

Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura

FILIPA PIMENTA (*)
ISABEL LEAL (**)
JORGE BRANCO (***)

INTRODUÇÃO

Actualmente, 10% da população mundial feminina está a atravessar a fase de menopausa ou já passou por esta experiência. Prevê-se que, durante a próxima década, 2% do total das mulheres no mundo irá chegar a este período das suas vidas (Skouby, 2004).

Obermeyer, Ghorayeb e Reynolds (1999) referem que a procura da melhor forma para gerir a menopausa e os sintomas associados se encontra na ordem do dia dado, por um lado, o envelhecimento da população mundial (decorrente do aumento da esperança média de vida e da diminuição da mortalidade), mas também porque existe um risco associado à cessação ovárica, nomeadamente, o fim

da protecção cardiovascular proporcionada pelos estrogénios endógenos.

Do ponto de vista do modelo bio-médico, entende-se por fase de menopausa o período durante o qual ocorre a cessação das menstruações, decorrendo esta da redução gradual do funcionamento dos ovários, verificando-se uma diminuição da libertação mensal de óvulos e da produção de estrogénios.

Do grego *men* (mês) e *pausis* (cessação), a menopausa reporta-se à última menstruação confirmada pela subsequência de um ano de amenorreia; desta forma, a menopausa é um acontecimento que apenas pode ser definido de forma retrospectiva. Mansfield e Voda (1997) realçam que esta definição é redutora e que não explana de forma compreensiva o facto da menopausa ser precedida por um período de transição (denominado peri-menopausa), durante o qual várias mudanças são observadas, podendo estas ser de ordem física, emocional ou sexual.

A fase que sucede a última menstruação é identificada como pós-menopausa; o período de vida que engloba a peri e a pós-menopausa é chamado de climatério e é durante esta fase que se verifica, geralmente, um conjunto de sintomas vasomotores,

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH/BD/32359/2006).

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

(***) Universidade Nova de Lisboa. Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa.

psico-fisiológicos e alterações atroficas (Speroff & Fritz, 2005).

PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS E A INFLUÊNCIA SOCIO-ECONÓMICO- -DEMOGRÁFICA

As investigações sobre a peri e pós-menopausa têm explorado de forma constante a sintomatologia mais prevalente. Assim, a literatura documenta que os sintomas mais comuns são afrontamentos, dores nas articulações, perturbação do humor e do sono, irritabilidade, fadiga e diminuição da libido (Genazzani, Schneider, Panay, & Nijland, 2006; Obermeyer, Schulein, Hajji, & Azelmat, 2002; Obermeyer, Reynolds, Price, & Abraham, 2004; Obermeyer, Reher, Alcalá, & Price, 2005; Pinkerton & Zion, 2006).

Em Portugal foi conduzido recentemente um estudo (Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite, 2006), com uma amostra nacional de 391 participantes (72,1% da amostra tinha uma idade superior a 60 anos), que constata que um número significativo de mulheres pós-menopáusicas experimenta irritabilidade (55,0%), suores nocturnos (52,7%), afrontamentos (49,4%), insónias (49,1%) e secura vaginal (32,0%).

A experiência do climatério assenta em alterações corporais, mas é inevitavelmente influenciada por construções culturais, sociais e políticas (Berger & Forster, 2001; Hunter, O'Dea, & Britten, 1997).

Contrastando com o modelo bio-médico posiciona-se o modelo sócio-cultural que conceitua a menopausa como um processo desenvolvimental normativo e com impacto mínimo ou nulo na vida da mulher; assim, variáveis sócio-culturais vão modular a forma como a mulher experimenta os sintomas (Collins & Landgren, 2002). Este paradigma defende que as dificuldades associadas ao climatério são culturalmente construídas, tendo na sua origem as atitudes em relação ao envelhecimento, o papel social da mulher e estereótipos negativos (Kaufert, 1982). No mesmo sentido, Theisen e Mansfield (1993; cit. por Guillemin, 2000) sublinham que a conceptualização sócio-cultural da menopausa é indissociável não só das atitudes face ao envelhecimento e do papel que é desempenhado pela mulher na sociedade, mas também do significado que a capacidade reprodutiva feminina tem no contexto social.

No mesmo sentido, Deeks (2003) enfatiza que factores sócio-culturais podem constituir uma influência importante na emergência de sintomatologia depressiva e ansiosa durante o climatério; a mesma autora realça ainda que factores psicossociais irão influenciar a forma como a mulher experimenta os sintomas durante a peri e pós-menopausa (Deeks, 2004).

Esta tese de que a percepção e a experiência do processo do climatério variam consoante a matriz sócio-cultural onde a mulher se encontra inserida é defendida por vários autores (Beyene, 1986; Lock, 1994; Obermeyer et al., 2002). Por exemplo, um estudo conduzido em onze países asiáticos por Tan, Haines, Limpaphayom, Holinka e Ausmanas (2005) corrobora o anteriormente afirmado ao revelar que a prevalência dos afrontamentos varia consoante a origem étnica das mulheres. Amore et al. (2004) verificaram igualmente existir uma relação entre baixo nível cultural e maior exacerbação de sintomas depressivos durante o climatério.

Não obstante o peso da influência da matriz cultural, factores demográficos e económicos podem encontrar-se igualmente associados à experiência de alguns sintomas.

Assim, num estudo elaborado em Itália (com 66501 mulheres com uma idade média igual a 54 anos) averiguou-se que a ocorrência de afrontamentos e suores nocturnos de exacerbação elevada e moderada era menos frequente em mulheres com mais habilitações literárias. A habilitações literárias mais elevadas associava-se igualmente uma menor frequência de depressão, dificuldade em dormir, perdas de memória e irritabilidade (, 2005).

Obermeyer et al. (1999, 2002) destacam que várias características socio-económicas influenciam não apenas a experiência dos sintomas que ocorrem durante o climatério, como também a gestão médica desses mesmos sintomas; desta forma, mulheres com um estatuto socio-económico mais elevado, com mais habilitações literárias e maior acesso aos serviços de saúde, são utilizadoras mais usuais de terapêuticas medicamentosas para o tratamento dos sintomas da menopausa.

