

MENOPAUSA: PREDITORES DA SATISFAÇÃO CONJUGAL

Filipa Pinheiro^{□1} & Eleonora Costa²

¹ Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal, afpinheiro0619@gmail.com

² Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Braga, Portugal, eleonoraucp@gmail.com

RESUMO: A menopausa é um processo do desenvolvimento importante e normal na vida de uma mulher e percebida como um momento de mudança na saúde emocional e física. O presente estudo teve como objetivos avaliar: a satisfação conjugal na menopausa nos diferentes estádios; a relação entre qualidade de vida, satisfação sexual, alterações de humor e a satisfação conjugal na menopausa; e, os determinantes sociodemográficos e psicossociais da satisfação conjugal na menopausa. Trata-se de um estudo de *design* transversal, com 100 participantes do sexo feminino na menopausa. Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, Escala de Qualidade de Vida, Escala de Avaliação do Relacionamento, Escala de Satisfação Sexual e Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*. Os resultados revelam que a satisfação conjugal e a qualidade de vida ambiental são mais elevados nas mulheres mais jovens que se encontram nos estádios iniciais da menopausa (pré e peri menopausa); uma qualidade de vida superior, em todas as dimensões, está associada a maior satisfação conjugal; níveis mais elevados de *stress* estão associados com menor satisfação conjugal; foram preditores positivos da satisfação conjugal a qualidade de vida social e ambiental e, o *stress*, a idade e a escolaridade foram preditores negativos da satisfação conjugal.

Palavras-Chave: Menopausa, satisfação conjugal, qualidade de vida, satisfação sexual, alterações de humor

MENOPAUSE: PREDICTORS OF MARITAL SATISFACTION

ABSTRACT: Menopause is an important and normal process in the development of a woman's life, is perceived as a time of change in emotional and physical health. The objectives of this study were to evaluate: marital satisfaction in different stages; the relationship between quality of life, sexual satisfaction, mood changes and conjugal satisfaction during menopause; and, the socio-demographic and psychosocial determinants of marital satisfaction during menopause. This is a cross-sectional design study with 100 female menopausal participants. The instruments used were the sociodemographic questionnaire, Quality of Life Scale, Relationship Assessment Scale,

□ Travessa Dom Afonso Henriques, n26 Parada de Tibães, 4700-539 Braga, email: afpinheiro0619@gmail.com

Sexual Satisfaction Scale and Anxiety, Depression and Stress Scale. The results show that marital satisfaction and environmental quality of life are higher among younger women in the early stages of menopause (pre and peri menopause); a higher quality of life in all dimensions is associated with higher marital satisfaction; higher levels of stress are associated with lower marital satisfaction; and, positive predictors of marital satisfaction were social and environmental quality of life and stress, age and schooling were negative predictors of marital satisfaction.

Keywords: Menopause, marital satisfaction, quality of life, sexual satisfaction, mood changes

Recebido em 29 de Abril de 2020/ Aceite em 16 de Junho de 2020

O envelhecimento difere de indivíduo para indivíduo, sendo um processo gradual e mais ou menos célere. O aparecimento de sinais de envelhecimento prende-se com variados fatores, nomeadamente, o estilo de vida, condições genéticas, ambientais e socioeconómicas (Fechine & Trompieri, 2012). Desta forma, o aumento da esperança média de vida e a diminuição da mortalidade contribuem para um maior envelhecimento global da população, sendo que, na mulher a menopausa prende-se como um marco importante na meia-idade (Cavadas, Nunes, Pinheiro, & Silva, 2010).

Esta fase do desenvolvimento é caracterizada por uma alteração natural, que causa a diminuição de hormonas femininas responsáveis pela menstruação, levando à cessação da atividade reprodutiva da mulher (Souza & Araújo, 2015). O impacto que esta condição tem na vida da mulher tem sido alvo de grande destaque no campo científico visto que, com o aumento da esperança média de vida, a mulher vive cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa. Geralmente esta fase ocorre entre os 40 e os 65 anos, sendo que, nos países desenvolvidos a idade média é de 51.2 anos (Rodrigues, 2015). Encontram-se casos em que a menopausa é precoce ou prematura e ocorre, normalmente antes dos 45 anos, por causa espontânea ou induzida, sendo que pode ser influenciada por hábitos de vida desajustados, tais como o uso de tabaco, alimentação desequilibrada, ausência de atividade física ou histórico de episódios psicopatológicos (Lomônaco, Tomaz, & Ramos, 2015). Nos países desenvolvidos, cerca de 30% da população mundial feminina está a atravessar ou já passou pela experiência da menopausa (Polisseni et al., 2009).

Esta fase do desenvolvimento é associada a diversos sintomas tais como dores nas articulações, perturbações do humor e do sono, irritabilidade, fadiga, suores, secura vaginal, ansiedade generalizada, depressão, declínio na vida sexual, entre outros (Caires, Oliveira, & Araújo, 2015). Assim, as queixas e os distúrbios que possam surgir nesta fase da vida deverão ser contextualizados e percebidos numa visão holística como um todo que inclui alterações biológicas e psicológicas, bem como alterações nas características da personalidade (Rodrigues, 2015).

A menopausa não é percebida e sentida pelas mulheres de forma igual, é desenvolvida dentro de parâmetros sociais, económicos, culturais e étnicos muito diferentes. Os sintomas de calor e afrontamentos, os mais característicos da menopausa, variam de cultura para cultura, sendo que 85% das mulheres europeias experienciam estes sintomas, em contrapartida, apenas 17% das mulheres japonesas passam por esta sintomatologia, bem como 5% das mulheres da América Central (Trench & Santos, 2005).

A capacidade de lidar com todas as mudanças durante a menopausa é influenciada por variáveis sociodemográficas, situação educacional, situação de trabalho e relações sociais (Erbil, 2018). Nesta fase, a mulher necessita de suporte e apoio percebido, principalmente por parte do marido pois as alterações na vida da mulher podem ter alterações na qualidade da relação conjugal (Yoshany, Morowatisharifabad, Mihanpour, Bahri, & Jadgal, 2017).

Menopausa

O período de transição para menopausa é uma mudança normativa no processo de envelhecimento, constituída por alterações hormonais que podem induzir o aparecimento de sintomas que terão impacto na qualidade de vida nas várias dimensões (Genazzani, Gambacciani, & Simoncini, 2007). Do ponto de vista do modelo biomédico, entende-se por menopausa o período durante o qual ocorre a extinção das menstruações, através da redução gradual do funcionamento dos ovários, havendo uma diminuição da libertação mensal de óvulos e da produção de estrogénios (Pimenta, Leal & Branco, 2007). Segundo Freitas e colaboradores (2004), este processo, prende-se por mudanças físicas e emocionais com influência de múltiplos fatores como a história de vida pessoal e familiar, bem como do ambiente, cultura e personalidade.

A menopausa é um biomarcador da transição da capacidade reprodutiva para a senescência ovárica e, em termos clínicos, diagnostica-se após um ano de amenorreia sem outra causa demonstrada. Habitualmente, a menopausa ocorre em média aos 51 anos nos países europeus (menopausa fisiológica), no entanto pode também ser tardia (depois dos 55 anos) ou precoce (antes dos 45 anos) (Oliveira, 2016).

Quando se fala de menopausa é fundamental considerar definições aceites internacionalmente que constituem as fases da menopausa: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (Cavadas et al., 2010). A primeira fase, a pré-menopausa, inclui toda a idade fértil, referindo-se ao período de tempo decorrido entre o início e o declínio da função ovárica ocorrendo imediatamente um a dois anos antes da menopausa (Oliveira, 2016; Utian, 2004). A fase seguinte, a perimenopausa, refere-se à fase imediatamente antes da menopausa, que tem duração de dois a oito anos, onde começam a perceber-se os sintomas endocrinológicos, biológicos, clínicos e psicológicos (Utian, 2004). A última fase, designada por pós-menopausa corresponde à paragem completa e definitiva do funcionamento ovárico (Oliveira, 2016).

Os níveis reduzidos de estrogénio conduzem a uma ampla gama de sintomas, como tonturas, batimentos cardíacos acelerados e irregulares, atrofia vaginal, alterações de humor, distúrbio de sono, entre outros, sendo que estes influenciam a saúde física, psicológica e sexual das mulheres, tendo um forte impacto no trabalho, vida social, relação conjugal e qualidade de vida (Heidari, Shahbazi, Ghafourifard, & Sheikhi, 2017).

