulheres**. Este aspeto vai ao

encontro do que ROPER *et al* (2001) referem sobre o conhecimento, as atitudes e os comportamentos do indivíduo, uma vez relacionados com as atividades de vida, são influenciados por vários fatores.

No estudo de YANGIN *et al* (2010), os seus autores apontam para a importância do **desenvolvimento de modelos comportamentais e educacionais que ajudem as mulheres a perceber a menopausa de forma positiva**. Neste sentido, ROPER *et al* (2001) referem que é importante que os enfermeiros considerem o nível de conhecimentos da pessoa e a sua atitude, para que esta se envolva nos cuidados.

O estudo de KISA *et al* (2012) vem ao encontro do que na prática especializada é identificado, uma vez que alguns enfermeiros apontam para a dificuldade em abordar o tema da sexualidade, por não realizarem **formação específica** e não se sentirem à vontade nessa área. À medida que **os enfermeiros se educam sobre a sexualidade**, adquirem capacidade para compreender as necessidades e os problemas sexuais. Se os enfermeiros se sentem confortáveis com o tema da sexualidade, isto será transmitido à mulher que, por sua vez, ficará mais disponível para discutir essas questões. (STUART; LARAIA, 2001)

BOBAK *et al* (2008) referem que o profissional de enfermagem, pela sua proximidade com as pessoas, tem um papel preponderante na **educação da mulher, fornecendo informações e desmistificando conceitos errados**, para que estas vivam a sua sexualidade de forma satisfatória. Os mesmos autores afirmam que os enfermeiros devem desempenhar um **papel preventivo avaliando as atitudes das mulheres**, uma vez que estas afetam o seu comportamento em relação à menopausa e à procura dos serviços de saúde.

Da prática, constata-se que existe o cuidado por parte das mulheres e dos profissionais de saúde em manter uma vigilância adequada no período da gravidez e do puerpério, mas, após esta fase da vida, nota-se a existência de um hiato de tempo em que as mulheres não recorrem aos serviços de saúde. Consequentemente, este aspeto deve constituir uma preocupação junto dos enfermeiros, de forma a **facilitar a acessibilidade aos serviços de saúde**.

O estudo de KISA *et al* (2012) regista ainda que o período da menopausa requer especial atenção por parte dos profissionais de saúde, de modo a melhorar a qualidade de vida das mulheres. Este aspeto deve ser trabalhado pelos enfermeiros antes e durante a menopausa.

Deve salientar-se que, no processo de intervenção de enfermagem, está subjacente uma enfermagem individualizada, que só é possível tendo por base o processo de interação entre o enfermeiro e a mulher/casal, em que a participação destes últimos durante todo o processo de intervenção é um princípio estrutural.

5 – CONCLUSÃO

A relevância científica deste relatório baseia-se sobretudo em olhar para as mulheres em fase de menopausa/climatério no âmbito da saúde sexual, considerando essenciais os fatores que lhe são inerentes, tais como os fisiológicos, os psicológicos, os sociais e os culturais, numa abordagem individualizada. Portanto, esta problemática de transformações nas mais diversas esferas do contexto feminino constitui, sem dúvida, um desafio para a enfermagem.

Importa salientar que, na zona do globo onde os estudos que constituíram a análise deste relatório (populações de países islâmicos) tiveram lugar, o papel da mulher tem uma valorização diferente da dos países da Europa ocidental, o que poderá ter condicionado de algum modo os resultados obtidos.

Recomenda-se, por um lado, um maior investimento formativo por parte dos profissionais de enfermagem, sendo considerada uma necessidade pelo grupo entrevistado, para que sejam adquiridas competências que permitam desenvolver a temática da sexualidade sem constrangimentos. Por outro, ao nível da investigação, os autores dos estudos selecionados propõem a aplicação de programas educacionais que ajudem as mulheres a compreenderem as alterações decorrentes da menopausa de forma positiva, atendendo aos fatores que influenciam esta etapa de vida, nomeadamente os aspetos culturais, proporcionando assim, melhoria contínua da qualidade de vida sexual nas mulheres em menopausa/climatério e, conseqüentemente, ganhos em saúde.

Perante os achados na evidência científica, importa concluir que o objetivo de caracterizar a intervenção do enfermeiro no âmbito da sexualidade com a mulher em fase de climatério foi atingido, uma vez que foi possível identificar as intervenções de enfermagem a incluir no atendimento à mulher em fase de menopausa/climatério, de forma a prevenir, avaliar e resolver os problemas/dificuldades relacionados com esta atividade de vida, dando-se resposta à questão formulada sob a metodologia PI[C]O.

As mulheres na menopausa podem experimentar a sexualidade de uma forma diferente. O acesso a toda a informação vai contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Se a autoestima estiver fortalecida, a sua sexualidade passa a ser vivida de forma prazerosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence (2008). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA.

BARBOUR, R. (2007). **Doing Focus Groups**. London: Sage.

BASTOS, Maria Helena. **Sorria, você está na menopausa: um manual de terapia natural para a mulher**. São Paulo: Ground, 2003.

BOBAK, Irene. M. (et al.) - Promoção e Vigilância da Saúde in: **Enfermagem na Maternidade**. Lisboa: Lusociência, 2008. p. 879-897.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. - A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Revista Saúde e sociedade**. [Em linha]. Vol.17 N^o2 (2008). [Consult. 2013-12-10]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

DIAS, M.R.; DUQUE, A.R.; SILVA, M.G.; DURÁ, E. – Promoção da saúde: o renascimento de uma ideologia?. **Análise Psicológica**. N.º 3, XXII (2004), p.463-473.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM. Centro de Documentação e Informação – Relatório de estágio IV, Dias, O,M,G,L. 2007. Acessível no Centro de Documentação e Informação da Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.

GHARAIBEH M; AI-OBEISAT S; HATTAB J, (2010) - **Severity of menopausal symptoms of Jordanian women**. [Em linha]. Climacteric: The Journal Of The International Menopause Society [Climacteric], ISSN: 1473-0804, Aug; Vol. 13 (4), pp. 385-94; PMID: 19731118. [Consult. 2013-11-29]. Base de dados: MEDLINE with Full Text

ICN (2011). **CIPE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

KISA S; ZEYNELOĞLU S; OZDEMIR N, (2012) - **Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey**. [Em linha]. Nursing & Health Sciences [Nurs Health Sci], ISSN: 1442-2018, Jun; Vol. 14 (2), pp. 148-55; PMID: 22321204. [Consult. 2013-11-29]. Base de dados: MEDLINE with Full Text

LÓPEZ, Félix; FUERTES, António. **Para Compreender a Sexualidade**. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa,1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

MORGAN, D. L. (1997). **Focus groups as qualitative research** - in Qualitative Research Methods Series, 16. London: Sage Publications.

NORTHRUP, C. (2009). **Corpo de Mulher – Sabedoria de Mulher**. Lisboa: Editora Sinais de Fogo.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer Nº 03/2010**. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2010b) 6 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 3 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra. [Em linha]. (2002). [Consult. 2013-10-01]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva**. Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e atualizada. ISBN 978-972-675-182-3

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Missão para os Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa MCSP, 2007.

QUINN, Edna – Promoção e Vigilância da Saúde. In: **Enfermagem na Maternidade**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1. p. 879-897.

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison J. – **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa, Climepsi Editores, 2001, p. 27-83

STUART, W. Gail; LARAIA, T. Michele. **Enfermagem Psiquiátrica (Princípios e Prática)**. 6ª Ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2001

TRENCH, B.; SANTOS, C. G. Menopausa ou menopausas? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 91-100, 2005.

VALENÇA, C.; FILHO, J.; GERMANO, R – Mulher no Climatério: Reflexos sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Revista Saúde e sociedade**. [Em linha]. Vol.19 Nº2 (2010). [Consult. 2013-12-10]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200005

YANGIN HB; KUKULU K; SÖZER GA, (2010) - **The Perception of Menopause Among Turkish Women**. [Em linha]. Journal Of Women & Aging [J Women Aging], ISSN: 1540-7322, 2010; Vol. 22 (4), pp. 290-305; PMID: 20967683. [Consult. 2013-11-29]. Base de dados: MEDLINE with Full Text

ANEXOS

ANEXO I – Metodologia do trabalho de investigação

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Técnica de investigação *Grupos Focais (Focus Group)*

Segundo MORGAN, D. (1997), o *focus group* é um método que visa o controlo da discussão de um grupo de pessoas, inspirada em entrevistas não diretivas. Privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes no grupo, que não seriam possíveis de captar por outros métodos. Este método assume a forma de uma discussão estruturada, objetiva, conduzida ou moderada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes. É introduzido um tópico a um grupo de respondentes e direciona-se a sua discussão sobre o tema, de uma maneira não-estruturada e natural.

Segundo o autor atrás referido, a pessoa que dirige a sessão, o moderador ou facilitador, vai conduzir a sessão sem ser demasiado interventivo. Os moderadores têm de possuir boas capacidades de comunicação, sensibilidade relativamente às questões em discussão e uma capacidade de explorar um tópico, no sentido de conseguir uma discussão mais aprofundada.

O **planeamento desta metodologia** foi devidamente estruturado, atendendo a todos os seus procedimentos. Neste sentido, para a sua realização foi elaborado um guião, de forma a conduzir a entrevista sem interferir nas respostas dadas pelos enfermeiros.

BARBOUR (2007) refere ainda que, para orientar uma sessão do *focus group*, é importante definir e limitar com cuidado os tópicos abordados, dado que todos os participantes têm de ter oportunidade para participar na discussão. Geralmente, é suficiente uma lista de quatro ou cinco perguntas formuladas em linguagem comum. As perguntas têm de ser cuidadosamente definidas e organizadas, seguindo uma certa sequência, começando pelas mais genéricas. O número de perguntas utilizadas nesta entrevista foi de quatro, tendo por base o que é preconizado pelo referido autor.

O objetivo do moderador é permitir que se gere dentro do grupo uma discussão que seja o mais relevante possível, assegurando-se, ao mesmo tempo, que os tópicos e as questões de interesse para a avaliação são abrangidos dentro do tempo fixado. Tal envolve decidir quando se deve mudar a discussão para outro tópico, mantendo-a relevante e centrada, e

escolher quando se deve permitir que saia um pouco do limite estabelecido para a temática em análise.

O *focus group* é uma forma de entrevista em grupo, em que existem vários participantes; dá-se ênfase a questões sobre um determinado tópico bem definido. O número ideal de participantes é de cerca de seis a doze por grupo, para que cada pessoa tenha oportunidade de intervir, impedindo assim a formação de subgrupos. BARBOUR (2007) propõe um máximo de oito participantes para a maioria das temáticas. No **momento das entrevistas** participaram sete enfermeiros que exercem funções numa USF, em que todos realizavam CE no âmbito da vigilância da Saúde da Mulher em menopausa/climatério. A duração da entrevista foi de vinte e nove minutos e doze segundos e realizou-se no dia 05 de novembro de 2013.

A **organização do espaço e do material** a utilizar são elementos fundamentais para o sucesso da metodologia *focus group*. Atendendo a este princípio, a entrevista ocorreu num gabinete de enfermagem acolhedor, com cerca de 20m², onde todos os enfermeiros estavam sentados confortavelmente.

Tendo em conta que é quase impossível documentar rapidamente toda a informação por escrito, tornou-se imperativo que a entrevista fosse registada eletronicamente através de gravação. Segundo BARBOUR (2007), a transcrição de uma entrevista nem sempre pode ser viável, pois muitas vezes é difícil e demorada, devido ao número de pessoas que estão envolvidas e que falam em simultâneo. No entanto, é crucial interpretar e comparar a informação dada pelos participantes e procurar opiniões partilhadas e divergentes no grupo.

Após a recolha da informação gravada através da técnica *Grupos Focais*, procedeu-se à sua transcrição. A autora sentiu dificuldade em transcrever algumas sobreposições de palavras, todavia, após várias tentativas, as mesmas foram identificadas e transcritas. Os resultados foram examinados utilizando a análise de conteúdo sobre o tema, que segundo BARDIN (2008) se descreve em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e a interpretação. Na pré-análise, contactou com o material produzido na fase de transcrição, por meio de leitura exaustiva, para colheita de toda a informação nela inserida; na etapa da exploração do material, categorizou os dados e as unidades de registo que foram agrupadas a partir das suas ligações temáticas; e na etapa de tratamento dos resultados, procurou compreender e interpretar os dados, de forma a serem significativos e válidos, integrando-os no referencial teórico do tema.

A informação recolhida foi, então, codificada para se poder organizar os resultados em relação aos objetivos de avaliação. Deste modo, realizou um quadro resumo das categorias e

unidades de registo das respostas dos enfermeiros, que realizam consultas de enfermagem de vigilância de saúde da mulher em menopausa/climatério, no âmbito vivência da sexualidade.

Foram respeitados os princípios éticos e deontológicos implicados, sendo requerida autorização para a realização das entrevistas à coordenadora da USF, bem como o consentimento informado para a gravação das entrevistas e utilização do seu conteúdo neste relatório, garantindo a confidencialidade de todos os participantes.

No final deste anexo, apresentam-se todos documentos envolvidos neste processo.

GUIÃO – Focus Group

1 - Nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde da mulher, **o que abordam** com as mulheres no climatério sob o ponto de vista da sua sexualidade?

Como o fazem?

2 – Quais os **aspectos facilitadores** na abordagem desta questão?

E quais os **dificultadores?**

3 – Existem mais alguns aspetos que queiram referir?

Olinda Lopes Dias

Outubro / 2013

Pedido de autorização à coordenadora da USF para a realização da entrevista

Exma. Sra. Coordenadora da USF

Olinda Maria Graça Lopes Dias, enfermeira especialista a exercer funções numa USF, encontra-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Saúde de Santarém.

No âmbito deste curso e para a realização de um relatório, na Unidade Curricular – Relatório de Estágio, elegeu como problemática “A vivência da sexualidade da mulher durante o climatério”.

Deste modo, solicita a Vossa Excelência que lhe seja concedida autorização para a realização de uma entrevista / Focus Group à equipa de enfermagem desta USF, no sentido de fundamentar a necessidade de intervenção nesta área.

Grata pela atenção dispensada,

Pede deferimento

Olinda Lopes Dias

Entroncamento, 22 de outubro de 2013

Pedido de autorização aos enfermeiros para a realização das entrevistas

Exmo Sr. Enfermeiro

Olinda Maria Graça Lopes Dias, enfermeira especialista a exercer funções numa USF, encontra-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Saúde de Santarém.

No âmbito deste curso e para a realização de um relatório, na Unidade Curricular – Relatório de Estágio, elegeu como problemática “A vivência da sexualidade da mulher durante o climatério”.

Deste modo, solicita que lhe seja concedida autorização para a realização de uma entrevista gravada e a utilização das informações obtidas, para fundamentar a necessidade de investigação neste âmbito.

Esta entrevista tem como finalidade identificar áreas de intervenção de enfermagem, aquando das consultas de vigilância de saúde, às mulheres durante a menopausa no âmbito da sexualidade, procurando assim, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nesta área.

É garantida a confidencialidade dos participantes neste estudo.

Agradece-se toda a colaboração prestada.

Autoriza as informações fornecidas nesta entrevista para a realização do relatório:

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Questão 1

Entrevistador - Nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde da mulher, o que abordam com as mulheres no climatério sob o ponto de vista da sua sexualidade? Como o fazem?

Enfermeiro 1 (E1) – Primeiro (...) se tem vida ativa sexualmente, se têm queixas vaginais, e muitas referem que as têm.

Enfermeiro 2 (E2) – Algumas queixam-se que os maridos querem ter relações todos os dias e elas já não conseguem

Enfermeiro 3 (E3) – Referem falta da libido e secura vaginal (alguns risos no grupo)

Entrevistador – Mas o que é que abordam?

Enfermeiro 4 (E4) – Algumas mulheres têm alguma vergonha em abordar o tema.

Enfermeiro 5 (E5) – Há muita dificuldade em abordar este aspeto, ou por tabu ou por uma questão cultural, depende do conhecimento que a pessoa tem, mas noto muita inibição ao tocar esse aspeto.

Enfermeiro 1 (E1) – Nós os profissionais é que temos que ir ao encontro dessa necessidade.

Enfermeiro 6 (E6) – Perguntamos se têm algum aspeto a acrescentar relativamente à sua sexualidade.

Enfermeiro 1 (E1) – Perguntamos se têm algum desconforto, se têm secura vaginal (...)

Enfermeiro 3 (E3) – Procuramos saber que conhecimentos têm neste âmbito, se está tudo bem ou se existe algo que queiram referir.

Enfermeiro 7 (E7) – Eu tenho muita dificuldade em abordar esse aspeto.

Enfermeiro 4 (E4) – Depende muito da abertura da mulher, algumas até nos falam abertamente da secura vaginal ou de outra situação que as incomode, mas outras é muito difícil e dizem logo que está tudo bem, não deixam espaço para abordarmos o tema, assim torna-se também mais difícil para nós.

Enfermeiro 2 (E2) – Nas consultas que fazes nesta idade, quantas vezes fazem essa pergunta? Eu muito poucas, só quando a mulher começa a conversa.

Enfermeiro 3 (E3) – Olha, eu abordo quase sempre, eu pergunto, para introduzir o tema, se tem secreta vaginal ou se tem algum desconforto (...).

Enfermeiro 1 (E3) – Como eu também estou nesta fase, sinto-me um pouco mais à vontade em falar deste tema porque tenho os mesmos sintomas. Talvez por isso não tenha dificuldade em abordar, nós sabemos dar o valor, temos a teoria e depois ligamos a teoria à prática, é muito importante ligar a teoria à prática.

Enfermeiro 7 (E7) – Eu não quero comentar.

Enfermeiro 5 (E5) – Eu, na minha prática, também questiono esse tema várias vezes e a maior parte das senhoras refere que mantém vida sexual ativa, referem é que têm secreta vaginal e que isso é um grande desconforto nas relações.