Vários autores realçam que, concomitantemente às alterações fisiológicas, verifica-se também o surgimento de sintomas psicológicos, sendo ambos susceptíveis de ter um impacto significativo na vida da mulher em pleno climatério (Buckler, 2005; Pinkerton & Zion, 2006).

OS SINTOMAS PSICOLÓGICOS DA MENOPAUSA OU TALVEZ NÃO...

Muitas mulheres que procuram ajuda médica por causa do climatério apresentam como queixa, não apenas sintomatologia física, mas também psicológica, como por exemplo alterações de humor (Short, 2003).

A literatura tem vindo a evidenciar que a incidência de depressão nas mulheres é superior à que se verifica no sexo masculino (por ex., Birkhäuser, 2002).

Alguns autores associam aos períodos de flutuação hormonal uma diminuição do humor eutímico; os exemplos mais comuns são a ocorrência de disforia pré-menstrual, de depressão pós-parto ou ainda de humor deprimido durante a peri-menopausa (Birkhäuser, 2002; Soares, Poitras, & Prouty, 2003). Becker, Orr, Weizman, Kotler e Pines (2007) referem inclusive que mulheres que experimentam humor deprimido nos dias prévios à menstruação têm alta probabilidade de ocorrência dos mesmos sintomas na peri-menopausa.

Vários autores referem que uma percentagem significativa (que pode ir até metade) de mulheres pode experimentar, durante os anos da peri e pós-menopausa, sintomas depressivos (realça-se ainda que 26% destas mulheres apresentam esta sintomatologia mais de duas vezes durante o climatério) (Wasilewski, 2004)

A literatura evidencia igualmente que, além da manifestação de sintomas depressivos, não é raro verificar igualmente sintomatologia ansiosa durante as diversas fases do ciclo reprodutivo feminino (isto é, nos dias que antecedem a menstruação, no período pós-parto e ainda nos anos que envolvem a menopausa) (Becker et al., 2007). A este propósito destaca-se que Mansfield e Voda (1997) referem que 46% das participantes do *Midlife Women's Health Survey*, conduzido nos EUA (entre 1990 e 1993), apresentavam alterações no seu estado emocional e que Amore et al. (2004) detectaram igualmente sintomatologia ansiosa, depressiva e mista no seu estudo realizado em Itália, com uma amostra não-clínica de 4073 mulheres, sendo que foram as mulheres em pós-menopausa que manifestaram sintomas depressivos mais exacerbados.

Vários autores regressam ao modelo fisiológico para explicar estes estados emocionais durante o climatério, justificando a emergência de sintomas depressivos, fadiga, dificuldades de concentração e

de memória com a redução de estrogénios (Collins & Landgren, 2002). Assim, Saletu et al. (1996) e Brace e McCauley (1997) defendem que o bem-estar psicológico é influenciado pelos níveis de estrogénio: baixos níveis de estradiol conduzem a uma diminuição na vigilância neurofisiológica, diminuição esta que se relaciona com um aumento do humor deprimido e da manifestação de sintomas do climatério. Sarrel (1999) também defende esta hipótese, explicando que as alterações hormonais que ocorrem depois da menopausa desempenham um papel importante na emergência de sintomas psicológicos e de alterações sexuais.

Contudo, apenas o modelo bio-psico-social 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 placebos (Wasilewski, 2004).

A relação muitas vezes estabelecida entre flutuações hormonais e estados emocionais disfóricos não é livre de controvérsia: alguns autores defendem que as alterações de humor não se ficam a dever apenas ao estado de menopausa (Deeks, 2003). Golub (1992; cit. por McCarthy, 2002) especifica que a maior parte dos investigadores concorda que a compreensão da forma como a mulher experimenta a menopausa passa necessariamente por uma contextualização da pessoa na matriz da sua vida e dos acontecimentos significativos que nela ocorrem.

Neste âmbito, Coope (1996) defende que a depressão comum nas mulheres de meia-idade não se encontra associada às alterações hormonais características do climatério. Liao e Hunter (1998) e Amore et al. (2004) referem que o factor que melhor prediz a ocorrência de depressão durante o climatério é a existência de depressão prévia.

Destaca-se uma investigação efectuada por McCarthy (2002) com quinze mulheres em período de climatério e com deficiência mental (mínima e moderada). A maior parte das participantes não compreendia o impacto que a menopausa tinha no ciclo reprodutivo feminino; estas mulheres experimentavam as alterações inerentes à menopausa maioritariamente através de sintomas físicos (com algum impacto emocional), mas o impacto psicológico e social desta transição era mínimo ou até mesmo nulo.

Banger (2002) questiona a hipótese que aponta para a existência de uma maior prevalência de

depressão durante a peri-menopausa. Em vez deste diagnóstico psicopatológico o autor defende que parece existir antes uma série de manifestações sub-clínicas (isto é, a ocorrência de sintomas depressivos que por não se verificarem em número necessário ou pelo facto de não serem suficientemente graves, não são suficientes para constituir um diagnóstico de depressão de acordo com o DSM-IV-TR ou o ICD-10). Matthews (1992) sublinha que a maior parte das mulheres não manifesta depressão na pós-menopausa, mas no caso de se verificar a presença de sintomas vasomotores, especialmente na peri-menopausa, estes podem ter um impacto significativo no bem-estar psicológico.

A literatura tem também evidenciado que a experiência da menopausa tem um impacto na vida sexual da mulher (Deeks, 2002; Graziottin & Basson, 2004; Mansfield, Voda, & Koch, 1995; Mishra & Kuh, 2006; Nappi, Verde, Polatti, Genazzani, & Zara, 2002).