No seguimento do supracitado, a menopausa envolve manifestações fisiológicas que resultam de alterações hormonais e, para a maioria das mulheres, esta fase faz parte de uma transição normal. No entanto, é importante que qualquer compreensão desta temática seja inserida no contexto da vida da mulher e inclua considerações sobre seu estado psicológico, influências psicológicas, antecedentes culturais e sociais e o processo de envelhecimento, sendo que a capacidade de lidar com todas as mudanças durante a menopausa é influenciada por variáveis demográficas, estatuto social, situação profissional, relações sociais e conjugal (Erbil, 2018).

No sentido de haver uma maior compreensão da menopausa, vários autores desenvolverem modelos explicativos acerca desta temática. Para Serrão (2008), o modelo biomédico defende que a menopausa é conotada como uma deficiência hormonal e por sua vez uma etapa atribulada de cariz físico e emocional. Segundo o modelo psicossocial, esta fase centra-se na vulnerabilidade resultante de fatores hormonais causadores de *stress*, saída dos filhos de casa, lutos, conflitos ou problemas de saúde (Presado, 2013). Uma visão mais ampla desta etapa surge com o modelo biopsicossocial, que considera os aspetos biológicos, cognitivos e sociais, visto que, para explicar os fenómenos de saúde e doença, além de considerar os potenciais do indivíduo, inclui o contexto em que está inserido (Presado, 2013).

Satisfação conjugal e menopausa

Na passagem pela menopausa, o bem-estar das mulheres pode ser afetado em diversas dimensões, repercutindo-se nas suas relações sociais, familiares e conjugais (Rodolpho, Quirino, Hoga, & Rosa, 2016). Sendo a satisfação conjugal um dos fatores determinantes na estabilidade emocional do casal, alguns autores, relacionam-na com sentimentos de satisfação e prazer considerando os aspetos da vida do casal. Torna-se necessário ter em conta a conjugação da satisfação geral da vida conjugal, a satisfação sexual e a satisfação emocional (Heidari et al., 2017).

A relação conjugal tem sido apontada como um fator predominante na qualidade de vida das famílias e, por isso, fundamental para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos. O ajustamento conjugal, as formas de comunicação e as estratégias de resolução de conflitos são importantes fatores que influenciam o desenvolvimento de padrões de qualidade no ambiente familiar (Scorsolini-Comin, & Santos, 2010).

Sendo que nesta fase da vida da mulher, o companheiro é a pessoa mais importante e mais próxima para fornecer o apoio necessário, é fundamental uma compreensão adequada e empática da situação, tendo em conta que, devido a alterações hormonais, uma das preocupações no período da menopausa é a perda de desejo ou satisfação sexual, que se prende como um importante fator nas relações (Yoshany et al., 2017). No entanto, esta compreensão pode não ser verificada face à falta de conhecimento sobre a menopausa bem como a influência nas mulheres o que leva a um declínio da qualidade do relacionamento conjugal. Também é importante que o marido saiba lidar com as mudanças psicossociais vivenciadas pelas mulheres durante a menopausa contribuindo assim para minimizar as atitudes defensivas e conformistas (Rodolpho et al., 2016).

Northup (2006) defende que os relacionamentos sofrem alterações e adaptações face às alterações hormonais que ocorrem durante a menopausa. Segundo ele, as expectativas positivas fomentam a afetividade e o enriquecimento do casal e, em contrapartida, as baixas expectativas degradam a relação devido à antecipação de *stressores* nas interações relacionais, podendo contribuir para situações de rutura. Seguindo esta linha de pensamento, outros autores defendem que parece existir uma relação causal entre a saúde física e mental da mulher e a qualidade/satisfação das interações na relação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2009).

Num estudo constituído por uma amostra de 3.062 mulheres entre os 40 e 70 anos, verificou-se que as mulheres em pós-menopausa apresentaram valores inferiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico mas também ao nível das relações familiares ou alargadas, parecendo existir uma associação entre a menopausa e alterações ao nível relacional (Nisar & Sohoo, 2010).

Qualidade de vida e satisfação conjugal

Investigações a respeito desta fase da vida tornam-se relevantes, dado que é nesta que a mulher vive cerca de 1/3 da sua vida nesta condição e está vulnerável a alterações biopsicossociais. Assim, a qualidade de vida (QV) torna-se um aspeto importante a ser estudado (Freitas et al., 2016).

QV é um conceito multidimensional que tem sido utilizado em diferentes áreas do conhecimento (Poomalar & Arounassalame, 2013). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), QV define-se como a “*perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto cultural, no sistema de valores em que vive, e em relação a objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações*”.

Diversos autores realçam que a menopausa está negativamente relacionada com a QV, devido a todas as mudanças sofridas pelas mulheres, existindo um maior declínio no período peri e pós-menopausa, sendo de salientar que esta diminuição pode não estar associada aos sintomas mas às

crenças em volta desta fase (Andrade, Fernandes, Dias, Laurindo & Vieira, 2019; Nisar & Sohoo, 2010; Pimenta et al., 2007).

Budakoglu e colaboradores (2007) mostraram que a QV em mulheres na pós-menopausa é pior que a das mulheres na pré-menopausa, sendo este facto corroborado por Nisar e Sohoo (2010) num estudo constituído por 3062 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, onde se verificou que as mulheres no período pós-menopausa apresentavam valores inferiores de QV, nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiental relativamente às mulheres na pré e perimenopausa. Estes resultados podem não só estar relacionados com os sintomas menopáusicos, mas também com o envelhecimento, com a frequência cada vez maior de doenças crónicas, como também o isolamento social, todos estes fatores poderão ter um impacto negativo na QV na mulher na menopausa (Nisar & Sohoo, 2010).

Relativamente a um estudo com 506 mulheres com idades compreendidas entre 40 e 60 anos, os autores verificaram que as mulheres na peri e pós-menopausa mostraram pior QV em relação às pré-menopausicas (De Lorenzi et al. 2009).

Santos e colaboradores (2007) investigaram 41 mulheres na menopausa para avaliar, entre algumas variáveis, a QV. Como resultado, identificaram correlação negativa entre a sintomatologia na menopausa e a QV, o que levou a concluir que é recomendável a participação das mulheres em grupos de intervenção educacional, pois trata-se de uma importante estratégia na promoção da QV.

Ozkan e colaboradores (2005) mostraram que a QV foi significativamente menor em mulheres com queixas vasomotoras. Um alto nível educacional correlacionou-se com uma melhora na QV em mulheres na menopausa e mulheres na pós-menopausa tiveram uma melhor QV.

Uma medida utilizada para combater tais atitudes e perceções e promover a QV é a intervenção educacional. Esta intervenção representa um dos recursos com maior possibilidade de criar consequências positivas para a saúde feminina, na medida em que contribui para um maior cuidado pessoal, mudança de crenças negativas a respeito do envelhecimento feminino e esclarecimento de dúvidas sobre a menopausa (Freitas et al., 2016).

A *National Academy of Women's Health Medical Education* salienta, a importância do trabalho multidisciplinar no campo da saúde da mulher pois torna-se especialmente relevante, devido às associações que têm sido feitas sobre se os sintomas característicos da menopausa e o comprometimento da QV estão associados somente a esta etapa da vida ou, também, a fatores psicossociais (Freitas et al., 2016).

Satisfação sexual e satisfação conjugal

A sexualidade é parte integrante na maioria das relações amorosas, numa sociedade que enfatiza o casamento como a principal relação diádica dentro da qual o sexo ocorre (Carvalho, 2013).

Em torno do papel da sexualidade nos relacionamentos existem variadas crenças. Alguns indivíduos tomam o sexo como essencial para um bom casamento, enquanto outros acreditam que não se trata de uma temática tão importante, sendo também dada relevância a alguns aspetos como a frequência das relações, qual dos parceiros deve iniciar o ato e onde e quando o sexo deve ocorrer (Sprecher, Christopher, & Cate, 2016).