Enfermeiro 7 (E7) – Referem muitas vezes a falta de vontade.

Questão 2

Entrevistador - Quais os aspetos facilitadores na abordagem desta questão? E quais os aspetos dificultadores?

Enfermeiro 2 (E2) – Se calhar tem a ver com o facto de não estar a passar por essa fase, não me sinto à vontade para abordar o tema e isso dificulta as coisas.

Enfermeiro 6 (E6) – Se elas falam nisso, eu faço educação, se não falarem tenho mais dificuldade. Se conhecer a senhora, e souber a postura dela, se calhar, sim, eu falo.

Enfermeiro 3 (E3) – Mas se temos dificuldade em chegar até elas, temos que utilizar estratégias que nos ajudem a abordar o tema, é como nos jovens, não vamos diretamente ao assunto, não se pergunta logo, vai-se por outros caminhos para chegar lá.

Enfermeiro 4 (E4) – Exatamente.

Enfermeiro 2 (E2) – Nos jovens, consigo descer à idade deles e nas pessoas mais velhas não consigo subir à idade delas.

Enfermeiro 3 (E3) – Por vezes, temos que falar sobre outros assuntos para chegar ao tema da sexualidade.

Enfermeiro 1 (E1) – Eu, às vezes, até começo por dizer que um dos temas que normalmente abordamos nesta consulta tem a ver com a sexualidade e olhamos para o computador, o SAPE tem alguns fenómenos.

Entrevistador – Já que tocam no tema, consideram que o SAPE é um instrumento de registo facilitador nesta abordagem ou nem por isso?

Enfermeiro 2 (E2) – De modo algum.

Enfermeiro 3 (E3) – No fenómeno da menopausa, o que aparece é o peso, altura, tensão arterial e pouco mais.

Enfermeiro 5 (E5) – Podemos não colocar bem o foco.

Enfermeiro 1 (E1) – Eu ponho menopausa, mas também temos o envelhecimento feminino (...).

Enfermeiro 6 (E6) – Também aparece lá a intervenção “ensinar na menopausa”, mas é pouca coisa.

Entrevistador – Então, quais são os aspetos facilitadores na abordagem desta temática?

Enfermeiro 4 (E4) – Os facilitadores, é a abertura da própria pessoa que temos à nossa frente na forma como ela encara a sua sexualidade.

Enfermeiro 3 (E3) – Eu não noto dificuldade em abordar o assunto.

Enfermeiro 5 (E5) – Eu abordo em todas as idades, o que noto é que algumas pessoas ficam inibidas.

Enfermeiro 3 (E5) – Como já conheço os meus utentes há mais tempo, noto alguma facilidade em abordar a sexualidade.

Entrevistador – Resumindo, então quais são os aspetos **dificultadores**?

Enfermeiro 4 (E4) – Se existisse no SAPE mais intervenções na menopausa, o SAPE ajudaria a falar do tema.

Enfermeiro 2 (E2) – E por outro lado, também não temos tido formação nessa área, o que dificulta um pouco mais as coisas.

Questão 3

Entrevistador – Existem mais alguns aspetos ou comentários que queiram referir?

(Pausa de silêncio)

Entrevistador – Querem acrescentar ainda alguns aspetos que para vós sejam importantes?

Enfermeiro 2 (E2) – Não, não tenho mais nada a acrescentar.

Enfermeiro 4 (E4) – Algumas mulheres dizem que a menopausa tudo tira, já se sentem velhas para isso.

Enfermeiro 5 (E5) – Sim, dizem que a vontade já não existe.

Enfermeiro 1 (E1) – Na parte da sexualidade, é importante haver dualidade, o casal tem que estar bem, têm que se compreender.

Enfermeiro 5 (E5) – Tem que existir por parte do marido compreensão sobre as alterações que ocorrem na vida da mulher nesta altura, por isso também é importante que o marido assista às consultas.

Enfermeiro 4 (E4) – Pois, se o marido souber sobre as alterações hormonais, facilita a relação.

Enfermeiro 1 (E1) – E também as alterações psicológicas.

Resumo das categorias e unidades de registo resultantes das entrevistas

Tabela – Resumo das categorias e unidades de registo das respostas dos enfermeiros que realizam consultas de enfermagem de vigilância de saúde da mulher em menopausa/climatério no âmbito vivência da sua sexualidade.

Categorias	Unidades de Registo
<p>Abordagem da Sexualidade na menopausa/climatério</p>	<p>(E4) – “Algumas mulheres dizem que a menopausa tudo tira, já se sentem velhas para isso”</p> <p>(E5) – “(...) dizem que a vontade já não existe”</p> <p>(E3) – “Referem falta da libido e secreta vaginal”</p> <p>(E1) – “E também as alterações psicológicas”</p> <p>(E2) – “Algumas queixam-se que os maridos querem ter relações todos os dias e elas já não conseguem”</p> <p>(E1) – “(...) se têm queixas vaginais, e muitas referem que as têm”</p> <p>(E7) – “Referem muitas vezes a falta de vontade”</p> <p>(E1) – “(...) se tem vida ativa sexualmente”</p> <p>(E4) – “(...) na forma como ela encara a sua sexualidade”</p> <p>(E1) – “Na parte da sexualidade é importante haver dualidade, o casal tem que estar bem”</p> <p>(E5) – “Tem que existir por parte do marido compreensão sobre as alterações que ocorrem na vida da mulher nesta altura”</p> <p>(E3) – “(...) temos a teoria e depois ligamos a teoria à prática, é muito importante ligar a teoria à prática”</p> <p>(E3) – “Procuramos saber que conhecimentos têm neste âmbito (...)”</p> <p>(E6) – “Perguntamos se têm algum aspeto a acrescentar relativamente à sua sexualidade”</p> <p>(E3) – “Por vezes temos que falar sobre outros assuntos para chegar ao tema da sexualidade”</p> <p>(E3) – “eu abordo quase sempre, eu pergunto para introduzir o</p>

	<p><i>tema se tem secreta vaginal ou se tem algum desconforto (...)”</i></p> <p>(E3) – <i>“(...) temos que utilizar estratégias que nos ajudem a abordar o tema (...)”</i></p> <p>(E1) – <i>“nós, os profissionais, é que temos que ir ao encontro dessa necessidade”</i></p>
<p>Fatores influenciadores</p>	<p>(E4) – <i>“Algumas mulheres têm alguma vergonha em abordar o tema”</i></p> <p>(E5) – <i>“Há muita dificuldade em abordar este aspeto, ou por tabu ou por uma questão cultural, depende do conhecimento que a pessoa tem (...)”</i></p> <p>(E4) – <i>“(...) é muito difícil e dizem logo que está tudo bem, não deixam espaço para abordarmos o tema (...)”</i></p> <p>(E5) – <i>“(...) noto é que algumas pessoas ficam inibidas”</i></p> <p>(E7) – <i>“Eu tenho muita dificuldade em abordar esse aspeto”</i></p> <p>(E6) – <i>“Se elas falam nisso, eu faço educação, se não falarem tenho mais dificuldade (...)”</i></p> <p>(E2) – <i>“(...) não me sinto à vontade para abordar o tema e isso dificulta as coisas”</i></p> <p>(E2) – <i>“(...) não temos tido formação nessa área, o que dificulta um pouco mais as coisas”</i></p> <p>(E4) – <i>“se o marido souber sobre as alterações hormonais facilita a relação”</i></p> <p>(E1) – <i>“(...) começo por dizer que um dos temas que normalmente abordamos nesta consulta tem a ver com sexualidade”</i></p> <p>(E4) – <i>“facilitador é a abertura da pessoa que temos à nossa frente, na forma com ela encara a sua sexualidade”</i></p> <p>(E5) – <i>“(...) noto alguma facilidade em abordar a sexualidade”</i></p>

ANEXO II – Protocolo de pesquisa

**Quadros referentes ao número de artigos pesquisados nas
plataformas de pesquisa, para cada descritor**

Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, para cada descritor

Palavra-chave	Nº de artigos
1 – Nurs*	30438
2 – Menopause	1362
3 – Climacteric	214
4 – Sexuality	1239

**Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, resultantes da conjugação
entre descritores**

Conjugação entre descritores	Nº de artigos
1+2 (Nurs* + Menopause)	99
1+3 (Nurs* + Climacteric)	17
1+4 (Nurs* + Sexuality)	213
2+3 (Menopause + Climacteric)	170
2+4 (Menopause + Sexuality)	40
3+4 (Climacteric + Sexuality)	13
1+2+3 (Nurs*+ Menopause + Climacteric)	17
1+2+4 (Nurs*+ Menopause + Sexuality)	6
1+3+4 (Nurs*+ Climacteric + Sexuality)	2
2+3+4 (Menopause + Climacteric + Sexuality)	10
1+2+3+4 (Nurs*+ Menopause + Climacteric + Sexuality)	2

ANEXO III – Artigos Originais

Severity of menopausal symptoms of Jordanian women

M. Gharābeh, S. Al-Obeisat* and J. Hattab†

Dean of Nursing, Director of the WHO Collaborating Center-JUST, Faculty of Nursing, Jordan University of Science and Technology, Irbid; *Maternal Health, Faculty of Nursing, Jordan University of Science and Technology, Irbid; †Rahma Hospital, Ministry of Health, Irbid, Jordan

Key words: JORDANIAN WOMEN, MENOPAUSE, SEVERITY OF SYMPTOMS

ABSTRACT

Introduction Menopause is a transitional period that every woman goes through if she lives beyond the age of 52 years. The health care of women during this stage requires special attention to the identification of their health needs in order to provide competent care. The aim of the study was to assess severity of symptoms related to the menopausal period and to describe the differences in severity of menopausal symptoms according to menopausal status.

Methods and design A descriptive cross-sectional design was used. Data were collected from 350 Jordanian women using a self-administered questionnaire consisting of a sociodemographic, medical and obstetrical history form and the Greene Climacteric Scale.

Results Results on the severity of menopausal symptoms showed that 15.7%, 66.9% and 17.4% were experiencing severe, moderate and mild menopausal symptoms, respectively. Vasomotor signs were reported to have the highest scores for severity as manifested by hot flushes and night sweating. In addition, women in the perimenopausal period complained more frequently of menopausal symptoms compared to premenopausal and postmenopausal women, except for vasomotor and sexuality symptoms for which postmenopausal women reported higher scores. There was a significant relationship between the severity and occurrence of menopausal symptoms and age, family income, level of education, number of children, perceived health status and menopausal status.

Implications The study has implications for research, practice and education. Health-care providers need to play a more visible and instrumental role in continuously assessing menopausal women's needs as well as to implement appropriate health educational programs. Further research addressing women's health needs is also essential for improving the quality of life of menopausal women in Jordan.

INTRODUCTION AND BACKGROUND

Menopause is a stage that all women go through in middle adulthood; it marks the period of life that is characterized by physiological, social and psychological changes and impairment of sexual activity^{1,2}. The World Health Organization in 2004 defined natural menopause as 'the permanent cessation of menstruation resulting from the loss of ovarian follicular

activity which occurred after 12 consecutive months of amenorrhea' (cited in reference 3). Climacteric was defined as 'the phase in the aging of women which marks the transition from the reproductive state to non-reproductive state'³. It includes premenopause, which refer to 'the 1-2 years immediately before the menopause or the whole reproductive period prior to

Correspondence: Dr M. Gharābeh, Associate Professor and Dean of Nursing, Director of the WHO Collaborating Center-JUST, Faculty of Nursing, Jordan University of Science and Technology, Irbid, Jordan

ORIGINAL ARTICLE
© 2010 International Menopause Society
DOI: 10.3109/13697130903050009

Received 04-03-2009
Revised 18-05-2009
Accepted 18-05-2009

the menopause³; and postmenopause, 'dating from the last menstrual period, regardless of whether the menopause was induced or spontaneous³. On the other hand, perimenopause refers to 'irregular or infrequent menses over the past 12 months'^{3,4}.

World-wide, the average age of menopause is 51 years, with a range of 45–55 years⁵. Women in the developing countries reach menopause earlier than those in the developed countries⁶. The median age in the developed countries range from 49.3 to 51.4 years^{6,7}, whereas the average age of menopause in the developing countries is reported to be 43.5–49.4 years^{6,8}. For example, the median age of menopause in Jordan is 50–51 years^{9,10}, in Turkey 47 years⁵, and in Egypt 48 years¹¹.

SEVERITY OF MENOPAUSAL SYMPTOMS

Menopausal symptoms may occur early before the cessation of menstruation, during the period of irregular menstruation, or became more apparent several years after the cessation of menstruation. Yet some women remain free of such symptoms altogether¹². Physical symptoms include joint pain, loss of bone density, urinary tract infections, menstrual irregularities, vaginal dryness, prolapsed uterus, change in skin texture, weight gain, dyspareunia, as well as cardiovascular diseases and diabetes¹³. In addition, vasomotor changes may lead to hot flushes, night sweats, chills, increased perspiration and headache^{2,13}. Psychological symptoms are manifested by depression, irritability, insomnia, mood changes, nervous tension and difficulty concentrating^{13,14}. Another frequently reported complaint by menopausal women is decreased interest and libido which negatively affect their self-identity and the relationships with their spouses¹⁵.

These menopausal symptoms vary in intensity, frequency and severity from one woman to another, making it difficult to generalize results to all women in this age group. Also, symptoms of menopause vary in severity and occurrence from one culture to another^{14,16}. Several studies have reported the presence of cultural differences in menopausal symptoms. In India, few women have any problems with menopause other than cycle changes; they report no depression, dizziness nor incapacitation^{14,16,17}. A small proportion of Japanese women experience depressive symptoms or irritability, and Mayan women do not report hot flushes at all¹⁴. Menopausal symptoms have been found to be less common in societies where menopause is viewed as a positive rather than a negative event¹⁷. The most frequently reported somatic symptoms among Jordanian menopausal women are joint aches, bone pains, hot flushes and urinary incontinence. Additional symptoms include irritability and mood changes, weight gain and headaches¹⁰.

FACTORS AFFECTING THE SEVERITY OF MENOPAUSAL SYMPTOMS

Sociodemographic, lifestyle, health and psychosocial factors affect the occurrence and severity of menopausal symptoms in various communities. Low socioeconomic status, lower educational level, increased parity, lack of physical activity and poor health status have been related to more frequent and severe menopausal symptoms^{4,16,18,19}. In addition, smoking, bad negative mood and negative attitude toward menopause have been related to more severe menopausal symptoms^{1,16,20,21}. As the period of smoking and the number of cigarettes pack per year increase, the frequency and severity of hot flushes increase²². Lifestyle changes including physical activity and use of other alternatives to hormone replacement therapy such as herbs, massage, aromatherapy and acupuncture play an important role in reducing the severity of menopausal symptoms and enhancing the psychological well-being of menopausal women⁴. Villaverde-Gutierrez and colleagues²³ have reported that physically active menopausal women have better postural stability, reduced risk of falls and fractures, better social well-being and more social relationships, which in turn reduce the feeling of loneliness and lead to a better quality of life.

Menopausal status (premenopausal, perimenopausal, postmenopausal) has an effect on women's health during menopause. Women with an irregular menstrual cycle during the last 12 months complain more from menopausal symptoms than women with a regular menstrual cycle during the last 12 months^{1,24}. Perimenopausal women have reported greater bodily pain and role limitation due to physical and emotional problems, poorer perceived health, and more physical and somatic symptoms than have premenopausal women²⁴. The severity of the symptoms of trouble in sleeping, vaginal dryness, night sweats and hot flushes was all increased at late perimenopause and continuing into postmenopause¹⁵. Diabetes and high blood pressure, changes in fat distribution, reduced glucose tolerance and high blood pressures are traditional risk factors for cardiovascular diseases, especially in postmenopausal women^{25,26}. Cardiovascular diseases account for nearly 75–76% of total postmenopausal deaths²⁵.

Jordan is considered to be a developing country with a population of 5.72 million, with a growth rate of 2.3% per year, and a fertility rate of 3.6 children per woman. While life expectancy is increasing for both men and women in Jordan, Jordanian women are living longer than their male counterparts, with a life expectancy of 71 years²⁷. About 37.1% of the population is under the age of 15 years; about 11.7% of the population is more than 50 years old and only 3.8% are above the age of 65 years²⁷. The average age for menopausal events is 51 years, as estimated by Naddaf and Semreen⁹, and Shakhathreh and Mas'ad¹⁰

in their studies. Females constitute 48% of Jordan's population; life expectancy at birth for the total population in the year 2006 was 71.5 years (70.6 years for males and 72.4 years for females)²⁷. The increase in life expectancy for females into their seventies allows more women to reach the age of 50 years and become menopausal.

The health needs of Jordanian women during pregnancy have greater attention and more governmental funds than women's health needs during the menopausal period. Women during menopause still suffer in silence from different types of morbidities. Al-Qutob¹³ reported that Jordanian menopausal women complained of an appreciable level of morbidity including 'urinary incontinence', 'urinary tract infections', 'reproductive tract infections' and 'genital prolapse'¹³. Jordanian menopausal women complained mostly of somatic symptoms including joint aches and bone pain, hot flushes, and irritability and mood changes¹⁰. In a recent qualitative study by Mahadeen and colleagues²⁸, Jordanian women considered menopause as a life transition, with no reproduction, leading to a stage of freedom, relief and rest. Jordanian women valued the menopausal stage and considered it as a stage of wisdom.