Desta forma, com base num estudo de coorte com 1525 participantes britânicas, Mishra e Kuh (2006) referem que em comparação com mulheres pré-menopáusicas, as participantes em peri e pós-menopausa manifestavam um declínio na vida sexual (que se relacionava com sintomatologia psicológica, vida percebida com stressante e consumo de tabaco) e relatavam com mais frequência dificuldades no acto sexual (associadas à presença de sintomas somáticos, afrontamentos e suores frios). Para ambas as experiências negativas (relatadas com mais frequência por mulheres casadas) a secura vaginal constituía o factor de risco mais preponderante.

Num estudo elaborado com 391 mulheres em pré e peri-menopausa (com idades compreendidas entre os 35 e os 55 anos) é concluído que 46,2% das participantes evidencia mudanças na sua vida sexual, decorridas no ano anterior à recolha de dados. Concretamente, factores como a secura vaginal e estado civil (estar casada) prediziam de forma significativa a diminuição do desejo e do prazer sexual. As conclusões deste estudo apontam para a hipótese das alterações na vida sexual manifestarem-se mais cedo no ciclo da vida do que se pensava inicialmente (Mansfield et al., 1995).

Nappi et al. (2002) destacam ainda que o bem-estar físico e psicológico tem um impacto na resposta sexual após a menopausa; assim, sintomas uro-genitais e depressivos, aumento de peso e

auto-imagem negativa são mais frequentes em mulheres com queixas de índole sexual.

Contudo, não se verifica unanimidade no que concerne à relação entre estado de menopausa e alterações significativas na experiência sexual. Mansfield, Koch e Voda (2000) referem várias investigações cuja maioria das participantes não identificava declínio na sua resposta sexual durante a fase do climatério. Os autores justificam esta disparidade nos resultados documentados pela utilização frequente de definições não estandardizadas de termos-chave, como por exemplo “sexualidade”.

Avis, Stellato, Crawford, Johannes e Longcope (2000) sustentam que, ainda que o estado de menopausa se relacione com alguns aspectos da vida sexual, ele tem um impacto menor no funcionamento sexual da mulher do que, entre outros, o estado de saúde.

Mansfield et al. (2000) observam que uma possível explicação para as alterações documentadas na resposta sexual pode residir não apenas na diminuição do estrogénio endógeno (durante a aproximação da menopausa), mas também em alterações desenvolvimentais ou factores sócio-culturais relacionados com o envelhecimento, ou ainda com circunstâncias relacionadas com o parceiro (nomeadamente, este tornar-se menos interessante, menos interessado ou doente). Deeks (2002) aponta na mesma direcção: ainda que existam numerosos estudos sobre o impacto das alterações fisiológicas na vida sexual, pouco se sabe ainda sobre a influência de factores psicológicos na alteração da experiência sexual das mulheres em período de menopausa.

Apesar das investigações feitas, Mansfield et al. (2000) são da opinião que a problemática do declínio na responsividade sexual que muitas mulheres experimentam na pré e peri-menopausa mantém-se pouco explorada.

Todavia, apesar da diminuição do desejo sexual ser frequentemente referida nas conclusões de estudos com a população de mulheres em período de climatério, mais de metade da amostra do estudo *Midlife Women's Health Survey* manifestava o desejo de beijar mais, abraçar mais e de se envolver activamente noutra tipo de carícias não necessariamente génito-sexuais com o parceiro (Mansfield & Voda, 1997).

Vários autores têm evidenciado o humor deprimido, níveis altos de ansiedade, perturbação do sono e disfunção sexual como experiências psico-

lógicas presentes no climatério; contudo, a investigação recente tem concluído que estas vivências resultam, não de aspectos relacionados directamente com a menopausa, mas antes de diversos factores negativos socio-demográficos ou psicossociais (Wiklund, 1998).

Mansfield e Voda (1997) sublinham que, além do facto da investigação sobre a menopausa estar muito centrada nos sintomas psicológicos negativos (isto é, sintomas evidenciados como causadores de mal-estar significativo), os estudos desenvolvidos no âmbito da relação entre estado de menopausa e existência de humor deprimido e ansiedade têm-se provado inconsistentes e inconclusivos. Acrescentam ainda que, o facto das mulheres manifestarem sintomas depressivos ou ansiosos durante este período da vida não significa que os sintomas sejam causados pelo estado de menopausa; esta sintomatologia pode inclusive estar já presente nos anos que precedem a menopausa e, nesse caso, os estudos transversais podem não estar a retratar a ocorrência destes sintomas com acuidade ao associarem-na à menopausa (Mansfield & Voda, 1997). Outra limitação que Collins e Landgren (2002) sublinham é o facto da investigação (usualmente, transversal) se desenvolver geralmente com mulheres que procuram ajuda médica, excluindo a exploração da vivência do climatério em mulheres da população geral, que não manifestam um comportamento de procura de apoio especializado.

Coope (1996) e Hardy e Kuh (2002) enfatizam ainda que não existe unanimidade quanto à estipulação dos sintomas que são verdadeiramente menopáusicos, isto é, aqueles que ocorrem durante o climatério com maior frequência do que em qualquer outra fase da vida e que são subsequentes à diminuição de estrogénios endógenos. De facto, Hunter e O’Dea (2001) citam vários estudos que suportam que as irregularidades menstruais e os afrontamentos são os únicos indicadores consistentes da transição menopáusica.

Não obstante a compreensão fisiológica deste período (de término) do ciclo reprodutivo da mulher, a conceptualização desta experiência feminina tem ido igualmente beber ao conhecimento que advém do entendimento do funcionamento, não só social, mas também psicológico (Towey, Bundy, & Cordingley, 2006).

O IMPACTO DA EXPERIÊNCIA DE MENOPAUSA NA VIDA DA MULHER... OU O IMPACTO DA VIDA DA MULHER NA EXPERIÊNCIA DE MENOPAUSA?

Hardy e Kuh (2002) realçam que a observação de determinados sintomas psicológicos durante a pré, peri e pós-menopausa não se relaciona de forma significativa com o estado de menopausa em que a mulher se encontra, mas antes com acontecimentos ou dificuldades da vida presente (concretamente, os eventos da vida familiar).