A sexualidade é uma componente importante na vida da mulher e parte do seu bem-estar físico e emocional. A função sexual pode ser influenciada por alterações hormonais e fisiológicas associadas à menopausa, fatores psicossocioculturais, económicos, uso de drogas, atrofia vulvovaginal, doença crónica e distúrbio hipoativo do desejo sexual. A ocorrência de atrofia no epitélio vaginal e secura, devido à falta de estrogénio, afeta negativamente a relação sexual. Estas mudanças resultam na diminuição do desejo sexual, excitação, lubrificação, satisfação e orgasmo e levam à dispareunia (Yanikkerem, Goker, Çakir, & Esmeray, 2018).

Existem vários fatores de relacionamento que afetam o funcionamento da vida sexual da mulher, nomeadamente a existência de um companheiro, a idade e o seu funcionamento sexual, a duração do relacionamento, e os sentimentos da mulher pelo mesmo. A importância que a mulher atribui à sexualidade e o nível de mal-estar no caso da ocorrência de disfunção sexual podem ser diferentes em função da idade da mulher (Bancroft, Loftus, & Long, 2003).

A satisfação sexual está significativamente relacionada com a satisfação conjugal, e uma vez que, um dos problemas mais proferidos pelas mulheres durante a menopausa é a percepção da diminuição do desejo sexual, parece relevante perceber o impacto deste sintoma na satisfação conjugal. Alguns estudos afirmam que a diminuição do desejo sexual é bastante crítica para a gestão do relacionamento, uma vez que está relacionada com a diminuição dos níveis de intimidade entre o casal e da satisfação conjugal. Mulheres satisfeitas com o relacionamento conjugal, também estão satisfeitas com o relacionamento sexual (Pechorro et al., 2009).

Uma pesquisa longitudinal norte-americana procurou associar a satisfação conjugal com a satisfação sexual e a frequência sexual. O estudo foi realizado com 207 casais heterossexuais recém-casados, acompanhados durante 4 anos, com avaliações a cada 6 a 8 meses e revelou que a satisfação conjugal e sexual estão diretamente associadas. O estudo demonstrou que tanto homens como mulheres que se consideravam mais satisfeitos no relacionamento também se consideravam mais satisfeitos sexualmente. O oposto também é verdadeiro, ou seja, quanto menos satisfação conjugal, menos satisfação sexual. Esses resultados sugerem que uma vida sexual mais satisfatória contribui para o aumento da satisfação conjugal. Esta, conseqüentemente, pode contribuir para o aumento da satisfação sexual, e assim por diante (McNulty, Wenner & Fisher, 2016).

Alterações de humor e satisfação conjugal

Nas sociedades ocidentais, as atitudes em relação à menopausa são influenciadas por suposições sociais e culturais e esta transição é frequentemente percebida como um momento de mudança na saúde emocional e física da mulher (Erbil, 2018). Sendo que a menopausa não ocorre isoladamente das interpretações sociais e mudanças psicológicas é importante que qualquer entendimento da menopausa seja colocado no contexto da vida de uma mulher e inclua a consideração de seu estado psicológico, influências psicológicas, antecedentes culturais e sociais e o processo de envelhecimento (Deeks, 2003).

As dimensões do humor são multifatoriais e podem incluir sintomas como ansiedade ou sentimentos de pânico, angústia psicológica, tristeza ou alegria, sintomas depressivos, bem-estar e irritabilidade. Os dados epidemiológicos sobre a influência da transição da menopausa no humor são conflitantes (Vesco, Haney, Humphrey, Fu, & Nelson, 2007). A literatura enfatiza a relação entre o estágio da menopausa e o *stress*, ansiedade e depressão, no entanto, vários autores mostram que o estágio da menopausa não é a única que prediz o humor depressivo e sintomas de *stress* (Pimenta, Maroco, Leitão, & Leal, 2016). A prevalência de depressão é maior entre as mulheres, sendo que as hormonas de estrogénio desempenham um papel importante nos sistemas de neurotransmissão (dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina) que possuem ação direta sobre os mecanismos reguladores de neuroplasticidade, excitabilidade e sobrevivência neuronal e de células da glia, com recetores nas regiões do cérebro responsáveis pela regulação do humor, tais como o córtex pré-frontal, a amígdala, o hipocampo, o corpo estriado e o tálamo (Gonçalves, Fagulha, & Ferreira, 2005; Rubinow & Schmidt, 2006).

Num estudo com 1004 casais, alguns autores relataram uma relação positiva entre casamentos coesos, cooperativos e de companheirismo e a saúde e bem-estar geral dos parceiros conjugais. Da mesma forma, casais em casamentos satisfatórios tinham melhor saúde física e psicológica do que aqueles em casamentos insatisfatórios. Para os casais que relataram estar insatisfeitos, as esposas

tinham níveis significativamente mais baixos de saúde física e psicológica do que os seus maridos, o que revela que a satisfação conjugal tem influência positiva ou negativa na saúde física e mental, não sendo apenas o casamento, mas a qualidade e as interações existentes no mesmo (Fielder & Kurpius, 2005).

Fatores biopsicossociais podem determinar a ocorrência de manifestações psíquicas, exteriorizadas por irritabilidade, nervosismo, depressão e ansiedade. Estima-se que um terço das mulheres sofrerá, pelo menos, um episódio de depressão durante a vida, com prevalência de 9% na menopausa. Nessa época, alguns fatores favorecem o surgimento dessa condição, como o medo de envelhecer, sentimento de inutilidade, e carência afetiva (Polisseni et al., 2009). O modelo biopsicossocial consegue explicar a evidência de que, em aproximadamente 50% dos casos, os sintomas psicossomáticos e emocionais, incluindo sintomatologia depressiva, característicos do período de menopausa, são tratáveis de forma eficaz com medicamentos (Pimenta et al., 2007).

Enquanto muitos pesquisadores investigaram depressão e menopausa, não são conhecidos estudos sobre os efeitos da função endócrina sobre a ansiedade na mulher na menopausa. A ansiedade neste estágio de desenvolvimento também pode ser influenciada por história de transtorno de ansiedade, e fatores psicossociais, relacionados com estado civil, problemas familiares, estatuto socioeconómico e fatores de estilo de vida, como o exercício (Deeks, 2003).

Determinantes sociodemográficos da satisfação conjugal na menopausa

A menopausa não representa apenas o fim do ciclo menstrual, mas também as inúmeras transformações físicas e psicológicas relacionadas, não só com o processo de envelhecimento, mas também com os novos significados de papéis estabelecidos socialmente no âmbito da família e do trabalho (Lomônaco et al., 2015). A forma como a menopausa é vivida por cada mulher depende, não só, do seu funcionamento psicológico mas também do seu contexto sociocultural. A relevância dos aspetos socioculturais e os próprios hábitos e condições de vida, nomeadamente, suporte económico, alimentação, estatuto de saúde, têm sido analisados (Fagulha & Gonçalves, 2005). O paradigma sociocultural defende que as dificuldades associadas à menopausa são culturalmente construídas, tendo na sua origem as crenças relativas ao envelhecimento, o papel social da mulher e estereótipos negativos (Pimenta et al., 2007).

A saúde e o bem-estar das mulheres na menopausa são influenciadas pelas classes sociais, culturais e económicos onde vivem, e alguns estudos mostram que a sintomatologia é diferente de cultura para cultura (Presado, 2013). Assim sendo, é importante considerar as mudanças dos papéis sociais femininos influenciados por esta etapa da vida da mulher, principalmente numa sociedade que valoriza o vigor e a juvenildade (Alves, Shimizu, & Berville, 2007).

Estudos revelam que na generalidade a representação social reúne uma atribuição negativa relacionada com o envelhecimento. Quanto mais negativas forem as representações sociais da menopausa, mais agravados serão os sintomas vividos pelas mulheres neste processo (Pimenta et al., 2007).

Catão (2007) refere um estudo com 200 mulheres portuguesas no estágio peri e pós-menopausa em que verificou que embora a representação social fosse positiva relativamente à fase da menopausa em que se encontravam, era notória a existência de correlações negativas entre a representação social e a sintomatologia vasomotora e psicossocial, sendo que para as mulheres na peri-menopausa e, para as mulheres na pós-menopausa, a correlação era negativa entre a representação social e a deterioração da qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual).

Num estudo da comunidade geral, as mulheres de uma classe social mais baixa preveem um aumento de sentimentos de humor deprimido e níveis mais altos de ansiedade. O desemprego também foi

encontrado como fator que prevê níveis mais elevados de ansiedade, sendo que mulheres com níveis de escolaridade mais baixos apresentam mais da variância nos níveis de depressão (Deeks, 2003).