Information regarding Jordanian women's menopausal experience is scarce, making it an important topic to be addressed. The availability of information regarding women's health during the menopausal transition will help health-care providers including nurses and physicians in designing and implementing

appropriate educational programs to increase menopausal women's awareness about their health and the changes that may occur during this period of life, and to help them to pass through the menopausal period with fewer complaints and health problems, and more rewards at the end of their reproductive period. Therefore, women will be empowered to take care of themselves and increase their sense of control or efficacy in relation to the management of changes during the menopausal period. Lack of knowledge is likely to impede women's practices regarding suitable treatment and in over-attribution of symptoms to the menopause that may have other underlying causes²⁹. The findings of this study will also help health-care professionals from different cultures understand menopausal changes among Arab Jordanian women living in different cultures and suggest positive change in their lives.

Therefore, the purpose of this study was to assess the severity of symptoms of Jordanian women as well as to describe the differences in severity of menopausal symptoms according to menopausal status. The study also examines the relationship between severity of symptoms and selected sociodemographic variables such as age, level of education, family income, health status, smoking, parity and menopausal status.

METHODS

The population of the cross-sectional study was Jordanian ever-married women between the ages of 45 and 55 years who lived in Irbid City at the time of data collection. A convenience sample of 350 women was recruited from four Maternal and Child Health (MCH) Centers in Irbid City. The sample was calculated using Cohen's formula³⁰ and showed that 384 women were required to detect a significant correlation at 0.05. A total of 384 questionnaires were distributed to participants who met the inclusion criteria, and 350 questionnaires were completed, giving a response rate of 92%. Women who were single, illiterate, had hysterectomy, were current users of hormone replacement therapy or reported reproductive health problems were excluded from the study.

The study was carried out at four MCH Centers located in different areas of Irbid. These are governmental centers that provide similar free-of-charge services to all women from different socioeconomic levels and from different parts of Jordan.

A structured questionnaire was used for a face-to-face interview with each subject to obtain the data. The questionnaire consisted of two parts: the first on sociodemographic data, obstetric history and practices regarding interventions used for the management of menopausal symptoms and the second on the Greene Climacteric Scale to measure the severity of menopausal symptoms.

Characteristics of participants

The sociodemographic data form included 12 questions measuring the characteristics of participants including age, marital status, educational level, monthly family income, employment status, living conditions, health insurance, perceived health status and consanguinity of marriage.

The medical and obstetric information form included 15 questions regarding current medical problems such as diabetes, hypertension, osteoporosis, depression, hyperlipidemia and history of surgical operations, use of hormone replacement therapy (HRT), as well as the woman's menopausal status. Women were categorized into three groups. They were premenopausal if they had 12 regular menstruations or more during the last 12 months, perimenopausal if they had experienced irregular or infrequent menstruation over the last 12 months, and postmenopausal if they had a continuous absence of menstrual cycles for more than 12 months.

The Greene Climacteric Scale

The Greene Climacteric scale was developed by Greene³¹ to measure the severity and occurrence of

menopausal symptoms among menopausal women. The scale was adapted to suit Jordanian women; modifications include omission of one item and addition of two items to the original scale. The modified scale measures a total of 22 symptoms. Each symptom was rated by the woman herself, using a four-point Likert-type rating scale: 0 = not at all; 1 = a little; 2 = quite a bit; 3 = extremely. The scale included items about vasomotor symptoms (two items), somatic symptoms (seven items) and psychological symptoms (ten items) in addition to three items on sexuality symptoms. The scale total scores range from 0 to 66 for each participant; the higher the score, the higher is the severity of the symptoms. Scale reliability was assessed by Schneider and showed Cronbach's α reliability of 0.87³². The Cronbach's α for the current study was 0.92. The scale was translated into Arabic, the native language of Jordanian women. The scale may be used without explicit permission since it is published on the internet.

The self-administered questionnaire was initially developed in the English language, and translated to the Arabic language and back-translated by an expert panel of faculty members in three nursing schools in Jordan. This process contributed to the content validity of the instrument. A few changes were suggested by the panel of experts concerning translation of some words and wording of sentences; these changes were integrated into the final version.

A pilot study was conducted with 30 menopausal women from the same MCH centers. The purposes of the pilot testing were to identify reading and understanding difficulties, to assess the time required for completing the questionnaires and to determine reliability of measures. The results of the pilot study showed that women found the instrument easy to understand and required only 15 min to complete. The Cronbach's α reliability coefficients of the Greene Climacteric scale for the pilot study and the main study were 0.92 and 0.91, respectively.

Data collection procedure

The researchers obtained IRB approval from their academic institution and from the Ministry of Health to conduct the study in the selected MCH centers. After obtaining approval, the main investigator met with the director and the nurses in each of the selected centers to discuss the aim of the study and the data collection process. Participants who met the criteria were informed about the study and were requested to participate in the study. Guidance about how to answer each section was given to all participants.

Participants were reassured that their privacy, anonymity as well as confidentiality of their responses would be protected. Women were not under any pressure to complete the questionnaire, had the right to withdraw

from the study at any time, and were assured that their names would not be identified. Verbal agreement was obtained from each participant.

Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 15. Descriptive statistics including frequencies, percentage, mean and standard deviation were used in addition to the one-way ANOVA, *t* test, χ^2 test, Pearson product-moment correlation and multiple regression analysis.

RESULTS

The number of women who participated was 350. Their sociodemographic characteristics, obstetric history and medical problems are shown in Table 1. Their mean age was 49.6 ± 3.64 years. According to their menopausal status, 54.3% of women were in the premenopausal stage, 22.3% were in the perimenopausal stage, and 23.4% were in the postmenopausal stage. The majority of women were still married (85.4%) and more than 76% ($n=267$) had a secondary level of educational or less. The percentage of women who were working was only 17.1%. The average family income per month was 328 ± 247 Jordanian dinars with almost 77.7% of the women having health insurance.

About 50.3% of the women reported health problems, mainly diabetes (14%) and hypertension (28.6%). About 44% of the participants perceived their health as fair, and 5.7% as very good. Results also showed that 10.3% of the participants were smokers.

The mean age at menarche for the women was 14.7 years, with a range from 11 to 18 years. The mean age of menopause for these women was 48.7 years. The mean ages of the participants' mothers and sisters at menopause were 49.4 and 49.1 years, respectively. About 96.3% ($n=337$) of the women had children; the mean number of children was 6.7, with a range from 0 to 14. The percentage of women who had used oral contraceptives previously was 44% ($n=154$), with a range from 1 month of use to 10 years.

Although 55.6% of women complained of physical and psychological menopausal changes, only 38.8% ($n=134$) consulted anyone about these changes and, of those, 64.2% ($n=86$) consulted a doctor or a nurse. The percentages of women who exercised, regularly visited a gynecologist, received mammography screening, had a Pap smear, or breast self-examination were 31.7% ($n=111$), 20.3% ($n=71$), 7.1% ($n=25$), 10.9% ($n=38$), and 33.4% ($n=117$), respectively.

Table 2 presents the women's health practices related to menopausal symptoms and the effect of menopause on the women's lives. Only 12% of the women used HRT. The reasons for not using HRT were that women do not need to use it (37.9%) or did not know about it (12.1%). About 24.4% of the married women indicated

Table 1 Sociodemographic characteristics, obstetric history and medical problems of participants. Data are given as either mean \pm standard deviation (range) or *n* (%)

Age of participants (years)	49.6 \pm 3.64 (45–55)
Monthly family income (JD)	328.3 \pm 247.0 (30–2000)
Age at menarche (years)	14.7 \pm 1.487 (11–18)
Participant's age at menopause (years)	48.68 \pm 2.49 (40–55)
Mother's age at menopause (years)	49.4 \pm 3.51 (40–56)
Sister's age at menopause (years)	49.1 \pm 2.85 (42–55)
Number of children	6.66 \pm 2.83 (0–14)
female	3.37 \pm 1.91 (0–8)
male	3.29 \pm 1.72 (0–9)
Age of youngest child (years)	13.9 \pm 6.70 (1–31)
Oral contraceptive use (months)	46.5 \pm 44.9 (1–120)
Menopausal status	
premenopausal	190 (54.3%) (48.5 \pm 3.46)*
perimenopausal	78 (22.3%) (49.4 \pm 3.22)*
postmenopausal	82 (23.4%) (52.4 \pm 2.85)*
Marital status	
married	299 (85.4%)
divorced	14 (4%)
widowed	37 (10.6%)
Employed	60 (17.1%)
No health insurance	78 (22.3%)
Suffered from menopausal changes	194 (55.6%)
Women with children	337 (96.3%)
Reported health problems	176 (50.3%)
Had a surgical operation	175 (50.0%)
Smoker	36 (10.3%)
Perceived current health status	
weak	31 (8.9%)
fair	154 (44.0%)
good	145 (41.4%)
very good	20 (5.7%)

*, The mean age (\pm standard deviation) of each menopausal status group is given in parentheses; JD, Jordanian dinar

that menopause affected their relationships with their husbands, mainly because of lack of sexual desire, and 51.5% of the married women reported that they were sexually inactive. Around 19.9% of women reported that menopause affected their relations with their children.

Severity of menopausal symptoms

Women's responses to the Greene Climacteric Scale questionnaire showed that the highest scores were reported for the vasomotor cluster, with a mean score of

Table 2 Health practices of participants related to menopausal symptoms

Practices	Frequency	Percentage
Performed regular exercises	111	31.7
Had Pap smear within the last 2 years	38	10.9
Visited gynecologist regularly	71	20.3
Had mammogram within the last 12 months	25	7.1
Performs breast self-examination regularly	117	33.4
Used HRT	42	12
Reasons for not using HRT		
did not need it	117	37.9
did not know about it	37	12.1
fear of side-effects (e.g. cancer)	27	8.7
no-one prescribed it	25	8.2
no answer	102	33.1
Menopausal period affected relationship with husband (<i>n</i> = 299)	73	24.4
Menopausal period affected relationship with children (<i>n</i> = 337)	67	19.9
Menopausal period affected sexuality (<i>n</i> = 299)	154	51.5

HRT, hormone replacement therapy

1.40 \pm 1.08. The vasomotor cluster is characterized by symptoms of hot flushes (mean score = 1.41 \pm 1.18) and night sweating (mean score = 1.39 \pm 1.15). The second highest mean score was for the somatic cluster (*n* = 299); the mean score was 1.39 \pm 0.68 and this included muscle and joint pain (mean score = 1.99 \pm 0.96) and headache (mean score = 1.75 \pm 0.96). The lowest mean score was reported for the sexuality cluster; the mean score was 1.20 \pm 0.95). The total mean score for the psychological cluster was 1.31 which contains both the anxiety subscore (mean score = 1.25 \pm 0.65) and the depression subscore (mean score = 1.36 \pm 0.74).

The total mean score for the 22 items of the Greene Climacteric Scale was 1.34 \pm 0.61. This was used to categorize women as having severe, moderate or mild menopausal symptoms. Women equal to or more than the total mean score of 1.34 + 1 standard deviation (1.34 + 0.61 = 1.95) were categorized as having severe menopausal symptoms; women with a total score equal to or less than 1.34 – 1 standard deviation (1.34 – 0.61 = 0.73) were categorized as having mild symptoms; women with a total mean score between 0.73 and 1.95 were categorized as having moderate menopausal symptoms. Results showed that 15.7% (*n* = 55), 66.9%

($n = 234$) and 17.4% ($n = 61$) of the women were having severe, moderate or mild menopausal symptoms, respectively.

Table 3 presents the differences in severity of menopausal symptoms according to menopausal status. The mean score for severity of menopausal symptoms in perimenopausal women was 32.19 ± 12.66 , which was higher than that for premenopausal women (25.58 ± 12.64). The increase in the individual symptoms was also maintained in the postmenopausal women, with a mean score of 32.30 ± 13.42 .

The scores for the psychological, somatic, vasomotor and sexuality subscales were significantly higher among the perimenopausal and postmenopausal groups compared to the premenopausal group. Perimenopausal women's scores for all clusters were higher compared to those of postmenopausal women except for the vasomotor cluster score (3.54 ± 2.12), and its symptom of sweating at nights (1.83 ± 1.13), and the sexuality cluster score (4.65 ± 2.86), and its symptoms of loss of interest in sex (1.85 ± 1.06), vaginal dryness (1.55 ± 1.22) and pain during intercourse (mean score = 1.25 ± 1.09).

One-way ANOVA was used to determine significant differences in severity of menopausal symptoms between the three groups. Results showed a significant difference among the three groups ($p = 0.000$, $F = 11.73$, $d.f. = 2$). To determine the difference between the groups, Tukey post hoc analysis was used (Table 4); it indicated that there was a significant difference in the severity of menopausal symptoms

between perimenopausal and postmenopausal women versus premenopausal women ($p \leq 0.001$). No statistical difference was observed in severity of menopausal symptoms between perimenopausal and postmenopausal women.

The results for the relationship between the severity of menopausal symptoms using Pearson product-moment correlations for continuous variables showed that there was a significant positive correlation between women's age and number of children and severity of menopausal symptoms ($r = 0.20$ and 0.16 , respectively, $p = 0.001$). The severity of menopausal symptoms was negatively correlated with women's health status and family income ($r = -0.34$ and $r = -0.13$, $p \leq 0.01$), which indicate that women with severe menopausal symptoms tended to report low income and to perceive their health status to be poor.

Results also showed that there was a positive association between severity of menopausal symptoms and both educational level ($\chi^2 = 9.80$, $d.f. = 1$, $p = 0.002$) and menopausal status ($\chi^2 = 22.99$, $d.f. = 1$, $p = 0.0001$). No significant association was reported for smoking and severity of menopausal symptoms.

Further analysis using the *t* test was conducted to examine the differences between women who used HRT and those who never used HRT regarding the severity of menopausal symptoms. Findings showed that there was a significant difference in the severity of menopausal symptoms between women who used HRT and those who did not. Women who used HRT were more likely to suffer from menopausal symptoms; the mean scores

Table 3 Cluster and total Greene Climacteric Scale scores according to menopausal status. Data are given as mean \pm standard deviation

Symptom clusters	Postmenopause	Perimenopause	Premenopause
Psychological cluster	11.66 \pm 5.9	14.76 \pm 6.37	14.52 \pm 6.68
Anxiety subcluster	5.73 \pm 3.05	6.92 \pm 3.29	6.84 \pm 3.46
Depression subcluster	5.94 \pm 3.44	7.83 \pm 3.7	7.68 \pm 3.86
Somatic cluster	8.91 \pm 4.53	10.92 \pm 0.53	10.56 \pm 5.21
Vasomotor cluster	2.23 \pm 2.07	3.36 \pm 2.08	3.54 \pm 2.12
Sexuality cluster	3.10 \pm 2.76	3.84 \pm 2.88	4.65 \pm 2.86
Total	25.58 \pm 12.64	32.19 \pm 12.66	32.30 \pm 13.42

Table 4 Tukey post hoc analysis for the difference in severity of symptoms and menopausal status

Menopausal status (a)	Menopausal status (b)	Mean difference (a - b)	Standard error	p Value
Premenopausal	perimenopausal	-6.61*	1.72	0.000
	postmenopausal	-6.73*	1.69	0.000
Perimenopausal	premenopausal	6.61*	1.72	0.000
	postmenopausal	-0.11	2.03	1.000
Postmenopausal	premenopausal	6.73*	1.69	0.000
	perimenopausal	0.11	2.03	1.000

*, Mean difference is significant at 0.05

for users of HRT and non-users were 35.33 ± 12.20 and 28.31 ± 13.48 , respectively (d.f. = 348, $t = 3.12$, $p = 0.002$). Findings are limited by the fact that the percentage of women who used HRT was only 12% ($n = 42$).

Multiple regression analysis was used to investigate the variance in the severity of menopausal symptoms with the independent variables including age, monthly income, health status and parity (number of children) and showed that only age and perceived health status were associated with severity of menopausal symptoms (Table 5). These variables together explained about 15% of the variance in the severity of menopausal symptoms ($R^2 = 0.15$).

DISCUSSION

The Jordanian women in this study are experiencing the transition into the menopausal stage at a younger age than some other populations. The younger age of menopause for women in this study may be explained by some of the factors that contribute to menopausal age, such as less previous use of oral contraceptives, low monthly income and not being married to a relative; since such factors as less oral contraceptive use, low socioeconomic status, having a family history of early menopause and not married to a family relative have been documented in several studies^{5,7,8}. This early transition into menopause may affect quality of life of Jordanian women and stresses the role of health-care

providers to start educating women about menopausal changes at an earlier age.

A majority of women complained of menopausal symptoms and yet did not consult their doctors and did not use HRT. Mahadeen and colleagues²⁸ identified the reason that Jordanian women do not consult health-care providers for menopausal changes as possibly a reflection of their lack of knowledge and discomfort in expressing their feelings. Vasomotor symptoms, indicating the occurrence and severity of hot flushes and sweating at night, were the most severe symptoms reported by women, followed by somatic symptoms, such as muscle and joint pain and headache. The results of our study are similar to their results about Egyptian women whose most frequently reported symptoms included tiredness, followed by headache and hot flushes¹¹. Shakhateh and Mas'ad

in their study¹⁰ claimed that women from the south of Jordan mentioned that they mostly suffer from somatic symptoms and that the most frequent somatic symptoms were joint aches and stiffness and bone pain; hot flushes were experienced by 62%¹⁰. The differences in the severity of symptoms between the two Jordanian studies could reflect the younger menopausal age of women in our study.

There is considerable variation in the prevalence and pattern of symptoms in different countries. Variations are probably due to the diversity in culture, norms and traditions, as well as diet and other lifestyle factors. African-American women, like the participants in this study, complained mostly of hot flushes, night sweats, headache, depressed feeling and weight gain³³. Egyptian women complain more of tiredness, loss of libido and hot flushes, while backache was the most common complaint reported by 93% of the Egyptian women³⁴. Another study conducted in Alexandria, Egypt indicated that the most frequently recalled symptoms were tiredness, headache and hot flushes¹¹.