Hunter (1992) refere que mulheres que manifestem *a priori* a crença de que durante a menopausa se experimenta dificuldades emocionais e sintomatologia física, são mais prováveis de vir a manifestar humor deprimido quando chegarem ao seu climatério. No mesmo sentido, Rotem, Kushnir, Levine e Ehrenfeld (2005) concluem que quanto mais negativas forem as atitudes em relação à menopausa, mais exacerbados são os sintomas do climatério; esta conclusão, igualmente documentada por Liao e Hunter (1998) em relação ao humor deprimido e sintomas vasomotores, já havia sido publicada em 1991 por Avis e McKinlay.

Na opinião de Hunter e O’Dea (2001) ambos os modelos bio-médico e sócio-cultural falham na captação da uma dimensão de crucial importância quando se fala da menopausa: a experiência individual.

Greene (1984; cit. por Hunter & O’Dea, 2001) formulou um modelo que explica a vulnerabilidade experimentada no climatério com base não só nas mudanças hormonais, mas também na experiência de stress ligado a acontecimentos específicos que ocorram na meia-idade (em particular, a morte de pessoas significativas).

Decorre do Projecto Manitoba (Kaufert, Gilbert, & Tate, 1992), realizado no Canadá com 477 mulheres, a evidência de que a experiência do “ninho vazio”, o stress do dia-a-dia, problemas de saúde e a morte de uma pessoa significativa constituem factores de risco para o desenvolvimento de síndromes depressivas durante o climatério, objectivamente entre os 45 e os 55 anos. Betti, Orsini, Sciaky, Cristini, Cesa-Bianchi e Zandonini (2001) referem a este propósito que as mulheres podem neste período manifestar sentimentos de perda e ainda a percepção de inutilidade.

Muitas mulheres descrevem que entre os 40 e os 50 anos de idade se vêem frequentemente divi-

didadas entre filhos pequenos ou adolescentes que ainda requerem muita atenção da parte delas e pais doentes ou de idade muito avançada (Mansfield & Voda, 1997). A gestão destas duas situações, que são amiúde co-existentes, é muitas vezes fonte de stress diário.

Acresce-se ainda a possibilidade das mulheres nesta faixa etária começarem a experimentar elas próprias, ou os seus parceiros, alguma fragilidade em termos de saúde física; alterações nas relações afectivas poderão ser vividas com provável dificuldade (por vezes pode surgir no amadurecimento dos 50 anos uma assertividade mais evidente por parte da mulher que pode não ser bem aceite por um parceiro de longa data). Outra situação que muitas vezes é identificada como fonte de elevado stress é a ocorrência de problemas financeiros (Mansfield & Voda, 1997).

Deeks e McCabe (2004) documentam ainda que durante os 40 e 50 anos, as mulheres podem ainda perceber alguma mudança em relação a certos papéis que desempenham (como por exemplo, transitar de criar filhos pequenos para lidar com filhos adolescentes ou com a saída de casa dos filhos), mudança essa que pode ter impacto na forma como se percebem a elas próprias e como definem o seu propósito na vida. O estado civil e factores da vida profissional podem estar também associados com a manifestação de mal-estar psicológico (Liao & Hunter, 1998).

Deeks (2003) refere ainda que aspectos como o estilo de vida, a imagem corporal e as relações interpessoais são também pertinentes quando se fala nos factores que podem influenciar estados quer depressivos, quer ansiosos, durante os anos do climatério.

Mansfield e Voda (1997) destacam que é muito importante que seja assegurado às mulheres que o que elas experimentam durante a peri e pós-menopausa é “normal”, isto é, que também é vivido por outras mulheres na mesma fase da vida; os autores citam estudos que referem que a falta de conhecimento sobre as alterações esperadas neste período da vida é evidenciado pelas mulheres como o aspecto mais negativo que podem viver nesta fase de transição. Deeks (2003) subscreve esta posição referindo que a validação da experiência e a facultação de informação sobre os sintomas menopáusicos é essencial para a mulher. Por este motivo torna-se de extrema importância veicular

informação adequada sobre as fases de peri e pós-menopausa.

Contudo, tendo em conta a natureza multivariada do processo de menopausa, focar a atenção em aspectos puramente bio-médicos pode não ir ao encontro de todas as necessidades da mulher menopáusicas; intervenções que abranjam aspectos sociais, psicológicos e fisiológicos proporcionarão uma oportunidade compreensiva mais alargada do fenómeno individual e das dificuldades e necessidades específicas de cada mulher nesta fase do seu desenvolvimento (Liao & Hunter, 1998).

Apesar de ser rara a investigação que foque aspectos psicológicos positivos e de bem-estar inerentes à menopausa, sublinha-se que esta transição é igualmente definida por experiências positivas e valorizadas.

Investigações referidas por Deeks e McCabe (2004) destacam estudos que evidenciam que muitas mulheres sentem alívio com cessação das menstruações e do síndrome pré-menstrual, libertação da preocupação com a contracepção e com gravidez não desejada, calma e algumas mulheres evidenciam ainda a percepção de aumento de *status* na comunidade e de aquisição de maior sapiência como resultados da menopausa. Neste âmbito, Berger e Forster (2001) referem que um grupo de mulheres australianas quando inquiridas sobre a experiência de menopausa associam-na a um estado de bem-estar; de acordo com Betti et al. (2001) pode-se ainda verificar, durante este processo de transição, mudanças nos interesses pessoais das mulheres e descoberta de novos interesses.

Poucos estudos acabam por associar à menopausa os aspectos que a antropóloga Margaret Mead destacava a respeito desta transição, isto é, a emergência de uma energia renovada e um pungente prazer por viver, dado que têm sido os aspectos negativos o foco maioritário do estudo do climatério (Mansfield & Voda, 1997).

Mas a este propósito refere-se que o *Midlife Women's Health Survey* (Mansfield & Voda, 1997) documenta que a maior parte das mulheres classificou a sua saúde física e emocional de forma positiva (4,3 e 4,2 respectivamente, numa escala de Likert de cinco pontos), 45% das participantes experimentava um estado de calma e concentração e 29% da amostra evidencia uma elevada energia.