O estatuto sociocultural, as crenças e as atitudes predizem a sintomatologia na menopausa, uma vez que mulheres que têm um nível sociocultural mais baixo tendem a apresentar um maior número de sintomas na menopausa (Serrão, 2008). Assim, mulheres com um estatuto socioeconómico mais elevado, com mais habilitações literárias e maior acesso aos serviços de saúde, são utilizadoras de terapêuticas medicamentosas mais usuais para o tratamento dos sintomas da menopausa (Pimenta et al., 2007).

Depois de toda a revisão da literatura, conclui-se que esta é uma fase da vida da mulher que necessita de mais investigação e atenção. Assim sendo, o presente estudo teve como objetivos avaliar a diferença ao nível das variáveis em estudo (qualidade de vida, satisfação sexual, alterações de humor e satisfação conjugal) nos diferentes estádios da menopausa; avaliar a relação entre qualidade de vida, satisfação sexual e alterações de humor e a satisfação conjugal na menopausa; e, avaliar os determinantes sociodemográficos e psicossociais na satisfação conjugal da menopausa.

MÉTODOS

O presente estudo seguiu uma metodologia quantitativa, com desenho de investigação transversal, descritivo, e analítico.

Sendo a menopausa um processo natural da vida de todas as mulheres, inserido no seu processo de envelhecimento, no qual a mulher passa cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa, torna-se pertinente aprofundar esta temática. Assim este estudo tem como objetivo geral avaliar os preditores da satisfação conjugal na menopausa e, como objetivos específicos avaliar: (1) a diferença ao nível das variáveis em estudo (qualidade de vida, satisfação sexual, alterações de humor e satisfação conjugal) nos diferentes estádios da menopausa; (2) a relação entre qualidade de vida, satisfação sexual e alterações de humor e a satisfação conjugal na menopausa; e, (3) os determinantes sociodemográficos e psicossociais na satisfação conjugal da menopausa.

Tendo por base os objetivos de estudo, foram definidas as seguintes hipóteses: (1) espera-se que ao nível das variáveis em estudo se encontrem diferenças entre as mulheres nos diferentes estádios da menopausa; (2) espera-se que a qualidade de vida e a satisfação sexual na mulher se correlacionem positivamente com a satisfação conjugal; (3) espera-se que as alterações de humor se correlacionem negativamente com a satisfação conjugal; e, (4) espera-se que a qualidade de vida e a satisfação sexual sejam preditores positivos da satisfação conjugal e que as alterações de humor sejam preditores negativos da satisfação conjugal.

Participantes

A amostra foi constituída por conveniência, por 100 mulheres, numa relação amorosa e que estão ou estiveram na menopausa. Os critérios de inclusão para a recolha de dados foram: (1) estar numa relação; (2) estar ou já ter estado na menopausa; e (3) idade superior a 45 anos, com capacidade de responder por escrito ou sob forma de entrevista aos instrumentos.

Material

Questionário sociodemográfico e clínico foi constituído por 13 questões, de escolha múltipla e resposta direta e breve, tendo sido construído para a presente investigação com a finalidade de estudar variáveis sociodemográficas, assim como recolher outros dados relevantes para a caracterização da

amostra (idade, género, origem étnica, zona de residência habitual, escolaridade, situação profissional, rendimento mensal, estado civil, duração da relação, presença de menopausa, presença do companheiro nesta fase da vida, apoio do companheiro na dificuldade e presença de doença mental/psiquiátrica).

WHOQOL-Bref destinou-se à avaliação da qualidade de vida, tal como foi definida pela OMS. É constituída por 26 itens e está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações Sociais e ambiente. O *WHOQOL-Bref* é uma versão mais curta do instrumento original e pode ser usado para avaliar a QV em diferentes culturas e populações usando este instrumento sendo que apresenta valores aceitáveis de consistência interna, avaliada pelo alfa de *cronbach*, de cada um dos quatro domínios (Jenabi et al., 2015).

Relationship Assessment Scale (RAS; Hendrick, 1988) trata-se de uma escala que avalia de forma subjetiva e genérica a satisfação relacional. A escala foi traduzida para a população portuguesa por Santos e colaboradores (2000) e revista por Lind (2008). É uma escala de autorrelato constituída por 7 itens e mede uma única dimensão. Cada item é avaliado numa escala Likert de cinco níveis, desde o nível de menor satisfação até ao nível de maior satisfação, que variam consoante o conteúdo dos itens. Valores superiores a 4,0 podem ser indicadores de parceiros satisfeitos, valores abaixo de 3,5 (homens) e entre 3,0 e 3,5 (mulheres) podem sugerir alguma insatisfação na relação (Lind, 2008; Pires, 2011). Na versão portuguesa de Santos e colaboradores (citados em Lind, 2008), o valor de alfa de *Cronbach* foi de 0,86. No estudo de Lind (2008), o alfa de *Cronbach* foi de 0,93 para as mulheres e 0,91 para os homens.

Escala de Satisfação Sexual (SSS), versão reduzida dos autores Stulhofer, Busko e Brouillard (2010). A escala completa inclui cinco dimensões conceptuais, enfatizando a importância dos vários domínios do comportamento sexual: sensações sexuais, presença sexual/ consciência, variedade das relações sexuais, ligação emocional/ proximidade e atividade sexual. Para a construção e validação desta escala foram realizadas sete amostras independentes com mais de 2000 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos na Croácia e nos Estados Unidos da América. A escala reduzida tem apenas uma dimensão composta por 12 itens. As respostas são assinaladas numa escala Likert de cinco pontos (1- nada satisfeita a 5- extremamente satisfeita). Na versão reduzida o coeficiente de fiabilidade da escala variou entre .90 a .93, sendo considerado elevado.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e *Stress*, incluindo cada uma delas sete itens. Cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens). Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens). *Stress* – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens). As três escalas são constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Procedimento

Trata-se de um estudo com *design* transversal. O estudo foi apresentado ao conselho científico da Universidade Católica Portuguesa. A recolha de dados foi efetuada na população geral através de uma amostra não probabilística em bola de neve. Segundo Bernard (2005), esta técnica é um método de

amostragem útil para se estudar populações de difícil acesso. Neste caso, o acesso não seria difícil pela amostra mas pelas características da mesma. A todas as participantes foram comunicados os objetivos da sua colaboração, e foi enfatizado o carácter voluntário da sua participação, bem como, assegurado a confidencialidade dos dados. Para tal, todas as participantes assinaram um consentimento informado.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada através da versão 23 do programa IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória de dados, no que diz respeito às variáveis quantitativas, com o objetivo de verificar se estas apresentavam uma distribuição normal, pressuposto que deve estar cumprido para a utilização de estatística paramétrica. Esta análise teve como critérios os valores de assimetria e curtose, os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e a análise gráfica. Algumas variáveis não cumpriam este pressuposto, pelo que foram realizados os testes paramétricos e não paramétricos e, quando os resultados foram os mesmos, foram apresentados os resultados dos testes paramétricos (Fife-Schaw, 2006); caso contrário, foram apresentados os resultados dos testes não paramétricos.

Para efeitos da análise de dados inferencial, foram recodificadas em variáveis dicotómicas as variáveis relativas a situação profissional (empregada/não empregada) e escolaridade (até ensino secundário/ ensino superior).

Recorreu-se à ANOVA para comparar três ou mais grupos em relação a variáveis quantitativas com distribuição normal. A homogeneidade de variâncias foi testada através do teste de Levene e, quando esta não se verificou, foi utilizada a correção Brown-Forsythe. Perante diferenças estatisticamente significativas, foram realizados os testes post-hoc de Tukey, quando a homogeneidade das variâncias estava cumprida, ou de Tamhane, em caso contrário.

Para comparar três ou mais grupos em relação a variáveis quantitativas sem distribuição normal, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Quando se verificaram diferenças estatisticamente significativas, foram realizados testes de Mann-Whitney com correção Bonferroni, para verificar quais os grupos que apresentavam diferenças significativas.

Foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson e o Coeficiente de Correlação de Spearman, para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas, com e sem distribuição normal, respetivamente. Foi utilizado o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial para analisar a relação entre uma variável qualitativa dicotómica e uma variável quantitativa.