The fact that women in this study experienced fewer psychological problems (anxiety and depression) during the menopausal period can be explained by the possibility that women paid attention to the physical signs such as hot flushes and sweating and considered psychological problems to be non-menopausal factors and related them to the stress of their social roles as mothers and wives; further qualitative research studies are needed to explore the reasons for such findings. The

findings can be also explained by cultural belief and practices; Jordanian women enjoy the transition to late adulthood as they become recognized as wise women²⁸ and more involved in family decisions and empowered by their extended families. In addition, becoming menopausal decreases women's worries about pregnancy and gives them the time to pray regularly and fast all the month of *Ramadan* without any interruptions. Also, this could be explained by the fact that Jordanian women tend to have a positive attitude toward menopause³⁵. These findings are also supported by the findings of Al-Sejari³⁶ who reported that Saudi women have a positive attitude toward menopause because wisdom and respect are more highly valued among the Saudi people than youth and femininity.

Sexual problems characterized by vaginal dryness, loss of interest in sex and pain during intercourse

Table 5 Multiple regression analysis for variables predicting the variance in severity of menopausal symptoms

Variables	β	SE	β	t	p
Age	0.52	0.190	0.147	2.77	0.006
Income	-0.002	0.003	-0.042	-0.80	0.423
Perceived health status	-5.20	0.953	-0.289	-5.45	0.000
Number of children	0.458	0.268	0.090	1.71	0.088

$R = 0.388$; $R^2 = 0.151$; SE, standard error; β , β -weight

received the lowest mean scores. These findings can be explained by the fact that sex and sexuality are considered a private issue and a taboo. Women do not discuss it openly with others, not only because it is shameful thing, but also because women do not have enough knowledge of sexuality and their sexual rights. Rather, they feel ashamed of discussing sex at this stage of their lives when they have grown-up children who are about to marry; sexual activities are for the young and for the purpose of having children. In addition, the results can be explained by the high percentage of women who reported disturbed relationships with their husbands at this period of their lives; they base their views on the women's belief that 'the husband can be a brother after the age of fifty'.

Perimenopausal women complained more of menopausal symptoms than both pre- and postmenopausal women, except for vasomotor and sexuality symptoms for married women such as painful intercourse, dryness of the vagina and lack of sexual desire, from which postmenopausal women suffered more. Decreased libido or sexual desire, vaginal dryness and dyspareunia are the results of aging³⁷⁻³⁹. These results are similar to those of Adekunle and colleagues⁴⁰ who reported that Nigerian women's sexual life ended with menopause because of the severe symptoms of reduced libido and vaginal dryness.

The findings of the study were consistent with other studies; Liu and Eden⁴¹ indicated that postmenopausal women suffer from sexual and vasomotor symptoms more than pre- and perimenopausal women. Barentsen and colleagues²¹ reported that Dutch perimenopausal women score higher totals on the Greene Scale than premenopausal women. The increase in symptom scores was observed among postmenopausal women as well. Postmenopausal women suffer more from sexuality symptoms than pre- and perimenopausal women²¹.

The majority of women maintained a good relationship with their children while entering the menopausal stage, in contrast to still married women who admitted that entering the menopausal period had affected their relationship with their husbands. The disturbed relationship with the husband can be explained by the high scores for sexual problems reported by postmenopausal women who are older and have an inactive sexual life, manifested by the lack of sexual desire, dry vagina and painful sex.

The sociodemographic characteristics of menopausal women, such as age, menopausal status, parity and level of education, are important factors in shaping the experience of women in this stage. Poor health status for women reflects a poor quality of life. The findings are similar to many studies which have indicated that the prevalence and severity of menopausal symptoms depend on hormones, sociocultural practices, dietary intake, environment, age, menopausal status and perceived health status, and attitude toward

menopause^{1,10-12,15,34}. Liu and Eden⁴¹ reported no differences in frequency of symptoms reporting by parity; the number of children correlated positively with prevalence and severity of menopausal symptoms. Women in their study were married, had many children, did not work, and had limited financial resources, which in part contribute to the increased pressure and stress which made them at risk of severe menopausal symptoms, which are mostly generated as a result of social components rather than hormonal deficiency^{11,15,41}.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATION

Jordanian women entering menopause suffer from menopausal symptoms at a younger age than their colleagues in other countries. The differences in severity of menopausal symptoms according to menopausal status and some demographic characteristics were evident. Women with increased age, low educational level, lower income, more children, poor health status, and in their perimenopausal and postmenopausal stages were more likely to complain of menopausal symptoms that are characterized by hot flushes and night sweats. The severity of menopausal symptoms at this age raises the issue of quality of life and the responsibilities of both health-care providers and the Jordanian health-care system.

The study findings suggest implications for health-care providers, as advocates for menopausal women. Interventions can be identified at many levels. Educational programs that address menopause changes for women at an early age should be encouraged. Moreover, women's health programs need to target the women who are poor and less educated. Health-care providers need to extend their care to include women not only in their reproductive years but in all life stages, by being more instrumental and responsive to their needs. They could design special clinics for menopausal women to empower them and improve their quality of life. The findings of this study can be incorporated in medical and nursing curricula to teach future health-care providers about the importance of early screening for menopausal symptoms and the effect of menopausal changes on women's health.

Further research using random samples and culturally specific measures are needed that incorporate cultural norms, the belief and values of Muslim women. The findings of the study are limited by the use of a convenience sample, which in turn limits the generalizability of the results. Further investigations using a qualitative approach could provide more culturally sensitive views on the quality of life of menopausal women. The findings of this study have implications for health-care providers from other cultures; Arab women live in different parts of the world and it is important that they receive cultural care to enhance their quality of life. The findings are further limited by the use of a

Western measure; nurse scientists world-wide are encouraged to develop instruments that are sensitive to their local cultures.

ACKNOWLEDGEMENT

The authors would like to acknowledge the efforts and valuable comments and editorial notes made by

Professor Nancy Sharts-Hopko, PhD, RN, FAAN, College of Nursing, Villanova University.

Conflict of interest The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

Source of funding Nil.

References

- Kumara M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol* 2005;58:719-27
- Breheny M, Stephens C. Healthy living and keeping busy: a discourse analysis of mid-aged women attributions for menopausal experience. *J Language Social Physiol* 2003;22:169-89
- Utian W. Menopause-related definitions. *Int Congress Series* 2004;12:133-8
- Elavasky S, Mcauley E. Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas* 2005;52:374-85
- Ozdemir O, Meltem C. The age at menopause and associated factors at the health center area in Ankara, Turkey. *Maturitas* 2004;49:211-19
- Reynolds R, Obermeyer M. Correlates of the age at natural menopause in Morocco. *Ann Hum Biol* 2003;30:97-108
- Velde E, Dorland M, Broekmans F. Age at menopause as a marker of reproductive ageing. *Maturitas* 1998;30:119-25
- Bener A, Rizk D, Ezimokhai M, Hassan M, Micallef R, Sawaya M. Consanguinity and the age of menopause in the United Arab Emirates. *Int J Gynecol Obstet* 1998;60:155-60
- Naddaf A, Semreen M. Influences of postmenopausal hormone replacement therapy on women's health. *Pakistan J Biol Sci* 2005;8:198-201
- Shakhatreh FMN, Mas'ad D. Menopausal symptoms and health problems of women aged 50-65 years in Southern Jordan. *Climacteric* 2006;9:305-11
- Loutfy I, Aziz A, Dabbous N, Hassan M. Women's perception and experience of menopause: a community-based study in Alexandria, Egypt. *East Mediterr Health J* 2006;12:93-106
- Krishna S. Attitudes towards menopause and hormone replacement therapy in different cultures. *Int Congress Series* 2002;229:207-14
- Al-Qutob R. Menopause - associated problems: types and magnitude. A study in Ain Al-Basha area, Jordan. *J Adv Nurs* 2001;33:613-20
- Avis N, Brockwell S, Clovin A. Universal menopausal syndrome. *Am J Med* 2005;118:237-46
- Dennerstein L, Burger H, Guthrie J, et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000;96:351-8
- Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Didrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures. Cross cultural and intra-cultural comparison of premenopausal and postmenopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227-35
- Pan H, Wu M, Hsu CH, Yao B, Huang K. The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas* 2002;41:269-74
- Saliba M, Khawaja M, El-kak F. Symptomatology of menopause among middle-aged women in three impoverished Lebanese communities. *Saudi Med J* 2006;27:1436-8
- Bener A, Rizk D, Shaheen H, Micallef R, Osman N, Dunn EV. Measurement-specific quality of life satisfaction during the menopause in an Arabian Gulf country. *Climacteric* 2000;3:43-9
- Anderson D, Posner N. Relationship between psychosocial factors and health behaviors for women experiencing menopause. *Int J Nurs Pract* 2000;8:265-73
- Barentsen R, Weijer P, Gend S, Foekema H. Climacteric symptoms in a representative Dutch population sample as measured with Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2001;38:123-8
- Cramer D, Harlow B, Xu H, Fraer C, Barbieri R. Cross-sectional case-controlled analysis of the association between smoking and early menopause. *Maturitas* 1995;22:79-87
- Villaverde-Gutierrez C, Araujo E, Cruz F, et al. Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise program. *J Adv Nurs* 2006;54:11-19
- Matthews K, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005;118(Suppl 12B):25-36
- Rosano G, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric* 2007;10(Suppl 1):19-24
- Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity and Women's Health Care*, 8th edn. USA: Mosby Inc, 2003
- The Jordanian Department of Statistics. *Jordan Population and Family Health Survey*, Amman, 2007
- Mahadeen A, Halabi J, Callister L. Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perception. *Int Nurs Rev* 2008;55:427-33
- Hunter M, O'Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Edu Couns* 1999;38:249-55
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*, 2nd edn. New York: Academic Press, 1988:57
- Greene J. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 1998;29:25-31
- Schneider HPG. The quality of life in the postmenopausal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;16:395-409

33. Huffman S, Myers J, Tingle L, Bond L. Menopause symptoms and attitudes of African American women: closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. *J Counseling Dev* 2005;83:56
34. Velde E, Dorland M, Broekmans F. Age at menopause as a marker of reproductive ageing. *Maturitas* 1998;30:119–25
35. Hattab J, Garaibeh M, Al-Obeisat S. Severity of symptoms, knowledge, attitudes and practices of Jordanian menopausal women in Irbid city. Unpublished thesis, Jordan University of Science and Technology, Jordan, 2008
36. Al-Sejari M. Age at natural menopause and menopause symptoms among Saudi Arabia women in Al-khobar. Unpublished doctoral dissertation, The Ohio State University, 2005
37. Sallam H, Galal A, Rashed A. Menopause in Egypt: past and present perspectives. *Climacteric* 2006;9:421–9
38. Lee J, Suh Ch. The attitudes of postmenopausal women towards hormone replacement therapy: effects of HRT on lipid profiles. First Consensus Meeting on Menopause in the East Asian Region, 1995
39. Laferrere B, Zhu Sh, Jennifer R, *et al.* Race, menopause, health-related quality of life, and psychological well being in obese women. *Obes Res* 2002;10:1270–5
40. Adekunle A, Fawole A, Okunlola M. Perceptions and attitude of Nigerian women about the menopause. *J Obstet Gynecol* 2000;20:525–9
41. Liu J, Eden J. The experience of menopausal symptoms by Arabic women in Sydney. *Climacteric* 2007;10: 72–9

The Perception of Menopause Among Turkish Women

HATİCE BALCI YANGIN, KAMİLE KUKULU, and
GÜLŞEN AK SÖZER

*Akdeniz University, Antalya School of Health, Nursing Department,
Antalya, Turkey*

The perception of menopause, menopausal attitudes, and problems faced during this period vary from one society to another. This study was conducted in order to determine the symptoms and perception of menopause, as well as factors affecting and influencing this perception. This study was made with the help of 300 women in menopause who applied to Akdeniz University Research and Application Hospital in January 2007. The study used sociodemographic data from a descriptive survey form. The data were collected by researchers in face-to-face interviews. The mean menopause age of participating women was $x = 45.75 \pm 4.7$. A total of 41.3% of the women had primary education, and 62% of the women also had one or two children. There was a significant relationship between attitudes toward menopause and a woman's age, educational status, number of children, duration of living with spouse, satisfaction with marriage, menopausal age, menopause duration, and sexual intercourse after the menopausal period. The most important aspect of polyclinic services related to menopause is to increase and maintain women's quality of life. In this context, education modules should be developed to help couples perceive menopause in a more positive way.

KEYWORDS *sexuality, women, menopause, perception of menopause*

Address correspondence to Kamile Kukul, Akdeniz University, Antalya School of Health, Department of Maternity and Gynecology Nursing, Dumlupınar Bulvarı Campus, Antalya 07058, Turkey. E-mail: kkamile@akdeniz.edu.tr

INTRODUCTION

Menopause is a physiological process that is experienced universally by every middle-aged woman. The average age for the onset of menopause is around 50 years, and varies according to cultural and ethnic factors, as well as geographical location. Perceptions, behavior, and knowledge concerning menopause, the transition to menopause, and the climacteric period may vary from one society to another (Pan, Wu, Hsu, Yao, & Huang, 2002; Tot, 2004; Discigil, Gemalmaz, Tekin, & Basak, 2006; Hvas, 2006).

Although women face similar biological changes during menopause, they experience it differently. Education, geographical location, customs, ethnic factors, the value granted to women and elderly people by society, a woman's role, sexuality, women's life philosophy, and the meaning that society and women attribute to menopause all have important cultural effects on the perception of menopause, menopausal attitudes, and menopausal complaints (Dennerstein, 1996; Chen, Voda, & Mansfield, 1998; Lock, 2002; Tortumluoğlu, 2004; Leon, Chedraui, Hidalgo, & Ortiz, 2007). In addition, the perception of menopause is related to a woman's age, parity, and hormonal level (Pan et al., 2002; Discigil et al., 2006; Hvas, 2006; Leon et al., 2007; Carda et al., 1998).

During menopause, the prevalence of menopausal symptoms such as hot flashes; sweating; palpitations; dizziness; anxiety; irritability; and headaches as well as muscle, joint, and bone pains; insomnia; decreased concentration; memory loss; decreased libido; and depression are observed in all countries in the world (Pan et al., 2002; Discigil et al., 2006; Carda et al., 1998). Menopausal symptoms have been found to be less common in societies where menopause is viewed as a positive rather than negative phenomenon. Cultural characteristics are believed to be the main predictors of women's perception of menopause. Reports suggest that people usually display positive attitudes toward menopause in Far Eastern cultures where menopause is welcome as a part of nature, and women express fewer complaints during menopause. Chinese, Japanese, and other Asian women suffer from fewer symptoms (Pan et al., 2002; Lock, 1986; Haines, Chung, & Leung, 1994). Among Caucasian women, menopausal symptoms are reported in high prevalence, such as 40–60% (Dennerstein et al., 1999; Porter, Penney, Russell, Russell, & Templeton, 1996), but it has been reported that these symptoms were prevalent in only about 10–40% of Asian women belonging to different ethnic groups (Boulet, Oddens, Lehert, Vemer, & Visser, 1994; Chim et al., 2002). Pan and colleagues (2002) reported that only 38% of Taiwanese women experienced hot flashes, and 18% suffered from night sweating. In the Netherlands, however, Oldenhavé, Jaszmann, Haspels, and Everaerd (1993) found that up to 85% of perimenopausal women experienced hot flashes and night sweating.

In Turkey, women live one third of their lives in the menopausal and climacteric period. Turkish women experience worse symptoms during the menopausal period than do Asian women and Muslim women in general, and they report menopausal complaints more frequently (Tortumluoğlu, 2004). In studies conducted with Turkish women experiencing frequent menopausal complaints, it was determined that generally they had a negative attitude toward the menopausal period (Ergöl, 2001; Tortumluoğlu, & Erci, 2004). This negative attitude might be explained by the fact that menopause is perceived as the loss of the role of motherhood, the loss of female attractiveness, the end of the marital relationship, changes in body posture, loss of physical energy, and the end of sexual life (Güler, 1984; Çoban, Nehir, Demirci, Özbaşaran, & İnceboz, 2008). This study was conducted in order to determine the symptoms and perception of menopause and factors affecting and influencing this perception at the menopause clinic.

METHOD

Participants

A total of 822 women applied to the Menopause Polyclinic of the Obstetrics and Gynecology Department of the Application and Research Hospital of Akdeniz University during the month of January 2007. A total of 380 women that met the research criteria were included in the study. However, some of them could not be included because they did not have time, did not want to fill out the form, or did not know Turkish. Among the 380 women, 300 filled out the survey form (78.9%).

Procedure

The investigator contacted the director of the hospital and explained the purpose of the study and the data collection procedures. Approval from the Institutional Review Board of the institutions was received. The researchers approached potential participants in a private area, and informed them about the purpose, benefits, and risks of the study, the data collection procedures, and their freedom to choose to participate or drop out of the study at any time. All information was provided in both verbal and written form. The research also included women who had not experienced menstruation for at least 1 year and who lived with their spouses, who did not have any genital organ dysfunction, and who did not have any psychiatric condition. Participants who met the inclusion criteria, and who agreed to participate in the study, signed a consent form. After receiving written consent from the participants, an investigator conducted individual face-to-face interviews during January 2007 to collect data. Privacy and confidentiality were provided for each subject; names were not written on the demographic data

sheet or research instruments, each subject received a code number, and only the researchers had access to the data. The survey forms were used to determine the sociodemographic features of the women and their perception of menopause in order to collect the data required for the research.

Data Analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 13.0 was used to analyze the data, which included descriptive statistical analysis and testing of the research questions. The level of significance used was $p < .05$.

RESULTS

The mean age of participants was $=53.61 \pm 6.43$. It was determined that 7.7 % of the women were below 44 years, 50.7% of them were between 45–54 years, 35.7% of them were between 55–64 years, and 6% of them were 65 years or older. Regarding educational level, 41.3% of the participating women were primary school graduates, 26% of them were university graduates, 25.7% of them were high school graduates, and 7.0% were illiterate. When the educational level of spouses was examined, it was determined that 41.3 % of the women's spouses were university graduates, 39.7% of them were high school graduates, and 19% of them were primary school graduates. Seventy-six percent of participants had been married for 21–40 years. Among the participants, 66.3% were happy with their marriage. Frequency of sexual activity before menopause was determined as two or three times a week for 52.7% of women, and once a week for 41.3% of participants (Table 1).