Todavia, a literatura tem documentado que se verifica em muitas mulheres alterações na percepção de qualidade de vida e de bem-estar durante

o período de peri e pós-menopausa (Deeks & McCabe, 2004; Erkkola, 1996; Pinkerton & Zion, 2006). Porém, Short (2003) adverte para não se atribuir erradamente ao estado de menopausa a responsabilidade exclusiva por uma eventual diminuição da qualidade de vida já que, durante os anos da peri e pós-menopausa, a mulher depara-se com vários desafios e dificuldades que podem ter um impacto negativo nesta percepção.

COMO MELHORAR A EXPERIÊNCIA DO CLIMATÉRIO

Dado que o período do climatério é visto como uma fase propícia para uma reavaliação do estado de saúde e do estilo de vida, e tendo em conta que, de acordo com o Relatório da Comissão Europeia sobre o Estado da Saúde das Mulheres (na Comunidade Europeia), as principais causas de morte são as doenças do sistema circulatório (43%), devendo-se a cancro 26% das mortes registadas (Hunter & O'Dea 1999), a alteração de algumas rotinas e de crenças negativas poderá ser benéfica e melhorar a vivência do climatério, podendo ter desta forma um impacto positivo na saúde da mulher (Liao & Hunter, 1998).

Num estudo conduzido por Hunter e O'Dea (1999) verificou-se que as participantes acreditavam que modificando determinadas rotinas na sua vida (especificamente, fazer dieta e exercício físico, e deixar de fumar) poderiam diminuir o risco de apresentarem no futuro doença cardiovascular e osteoporose. Esta investigação dá conta de que mulheres em risco de desenvolver determinadas doenças, tal como a osteoporose, podem estar receptivas a abordagens preventivas que envolvam uma terapêutica (por exemplo, hormonal) conjugada com estratégias que promovam algumas mudanças no estilo de vida.

Concretamente, estratégias que visem a cessação tabágica (refere-se que, e tal como Obermeyer et al. (1999) evidenciaram, existe uma correlação entre a ocorrência de afrontamentos e o consumo de tabaco), o consumo moderado de álcool, uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico constituem medidas eficazes não apenas para a prevenção parcial de sintomas do climatério, mas também para a manutenção da saúde e de um bem-estar geral (Coope, 1996; International Menopause

Society, 2005; Liao & Hunter, 1998; Neves-e-Castro, 2003).

A terapia de substituição hormonal (TSH) é na actualidade o recurso medicamentoso que tem maior eficácia na atenuação dos sintomas do climatério (Barlow, 2005; International Menopause Society, 2005; National Institute of Health, 2005; Schneider, 1997; Skouby et al., 2005; Tan et al., 2005). Contudo, nalguns casos a terapêutica pode comportar riscos para a saúde física e/ou diminuição da qualidade de vida devido a efeitos secundários dos medicamentos, podendo estes factores conduzir a comportamentos de não adesão terapêutica (Liao & Hunter, 1998; Wasilewski, 2004).

Considera-se que, se a mulher não puder ou não quiser usar TSH, outras alternativas terapêuticas deverão ser ponderadas. Neves-e-Castro (2003) refere que, além das terapêuticas hormonais, as mulheres em período de climatério deverão ter acesso a estratégias não medicamentosas e outras terapêuticas medicamentosas não hormonais.

Apesar da recorrência regular à terapêutica hormonal existe actualmente um claro interesse em intervenções psicológicas e multidisciplinares que sejam eficazes na atenuação dos sintomas do climatério (Short, 2003).

Coope (1996) refere que o exercício físico, o treino de respiração e outras estratégias psicológicas podem ser eficazes na redução dos afrontamentos. O autor destaca uma investigação realizada na Suécia que concluiu que mulheres (com idades compreendidas entre os 52 e os 54 anos) que faziam exercício físico manifestavam com menor frequência afrontamentos (22%) do que as participantes que não faziam exercício (44%). McKee e Warber (2005) realçam igualmente que a prática de exercício físico tem vindo a provar-se eficaz na redução dos afrontamentos.

A mesma conclusão foi documentada pelo (2005) e, além da ocorrência de afrontamentos e suores nocturnos de exacerbação elevada ser menos frequente em mulheres que faziam exercício físico regular, o relato de sintomas depressivos era igualmente menor em mulheres com esta rotina. Matthews (1992) sublinha que é mais provável a ocorrência de depressão durante a peri-menopausa quando os afrontamentos emergem, mas que uma vez encontradas estratégias de *coping* eficazes face a este sintoma o mal-estar psicológico diminui.

De uma forma mais genérica é ainda referido na literatura que a actividade física se relaciona

com a redução da exacerbação percebida dos sintomas do climatério e com o aumento do bem-estar psicológico (Elavsky & McAuley, 2005).

Adjuvante à prática de exercício físico, realça-se o benefício que uma nutrição planeada com um especialista e uma gestão de stress eficaz podem comportar na redução do risco de ocorrência de diversos problemas de saúde (na prevenção de osteoporose pode ser considerado, entre outros, um programa de vitaminas e minerais orientado para a consolidação óssea) (Kass-Annese, 2000).

A hipnose clínica é uma técnica que também se provou eficaz na redução significativa, não só dos afrontamentos, mas também na redução de insónia e aumento de qualidade de vida, num estudo piloto realizado por Younus, Simpson, Collins e Wang, em 2003. Embora realçando que esta técnica não se encontra ainda suficientemente estudada no âmbito da redução dos afrontamentos durante o climatério, Elkins, Marcus, Palamara e Stearns (2004) admitem a sua utilidade na atenuação destes sintomas vasomotores, bem como na redução de ansiedade e perturbação do sono.

Tal como foi anteriormente referido por Mansfield e Voda (1997), é também de extrema importância transmitir às mulheres informação adequada sobre esta transição para a menopausa e as alterações que podem ser esperadas (antes e depois da última menstruação), dado que o desconhecimento da normalidade de alguns sintomas é fonte de mal-estar.