Por fim, para analisar preditores da satisfação com a relação, foi realizada uma análise de regressão linear hierárquica. Foram verificados os pressupostos para a realização desta análise, nomeadamente a independência das observações, ausência de multicolinearidade, ausência de *outliers* que afetam o modelo e normalidade dos resíduos (Field, 2017), estando todos os pressupostos cumpridos.

RESULTADOS

Descrição da amostra

A amostra foi constituída por 100 mulheres, numa relação conjugal, que estavam ou já tinham estado na menopausa. Como apresenta o quadro 1, a média de idade foi de 56.96 ($DP= 5,988$), sendo o mínimo 45 e máximo 75. Do total da amostra, a maioria era de origem caucasiana ($n=94$). No que respeita à escolaridade a maioria completou o ensino superior ($n=30$). Relativamente à situação

profissional, a maioria das inquiridas era desempregada ($n=71$). Por fim, 96% das mulheres já tinham tido menopausa e apenas 3% ainda não tinham estado mais de 12 meses sem menstruação.

Quadro 1. Medidas descritivas relativas a variáveis sociodemográficas da amostra

	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>DP</i>)
Idade		56,96 (5,99)
Origem étnica		
Caucasiana	94 (94,0)	
Hispanica	6 (6,0)	
Escolaridade		
1º ciclo	20 (20,0)	
2º ciclo	11 (11,0)	
3º ciclo	20 (20,0)	
Ensino secundário	19 (19,0)	
Ensino superior	30 (30,0)	
Situação profissional		
Desempregada	71 (71,0)	
Empregada	16 (16,0)	
Reformada	13 (13,0)	

Seguidamente, no quadro 2, será apresentada a descrição das variáveis psicossociais. De acordo com os resultados, podemos aferir que as participantes possuem níveis mais elevados de *stress* ($M=6,82$; $DP=5,80$) em detrimento das outras variáveis, ansiedade ($M=5,20$; $DP=5,45$) e depressão ($M=4,57$; $DP=5,49$). No que respeita à qualidade de vida, podemos confirmar que as mulheres têm mais qualidade de vida psicológica ($M=70,88$; $DP=14,39$) em comparação com as outras dimensões.

Quadro 2. Medidas descritivas relativas a variáveis psicossociais da amostra

	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Mdn</i> (<i>AIQ</i>)
Alterações de humor		
<i>Stress</i>	6,82 (5,80)	7,00 (8,00)
Ansiedade	5,20 (5,45)	4,00 (5,00)
Depressão	4,57 (5,49)	2,00 (7,00)
Satisfação conjugal	3,67 (1,07)	3,79 (1,43)
Qualidade de vida		
Psicológica	70,88 (14,39)	66,67 (20,83)
Social	37,72 (12,51)	33,33 (25,00)
Ambiente	66,76 (12,96)	70,31 (18,75)
Física	64,80 (13,73)	64,29 (19,64)
Satisfação sexual	40,94 (6,70)	42,00 (13,50)

O quadro 3 apresenta os resultados as análises de correlações entre as variáveis psicossociais em estudo e as variáveis sociodemográficas. Foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a idade e a satisfação conjugal, $r = -,50$, $p < ,001$ e a qualidade de vida nas dimensões social, $r = -,42$, $p < ,001$ e ambiente, $r_s = -,25$, $p = ,016$. Deste modo, idades superiores estão associadas com menos satisfação conjugal e menos qualidade de vida, nestas dimensões.

MENOPAUSA E SATISFAÇÃO CONJUGAL

Relativamente à origem étnica, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas com o *stress*, $r_{pb} = -,52, p < ,001$, ansiedade, $r_{pb} = -,50, p < ,001$ e depressão, $r_{pb} = -,39, p < ,001$, indicando que ser de origem caucasiana estava associada com menos *stress*, ansiedade e depressão. A escolaridade esteve associada de forma negativa estatisticamente significativa com a ansiedade, $r_{pb} = -,34, p = ,001$ e depressão, $r_{pb} = -,43, p < ,001$; por outro lado, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas com a qualidade de vida, na dimensão ambiente, $r_{pb} = ,32, p = ,001$ e física, $r_{pb} = ,36, p < ,001$. Assim, completar o ensino superior esteve associado com menos ansiedade e depressão, e com uma qualidade de vida superior.

Por fim, relativamente à situação profissional, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas com o *stress*, $r_{pb} = -,24, p = ,033$, ansiedade, $r_{pb} = -,47, p < ,001$, depressão, $r_{pb} = -,52, p < ,001$, e satisfação sexual, $r_{pb} = -,27, p = ,031$, indicando que estar empregada estava associado com menos *stress*, ansiedade, depressão, e também com menor satisfação sexual. Por outro lado, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas com a satisfação conjugal, $r_{pb} = ,36, p < ,001$ e qualidade de vida, em todas as dimensões, psicológica, $r_{pb} = ,39, p < ,001$, social, $r_{pb} = ,28, p = ,006$, ambiente, $r_{pb} = ,49, p < ,001$ e física, $r_{pb} = ,24, p = ,017$. Desta forma, estar empregada esteve associado com mais satisfação conjugal e uma qualidade de vida superior.

Quadro 3. Correlações entre variáveis psicossociais e variáveis sociodemográficas

	Idade ^a	Origem étnica ^b	Escolaridade ^b	Situação profissional ^b
Alterações de humor				
<i>Stress</i>	,05	-,52***	-,15	-,24*
Ansiedade	,15	-,50***	-,34**	-,47***
Depressão	,16	-,39***	-,43***	-,52***
Satisfação conjugal	-,50***	,18	-,26*	,36***
Qualidade de vida				
Psicológica	-,14	-,11	,11	,39***
Social	-,42***	,18	-,05	,28**
Ambiente	-,25*	-,07	,32**	,49***
Física	,20	-,02	,36***	,24*
Satisfação sexual	,19	-,07	-,11	-,27*

Nota. ^a Coeficiente de Correlação de Pearson em todas as análises, exceto na relação entre idade e ansiedade e qualidade de vida ambiente, nas quais foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman; ^b Coeficiente de Correlação Ponto-bisserial

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Hipóteses

H1) Diferenças nas variáveis em estudo em função dos estádios da menopausa

O quadro 4 apresenta os resultados das análises de diferenças ao nível das variáveis em estudo, alterações de humor (ansiedade, depressão e *stress*), satisfação conjugal, qualidade de vida e satisfação sexual, de acordo com o grupo etário das participantes.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ao nível da satisfação conjugal, F Brown-Forsythe (2, 52,22) = 36,79, $p < ,001$. Testes post-hoc de Tamhane revelaram diferenças significativas entre participantes com idade igual ou superior a 60 anos e participantes com idades entre os 40 e 50 anos ($p < ,001$) e com idades entre os 51 e 59 anos ($p < ,001$).

,001), sendo que participantes com idade superior a 60 anos apresentam satisfação conjugal inferior a participantes mais jovens.

Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ao nível da qualidade de vida social, $F(2, 90) = 14,20, p < ,001$ e relacionada com o ambiente, $F(2, 93) = 5,39, p = ,006$. Testes post-hoc de Tukey revelaram diferenças significativas entre participantes com idade igual ou superior a 60 anos e com idades entre os 51 e 59 anos (todos $p < ,01$). Participantes com idade superior a 60 anos apresentam qualidade de vida social e relacionada com o ambiente inferior, quando comparadas com participantes mais com idades entre os 51 e 59 anos. Um teste de Kruskal-Wallis evidenciou também diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários em termos de qualidade de vida física, $\chi^2(2) = 6,22, p = ,045$. Três testes de Mann-Whitney com correlação Bonferroni apontaram diferenças estatisticamente significativas entre participantes com 40-50 anos e participantes com 51-59 anos, $U = 221,00, p = ,007$, sendo que o segundo grupo apresenta uma qualidade de vida física superior.