The mean menopause age of the participating women was $=45.75 \pm 4.7$. The beginning of menopause was found to be 41–50 years in 69.7% of the women, 40 years and below in 15.3% of the women, and 51 years and above in 15% of the women. It was determined that 81.1% of the women began natural menopause, and 18.7% of them began surgical menopause. According to the findings, 93.7% of women did not use HRT (Table 2).

Weekly frequency of sexual activity after menopause was established as once every 15 days for 25.7% of the women, once a week for 23.7% of the women, once a month for 19.7% of the women, once every 2–3 months for 13.0% of the women, and no sexual activity for 5.3% of the women (Table 2).

It was determined that 57.7% of the women perceived menopause negatively, while 42.3% perceived it in a positive way. The main reasons for perceiving menopause positively were cited as “taking it as natural (89%),” “perceiving it as a way of no longer having the risk of becoming pregnant (44.1%),” “getting rid of the pain and embarrassment during menstruation

TABLE 1 Distribution of Participating Women According to Some Descriptive Features ($N = 300$)

	<i>N</i>	%
Age		
44 years and younger	23	7.7
45–54	152	50.7
55–64	107	35.7
65 years and older	18	6.0
Educational Status		
Literate	21	7.0
Primary school	124	41.3
High school	77	25.7
University	78	26.0
Education Status of Spouse		
Primary school	57	19.0
High school	119	39.7
University	124	41.3
Number of Children		
None	10	3.3
1–2	186	62.0
3–4	93	31.0
5 or more	11	3.7
Marriage Duration		
20 years and below	27	9.0
21–40 years	228	76.0
Above 41 years	45	15.0
Satisfaction with Marriage		
I am very pleased.	80	26.7
I am pleased.	199	66.3
I am not pleased.	21	7.0

(39.4 %), “not being obliged to use any contraceptive methods (29.9 %),” “being able to pray without any disruption (10.2 %),” “not encountering any problems (6.3 %),” and “being more respected in society and family (1.6 %)” (Table 3).

The reasons why menopause was perceived negatively were cited as “changes in the body (such as skin problems, osteoporosis, and hot flashes) (96.5 %),” “pain, vaginal dryness, obesity (11.6 %),” and “loss of fertility (4 %)” (Table 3).

A total of 20.3% of the women participating in the study defined menopause as “reaching the end of the menstrual period,” 18.0% as “a natural phenomenon,” 13.0% as “the beginning of aging,” 9.3% as “distress and the end of fecundity,” 7.7% as “hot flashes and nervousness,” 7.3% as “the end of the function of femininity,” 6.3% as “the increase in the risk of illness/disease,” 5.3% as “the dying of hormones,” and 3.3% as “a period when sexuality decreases” (Table 4).

In Table 5, the way menopause was perceived by women and some independent variables were compared. It was determined that 5.5% of

TABLE 2 Data About the Sexual Life of Women Who Participated in the Research ($N = 300$)

	<i>N</i>	%
Initial Age for Menopause		
40 years and below	46	15.3
41–50 years old	209	69.7
51 years and above	45	15.0
Duration of Menopause		
1–5 years	139	46.3
6–10 years	89	29.7
11 or more	72	24.0
Type of Menopause		
Surgical	56	18.7
Natural	244	81.3
Status of Using HRT		
Yes	19	6.3
No	281	93.7
Frequency of Sexual Activity After Menopause		
Once a week	71	23.7
2–3 times a week	38	12.7
Once in 15 days	77	25.7
Once a month	59	19.7
Once every 2–3 months	39	13.0
No sexual activity	16	5.3

HRT = hormone replacement therapy.

TABLE 3 The Perception of Menopause by Participants ($N = 300$)

	<i>N</i>	%
Perception of Menopause		
Positive	127	42.3
Negative	173	57.7
Reasons for Positive Perception ($N = 127$)*		
Taking it as a natural phenomenon	113	89.0
No risk of becoming pregnant	56	44.1
No pain and embarrassment during menstruation	50	39.4
Not being obliged to use contraceptive methods	38	29.9
Being able to pray without any disruption	13	10.2
Not encountering any problems	8	6.3
Being more respected in society and family	5	1.6
Reasons of Negative Perception ($N = 173$)*		
Modifications in the body (skin problems, osteoporosis, hot flashes)	167	96.5
Decreasing sexual activity	26	15.0
Pain, vaginal dryness, obesity	20	11.6
Losing fertility	7	4.0

*Some participants gave more than one answer.

women aged 44 or less, 61.4% of women aged between 45 and 54 years, 29.1% of women aged between 55 and 64 years, and 3.9% of women aged 65 years or more perceived menopause positively, and 9.2% of women aged 44 or less, 42.8% of women aged between 45 and 54 years, 40.5% of women

TABLE 4 The Definition of Menopause by Participants

Concept of menopause	N	%
To cease menstruation	61	20.3
A natural process	54	18.0
The beginning of aging	39	13.0
Being in distress	28	9.3
The end of fecundity	28	9.3
Hot flashes and nervousness	23	7.7
The end of the function of femininity	22	7.3
The increase of the risk of illness/ disease	19	6.3
The dying hormones	16	5.3
A period when sexuality decreases	10	3.3

aged between 55 and 64 years, and 7.5% of women aged 65 years or more perceived menopause negatively. In our study, a positive relationship was found between the way menopause was perceived by women and their age groups ($X^2 = 10.55$, $p = .01$) (Table 5).

It was determined that menopause was perceived positively by 3.1% of literate women participating in the study, 33.1% of those who were primary school graduates, 30.7% of those who were high school graduates, and 33.1% of those who were university graduates. On the other hand, 9.8% of literate women participating in the study, 47.4% of those who were primary school graduates, 22.0% of those who were high school graduates, and 20.8% of those who were university graduates perceived menopause negatively. A positive relationship was found between the way menopause was perceived by women and their education level ($X^2 = 14.71$, $p = .00$) (Table 5).

It was determined that 3.9% of participants who had no children, 71.7% of those who had one or two children, 22.8 % of those who had three or four children, and 1.6% of those who had five or more children perceived menopause positively. On the other hand, 2.9% of participants who had no children, 54.9% of those who had one or two children, 37.0% of those who had three or four children, and 5.2% of those who had five or more children perceived menopause negatively. A significant relationship was found between the way menopause was perceived by women and their number of children ($X^2 = 10.91$, $p = .01$) (Table 5).

It was determined that 11.0% of participants who were married for 20 years or less with their present husband perceived menopause positively. Also, 83.5% of women who were married for 21–40 years, and 5.5% of those who were married for 41 years or more perceived menopause positively. On the other hand, 7.5% of women who were married for 20 years or less, 70.0% of those who were married for 21–40 years, and 22.0% of those who were married for 41 years or more perceived menopause negatively. A significant relationship was determined between the duration of marriage

TABLE 5 The Comparison of the Perception of Menopause by Participants and Some Other Variables

	Perception of menopause						X^2 10.55	p 0.01
	Positive		Negative		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Age								
44 years and younger	7	5.5	14	9.2	23	7.7		
45–54	78	61.4	74	42.8	152	50.7		
55–64	37	29.1	70	40.5	107	35.7		
65 years and older	5	3.9	13	7.5	18	6.0		
Educational Status								
Literate	4	3.1	17	9.8	21	7.0	14.71	0.00
Primary school	42	33.1	82	47.4	124	41.3		
High school	39	30.7	38	22.0	77	25.7		
University	42	33.1	36	20.8	78	26.0		
Number of Children								
None	5	3.9	5	2.9	10	3.3	10.91	0.01
1–2	91	71.7	95	54.9	186	62.0		
3–4	29	22.8	64	37.0	93	31.0		
5 or more	2	1.6	9	5.2	11	3.7		
Marriage Duration								
20 years and below	14	11.0	13	7.5	27	9.0	15.83	0.00
21–40 years	106	83.5	122	70.5	228	76.0		
Above 41 years	7	5.5	38	22.0	45	15.0		
Satisfaction About Marriage								
I am very pleased.	46	36.2	34	19.7	80	26.7	10.62	0.00
I am pleased.	72	56.7	127	73.4	199	66.3		
I am not pleased.	9	7.1	12	6.9	21	7.0		
Initial Age for Menopause								
40 years and below	12	9.4	34	19.7	46	15.3	7.329	0.02
41–50 years old	91	71.7	118	68.2	209	69.7		
51 years and above	24	18.9	21	12.1	45	15.0		
Duration of Menopause								
1–5 years	68	53.5	71	41.0	139	46.3	15.70	0.00
6–10 years	43	33.9	46	26.6	89	29.7		
11 years or more	16	12.6	56	32.4	72	24.0		
Frequency of Sexual Activity After Menopause								
Once a week	39	30.7	32	18.5	71	23.7	13.35	0.02 <
2–3 times a week	20	15.7	18	10.4	38	12.7		
Once in 15 days	33	26.0	44	25.4	77	25.7		
Once a month	19	15.0	40	23.1	59	19.7		
Once every 2–3 months	6	4.7	10	5.8	16	5.3		
No sexual activity	10	7.9	29	16.8	39	13.0		

and the way menopause was perceived by women ($X^2 = 15.83$, $p = 0.00$) (Table 5).

When we look at Table 5, we observe that 36.2% of women who were very satisfied with their marriage, 56.7% of those who were satisfied with their marriage, and 7.1% of those who were not satisfied with their marriage perceived menopause positively, and 19.7 % of women who were

very satisfied with their marriage, 73.4% of those who were satisfied with their marriage, and 6.92% of those who were not satisfied with their marriage perceived menopause negatively. A positive relation was determined between the level of satisfaction of marriage and the way menopause was perceived by women ($X^2 = 10.62, p = .00$) (Table 5).

Among participants, 30.7% were having sexual activity once a week, 15.7% were having sexual activity two to three times a week, 26.0% were having sexual activity once every 15 days, and 4.7% were having no sexual activity after menopause.

It was determined that 30.7% of participants who were having sexual activity once a week after menopause, 15.7% of those who were having sexual activity two to three times per week, 26% of those who were having sexual activity once every 15 days, 15.0% of those having sexual activity once a month, 4.7% of those who were having sexual activity once every 2–3 months, and 7.9% of those who were not having sexual activity perceived menopause positively. On the other hand, it was determined that 18.5% of participants who were having sexual activity once a week after menopause, 10.4% of those who were having sexual activity two to three times per week, 25.4% of those who were having sexual activity once every 15 days, 23.1% of those having sexual activity once a month, 5.8% of those who were having sexual activity once every 2–3 months, and 16.8% of those who were not having sexual activity perceived menopause negatively ($X^2 = 13.35, p = .02$) (Table 5).

DISCUSSION

Menopause is experienced differently in different cultures. The sociocultural environment may explain the differences. It is known that the sociocultural environment has a significant impact on perceptions and symptomatic manifestations.

It was established that the mean menopause age of participant women was $\bar{x} = 45.75 \pm 4.7$. The age of menopause differs according to social, cultural, environmental, genetic, ethnic, and geographical factors. While the age of menopause is earlier in modern and industrialized countries, it is found to be lower in Singaporean, Native American, and Central Asian women (Chim et al., 2002; London, Ladewing, Ball, & Bindler, 2007).

In our study, more than half of the participant women perceived menopause negatively because of changes occurring in their bodies (skin problems, osteoporosis, and hot flashes, etc.; 96.5%); loss of libido (15%); pain, vaginal dryness, the increase of illness/diseases, obesity (11.6%); and because they lost their ability to become pregnant (4%). Similarly, Çoban and colleagues (2008) stated in their study that women perceived menopause negatively due to changes in their body, sexual problems, and loss of pregnancy.

Leon and colleagues (2007) found that women became more grumpy or irritable, and said that they would feel younger if menses returned. They pointed out that with menopause, the working capacity of women was altered, their well-being was affected, their familial problems increased, their physical attractiveness and femaleness was lost, and that they considered it to be a disease. Kowalcek, Rotte, Banz, and Diedrich (2005) found that 53.6% of the postmenopausal women questioned in Germany perceived menopause in terms of negative conditions; the main ones being "hot flashes" (33.3%) and "obesity" (38.8%). Furthermore they mentioned: "limitations on physical well-being," "having no more children," "not feeling like a woman anymore," "skin problems," "loss of hair," "depression," "getting old," "a good-bye forever," and "last phase of life." A total of 63.4% of postmenopausal women questioned in Papua New Guinea mentioned the negative experience qualities of the menopause, including "getting old" and the "limitations in their physical performance." In our study, it was found out that the main reason why women perceived menopause negatively was physical changes occurring in their bodies (skin problems, hot flashes, osteoporosis, etc.; 96.5%). In previous studies, vasomotor symptoms and night sweats were the most common symptoms experienced by the menopausal group (Kowalcek et al., 2005; Hagstad & Janson, 1986; Işık, & Vural, 2001).

While hot flashes occurred in 60% of Caucasian women (Hagstad & Janson, 1986), this symptom was experienced by only 10.8% of Japanese women (Lock, 1986). Chinese women also experienced fewer symptoms during menopause (Haines, Chung, & Leung, 1994). Işık and Vural (2001) found that 82% of Turkish women experienced hot flashes and sweating. We might observe that compared with Western and Far Eastern women, Turkish women experienced menopausal symptoms more intensively.

A total of 42.3% of menopausal women in Turkey perceive positive aspects in relation to menopause: 89% of the women questioned indicate it as "a natural phenomenon (89%)." The other positive aspects cited by participants were very different: "losing the risk of becoming pregnant" (44.1%), "losing period pains" (39.4%), "not being obliged to use any contraceptive methods" (29.9%), "being able to pray without delay" (10.2%), "no more problems" (6.3%), and "gaining family/community respectability" (1.6%). It was determined that in societies that perceive menopause as a positive event, women experience fewer menopausal symptoms. In another study, Chen and colleagues (1998) reported that in Taiwan, 91.7% of middle-aged Chinese women perceived menopause as a natural phenomenon, and that a majority of them succeeded in facing it in a positive way. Also in our study, among participants who perceived menopause positively, some were found to recognize it as a natural phenomenon. We determined that the findings of our study were parallel to the findings of other study groups. Çoban and colleagues (2008) cited that Turkish women did not use contraceptive methods, and that they perceived menopause positively because they were getting rid of the pain they suffered

during their periods. On the other hand, Leon and colleagues (2007) found that 93.7% of participants perceived menopause as a normal event, reporting that they felt more confident and mature, and that they could fully enjoy sexual relations. They thought that menopause was an important source of relief as there was no more risk of pregnancy, and life was easier and calmer. They also reported that they experienced some social improvement, that they no longer needed sexual intercourse, and that they felt liberated from domestic work and tasks. In Kowalcek and colleagues' (2005) study, 65% of postmenopausal women in Germany reported positive aspects related to menopause; 84.6% of the women questioned indicated "no menstruations" as a positive condition. The other positive aspects were very heterogeneous: "no need to think about birth control any more," "no mood swings," "no limitations on physical well-being," and "the feeling of freedom." Of the women questioned in Papua New Guinea, 56.1% of postmenopausal women described positive aspects; 78.6% indicated as essential "no menstruations." At the same time, they indicated as a further positive side-effect of menopause "no more children" and "no need to buy anymore sanitary towels."

An interesting finding of our study was that the end of the risk of pregnancy was cited as a positive as well as a negative factor affecting the way menopause was perceived. In the study conducted by Kowalcek and colleagues (2005), it was found that the loss of pregnancy was cited by German women as a factor leading them to perceive menopause negatively. In our study, the reason why the loss of pregnancy was perceived as a positive as well a negative effect might be explained by the fact that the birth rate was still high in some regions of Turkey where the level of education and economic development is still low.

Only 20% of participating women defined menopause as "no menstruation." Dişçigil and colleagues (2008) determined that 54.2% of women could define menopause properly. This ratio was 53% in the study by Pan and colleagues (2002) and 60.2% in the study conducted by Leon and colleagues (2007). Some differences exist between the findings of Dişçigil, Gemelmaz, Tekin, Soylemez, and Cetin (2008) and our findings. These differences might be explained by the fact that the study by Dişçigil and colleagues (2008) was conducted in the western part of Turkey. The educational and socioeconomic level of this region is higher than in the other regions of Turkey, and people living in this region also have easier access to health services.

In our study, a significant relationship was found between the way menopause was perceived and age ($X^2 = 10.55, p = .01$) (Table 5). It was found that women in the mean menopause age perceived menopause positively. Kızıltepe (2006) reported that women experiencing premenopause perceived it negatively since they were not feeling ready for it. On the other hand, postmenopausal women perceived menopause negatively because they suffered from late menopause complications such as cardiovascular problems or osteoporosis (Discigil et al., 2006; Demir et al., 2008).

We found that there was a significant relationship between a positive perception of menopause and education ($X^2 = 14.71, p = .00$). According to our finding, women who had a high level of education had a positive perception of menopause. Çoban and colleagues (2008) reported that women who had menopausal symptoms felt fewer symptoms as their educational level increased. As the educational level of women increases, their opportunities to be aware of education programs related to menopause increases as well. Furthermore, as the level of education of women increases, it becomes possible for them to get easier and earlier help from health institutions to solve their health problems, and thus they can develop positive responses to the problems they have to face. Knowing more about menopause might empower women to better cope with menopausal changes (Leon et al., 2007; Çoban et al., 2008; Bayraktar, & Uçanok, 2002); Karacam, & Seker, 2007; Brzyski, Medrano, Hyatt-Santos, & Ross, 2001; Tokuç, Kaplan, Balık, & Gül, 2006). On the other hand, educated women have more opportunities to hear the stereotypes of menopause, which may have contributed to an inconsistent correlation between education and menopausal attitudes.