Towey et al. (2006) sublinham que existe neste momento um interesse crescente por intervenções psicológicas (que abordem igualmente o funcionamento social), baseadas em estratégias cognitivo-comportamentais e que foquem, entre outros aspectos (como por exemplo, redução de afrontamentos através de técnicas de relaxamento), as crenças existentes em relação ao processo de menopausa e aos sintomas do climatério. Rotem et al. (2005) documentam que um programa breve (10 sessões de frequência semanal) que integre uma componente de psico-educação, bem como o processamento de pensamentos, emoções e vivência social, relacionados com a experiência de menopausa, provou-se eficaz (em comparação com um grupo de controlo) na alteração de atitudes para com a menopausa e na atenuação de sintomas do climatério.

Um outro programa de relaxamento (com a duração de doze semanas) conseguiu produzir um decréscimo em 72% no número de afrontamentos experimentados, verificando-se a manutenção dos ganhos

num *follow up* após seis meses (no pré-teste verificou-se uma média de 6 afrontamentos/dia, após as 12 semanas observou-se uma média igual a 3 e no *follow up* 1,7 afrontamentos/dia) (Nedstrand, Wijma, Wyon, & Hammar, 2005). Este programa foi comparado com a eficácia produzida pelo uso de estradiol oral tendo este tratamento obtido também resultados positivos na redução do sintoma-alvo (no pré-teste contabilizou-se 8,4 afrontamentos/dia, diminuindo na décima segunda semana para 0,8, isto é, um decréscimo sintomático igual a 90%, mantendo-se esta redução sintomática no *follow up*). No que concerne ao humor, o grupo que fez a terapêutica de estrogénio manifestou um aumento significativo, enquanto que no grupo que recebeu o programa de relaxamento não se detectaram mudanças em relação ao humor.

Em ambos os grupos observou-se um aumento de bem-estar psicológico após as doze semanas de tratamento (Nedstrand, Wijma, Wyon, & Hammar, 2005).

Outros autores documentam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na atenuação dos afrontamentos (eficácia esta conseguida possivelmente através da redução da activação simpática central, do stress e de cognições auto-críticas) (Allen, Dobkin, Boohar, & Woolfolk, 2006) ou ainda de um quadro de sintomas menopáusicos mais abrangente, como é o caso dos programas implementados por Greene (1987) ou por Anarte, Cuadros e Herrera (1998) com várias componentes (nomeadamente, educacional, de aconselhamento e de mudança comportamental), cujo impacto foi confirmado à sexta semana com a atenuação sintomática significativa e aumento da adaptação pessoal.

Dado o risco de doença cardio-vascular (derivada da ausência de protecção providenciada anteriormente pelos estrogénios) e tendo igualmente em conta que o ganho de peso pode ser verificado em muitas mulheres com a aproximação da menopausa (Betti et al., 2001; Mansfield & Voda, 1997), pode ainda sugerir-se estratégias (nutricionais e cognitivo-comportamentais) que auxiliem as mulheres no climatério a controlarem com mais facilidade o seu peso.

Deeks (2004) enfatiza a importância de incluir uma análise dos aspectos psicossociais da mulher durante a avaliação do estado de menopausa e ponderação do tratamento, quando este se verifica necessário. Hardy e Kuh (2002) destacam a importância de explorar os acontecimentos significa-

tivos da vida actual (dado que estes podem ter um impacto preponderante na forma como a mulher vive este período de transição), no âmbito do planeamento de uma intervenção, no caso de ser manifestado mal-estar durante o climatério.

A continuação do estudo de tratamentos que visem os sintomas de afrontamentos é de elevada pertinência dado que, apesar destes serem mais frequentes no primeiro ano após a última menstruação, 50% das mulheres continua a evidenciar estes sintomas vasomotores até 5 anos após a menopausa e 10% até 10 ou mais anos (Wiklund, 1998). Esta evidência estatística torna essencial averiguar qual o impacto que estes sintomas podem ter na vida da mulher (nomeadamente, na sua qualidade de vida e bem-estar) e encontrar formas eficazes de intervir não apenas na sua atenuação, mas também focando noutros aspectos que sejam vividos com disforia, visando o incremento do bem-estar geral.

CONCLUSÃO

O incremento da prescrição de terapêuticas como medida de tratamentos de sintomas do climatério e prevenção primária de doenças facilitou o desenvolvimento da conceptualização da menopausa como uma doença (Collins & Landgren, 2002).

A construção da menopausa como uma perturbação de deficiência hormonal com necessidade de medicalização grafou o significado individual e social que esta experiência tem e a forma como a maior parte da investigação científica explora e foca as especificidades deste acontecimento do desenvolvimento natural da mulher. A título de exemplo, vários estudos focam a ansiedade e a depressão no âmbito da exploração do climatério, mas é escassa a informação sobre aspectos positivos fortemente relacionados com o bem-estar da mulher durante os anos da peri e pós-menopausa (Deeks & McCabe, 2004).

Deeks (2004) sublinha a necessidade de explorar de forma mais compreensiva e frequente a relação entre a vivência psicológica da mulher na transição menopáusicas e a experiência do climatério. A literatura evidencia uma clara predominância de estudos ginecológicos e endocrinológicos na exploração do climatério, começando apenas recentemente a emergir estudos multidisciplinares a respeito desta fase (Collins & Landgren, 2002).

Vários autores alertam para a necessidade de

mais investigação sobre a disfunção sexual que pode surgir no período de menopausa, utilizando para tal um paradigma multidisciplinar que foque não apenas aspectos fisiológicos, mas também psicossociais, dada a natureza multivariada do climatério (Deeks, 2002; Mishra & Kuh, 2006).

Vários autores sublinham a eficácia de técnicas de relaxamento, de hipnose clínica ou de outras estratégias de natureza cognitivo-comportamental no tratamento dos afrontamentos e de outros sintomas do climatério, mas referem a necessidade de mais investigação controlada para uma melhor apreciação da eficácia terapêutica destas intervenções.