Quadro 4. Diferenças entre grupos etários, ao nível das alterações de humor, satisfação conjugal, qualidade de vida e satisfação sexual

	40-50 anos (n = 15) M (DP)	51-59 anos (n = 57) M (DP)	Mais de 60 anos (n = 28) M (DP)	F
Alterações de humor ^a				
Depressão	5,13 (5,80)	3,44 (4,06)	6,58 (7,23)	2,26
Ansiedade	4,53 (4,60)	4,47 (3,57)	7,21 (8,38)	1,75
Stress	6,33 (7,18)	6,63 (4,01)	7,52 (8,29)	,15
Satisfação conjugal ^a	4,30 (,39)	4,04 (,80)	2,58 (1,04)	36,79***
Qualidade de vida				
Psicológica	72,78 (17,74)	72,09 (13,52)	67,56 (14,04)	1,07
Social	36,11 (10,76)	42,44 (9,48)	28,13 (14,08)	14,20***
Ambiente	66,25 (12,51)	69,79 (13,32)	59,90 (9,74)	5,39**
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	χ^2
Física	32,47	52,39	51,32	6,22*
Satisfação sexual	30,00	32,24	53,00	4,99

^ahomogeneidade das variâncias não cumprida; F de Brown-Forsythe

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

H2) Associação entre a satisfação sexual e qualidade de vida e satisfação conjugal

O quadro 5 apresenta os resultados das análises de correlações entre a satisfação sexual, a qualidade de vida e a satisfação conjugal. Foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida psicológica, $r = ,54, p < ,001$, social, $r = ,72, p < ,001$, relacionada com o ambiente, $r = ,52, p < ,001$, e física, $r = ,21, p = ,041$. Deste modo, uma qualidade de vida superior, em todas as dimensões, está associada com mais satisfação conjugal.

Quadro 5. Correlações entre a satisfação sexual, qualidade de vida e satisfação conjugal

	Satisfação conjugal
Satisfação sexual	,10
Qualidade de vida	
Física	,21*

MENOPAUSA E SATISFAÇÃO CONJUGAL

Psicológica	,54***
Social	,72***
Ambiente	,52***

Nota. Coeficiente de Correlação de Pearson

* $p < ,05$; *** $p < ,001$

H3) Associação entre depressão, ansiedade e *stress* e a satisfação conjugal

No que diz respeito à relação entre as alterações de humor e a satisfação conjugal (Quadro 6), foi encontrada apenas uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a satisfação conjugal e o *stress*, $r_s = -,23$, $p = ,047$. Assim, níveis mais elevados de *stress* estão associados com menor satisfação conjugal.

Quadro 6. Correlações entre depressão ansiedade e *stress* e satisfação conjugal

	Satisfação conjugal
Depressão	-,09
Ansiedade	-,15
<i>Stress</i>	-,23*

Nota. Coeficiente de Correlação de Spearman

* $p < ,05$

H5) Preditores da satisfação conjugal

De seguida, com base nos resultados das análises de correlações anteriores, foi realizado um modelo de regressão linear hierárquico no sentido de analisar preditores da satisfação conjugal (Quadro 7).

No primeiro *step* foram incluídas no modelo as variáveis sociodemográficas, idade, origem étnica, situação profissional e escolaridade. O modelo de regressão foi estatisticamente significativo, $F(4, 69) = 14,38$, $p < ,001$, explicando 42% da variância da satisfação conjugal. A idade e situação profissional revelaram ser preditores estatisticamente significativos da satisfação conjugal, $\beta = -,38$, $t = -3,13$, $p = ,003$ e $\beta = ,35$, $t = 2,86$, $p = ,006$, respetivamente.

No segundo *step* foram adicionadas ao modelo a qualidade de vida, sendo excluída a dimensão física, devido a multicolinearidade. O modelo de regressão continuou a ser estatisticamente significativo, $F(7, 66) = 34,14$, $p < ,001$, explicando 76% da variância da satisfação conjugal. Revelaram ser preditores estatisticamente significativos da satisfação conjugal a idade, $\beta = -,20$, $t = -2,42$, $p = ,018$, origem étnica, $\beta = ,15$, $t = 2,33$, $p = ,023$, escolaridade, $\beta = -,21$, $t = -3,19$, $p = ,002$, a qualidade de vida social, $\beta = ,40$, $t = 5,47$, $p < ,001$ e a qualidade de vida relacionada com o ambiente, $\beta = ,22$, $t = 2,30$, $p = ,024$.

Por fim, no terceiro *step*, foi adicionado ao modelo o *stress*. O modelo de regressão continuou a ser estatisticamente significativo, $F(8, 65) = 34,27$, $p < ,001$, explicando 78% da variância da satisfação conjugal. Revelaram ser preditores estatisticamente significativos da satisfação conjugal a idade, $\beta = -,25$, $t = -3,14$, $p = ,003$, a escolaridade, $\beta = -,16$, $t = -2,44$, $p = ,018$, a qualidade de vida social, $\beta = ,46$, $t = 6,39$, $p < ,001$, a qualidade de vida relacionada com o ambiente, $\beta = ,31$, $t = 3,25$, $p = ,002$ e o *stress*, $\beta = -,28$, $t = -2,90$, $p = ,005$. Assim, uma idade superior, nível de escolaridade correspondente ao ensino superior e níveis superiores de *stress* são preditores de menos satisfação conjugal; por outro lado, níveis superiores de qualidade de vida social e relativa ao ambiente são preditores de mais satisfação conjugal.

Quadro 7. Variáveis sociodemográficas, qualidade de vida e *stress* como preditores da satisfação conjugal

	$B(EP)$	β	t
--	---------	---------	-----

Constante	4,04 (1,27)	---	3,17**
Idade	-,05 (.01)	-,25	-3,14**
Origem étnica	-,15 (.34)	-,04	-,45
Situação profissional	,25 (.19)	,11	1,36
Escolaridade	-,43 (.17)	-,16	-2,44*
Qualidade de vida psicológica	-,01 (.01)	-,07	-,51
Qualidade de vida social	,04 (.01)	,46	6,39***
Qualidade de vida ambiente	,02 (.01)	,31	3,25**
<i>Stress</i>	-,05 (.02)	-,28	-2,90**

Nota. $R^2 = ,81$ (R^2 Ajustado = ,79)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

DISCUSSÃO

O presente estudo tinha por base os seguintes objetivos de estudo: avaliar a diferença ao nível das variáveis em estudo (qualidade de vida, satisfação sexual, alterações de humor e satisfação conjugal) nos diferentes estádios da menopausa; a relação entre qualidade de vida, satisfação sexual e alterações de humor e a satisfação conjugal na menopausa; e, os determinantes sociodemográficos e psicossociais na satisfação conjugal da menopausa.

Assim sendo, o presente estudo mostrou que as variáveis sociodemográficas, como a escolaridade e situação profissional, estão significativamente relacionados com as variáveis psicossociais, nomeadamente a qualidade de vida e as alterações de humor. Isto é, os resultados relatam a existência de uma associação negativa estatisticamente significativa da escolaridade das inquiridas com a ansiedade e depressão e, por outro lado, foi encontrada uma correlação positiva estatisticamente significativa com a qualidade de vida na dimensão ambiente e física. Assim, completar o ensino superior esteve associado com menos ansiedade e depressão, e com uma qualidade de vida superior. Num estudo de Ozkan e colaboradores (2005), estes autores, mostraram que alto nível educacional correlacionou-se com uma melhora na QV em mulheres na menopausa e mulheres na pós-menopausa tiveram uma melhor QV. Da mesma forma, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a situação profissional, o *stress*, ansiedade e satisfação sexual, isto é, estar empregada estava associado com menos *stress*, ansiedade, depressão, e também com menor satisfação sexual. Num estudo da comunidade geral, as mulheres de uma classe social mais baixa preveem um aumento de sentimentos de humor deprimido e níveis mais altos de ansiedade. O desemprego também foi encontrado como fator que prevê níveis mais elevados de ansiedade, sendo que mulheres com níveis de escolaridade mais baixos apresentam mais da variância nos níveis de depressão (cit por Deeks, 2003).