In our study, there is a significant relationship between the number of children and the positive perception of menopause. Çoban and colleagues (2008) also pointed out that women who had experienced three pregnancies or less complained less about menopause. According to these findings, the burden and problems caused to the family and women by the increase in the number of children has an effect on the negative perception of menopause (Çoban et al., 2008; Bayraktar & Uçanok, 2002; Karacam & Seker, 2007; Fielder & Kurpius, 2005).

There is also a significant relationship between the perception of menopause and the duration of marriage ($X^2 = 15.83, p = .00$) (Table 5). In this study we found that women who had been married for 40 years or less perceived menopause positively, while those who had been married for 41 years or more perceived it rather negatively (Table 5). Also, this might be explained by the fact that women who had been married for 41 years or more experienced postmenopausal symptoms more heavily because of their age.

A significant relationship was found between the satisfaction with marriage and the positive perception of menopause ($X^2 = 10.62, p = .00$) (Table 5). In our study, women who were very pleased from their marriage perceived menopause positively, and those who were not pleased perceived menopause negatively. In the study conducted by Karaçam and Şeker (2007) on Turkish women, it was also determined that a positive relationship existed between the level of satisfaction of marriage and the menopausal symptoms experienced. On the other hand, Çoban and colleagues (2008) determined that women having a harmonious marital relationship had a more positive attitude toward menopause compared to those who were not in harmony with their husband. These findings are in parallel with the

findings of our study. The level of satisfaction of women from their relationship with their husband and their marriage might show that they do not experience familial problems (Bayraktar & Uçanok, 2002; Karacam & Seker, 2007; Tokuç et al., 2006; Fielder & Kurpius, 2005). Thus, they can face menopausal and postmenopausal symptoms more easily and perceive menopause positively.

We also determined a significant relationship between the perception of menopause and the frequency of sexual relation during the postmenopausal period ($X^2 = 13.35$, $p = .02$) (Table 5). As the frequency of sexual relations during the postmenopausal period increased, women perceived menopause more positively and vice versa. In studies conducted on sexual life after menopause, it was determined that the frequency of sexual relation decreased with menopause, and that the risk of facing some sexual dysfunctions increased (Dennerstein, Dudley, & Burger, 2001; Dennerstein, Randolph, Taffe, Dudley, & Burger, 2002; Amore et al., 2007; Wilkes, 2008; Yangin, Ak, Şengün, & Kukulü, 2008). We might argue that as long as women can fulfill their sexual functions, they feel themselves to be more confident, powerful, and sufficient, and thus perceive menopause positively. As the frequency of sexual relations decreases, women might feel their sexuality threatened and they might worry about the future of their marriage, which might lead them to perceive menopause negatively.

The potential limitations of this study include the small group of volunteers who made up our sample. In a study such as this, it is not appropriate to generalize the results to all women who are experiencing menopause in Turkey.

CONCLUSIONS

It was determined that the participating women perceived menopause negatively and that they could not define it properly. Also, a significant relationship was found between the perception of menopause and their age, their educational level, their number of children, the duration of their marriage, their level of satisfaction from their marriage, the age they started menopause, and their frequency of sexual relations during the postmenopause period. As a conclusion of this study, we might propose the application of routine analyses in polyclinics, as well as the development of some behavioral and educational models for helping women perceive menopause positively.

ACKNOWLEDGMENT

This study received external funding from Akdeniz University Scientific Research Project Unit.

REFERENCES

- Amore, M., Di Donato, P., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A. et al. (2007). Sexual and psychological symptoms in climacteric years. *Maturitas*, *56*, 303–311.
- Bayraktar, R., & Uçanok, Z. (2002). Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürler arası çalışmaların gözden geçirilmesi. [The review of approaches and cross-cultural studies related to menopause]. *Aile ve Toplum Dergisi*, *5*(2), 5–12.
- Boulet, M. J., Oddens, B. J., Lehert, P., Vemer, H. M., & Visser, A. (1994). Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas*, *19*, 157–176.
- Brzyski, R. G., Medrano, M. A., Hyatt-Santos, J. M., & Ross, J. S. (2001). Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility*, *76*, 44–50.
- Carda, S. N., Bilge, S. A., Ozturk, T. N., Gokmen, O., Ece, O., & Hamiyet, B. (1998). The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas*, *30*, 37–40.
- Chen, Y. L., Voda, A. M., & Mansfield, P. K. (1998). Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. *Menopause*, *5*, 28–34.
- Chim, H., Tan, B. H., Ang, C. C., Chew, E. M., Chong, Y. S., & Saw, S. M. (2002). The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas*, *41*, 275–282.
- Çoban, A., Nehir, S., Demirci, H., Özbaşaran, F., & İnceboz, Ü. (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar. [The impact on menopausal symptoms of marital adjustment and attitude toward menopausal of married women in the climacteric period]. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *6*, 343–349.
- Demir, B., Haberal, A., Geyik, P., Baksan, B., Ozturkoglu, E., Karacay, O., & Deveci, S. (2008). Identification of the risk factors for osteoporosis among postmenopausal women. *Maturitas*, *60*, 253–256.
- Dennerstein, L. (1996). Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, *23*, 147–157.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during the midlife years due to ageing or menopause? *Fertility and Sterility*, *76*(3), 456–460.
- Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe, J., Dudley, E., & Burger, H. (2002). Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertility and Sterility*, *77*(4), 42–48.
- Dennerstein, L., Smith, A. M., Morse, C., Burger, H., Green, A., Hopper, J. et al. (1999). Menopausal symptoms in Australian women. *Medical Journal of Australia*, *159*, 232–236.
- Discigil, G., Gemalmaz, A., Tekin, N., & Basak, O. (2006). Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. *Maturitas*, *55*, 247–254.
- Dişçigil, G., Gemalmaz, A., Tekin, N., Soylemez, A., & Cetin, G. (2008). Perception of menopause in a group of women living in Aydın and Muğla, Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, *28*, 494–499.
- Ergöl, Ş., & Eroğlu, K. (2001). Klimakterik dönemdeki kadınların sağlık bakımlarına ilişkin uygulama ve tutumları. [The practices and attitudes related to health care of women in the climacteric period]. *Sağlık ve Toplum*, *1*, 49–57.

- Fielder, K.V., & Kurpius, S. E. R. (2005). Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys. *Psicologia, 19*, 87–106.
- Güler, K. (1984). Menopoz ve hemşirelik yaklaşımı. [Menopause and nursing approach]. *Hemşirelik Bülteni, 4*, 14–19.
- Hacettepe University Population Research Institute, Turkish Ministry of Health, Government of Turkey State Planning Organization and European Union (2004). 2003 Turkey's Population and Health Research. Ankara: Hacettepe University, Population Research Institute.
- Hagstad, A., & Janson, P. O. (1986). The epidemiology of climacteric symptoms. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 134*, 59–65.
- Haines, C. J., Chung, T. K. H., & Leung, D. H. Y. (1994). A prospective study of the frequency of acute menopausal symptoms in Hong Kong Chinese women. *Maturitas, 8*, 175–181.
- Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas, 54*, 245–251.
- Işık, G., & Vural, G. (2001). Menopoz polikliniğine başvuran ve hormon replasman tedavisi başlanan kadınların tedavilerine ilişkin bilgi ve görüşleri. [The opinions and knowledge of the women who applied to the menopause clinic and who are put under hormone replacement therapy related to treatment]. *Hemşirelik Araştırma Dergisi [Turkish Journal of Research and Development in Nursing], 1*, 39–48.
- Karacam, Z., & Seker, S. E. (2007). Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas, 58*, 75–82.
- Kızıltepe, A. (2006). Total histerektomili kadınların benzer yaş grubundaki histerektomi olmayan kadınlarla cinsel işlevler açısından karşılaştırılması [Comparison of sexual functioning in women who have history of total hysterectomy with women of similar age without history of hysterectomy]. Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi [Unpublished Family Medicine Expert thesis] T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul, Turkey.
- Kowalcek, I., Rotte, D., Banz, C., & Diedrich, K. (2005). Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas, 51*, 227–235.
- Leon, P., Chedraui, P., Hidalgo, L., & Ortiz F. (2007). Perceptions and attitudes towards the menopause among middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas, 57*, 233–238.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perception of menopause. *Culture, Medicine and Psychiatry, 10*, 23–46.
- Lock, M. (2002). Symptom reporting at menopause: A review of cross-cultural findings. *Journal of the British Menopause Society, 8*, 132–136.
- London, M. L., Ladewing, P. W., Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2007). *Maternal & child nursing care* (2nd ed., pp. 88–92). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Oldenhav, A., Jazmann, L. J. B., Haspels, A. A., & Everaerd, W. T. (1993). Impact of climacteric on well-being: A survey based on 5213 women 39 to 60 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 168*, 772–780.

- Pan, H. A, Wu, M. H., Hsu, C. C., Yao, B. L., & Huang, K. E. (2002). The perception of menopause among women in Taiwan. *Maturitas*, *41*, 269–274.
- Porter, M., Penney, G. C., Russell, D., Russell, E., & Templeton, A. (1996). A population based survey of women's experience of the menopause. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *103*, 1025–1028.
- Tokuç, B., Kaplan, P. B., Balık, G. O., & Gül, H. (2006). Trakya üniversitesi hastanesi menopoz polikliniğine başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. [Quality of life among women who were attending to Trakya University hospital menopause clinic]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği* [Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology], *3*, 281–287.
- Tortumluoğlu, G., & Erci, B. (2004). The effectiveness of planned health education given to climacteric women on menopausal symptoms, menopausal attitude and health behaviors. *International Journal of Human Sciences*, *1*(1). Retrieved January 2, 2009, from <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/view/56/54>
- Tortumluoğlu, G., & Erci, B. (2004). The effectiveness of planned health education given to climacteric women on menopausal symptoms, menopausal attitude and health behaviors. *International Journal of Human Sciences*, *1*(1). Retrieved from <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/view/56/54>
- Tot, Ş. (2004). Menopozun psikiyatrik yönleri, *Anatolian Journal of Psychiatry*, *5*, 114–119.
- Wilkes, V. (2008). Sexuality and reproduction. In Susan A. Orshan (Ed.), *Maternity, newborn, & women's health nursing: Comprehensive care across the life span* (pp. 207–236). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wilkes, V. & Polomeno, V. (2010). Sexuality and reproduction (Chapter 6). In R. Evans, M. K. Evans, Y. M. R. Brown, & S. Orshan S. (Eds.), *Canadian maternity, newborn, & women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan* (pp. 209–240). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Yangın, H. B., Ak, S. G., Şengün, N., & Kukulcu, K. (2008). The relationship between depression and sexual function in menopause period. *Maturitas*, *61*, 233–237.

Research Article

Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey

Sezer Kisa, MSN, PhD,¹ Simge Zeyneloğlu, MSN, PhD² and Nurgül Özdemir, MSN²¹Department of Nursing, Gazi University, Ankara and ²Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Gaziantep University, Gaziantep, Turkey

Abstract This study used a cross-sectional descriptive design to examine the attitudes of 154 Turkish women aged ≥ 40 years towards menopause. A questionnaire and the Menopause Attitudes scale were used. The mean score of the attitudes was determined as 34.70 ± 8.56 . Most women in the study had negative attitudes towards menopause. The majority of women with positive attitudes were older, well educated and had used hormone replacement therapy ($P < 0.05$). Using multiple linear regression analysis, age and education level were found to be statistically significant ($P < 0.001$). A statistically significant difference was found between the women in the premenopausal and menopausal years in terms of sexuality after menopause ($P < 0.05$). This study suggests that Turkish women 40 years and older have negative attitudes towards menopause and their primary concern in the premenopausal period is sexuality after menopause. Counseling of women on menopause-related issues in gynecology clinics is recommended.

Key words attitude, menopause, Turkey, women.

INTRODUCTION

Menopause is seen as the end of women's reproductive period. The median age at menopause ranges from 43.8 to 53 years in different regions of the world (Reynolds & Obermeyer, 2005; Palacios *et al.*, 2010). The World Health Organization (WHO, 2006) reports that menopause and associated problems are accepted as normal physiological facts in developing countries. However, compared to developed countries, health systems in developing countries have traditionally paid little attention to menopausal symptoms and the related problems, or the associated health costs. WHO reports that the prevalence of osteoporosis, cardiovascular disease, and other problems faced by postmenopausal women continue to increase substantially due to increasing life expectancy among women in the developing world (WHO, 2006). Because of these shifting demographic trends, the global estimates of the total number of postmenopausal women in 2030 will reach approximately 1200 million and the proportion of postmenopausal women living in the developing world will increase to 75% of the total number of women (WHO, 2006). For example, the USA now has approximately 37.5 million women reaching or currently at menopause (ages 40–59 years) (CDC, 2011), compared to the Turkish Census estimates of approximately 6 million women reaching or currently at menopause (ages 40–59 years) (TSI, 2010).

Therefore, health problems related to menopause are of great concern, not only in the developing world, but also in Turkey (WHO, 2006), especially as the country continues to have rapidly increasing numbers of older women. The increase in the number of women in the post-menopausal phase will cease to be simply a natural phenomenon, and may constitute one of the most important women's health problems in the future in many countries. (Adewuyi & Akinade, 2010; Moon-Soo *et al.*, 2010).

Menopause is a natural condition for all women surviving to middle age, but studies show that attitudes and perceptions towards menopause vary from society to society (Blumberg *et al.*, 1996; Dennerstein, 1996; Avis & McKinlay, 1991; Leon *et al.*, 2007). Some societies perceive menopause as the starting point of aging, during which period there is a decrease in physical abilities, loss of sexuality, and loss of attractiveness (Dennerstein, 1996; Avis & McKinlay, 1991). A study by Berger reports that women in the developed world have negative attitudes towards menopause because women attribute menopause with a loss of attractiveness and sexuality. In societies where women have a low status, menopause is associated with the loss of fertility. In these societies, women gain status with fertility. According to Foo-Hoe (2007), in India and in the South Pacific, menopause is viewed as positive because women in these countries gain social status with aging. Earlier studies in Turkey indicated that Turkish women had negative attitudes due to the loss of their respected roles as mothers, feminine attractiveness, and physical power, and as a result of the perception that menopause meant the end of their sexual life (Ucanok &

Correspondence address: Sezer Kisa, Department of Nursing, Gazi University Faculty of Health Sciences Department of Nursing Muammer Yasar Bostanci Cad. No: 16 Beşevler/Ankara 06330, Turkey Email: sezer@gsu.edu.tr
Received 12 July 2011; accepted 13 December 2011.

Bayraktar, 1996; Ergol, 2001); however, a recent study reported that menopause was seen as a positive event because women do not have to deal with the monthly menstrual cycle, buy sanitary equipment, and they no longer have to worry about getting pregnant (Ayranci *et al.*, 2010).

Although menopause is generally viewed as normal in developing countries, there are also possible health issues associated with the post-menopausal phase (Berger, 1999; Mishra & Kuh, 2006), such as breast cancer, endometrial cancer, cardiovascular disease, osteoporosis, and depression (Peters *et al.*, 1999). Post-menopausal women's quality of life was affected by these health problems.

The social and health situation of the women in south-east Turkey is worse than in other regions of the nation. For example, the educational level of Turkish women in the western region is higher than that of women living in the eastern region. In the eastern region, the fertility rate is also high (3.47 per 1000 women) (TDHS, 2008). One-third of the women have not had a civil marriage, which makes them dependent mainly on their husbands and family members (Smits & Gündüz-Hoşgör, 2003). In south-east Turkey, women's healthcare services are provided by maternal and child healthcare centers operated by the Ministry of Health. Basic health services in these clinics are primarily provided by family physicians, midwives, and family health nurses. The hospital usage in this region is low among women because women have difficulty accessing the healthcare services they need. This is largely due to the insufficient numbers of female physicians and midwives, low regional education levels for women, and regional poverty. Some Turkish women prefer female physicians for intimate services such as pelvic examinations, mammographies, and pelvic ultrasonographies, and the limited numbers of female physicians is a barrier to accessing health services (Kisa & Taskin, 2009). In addition, some women might believe that a female physician is better able to understand their problems, especially in relation to women's health problems.

AIM OF THE STUDY

To our knowledge, there has not been a Turkish study considering the attitudes towards menopause among women aged ≥ 40 years who live in south-east Turkey. This is noteworthy in part because fertility is high in the region, and women's attitudes towards menopause may be different to elsewhere in the country. Thus, this study was designed to examine women's attitudes and the relationship between their sociodemographic and reproductive characteristics in south-east Turkey. The menopausal transition usually begins in the mid-40s and is conventionally divided into early and late phases (Burger *et al.*, 2007). Therefore, women aged 40 years and older are included for the purpose of the study. Although, in general, we believed women's attitudes would be similar to those found in prior studies, we considered that this not only might not be true, but that the magnitude of differences (e.g. by menopausal status) might be larger because of regional cultural differences.

Hypothesis 1. Women have positive attitudes towards menopause in Turkey.

Hypothesis 2. Turkish women's positive attitude towards menopause is related to their age.

Hypothesis 3. Turkish women's positive attitude towards menopause is related to their educational level.

Hypothesis 4. Women in the postmenopausal phase have more positive attitudes towards menopause.