A revisão de literatura evidencia que só um modelo bio-psico-socio-cultural pode permitir uma melhor compreensão e uma conceptualização mais abrangente do processo que é a menopausa (e do seu tratamento, quando necessário) e da experiência da mulher nos anos que precedem e sucedem esta mudança.

REFERÊNCIAS

- Allen, L. A., Dobkin, R. D., Boohar, E. M., & Woolfolk, R. L. (2006). Cognitive behavior therapy for menopausal hot flashes: two case reports. *Maturitas*, 54, 95-99.
- Amore, M., Donato, P. D., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C., & Aloysio, D. D. (2004). Psychological status at the menopausal transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas*, 48, 115-124.
- Anarte, M. T., Cuadros, J. L., & Herrera, J. (1998). Hormonal and psychological treatment: therapeutic alternative for menopausal women? *Maturitas*, 29, 203-213.
- Avis, N. E., & McKinlay, S. M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas*, 13, 65-79.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C., & Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning. *Menopause*, 7 (5), 297-309.
- Banger, M. (2002). Affective syndrome during perimenopause. *Maturitas*, 41 (1), 13-18.
- Barlow, D. H. (2005). Menopause and HRT – the state of the art in Europe. *Maturitas*, 51, 40-47.
- Becker, D., Orr, A., Weizman, A., Kotler, M., & Pines, A. (2007). Depressed mood through women's reproductive cycle: correlation to mood at menopause. *Climateric*, 10, 46-50.

- Berger, G., & Forster, E. (2001). An Australian study on the sociocultural context of menopause: directions for contemporary nursing practice. *Contemporary Nurse, 11* (2-3), 271-282.
- Betti, S., Orsini, M. R., Sciaky, R., Cristini, C., Cesa-Bianchi, G., & Zandonini, G. F. (2001). Attitudes towards menopause in a group of women followed in a public service for menopause counselling. *Aging, 13* (4), 331-338.
- Beyene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestations of menopause: a biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry, 10* (1), 47-71.
- Birkhäuser, M. (2002). Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? *Maturitas, 41* (1), 3-8.
- Brace, M., & McCauley, E. (1997). Oestrogens and psychological well-being. *Annals of Medicine, 29*, 283-290.
- Buckler, H. (2005). The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *The Journal of the British Menopause Society, 11* (2), 61-65.
- Collins, A., & Landgren, B. M. (2002). Longitudinal research on the menopause-methodological challenges. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81*, 579-580.
- Coope, J. (1996). Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas, 23*, 159-168.
- Deeks, A. A. (2002). Sexual desire: menopause and its psychological impact. *Australian Family Physician, 31* (5), 433-439.
- Deeks, A. A. (2003). Psychological aspects of menopause management. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism, 17* (1), 17-31.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research, 13*, 389-398.
- Deeks, A. A. (2004). Is this menopause? Women in midlife – psychological issues. *Australian Family Physician, 33* (11), 889-893.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas, 52* (3/4), 374-385.
- Elkins, G., Marcus, J., Palamara, L., & Stearns, V. (2004). Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? A literature review. *The American Journal of Clinical Hypnosis, 47* (1), 29-42.
- Erkkola, R. (1996). Female menopause, hormone replacement therapy, and cognitive process. *Maturitas, 23*, 27-30.
- Genazzani, A. R., Schneider, H. P. G., Panay, N., & Nijland, E. A. (2006). The European menopause survey 2005: women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. *Gynecological Endocrinology, 22* (7), 369-375.
- Graziottin, A., & Basson, R. (2004). Sexual dysfunction in women with premature menopause. *Menopause, 11*, 766-777.
- Greene, J. G. (1987). Evaluation of a psychological treatment programme for climacteric women. *Maturitas, 9* (1), 41-48.
- Guillemin, M. (2000). Blood, bone, women and HRT: co-constructions in the menopause clinic. *Australian Feminist Studies, 15* (32), 191-203.
- Hardy, R., & Kuh, D. (2002). Change in psychological and vasomotor symptom reporting during the menopause. *Social Science and Medicine, 55* (11), 1975-1988.
- Hunter, M. S. (1992). The women's health questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychology and Health, 7*, 45-54.
- Hunter, M., O'Dea, I., & Britten, N. (1997). Decision-making and hormone replacement therapy: a qualitative analysis. *Social Science and Medicine, 45* (10), 1541-1548.
- Hunter, M. S., & O'Dea, I. (1999). Perception of future health risks in mid-aged women: estimates with and without behavioural changes and hormone replacement therapy. *Maturitas, 33*, 37-43.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: the menopause representations questionnaire (MRQ). *Psychology, Health and Medicine, 6* (1), 65-76.
- International Menopause Society, Position Statement by the Executive Committee (2005). Guidelines for hormone treatment of women in the menopausal transition and beyond. *Maturitas, 51*, 15-20.
- Kass-Annese, B. (2000). Alternative therapies for menopause. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 43* (1), 162-183.
- Kaufert, P. A. (1982). Anthropology and the menopause: the development of a theoretical framework. *Maturitas, 4*, 181-193.
- Kaufert, P. A., Gilbert, P., & Tate, R. (1992). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas, 14* (2), 143-155.
- Liao, K. L. M., & Hunter, M. S. (1998). Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas, 215*-224.
- Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology, 29* (3/4), 307-317.
- Mansfield, P. K., Voda, A., & Koch, P. B. (1995). Predictors of sexual response changes in heterosexual midlife women. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education and Promotion, 19* (1), 10-20.
- Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1997). Women-centered information on menopause for health care providers: finding from the midlife women's health survey. *Health Care for Women International, 18* (1), 55-72.