Neste estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação conjugal nos diferentes estádios da menopausa. Assim, os resultados relatam que participantes com idade superior a 60 anos apresentam satisfação conjugal inferior a participantes mais jovens. Em estudos transversais, nomeadamente, num estudo constituído por uma amostra de 3.062 mulheres entre os 40 e 70 anos, verificou-se que as mulheres em pós-menopausa apresentaram valores inferiores de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico mas também ao nível das relações familiares ou alargadas, parecendo existir uma associação entre a menopausa e alterações ao nível relacional (Nisar & Sohoo, 2010). Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários ao nível da qualidade de vida social e relacionada com o ambiente, ou seja, participantes com idade superior a 60 anos apresentam qualidade de vida social e relacionada com o ambiente inferior, quando comparadas com participantes mais com idades entre os 51 e 59

anos. Os resultados do presente estudo, evidenciaram também diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários em termos de qualidade de vida física, sendo que mulheres entre os 51 e 59 anos apresenta uma qualidade de vida superior relativamente às mulheres entre os 40 e 50 anos. Estes resultados foram comprovados por Budakoglu e colaboradores (2007) que mostraram que a QV em mulheres na pós-menopausa é pior que a das mulheres na pré-menopausa, sendo este facto corroborado por Nisar e Sohoo (2010) num estudo constituído por 3062 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos, onde se verificou que as mulheres no período pós-menopausa apresentavam valores inferiores de QV, nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiental relativamente às mulheres na pré e perimenopausa. Estes resultados podem não só estar relacionados com os sintomas menopáusicos, mas também com o envelhecimento, com a frequência cada vez maior de doenças crónicas, como também o isolamento social, todos estes fatores poderão ter um impacto negativo na QV na mulher na menopausa (Nisar & Sohoo, 2010). Relativamente a um estudo com 506 mulheres com idades compreendidas entre 40 e 60 anos, os autores verificaram que as mulheres na peri e pós-menopausa mostraram pior QV em relação às pré-menopausicas (De Lorenzi et al. 2009).

No presente estudo foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida psicológica, social e relacionada com o ambiente, assim sendo, uma qualidade de vida superior, em todas as dimensões, está associada com mais satisfação conjugal. Um estudo realizado no Paquistão concluiu que o estado menopausal interferiu na QV das participantes, de modo que no grupo das participantes em estado pós-menopausa foram observados piores pontuações de QV nos domínios físico, psicológico e social (Moriyama, 2007). No presente estudo foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a satisfação conjugal e a qualidade de vida psicológica. Este resultado é confirmado por um estudo realizado sobre as alterações no relacionamento com o parceiro, em que 60% a 80% das mulheres referiram que os aspetos psicológicos (irritabilidade, diminuição da autoestima e humor depressivo) e os aspetos somáticos associados à menopausa (afrontamentos e suores noturnos) são considerados fatores negativos para a qualidade de vida em geral e constituem-se uma dificuldade no relacionamento (Rodrigues, 2015). No que concerne às alterações sexuais não foram encontrados resultados significativos contrariamente à literatura que, num estudo norte-americano, realizado com 207 casais heterossexuais recém-casados, acompanhados durante 4 anos, com avaliações a cada 6 a 8 meses e revelou que a satisfação conjugal e sexual estão diretamente associadas. O estudo demonstrou que tanto homens como mulheres que se consideravam mais satisfeitos no relacionamento também se consideravam mais satisfeitos sexualmente. O oposto também é verdadeiro, ou seja, quanto menos satisfação conjugal, menos satisfação sexual. Esses resultados sugerem que uma vida sexual mais satisfatória contribui para o aumento da satisfação conjugal. Esta, conseqüentemente, pode contribuir para o aumento da satisfação sexual, e assim por diante (McNulty et al., 2016). Num estudo realizado em Portugal sobre esta problemática, concluiu que cerca de 50% da amostra encontrava-se sexualmente insatisfeita, realçando que as principais mudanças sexuais observadas na menopausa foram a redução do desejo sexual e a deterioração do desempenho sexual do parceiro (Fonseca et al., 2003, cit por Rodrigues, 2015).

Neste estudo foi apenas encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a satisfação conjugal e o *stress*, isto é, níveis mais elevados de *stress* estão associados com menor satisfação conjugal. Num estudo com 1004 casais, alguns autores relataram uma relação positiva entre casamentos coesos, cooperativos e de companheirismo e a saúde e bem-estar geral dos parceiros conjugais. Da mesma forma, casais em casamentos satisfatórios tinham melhor saúde física e psicológica do que aqueles em casamentos insatisfatórios. Para os casais que relataram estar insatisfeitos, as esposas tinham níveis significativamente mais baixos de saúde física e psicológica do que os seus maridos, o que revela que a satisfação conjugal tem influência positiva ou negativa na saúde física e mental, não sendo apenas o casamento, mas a qualidade e as interações existentes no

mesmo (Fielder & Kurpius, 2005). Segundo a literatura, noutra estudo, a prevalência de depressão na menopausa foi de 36,8%, ao passo que a prevalência de ansiedade foi de 53,7%. Não houve associações significativas entre a ocorrência de depressão e ansiedade com as três fases do climatério consideradas (Polisseni, et. al 2009). Lu e colaboradores (2009) concluíram que a prevalência de depressão entre mulheres na menopausa em Taiwan foi de 31.2%, sendo que a depressão foi positivamente correlacionada com *stress* relativos a eventos da vida e sintomas da menopausa.

No presente concluiu-se que uma idade superior, nível de escolaridade correspondente ao ensino superior e níveis superiores de *stress* são preditores de menos satisfação conjugal e, por outro lado, níveis superiores de qualidade de vida social e relativa ao ambiente são preditores de mais satisfação conjugal.

Os resultados obtidos permitiram concluir a importância de integrar esta fase do ciclo desenvolvimental da mulher como um marco de iniciação à senescência, marcada por uma elevada instabilidade, tanto física como psicológica que se reflete em todas as dimensões quotidianas e relacionais. Assim, assumiu-se como relevante abordar e associar as variáveis associadas com a menopausa abordadas na literatura, qualidade de vida, alterações sexuais e alterações de humor, bem como as relações conjugais, de modo a obter uma visão mais ampla, integrativa e compreensiva desta temática.

Como limitações pode referir-se o facto de, por ser uma investigação quantitativa, não foi possível aceder às experiências pessoais das participantes. Também o reduzido tamanho da amostra se torna uma limitação devido à impossibilidade da realização de generalização. Por último, por ser um estudo de *design* transversal não possibilita o acompanhamento da evolução da menopausa, bem como das características que lhe estão associadas. É importante também referir dois pormenores relativamente aos resultados. O primeiro trata-se da origem étnica que, no questionário sociodemográfico, foi dividida em caucasiana, afroamericana (negra) e hispânica. Recorrendo ao quadro da descrição da amostra (quadro 1) podemos perceber que 94% das mulheres seria de origem caucasiana e 6% de origem hispânica. A existência dos 6% de origem hispânica pode ser explicada pelo facto do questionário ter sido preenchido por mulheres mais velhas com níveis de escolaridade baixos, na qual pode ter suscitado algumas dúvidas no preenchimento e assim comprometer os resultados. Outro fator importante refere-se aos estádios da menopausa. Os estádios foram divididos e agrupados em intervalos de idades tendo em conta a literatura existente, no entanto, é relevante ter em conta as variações destas estimativas de mulher para mulher.

As limitações poderão ser ultrapassadas em investigações futuras, em que se consigam amostras maiores e estudos mais exaustivos sobre o tema.

Tornar-se-iam pertinentes, para a prática, estudos mais aprofundados sobre cada uma das variáveis aqui abordadas, para melhor compreender o impacto que esta fase tem na vida da mulher. Mostra-se necessário promover intervenções nesta área, tanto direcionadas para as mulheres como para todos os indivíduos que as rodeiam, visto que estas passam mais de um terço da sua vida nesta fase e existem diversas variáveis que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Alves, T. M. R., Shimizu, A. M., & Bervique, J. A. (2007). Representações sociais em mulheres em processo de menopausa: um estudo na unidade de saúde da família no município da Graça. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2(1), 117-129.
- Andrade, R. L., Fernandes, A. C. M., Dias, J. R. P., Laurindo, B. M. & Vieira, R. C. (2019). Avaliação da qualidade de vida de mulheres climatéricas atendidas em ambulatório especializado. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(1), 66-90.