METHODS

Participants

This descriptive and cross-sectional study was conducted between 1 February and 31 July 2009 at Gaziantep University Sahinbey Practice and Research Hospital, the only university hospital in the city of Gaziantep, Turkey. Gaziantep is the sixth largest city in Turkey, has a population of nearly 1.6 million people, and is located in south-east Turkey. The hospital receives patients from all over the country, but primarily from south-east Turkey. The gynecology clinic of the hospital was visited by approximately 2700 female patients (approximately 12 patients a day) over the age of 40 years during 2008 for various gynecologic problems. The study sample was calculated as 154 women aged 40 years and older (Lemeshow *et al.*, 1990) to have 80% power to detect statistically significant differences between peri and post-menopausal women. Approximately 260 female patients aged ≥ 40 years who visited the gynecology clinic during the study period were informed about the study and asked to participate. The sample for this study included 154 women (60% agreement rates) who were fully responsive to the questionnaire. The collection of the data concluded when the calculated sample size had been reached. The categories of menopausal status are defined as follows: the premenopausal period is defined as regular or irregular menstruation or the last menstrual bleeding occurred > 3 and < 12 months prior to the study. Women who have not menstruated within the previous 12 months are categorized as postmenopausal (Cheng *et al.*, 2005). Female patients who were aged ≥ 40 years, sexually active, and could communicate in Turkish (Some Kurdish people who live in this region do not have the ability to speak Turkish) were included in the study sample.

Instrument

A questionnaire and the Attitudes Towards Menopause Scale were used to collect data in this study. The questionnaire was developed by the authors for this study through an extensive search of similar studies elsewhere (Sommer *et al.*, 1999; Ergol, 2001; Cheng *et al.*, 2005; Hess *et al.*, 2006; Jassim & Al-Shboul, 2008; Nacar *et al.*, 2008; Akkuzu *et al.*, 2009; Adewuyi & Akinade, 2010). The questionnaire consisted of questions about sociodemographic characteristics, obstetric history, and menopause. A pilot study was conducted with 10 women to determine whether the questions were understandable and a few questions were modified according to the recommendations of the participants.

Attitude Towards Menopause scale

Attitudes towards menopause were measured using the Turkish version of the Attitudes Towards Menopause Scale, developed by Neugarten *et al.* in 1963 (Neugarten *et al.*, 1963). The Turkish version of the Scale was adapted and revised by Uçanok & Bayraktar in 1996 (Uçanok & Bayraktar, 1996). The scale contains 20 different statements regarding menopause, on a five point Likert scale and was used by Akkuzu *et al.* in Turkey (Akkuzu *et al.*, 2009). Responses were made in terms of what a woman generally thought about menopause. Participants were asked to mark the degree to which they agreed with each statement on the scale. To give the same score of negative and positive items, negative items were scored reversely. The total scale score varies between 0 (most negative) and 80 (most positive). The initial Turkish internal consistency coefficient for the scale was 0.86 (Uçanok & Bayraktar, 1996); the internal consistency coefficient for the present study was 0.70, which showed good reliability.

Ethical issues and data collection

The research protocol for the use of human subjects was approved by the Gaziantep University Sahinbey Practice and Research Hospital's Review Board. All of the participants were volunteers and gave verbal permission to participate in the research. To help ensure honest responses, the participants were assured of the confidentiality and anonymity of the questionnaire before participation. The data were collected by a researcher experienced in obstetrics and gynecological nursing through face-to-face interviews.

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 software. Independent from the descriptive statistics (mean, standard deviation [\pm SD], 95% probability estimate of population mean [\bar{x}], and percentage), different nonparametric and parametric methods were used to establish the statistical significance of the relationship between the demographic characteristics of the participants and the women's attitudes towards menopause. The equality of means across the categories of each independent variable was tested using either ANOVA (if the independent variable has more than two categories) or an independent samples *t*-test (for variables with only two categories). Kruskal-Wallis ANOVA and the Mann-Whitney *U*-test were used for interval variables, with distributions significantly deviating from the norm. The linear relationship between the attitude score and each of the quantitative independent variables was assessed by Pearson's linear correlation coefficient. The multiple linear regression analysis was used to predict the value of the average attitude score using the following predictors: educational level, marital status, employment, smoking, age, oral contraceptive pills (OCP), number of children, hormone replacement therapy (HRT), and the years spent in menopause. Statistical tests with *P*-values < 0.05 were considered statistically significant.

RESULTS

The mean age of the women was 50.48 ± 5.96 (minimum = 40 years, maximum = 65 years). Educational levels were reported as follows: 46.1% reported that they had graduated primary school, 52 (33.8%) women had no formal education, and 6.5% reported having completed university or higher education (10 women). Almost nine out of ten (89.6%) women were married, with 10.4% of them were widowed. The majority of the participating women (92.9%) stated their roles were as housewives. Only 7.1% were working outside of the home. The mean number of children was 5.09 per woman. OCP use was reported as follows: 1.9% of women ($n = 3$) were current users of OCP, 23.4% ($n = 36$ women) were past users, and 74.7% ($n = 115$ women) had never used OCP.

Table 1 shows the distribution of menopause attitude scale scores according to the participants' characteristics. The mean attitudes towards menopause score was 34.70 ± 8.56 (minimum = 15, maximum = 66). Hypothesis 1 was rejected; the results show that, overall, the participating women had negative attitudes towards menopause. A statistically significant difference was found between age and attitudes ($F = 4.16$, $P < 0.01$) (Table 1) so that Hypothesis 2 was accepted. Older women had more positive attitudes towards menopause. There were differences in the score by each age group, with the youngest women having the lower scores (32.81 ± 4.32), and the scores increased with age (52 ± 18.50 in oldest women). There was a statistically significant difference between the educational level and attitudes of women towards menopause ($F = 3.43$, $P < 0.05$) (Table 1). The relationship between the educational level and attitudes was found to be a positive and linear ($r = 0.26$, $P < 0.05$) (Table 1). Hypothesis 3 was accepted, and women with a high school certificate of education (41.40 ± 16.84) and university degree (42.10 ± 9.94) had higher scores than women with no education (33.42 ± 7.63). In this study, marital status was not related to menopausal attitudes ($t = 0.10$; $P > 0.05$) (Table 1). The mean scores of attitudes of married and widowed women were very similar. Employment status of the women had no effect on attitudes towards menopause ($t = 0.70$, $P > 0.05$) (Table 1). The mean scores of the attitude of employed women in employment were 36.45 ± 9.38 , slightly higher than for unemployed women. There was no relationship between increasing parity and the women's attitudes towards menopause ($F = 1.58$, $P > 0.05$) (Table 1). When we compared the number of children between groups with mean attitude scores above and below the group mean, there was no statistically significant difference between the two groups ($t = 0.45$, $P > 0.05$). For women whose mean score of attitudes was below 35, they had 5.16 ± 2.10 children compared to 5.16 ± 2.30 children for women whose scores was above 35. However, overall, attitudes towards menopause scores were negatively correlated with the number of their children ($r = -0.17$, $P < 0.05$) (Table 1).

The distribution of the attitudes' scale scores according to measured menopausal characteristics of women is presented in Table 2. Most (86.9%) of the participants were naturally in their postmenopausal phase and 13.9% gave no answer to this question. The mean age for menopause among women

Table 1. The distribution of the menopause attitudes' scale scores according to characteristics of 154 women from south-east Turkey.

Characteristics	N	%	The menopause attitudes' scale scores†	
			$\bar{x} \pm \text{SD}‡$	Test and <i>P</i> -value§
Age (years)				
40–44	22	14.3	32.81 ± 4.32	<i>F</i> = 4.16
45–49	50	32.5	32.78 ± 7.34	<i>P</i> < 0.01
50–54	43	27.9	36.67 ± 8.29	<i>r</i> = 0.23
55–59	26	16.9	35.50 ± 9.12	<i>P</i> < 0.05
60–64	10	6.5	32.70 ± 12.23	
65	3	1.9	52.00 ± 18.50	
Educational level				
Illiterate	52	33.8	33.42 ± 7.63	<i>F</i> = 3.43
Literate/primary school	71	46.1	34.70 ± 8.59	<i>r</i> = 0.26
Secondary school	11	7.1	33.27 ± 4.31	<i>P</i> < 0.05
High school	10	6.5	41.40 ± 16.84	
University/higher	10	6.5	42.10 ± 9.94	
Marital status				
Married	138	89.6	34.72 ± 8.69	<i>t</i> = 0.10
Divorced/widowed	16	10.4	34.50 ± 7.70	<i>P</i> > 0.05
Employment status				
Housewife	143	7.1	36.45 ± 9.38	<i>t</i> = 0.70
Employed	11	92.9	34.57 ± 8.52	<i>P</i> > 0.05
Number of living children				
1–2	17	11.0	38.47 ± 13.85	<i>F</i> = 1.58
3–4	53	34.4	35.55 ± 6.78	<i>P</i> > 0.05
5–6	46	29.9	34.00 ± 8.33	
7–8	25	16.2	32.80 ± 6.49	
9 or over	13	8.4	32.46 ± 9.90	

†Scale scores range from 0 to 80, with higher scores representing more positive attitudes. ‡ \bar{x} , mean; SD, standard deviation. §*P*-values computed based on ANOVA, *t*-test, or Pearson's linear correlation.

already postmenopause ($n = 130$) was 51.50 ± 5.80 years, with a median age of 52.00 years. Most of the participants (88.4%) had never used HRT and 11.6% were either currently using HRT or had done so in the past. It was determined that the menopausal status of women had no effect on the mean scores of the attitudes towards menopause ($t = 0.18$, $P > 0.05$) (Table 2), so Hypothesis 4 was rejected. A statistically significant relationship was found between the attitudes towards menopause and visiting a physician regarding menopausal symptoms before diagnosis of menopause ($t = 2.69$, $P < 0.05$). The mean scores of attitudes towards menopause of women who had visited a physician before entering menopause (38.74 ± 13.75) were higher than those of women who had not visited a physician (33.71 ± 6.77). The same difference was found between attitudes and visiting a physician after diagnosis of menopause ($t = 1.99$, $P < 0.05$), with higher scores for women who visited a physician compared to women who had not visited a physician. The women were then classified into postmenopausal and premenopausal groups: a statistically significant association was found between postmenopausal use of HRT for menopausal symptoms and the mean scores of the Attitudes Towards Menopause Scale ($t = -2.62$, $P < 0.05$). The mean scores of women who currently use or previously used HRT after menopause (40.27 ± 8.18) were higher than those of women who had never used HRT (34.03 ± 8.73).

Table 3 shows the results of the multiple linear regression model for the total attitudes towards menopause score. For the prediction of the dependent variable, educational levels, marital status, smoking, age, OCP, number of children, employment status, history of HRT, and years in menopause were included in the multiple linear regression analyses. The predictors explained 29% of the variation in attitudes ($R^2 = 0.29$; $F = 3.69$, degrees of freedom = 15, $P < 0.001$). The multiple linear regression analysis showed a statistically significant difference between attitudes towards menopause, age, and educational levels.

Table 4 shows the mean (\bar{x}) and standard deviations (\pm SD) of the individual statements of the Attitudes Towards Menopause Scale according to menopausal status. As is evident from the table, there were no statistically significant differences between the women in the premenopausal and postmenopausal phases in terms of their answers to most individual statements. However, women in the premenopausal phase agreed more that "Women are often concerned that they will no longer have sexual intercourse after the discontinuation of their menstruation" ($P < 0.05$).

DISCUSSION

In this study, it was found that women in south-east Turkey had negative attitudes as measured by the Attitudes Towards

Table 2. The distribution of the menopause attitudes' scale scores according to menopausal characteristics of south eastern region Turkish women

	<i>n</i>	%	Menopause attitudes' scale scores [†] $\bar{x} \pm SD$ [‡]	Test and <i>P</i> -value [§]
Menopausal status				
Premenopausal	24	15.6	34.75 ± 8.86	<i>t</i> = 0.18
Postmenopausal	130	84.4	34.41 ± 6.89	<i>P</i> > 0.05
Type of menopause (<i>n</i> = 130)				
Natural	113	86.9	34.29 ± 7.62	<i>t</i> = -1.54
Other*	17	13.1	37.82 ± 14.69	<i>P</i> > 0.05
Age distribution of women in premenopause (years)				
40-44	10	41.7	35.00 ± 4.08	<i>F</i> = 0.20
45-49	12	50.0	34.42 ± 9.15	<i>P</i> > 0.05
50 and over	2	8.3	31.50 ± 0.71	
Age distribution of women in menopause (years)				
Less than 40	7	5.38	46.57 ± 8.75	<i>F</i> = 0.45
40-44	55	42.31	31.49 ± 5.72	<i>P</i> > 0.05
45-49	39	30.00	37.61 ± 9.72	
50-54	21	16.15	32.57 ± 8.85	
55 and over	8	6.15	38.62 ± 9.66	
Duration of menopause (years) (<i>n</i> = 130)				
1-5	76	58.46		<i>r</i> = 0.10
6-10	31	23.85		<i>P</i> > 0.05
11-15	16	12.31		
16 and over	7	5.38		
Physician visit before entering menopause				
Yes	27	20.7	38.74 ± 13.75	<i>t</i> = 2.69
No	103	79.3	33.71 ± -6.77	<i>P</i> < 0.05
Physician visit after entering menopause				
Yes	38	29.2	37.13 ± 11.71	<i>t</i> = 1.99
No	92	70.8	33.77 ± -7.23	<i>P</i> < 0.05
Status of HRT usage after menopause				
Never used	115	88.4	34.03 ± 8.73	<i>t</i> = -2.62
Currently use/previously used	15	11.6	40.27 ± 8.18	<i>P</i> < 0.05

[†]Scale scores range from 0 to 80, with higher scores representing more positive attitudes. [‡] \bar{x} , mean; SD, standard deviation. [§]*P*-values computed based on ANOVA, *t*-test, or Pearson's linear correlation. HRT, hormone replacement therapy.

Menopause Scale. This result is consistent with previous studies (Ucanok & Bayraktar, 1996; Ergol, 2001). The literature indicates that women with negative attitudes see menopause as associated with a loss of attraction and sexuality. In this study, women in the premenopausal phase were more concerned about their sexuality after menopause than the women in the postmenopausal phase (Berger, 1999).

Attitudes towards menopause were affected by the women's age. Older women had more positive attitudes, confirming previous findings. Factors influencing the attitudes towards menopause score were examined using multiple linear regression analyses. The results revealed that age is statistically important. Previous studies indicated a relationship between age and attitudes, but most of them found more positive attitudes associated with an older age (Sommer *et al.*, 1999; Cheng *et al.*, 2005; Jassim & Al-Shboul, 2008; Nacar *et al.*, 2008). However, some studies suggest that age had no effect on the attitudes of women towards menopause (Akkuzu *et al.*, 2009; Adewuyi & Akinade, 2010). Although the results of prior studies conflict with each other, in general, the effect of age is thought to be important in terms of the

attitudes of women towards menopause. If menopause is seen as a sign of aging, negative thoughts will occur towards menopause with age.

We also found a relationship between the menopausal attitude and educational level of women. Participants with a high school certificate and higher education levels had more positive attitudes towards menopause scores. Some of the earlier reports indicated that well educated women have a more positive attitude regardless of their culture (Garcia Padilla *et al.*, 2000; Papini *et al.*, 2002; Sievert & Espinosa-Hernandez, 2003), while some did not find a significant relationship between women's attitude and their educational level (Cheng *et al.*, 2005; Leon *et al.*, 2007; Jassim & Al-Shboul, 2008).

Consistent with other research, our study found no significant relationship between women's attitudes and their marital status. A similar study conducted by Nacar *et al.* stated that marital status had no effect on the attitudes of women towards menopause. Jassim and Al-Shboul (2008) indicated that widowed and divorced women demonstrated the most positive attitudes. This study found no relationship between the number of children and the women's attitudes

Table 3. Correlations with attitudes towards menopause: The general linear model with the parameter estimates

Variable	Level/group (constant)	B 29.113	Standard error 7.879	Beta	t 3.695	Significance < 0.001
Educational level	Illiterate	-8.939	3.163	-0.495	-2.826	0.005
	Literate	-10.210	3.267	-0.426	-3.125	0.002
	Primary	-8.501	2.992	-0.461	-2.842	0.005
	Secondary	-8.492	3.845	-0.256	-2.208	0.029
	High school	-0.808	3.606	-0.023	-0.224	0.823
	University	0.000	0.000	0.000	0.000	< 0.001
Marital status	Married	-0.099	2.137	-0.004	-0.046	0.963
	Divorced	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Employment	No	-3.977	2.728	-0.120	-1.458	0.147
	Yes	0.000	0.000	0.000	0.000	< 0.001
Smoking	Yes	-0.078	1.449	-0.004	-0.054	0.957
	No	0.000	0.000	0.000	0.000	< 0.001
Age		0.423	0.142	0.295	2.986	0.003
OCP	Past user	-6.090	1.626	-0.302	-3.745	< 0.001
	Current user	-5.880	4.759	-0.095	-1.235	0.219
	Never used	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Children	Per child	-0.485	0.0354	-0.124	-1.372	0.172
Years in menopause	Per year	-0.149	0.185	-0.083	-0.808	0.420
HRT	Past user	-3.876	2.188	-0.197	-1.772	0.079
	Current user	1.602	3.103	0.056	0.516	0.607
	Never used	0.000	0.000	0.000	0.000	< 0.001

R^2 for this model = 0.29. Negative signs for variable coefficients are interpreted as lower positive (more negative) attitudes compared to the reference group. HRT, hormone replacement treatment; OCP, oral contraceptive pills.

towards menopause score. This result was consistent with the study by Jassim and Al-Shboul (2008).

Previous studies suggest that menopausal status affects the attitudes of women, with women in the premenopausal phase tending to be less positive in their attitudes than those in the postmenopausal phase (Sommer *et al.*, 1999; Cheng *et al.*, 2005; Jassim & Al-Shboul, 2008). Unlike previous results, the present study showed no difference between menopause status and women's attitudes. Avis and McKinlay (1991) report that women's attitudes become more positive as they experience menopause. According to Jassim & Al-Shboul (2008), once women are going through menopause, they find it to be less troubling than they had anticipated. Our results may be due to a smaller sample size, or real differences in women of south-east Turkey from other groups. More formal research on menopausal attitudes could help to reveal whether there are consistent or culture-specific differences in attitudes.