- Mansfield, P. K., Koch, P. B., & Voda, A. M. (2000). Midlife women's attribution for their sexual response changes. *Health Care for Women International, 21*, 543-559.
- Matthews, K. A. (1992). Myths and realities of the menopause. *Psychosomatic Medicine, 54*, 1-9.
- McCarthy, M. (2002). Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 27* (4), 281-295.
- McKee, J., & Warber, S. L. (2005). Integrative therapies for menopause. *Southern Medical Journal, 98* (3), 319-326.
- Mishra, G., & Kuh, D. (2006). Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. *Menopause, 13* (6), 880-890.
- Nappi, R. E., Verde, J. B., Polatti, F., Genazzani, A. R., & Zara, C. (2002). Self-reported sexual symptoms in women attending menopause clinics. *Gynecologic and Obstetric Investigation, 53* (3), 181-187.
- National Institute of Health (2005). NIH, state-of-the-science conference statement: management of menopause-related symptoms. *Annals of Internal Medicine, 142* (12), 1003-1014.
- Nedstrand, E., Wijma, K., Wyon, Y., & Hammar, M. (2005). Applied relaxation and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Maturitas, 51*, 154-162.
- Neves-e-Castro, M. (2003). Menopause in crisis post-women's health initiative? A view based on personal clinical experience. *Human Reproduction, 18* (12), 2512-2518.
- Obermeyer, C. M., Ghorayeb, F., & Reynolds, R. (1999). Symptom reporting around the menopause in Beirut, Lebanon. *Maturitas, 33*, 249-258.
- Obermeyer, C. M., Schulein, M., Hajji, N., & Azelmat, M. (2002). Menopause in Morocco: symptomatology and medical management. *Maturitas, 41*, 87-95.
- Obermeyer, C. M., Reynolds, R. F., Price, K., & Abraham, A. (2004). Therapeutic decisions for menopause: results of the DAMES Project in central Massachusetts. *Menopause, 11* (4), 456-465.
- Obermeyer, C. M., Reher, D., Alcalá, L. C., & Price, K. (2005). The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions at Menopause) study. *Maturitas, 52*, 190-198.
- Pinkerton, J. V., & Zion, A. S. (2006). Vasomotor symptoms in menopause: where we've been and where we're going. *Journal of Women's Health, 15* (2), 135-145.
- (2005). Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. *Maturitas, 52* (3/4), 181-189.
- Rotem, M., Kushnir, T., Levine, R., & Ehrenfeld, M. (2005). A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 34* (2), 233-240.
- Saletu, B., Brandstätter, N., Metka, M., Stamenovic, M., Anderer, P., Semlitsch, H. V., Heytmanek, G., Huber, J., Grunberger, J., Linzmayer, L., Kurz, C., Decker, K., Binder, G., Knogler, W., & Koll, B. (1996). Hormonal, syndromal and EEG mapping studies in menopausal syndrome patients with and without depressions compared with controls. *Maturitas, 23*, 91-105.
- Sarrel, P. M. (1999). Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 180*, 319-324.
- Schneider, H. P. (1997). Cross-national study of women's use of hormone replacement therapy (HRT) in Europe. *International Journal of Fertility and Women's Medicine, 42* (2), 365-375.
- Short, M. (2003). Menopause, mood and management. *Climacteric, 6* (2), 33-36.
- Skouby, S. O. (2004). Health in the menopause: advances in management. *International Congress Series, 1266*, 151-155.
- Skouby, S. O., Al-zzawi, F., Barlow, D., Ertüngealp, J. C. A. E., Gompel, A., Graziottin, A., Hudita, D., Pines, A., Rozenberg, S., Samsioe, G., & Stevenson, J. C. (2005). Climacteric medicine: european menopause and andropause society (EMAS) 2004/2005 position statements on peri- and postmenopausal hormone replacement therapy. *Maturitas, 51*, 8-14.
- Soares, C. N., Poitras, J. R., & Prouty, J. (2003). Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during menopause. *Drugs and Aging, 20* (2), 85-100.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa/Dendrite (2006). *Estudo de mercado sobre menopausa*. Consultado em 2 de Fevereiro de 2007 através de www.spmenopausa.pt
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical gynecology, endocrinology and infertility* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tan, D., Haines, C. J., Limpaphayom, K. K., Holinka, C. F., & Ausmanas, M. K. (2005). Relief of vasomotor symptoms and vaginal atrophy with three doses of conjugated estrogens and medroxyprogesterone acetate in postmenopausal Asian women from 11 countries: the Pan-Asia Menopause (PAM) study. *Maturitas, 52*, 35-51.
- Towey, M., Bundy, C., & Cordingley, L. (2006). Psychological and social interventions in the menopause. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 18* (4), 413-417.
- Wasilewski, B. W. (2004). Homeopathic remedies as placebo alternatives – verification on the example of treatment of menopause-related vegetative and emotional disturbances. *Science and Engineering Ethics, 10*, 179-188.
- Wiklund, I. (1998). Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. *Maturitas, 29*, 41-50.

Younus, J., Simpson, I., Collins, A., & Wang, X. (2003). Mind control of menopause. *Women's Health Issues*, 13 (2), 74-78.

Palavras-chave: Menopausa, sintomas, influência psico-sócio-cultural, intervenção.

RESUMO

Neste artigo propomo-nos fazer uma revisão de literatura sobre a menopausa. A investigação que tem sido desenvolvida no âmbito da menopausa tem focado de forma sistemática os sintomas decorrentes das mudanças hormonais, conceituando a experiência do climatério do ponto de vista bio-médico. A investigação da vivência psico-sócio-cultural evidencia que outros factores poderão ter um papel determinante na forma como a mulher experimenta os sintomas do climatério e vive as fases de peri e pós-menopausa. São ainda referidas várias estratégias não medicamentosas que têm sido eficazes na gestão de alguns sintomas ligados aos períodos de peri e pós-menopausa.

ABSTRACT

The aim of this paper it is a state of art about menopause literature. The research that has been developed in the field of menopause has focused systematically on the symptoms related with hormonal changes and has conceptualized menopause from the bio-medical standpoint. The study of the psycho-socio-cultural experience has evidenced that other factors may play a determinant role in the way women experience the climacteric symptoms and experience peri- and post-menopause. It is also addressed several non-hormonal interventions that have been effective in the management of some symptoms related with peri- and post-menopause.

Key words: Menopause, symptoms, psycho-socio-cultural influence, intervention.