- Bancroft, J., Loftus, J. & Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. doi: 10.1023/a:1023420431760
- Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M. F., Avis, N. E., Gold, E. B., ..., & Matthews, K. A. (2010). Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 598-607. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.55
- Budakoglu, I., Ozcan, C., Eroglu, D. & Yanik, F. (2007). Quality of life and postmenopausal symptoms among women in a rural district of the capital city of Turkey. *Gynecological Endocrinology*, 23(7), 404-409. doi: 10.1080/09513590701444748
- Caires, C. S., Oliveira, A. C. F. & Araújo, E. N. P. (2015). Pós-menopausa, disfunção sexual e personalidade: explorando alguns conceitos. *Journal of Health Sciences*, 17(3), 206-210.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clinica*, 27(1), 41-49.
- Carvalho, T. A. M. (2013). *Determinantes da satisfação conjugal: felicidade, bem-estar subjetivo, personalidade e satisfação sexual* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga.
- Catão, L. I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Cavadas, L. F., Nunes, A. & Pinheiro, P. T. S. (2010). Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Acta Médica Portuguesa*, 23(2), 227-236.
- Daniel, F., Simões, T. & Monteiro, R. (2012). Representações sociais do “envelhecer no masculino” e do “envelhecer no feminino”. *Instituto Superior Miguel Torga*, 26, 13-26.
- De Lorenzi, D., Catan, L., Cusin, T., Felini, R., Bassani, F. & Arpini (2009). Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da região sul. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 9(4), 459-466.
- Deeks, A. A. (2003). Psychological aspects of menopause management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 17(1), 17-31. doi: 10.1053/ybeem.2003.232
- Deeks, A. A. (2004). Is this menopause? Women in midlife – psychological issues.
- Ehsanpour, S., Eivazi, M. & Davazdah-Emami, S. (2007). Quality of life after the menopause and its relation with marital status. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn*, 12(4), 130-135.
- Erbil, N. (2018). Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 241–246. doi: 10.1016/j.ajme.2017.05.012
- Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*, 19(1-2), 19-38.
- Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterScience Place*, 20(1), 106-194. doi: 10.6020/1679-9844/2007
- Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R. & Ferreira, M. E. C. (2013). Menopausa: Marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Saúde*, 25(2), 410-419.
- Field, A. P. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London: Sage.

- Fielder, K. V. & Kurpius, S. E. R. (2005). Marriage, *stress* and menopause: midlife challenges and joys. *Psicologia*, *19*(1), 87-106.
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.^a Ed.). London: Sage
- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., Reis, G. A., Ramada, R. F., Moreira, L. C., Gomes, L. B., ... & Teixeira, J. M. S. (2016). Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. *Reprodução & Climatério*, *31*(1), 37-43. doi: 10.1016/j.recli.2016.01.005
- Freitas, K. M., Silva, A. R. V. & Silva, R. M. (2004). Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum Health Sciences*, *26*(1), 121-128. doi: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1633
- Genazzani, A. R., Gambacciani, M. & Simoncini, T., (2007). Menopause and aging, quality of life and sexuality. *Climacteric*, *10*(2), 88-96. doi: 10.1080/13697130701297760
- Gonçalves, B., Fagulha, T. & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, *19*(1), 39-56.
- Heidari, M., Shahbazi, S., Ghafourifard, M. & Sheikhi, R. A. (2017). Prediction of marital satisfaction based on emotional intelligence in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, *23*(3), 196-201. doi: 10.6118/jmm.2017.23.3.196
- Jenabi, E., Shobeiri, F., Hazavehei, S. M. M. & Roshanaei, G. (2015). Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. *Oman Medical Journal*, *30*(3). 151-156. doi: 10.5001/omj.2015.34.
- Kurpius, S. E. R., Nicpon, M. F. & Maresh, S. E., (2001). Mood, marriage and menopause. *Journal of Counseling Psychology*, *28*(1), 77-84. doi: 10.1037//0022-0167.48.1.77
- Lind, W. R. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Lomônaco, C., Tomaz, R. A. F. & Ramos, M. T. O. (2015). O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, *30*(2), 58-66. doi: 10.1016/j.recli.2015.08.001
- Lorenzi, D. R. S. & Saciloto, B. (2006). Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *52*(4), 256-260. doi: 10.1590/S0104-42302006000400027
- Lu, S. Y., Tseng, H. F., Lin, L. L., Luh, W. M. & Shu, B. C. (2009). Factors related to depression during menopause: a study in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, *17*(2), 128-135. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181a53f82
- McNulty, J. K., Wenner, C. A. & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction and frequency on sex in early marriage. *Archives of Sexual Behaviour*, *45*(1), 85-97. doi: 10.1007/s10508-014-0444-6
- Moriyama, C. K. (2007). *Impacto isolado e associado da terapia hormonal e exercício físico na qualidade de vida em mulheres no climatério pós-menopausa* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Narciso, I. & Ribeiro, M. (2009). Olhares sobre a conjugalidade. Lisboa: Coisas de ler.
- Nisar, N. & Sohoo, A. N. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, *2*(5), 118-130.
- Oliveira, J. M. (2016). Definições: mecanismos básicos e fisiopatológicos do climatério. In *Consenso Nacional sobre a Menopausa* (pp. 13-25). Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Ozkan, S., Alatas, E. S. & Zencir, M. (2005). Women's quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods. *Quality of Life Research*, *14*(8), 1795-1801. doi: 10.1007/s11136-005-5692-4

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e *stress* (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(27), 99-108.
- Pimenta, F., Leal, I. & Branco, J. (2007). Menopausa a experiencia intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3(25), 455-466.
- Pimenta, F., Maroco, J., Leitão, M. & Leal, A. I. (2016). Predictors of *stress* and depressive mood in Portuguese middle-aged women. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 444-453. doi: 10.1080/08952841.2015.1018058
- Polisseni, A. F., Araújo, D. A. C., Polisseni, F., Junior, C. A. M., Polisseni, J., Fernandes, E. S. & Guerra, M. O. (2009). Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(1), 28-34.
- Poomalar, G. K. & Arounassalame, B. (2013). The quality of life during and after menopause among rural women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(1), 135-139. doi: 10.7860/JCDR/2012/4910.2688
- Presado, M. H. C. V. (2013). *Climatério/Menopausa, relacionamento conjugal e qualidade de vida*. (Tese de doutoramento publicada). Universidade Aberta: Lisboa.
- Rodolpho, J. R. C., Quirino, B. C., Hoga, L. A. K. & Rosa, L. F. S. (2016). Men's perceptions and attitudes toward their wives experiencing menopause. *Journal of Women Aging*, 28(4), 322-333. doi: 10.1080/08952841.2015.1017430
- Rodrigues, P. V. M. (2015). *Impacto do processo de menopausa na satisfação relacional, sexual e autoimagem* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Rubinow, D. R. & Schmidt, P. J. (2006). Gonadal steroid regulation of mood: The lessons of premenstrual syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 27(2), 210-216. doi: 10.1016/j.yfrne.2006.02.003
- Santos, L. M., Eserian, P. V., Rachid, L. P., Cacciatore, A., Bourget, I. M. M., Rojas, A. C. & Junior, M. E. M. (2007). Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 10(1), 20-26.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2010). Satisfação conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-531. doi: 10.1590/S0102-37722010000300015
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise psicológica*, 1(26), 15-23.
- Sharma, S. & Mahajan, N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: a cross-sectional study. *Journal of Mid-life Health*, 6(1), 16-20. doi: 10.4103/0976-7800.153606.
- Souza, N. I. S. A. & Araújo, C. L. O. (2015). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, numa revisão de literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), 149-165.
- Sprecher, S., Christopher, F. S. & Cate, R. (2016). *Sexuality in close relationships*. In Vangelisti, A. L. & Perlman, D. (2016). *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Stulhofer, A., Busko, V. & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257-268. doi: 10.1080/00224490903100561
- Trench, B. & Santos, C. G. (2005). Menopausa ou Menopausas?. *Saúde e Sociedade*, 14(1), 91-100.

- Utian, W. H. (2004). Menopause – related definitions. *International Congress Series*, 133-138. doi: 10.1016/j.ics.2004.01.102
- Vesco, K. K., Haney, E. M., Humphrey, L., Fu, R. & Nelson, H. D. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*, 10(6), 448-465. doi: 10.1080/13697130701611267
- Yanikkerem, E., Goker, A., Çakir, O. & Esmeray, N. (2018). Effects of psysical and depressive symptoms on the sexual life of Turkish women in the climacteric period. *Climacteric*, 21(2), 160-166. doi: 10.1080/13697137.2017.1417374
- Yoshany, N., Morowatisharifabad, M. A., Mihanpour, M., Bahri, N. & Jadgal, K. M., (2017). The effect of husbands education regarding menopausal health on marital satisfaction of their wives. *Journal of Menopausal Medicine*, 23(1), 15-24. doi: 10.6118/jmm.2017.23.1.15