A relationship was found between the attitudes towards menopause and visiting a physician before and after the onset of menopause. The mean scale scores were higher for women who visited physicians in both periods, potentially signaling a difference in women who consult medical care about menopause. Turkish women in south-east Turkey tend to resist consulting a physician on the subject of menopause. The most obvious explanation for this resistance is that Turkish women, especially those living in rural areas, regard menopause as being a natural event, which is not usually subject to intervention by treatment.

In addition, women who had previously or currently used medical therapies (HRT) had more positive attitudes. Although the use of hormone therapy in menopause significantly improved symptoms, a study by Blumberg (1996) indicated that there was no significant difference in attitudes between the women who had used HRT and those who had never used it. Turkish women who consult physicians may be self-selected as different in their attitudes, similar to our finding about visiting a physician.

In this study, women experiencing the premenopausal phase were more worried about their sexuality after menopause than the women who were already in the postmenopausal phase. This result is consistent with the existing literature (Cheng *et al.*, 2005; Ayranci *et al.*, 2010). Some studies reveal that prior to menopause women see menopause as the end of their sexuality (Berger, 1999; Ayranci *et al.*, 2010).

The present study found similar results to previous studies, where the majority of women with positive attitudes were older, well educated, used HRT for menopausal symptoms, and had seen a physician before and after menopause.

STUDY LIMITATIONS

There are several limitations of this study. First, this study was cross-sectional and had a relatively small sample size. The present study is subject to typical limitations of a cross-sectional study, including that attitudes were measured at the

Table 4. The mean and standard deviations of menopause attitudes scale statements[†] according to menopausal status

Statements	The menopausal status [‡]				P-value
	Mean	Pre Standard deviation	Mean	Post Standard deviation	
Women usually do not see menopause as a negative event in their lives.	2.21	1.28	2.31	1.28	0.728
Women are usually concerned about the feelings of their husbands against them after the discontinuation of their menstruation.	1.33	0.76	1.79	1.21	0.074
Women tend to do crazy things that they understand after the discontinuation of their menstruation.	2.29	0.81	2.13	1.10	0.497
Men find their wives sexually less attractive after the discontinuation of their menstruation.	2.00	0.51	2.22	1.09	0.330
Women are often nervous and tense during the premenopausal period.	1.00	0.93	1.11	0.93	0.602
Many women think that they are no longer truly women after the discontinuation of their menstruation.	2.17	1.20	2.06	1.17	0.688
Many women regret the discontinuation of their menstruation.	1.00	0.51	1.38	1.08	0.097
The discontinuation of menstruation is an unpleasant experience for women.	1.63	0.97	1.45	1.10	0.458
Women should expect to experience some problems during their premenopausal period.	1.42	1.14	1.34	1.08	0.746
In fact, almost every woman feels a certain distress caused by this change.	1.21	0.88	1.44	1.03	0.308
The discontinuation of menstruation is a sign of aging.	1.46	1.06	1.47	1.05	0.963
The most frightening thing for women in the premenopausal period is unknown.	1.38	0.92	1.62	1.08	0.293
Women are often concerned that they will no longer have sexual intercourse after the discontinuation of their menstruation.	2.58	0.97	1.84	1.28	0.008
Many women may be sad and depressed during their premenopausal period.	1.33	0.70	1.39	1.12	0.803
The discontinuation of menstruation turns many women's lives upside down.	1.79	0.98	1.68	1.06	0.645
The discontinuation of menstruation is a time when problems occur in a woman's life.	1.17	0.96	1.68	1.20	0.050
Women often lose their sexual desire and interest after the discontinuation of menstruation.	2.29	1.12	2.03	1.11	0.294
The discontinuation of menstruation does not greatly affect the lives of women.	2.13	0.99	2.08	1.17	0.850
The discontinuation of menstruation is a difficult situation for many women.	1.33	0.92	1.53	1.24	0.459
Many menopausal women no longer lose their physical attraction.	2.71	1.16	2.21	1.19	0.058

[†]Range 0–4 (0 negative; 4 positive) Negatively worded items are reverse scored. [‡]Women who reported they had not (pre) or had (post) completed menopause were compared.

same time as menopausal status. Second, the answers of the women who had completed menopause were based on their retrospective recall. Moreover, the study was performed at a single hospital in south-east Turkey. While some findings are consistent with prior research, the study sample has some cultural uniqueness, and is generalizable primarily to women living in south-east Turkey.

Implications for practice and further research

The findings of this study are clinically important for health professionals because they describe associations of attitudes with menopause in women between ages 40 and 65 years. Health professionals might not ask, nor be familiar with

their patients' attitudes and concerns regarding menopause. Nurses may play a preventive role by assessing women's attitudes. Because women's attitudes affect their health-seeking behavior in menopause, it is very important to pay attention to the menopausal period to improve the quality of life of maturing women. For this reason, nurses working with menopause-aged women have a responsibility to evaluate the attitudes of women before and during the menopausal period. We suggest that such assessment can be based on the Attitudes Towards Menopause Scale. In addition, more qualitative research should be conducted to design appropriate interventions addressing menopause-related attitudes of premenopausal and postmenopausal women.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was conducted with the support of Gaziantep University, Faculty of Health Sciences. The authors would like to thank all the women who took part in this research.

CONTRIBUTIONS

Study Design: SK, SZ
Data Collection and Analysis: SK, NO
Manuscript Writing: SK, SZ

REFERENCES

- Adeyemi TDO, Akinade EA. Perception and attitudes of Nigerian women towards the menopause. *Proc. Soc. Behav. Sci.* 2010; **5**: 1777–1782.
- Akkuzu G, Orsal O, Keciyan R. Women's attitudes towards the menopause and the influencing factors. *J. Turk. Clin. Med. Sci.* 2009; **29**: 666–674.
- Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas* 1991; **13**: 65–79.
- Ayranci U, Orsal O, Arslan G, Emeksz DF. The menopause status and attitudes in a Turkish female midlife population: An epidemiological study. *BMC Womens Health* 2010; **10**: 1–4.
- Berger GE. *Menopause and Culture*. London: Pluto Press, 1999.
- Blumberg G, Kaplan B, Rabinerson D, Goldmanby GA, Kitai E, Neribvc A. Women's attitudes towards the menopause and hormone replacement therapy. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1996; **54**: 271–277.
- Burger HG, Hale GE, Robertson DM, Dennerstein L. A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne women's midlife health project. *Hum. Reprod. Update* 2007; **13**: 559–565.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Women's reproductive health: Menopause accessed. [Cited 24 April 2011.] Available from URL: <http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/WomensRH/Menopause.htm> 2011.
- Cheng MH, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Attitudes towards the menopause among middle-aged women: A community survey on an Island of Taiwan. *Maturitas* 2005; **52**: 348–355.
- Dennerstein L. Well-being symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996; **23**: 147–157.
- Ergol S. Knowledge, practice and attitudes of women at climacteric periods. *Health and Society*. 2001; **1**: 49–57.
- Foo-Hoe L. Menopause and the Asian woman. Is she different from women of other ethnicities? *Menopausal Med.* 2007; **15**: 6–9.
- Garcia Padilla FM, Lopez Santos V, Toronjo Gomez AM, Toscano Marquez T, Contreras Martin A. Evaluation of the knowledge about the climacteric in Andalusian women. *Aten. Primaria* 2000; **26**: 476–481.
- Hess R, Bryce C, Hays R *et al.* Attitudes towards the Menopause: status and race differences and the impact on the symptoms. *Menopause* 2006; **13**: 986.
- Jassim GA, Al-Shboul Q. Attitudes of Bahraini women towards the menopause: Implications for health care policy. *Maturitas* 2008; **59**: 358–372.
- Kisa S, Taskin L. Validity of the symptomatic approach used by nurses in diagnosing vaginal infections. *J. Clin. Nurs.* 2009; **18**: 1059–1068.
- Lemeshow S, Hosmer WD, Janelle Klar H, Lwanga SK. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. WHO: John Wiley & Sons, 1990.
- Leon P, Chedraui P, Hidalgo L, Ortiz F. Perceptions and attitudes towards the menopause among the middle aged women from Guayaquil, Ecuador. *Maturitas* 2007; **57**: 233–238.
- Mishra G, Kuh D. Perceived change in the quality of life during the menopause. *Soc. Sci. Med.* 2006; **62**: 93–102.
- Moon-Soo L, Jong-Hun K, Man Sik P *et al.* factors influencing the severity of the menopause symptoms in Korean women in the postmenopausal phase. *J. Korean Med. Sci.* 2010; **25**: 758–765.
- Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F. Perceptions and attitudes towards the menopause: a study from Kayseri. *Turk. J. Public Health* 2008; **6**: 36–45.
- Neugarten BL, Wood V, Kraines RJ, Loomis B. The women's attitude towards the menopause. *Vita Hum. Int. Z. Lebensalterforsch.* 1963; **6**: 140–153.
- Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* 2010; **13**: 419–428.
- Papini DR, Intrieri RC, Goodwin PE. The attitudes towards the menopause among the middle-aged married adults. *Women's Health* 2002; **36**: 55–68.
- Peters HW, Westendorp ICD, Hak AE *et al.* Menopausal status and risk factors for cardiovascular disease. *J. Intern. Med.* 1999; **246**: 521–528.
- Reynolds RF, Obermeyer CM. The age of those going through the natural menopause in Spain and the United States: Results from the dames project American. *J. Hum. Biol.* 2005; **17**: 331–340.
- Sievert LL, Espinosa-Hernandez G. Attitudes towards the menopause in relation to symptoms experienced In Puebla, Mexico. *Women's Health* 2003; **38**: 93–106.
- Smits J, Gündüz-Hoşgör A. 2003. The status of rural women in Turkey: What is the role of regional differences? Nice working paper 06-101. [Cited 25 April 2011.] Available from URL: <http://www.Ru.NI/Nice/Workingpapers>
- Sommer B, Avis N, Meyer P *et al.* Attitudes towards the menopause and aging across the ethnic/racial groups. *Psychosom. Med.* 1999; **61**: 868–875.
- Turkey's Demographic and Health Survey (TDHS). (2008) Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara.
- Turkish Statistical Institute (TSI). *Demographic Statistics, Statistical Year Book*. Ankara: TSI, 2010.
- Ucanok Z, Bayraktar R. Menopausal symptoms, attitudes towards menopause and life orientation in women at different age groups. *J. Psychiatry Psychol. Psychopharmacol.* (3 P) 1996; **4**: 11–20.
- World Health Organization (WHO). *Long-Term Hormone Therapy for Perimenopausal and Postmenopausal Women: RHL Commentary*. (Last Revised: 6 March 2006). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

ANEXO IV – Fichas de leitura da análise dos artigos

Estudo	Severity of menopausal symptoms of Jordanian women (A gravidade dos sintomas da menopausa nas mulheres da Jordânia)	
Autor/ Ano / País	M. GHARAIBEH; S. AL-OBEISAT; J. HATTAB (2010), Jordânia	
Participantes	350 Mulheres da Jordânia, casadas com idades entre os 45 e 55 anos que viviam na Cidade de Irbid no momento da colheita de dados.	
Intervenções	<p>O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência em quatro Centros de Saúde Materno-Infantil, localizados em diferentes áreas de Irbid. Os dados foram colhidos através da utilização de um questionário, composto por duas partes, sendo a primeira com questões sociodemográficas, história obstétrica, e experiências sobre as intervenções utilizadas na gestão da sintomatologia na menopausa. Na segunda parte, foi utilizada uma escala para medir a gravidade dos sintomas na menopausa (<i>Greene Climacteric Scale</i>). A escala inclui itens sobre os sintomas vasomotores, somáticos, psicológicos e da sexualidade.</p> <p>As mulheres foram classificadas em três grupos: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa.</p> <p>Foi utilizado um teste piloto com uma amostra de 30 mulheres, para identificar as dificuldades de leitura e de compreensão do questionário, demonstrando ser um instrumento de fácil entendimento e preenchimento.</p>	
Resultados	<p>A média de idade das mulheres que participaram no estudo foi de 49,6 anos, em que 54,3% estava na pré-menopausa, 22,3% na peri-menopausa e 23,4% na pós-menopausa.</p> <p>55,6% das mulheres referem queixas físicas no âmbito da menopausa e 38,8% queixas psicológicas.</p> <p>24,4% das mulheres casadas, indicou que a menopausa afetou o relacionamento com o marido, principalmente por causa da falta de desejo sexual.</p> <p>Nas mulheres na peri-menopausa e pós-menopausa, a pontuação obtida no âmbito da sexualidade e sintomas de perda de interesse sexual, secura vaginal e dispareunia, foi mais elevada comparativamente com as mulheres na pré-menopausa.</p> <p>Incentiva a importância da educação para a saúde, onde se aborde precocemente as alterações da menopausa junto das mulheres.</p> <p>É considerado importante que os profissionais de saúde intervenham junto das mulheres para além da idade reprodutiva, de forma a capacitá-las e ajudar a melhorar a sua qualidade de vida.</p>	
Nº de Artigo	Nível de Evidência	Tipo de Estudo
1	V	Quantitativo, descritivo transversal

Estudo	The Perception of Menopause Among Turkish Women (A percepção da menopausa entre as mulheres turcas)	
Autor/ Ano / País	H. B. YANGIN, K. KUKULU, G. AK SÖZER (2010), Turquia	
Participantes	300 Mulheres turcas em menopausa que recorreram à consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital da Universidade de Akdeniz, durante o mês de janeiro de 2007	
Intervenções	<p>Foi utilizado um formulário de pesquisa descritiva, para determinar as características socio-demográficas das mulheres e a sua percepção sobre a menopausa.</p> <p>A média de idade das mulheres que participaram no estudo foi de 53,61 anos. A média de idade em que ocorreu a menopausa foi de 45,75 anos.</p> <p>Este estudo revelou que 57,7% percecionava a menopausa de forma negativa, enquanto 42,3% de forma positiva</p>	
Resultados	<p>A menopausa é vivida de forma diferente nas várias culturas, sendo que o ambiente socio-cultural pode explicar essas diferenças, uma vez que tem um impacto significativo sobre as percepções dos sintomas na menopausa.</p> <p>Este estudo revela que a idade da menopausa acontece mais cedo em países modernos e industrializados.</p> <p>Mais de metade das mulheres que participaram no estudo, percecionam a menopausa de forma negativa, por causa das mudanças que ocorrem no seu corpo, por problemas sexuais e porque perderam a capacidade de engravidar. 42,3% veem a menopausa de forma positiva. Determinou-se que em sociedades que percebem a menopausa como um evento positivo, apresentam menos sintomas relacionados com a menopausa.</p> <p>Determinou existir uma relação significativa entre a percepção da menopausa e a frequência das relações sexuais durante a pós-menopausa. Como a frequência das relações sexuais na pós-menopausa aumenta, as mulheres percecionam a menopausa de forma mais positiva e vice-versa.</p> <p>O estudo revelou que um dos aspetos mais importantes na menopausa é aumentar e manter a qualidade de vida das mulheres nesta etapa de vida. Neste contexto, deve ser desenvolvida a educação para a saúde para ajudar os casais a perceberem a menopausa de uma forma mais positiva.</p>	
Nº de Artigo	Nível de Evidência	Tipo de Estudo
1	V	Quantitativo, descritivo transversal

Estudo	Examination of midlife women's attitudes toward menopause in Turkey (Examinar as atitudes das mulheres de meia-idade na Turquia, relativamente à menopausa)	
Autor/ Ano / País	S. KISA, S. ZEYNELOG; N. OZDEMIR (2012), Turquia	
Participantes	Utilizou-se uma amostra de 154 mulheres turcas com idade ≥ 40 anos em menopausa, no Hospital da Universidade de Gaziantep no sudeste da Turquia. O estudo foi realizado entre 01 de fevereiro e 31 de julho de 2009.	
Intervenções	Foi utilizado um questionário e uma escala (<i>Menopause Attitudes scale</i>). A maioria das mulheres do estudo tinha atitudes negativas em relação à menopausa. O questionário foi composto por perguntas sociodemográficas, história obstétrica e menopausa. Realizou-se um estudo piloto com 10 mulheres para determinar se as questões eram compreendidas pelas mulheres, reformulando-se algumas. A escala utilizada permitiu identificar o que a mulher pensa acerca da menopausa. Os dados foram colhidos por um investigador experiente em enfermagem de obstetria e ginecologia. As mulheres foram classificadas em pós-menopausa e pré-menopausa.	
Resultados	<p>A média de idade das mulheres foi de 50,48 anos.</p> <p>Os resultados mostram que, globalmente, as mulheres participantes tiveram atitudes negativas para com a menopausa, as mulheres mais velhas, atitudes mais positivas em relação à menopausa.</p> <p>O estudo revelou que as mulheres na pré-menopausa estão muito preocupadas, pois os seus maridos deixarão de ter relações sexuais depois de terminar a menstruação.</p> <p>O estudo revelou que as mulheres na pré-menopausa preocupam-se mais com a sua sexualidade após a menopausa do que as mulheres que já estavam na pós-menopausa. Revelou também que as mulheres veem a menopausa como o fim da sexualidade.</p> <p>Foi encontrada uma relação entre as atitudes em relação à menopausa e a visita a um médico antes e após o início da menopausa. A razão mais óbvia para a resistência à sua vigilância de saúde prende-se com o facto de verem a menopausa como um evento natural.</p> <p>Os enfermeiros devem desempenhar um papel preventivo na avaliação das atitudes das mulheres, pois as suas atitudes podem afetar a sua saúde durante a menopausa. É muito importante estar atento ao período da menopausa para ajudar a melhorar a qualidade de vida das mulheres.</p>	
Nº de Artigos	Nível de Evidência	Tipo de Estudo
1	V	Quantitativo, descritivo transversal