

**LÍGIA ISABEL CARDOSO CATÃO**

**SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA E SEXUALIDADE  
NA MULHER DE MEIA-IDADE**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**PORTO 2008**



**LÍGIA ISABEL CARDOSO CATÃO**

**SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA E SEXUALIDADE  
NA MULHER DE MEIA-IDADE**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**  
**PORTO 2008**

**SINTOMATOLOGIA CLIMATÉRICA E SEXUALIDADE**  
**NA MULHER DE MEIA-IDADE**

---

Lígia Catão

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

## RESUMO

O principal objectivo do presente estudo foi analisar a relação entre a Sintomatologia Climatérica e a Sexualidade na mulher de meia-idade, assim como averiguar a variabilidade da Sintomatologia Climatérica, do Funcionamento Sexual, da Intimidade e do Interesse Sexual, em função de variáveis sócio-demográficas (e.g., Idade, Escolaridade, Estado Civil e NSE) e variáveis psico-clínicas (e.g., Fase do Climatério, Doenças e Medicação). Participaram 200 mulheres climactéricas, com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Índice do Funcionamento Sexual Feminino, *Greene Climacteric Scale*, *Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships* (sub-escala Intimidade Sexual) e *Menopausal Sexual Interest Questionnaire*. As principais estatísticas realizadas através de análises correlacionais e diferenciais fornecem um conjunto de resultados que nos permitem aferir uma relação entre a Sintomatologia Climatérica, o Funcionamento Sexual, a Intimidade e o Interesse Sexual e as variáveis sócio-demográficas e psico-clínicas consideradas.

## ABSTRACT

The main purpose of this work was to analyse the relationship between the climacteric symptomatology and sexuality in middle-aged women, as well as the variability of the climacteric symptomatology, sexual functioning, sexual intimacy, and sexual interest, relating with socio-demographics (e.g., age, education, and marital and social status) and psycho-clinical (e.g., climacteric phases, diseases, and medication) variables. 200 climacteric women, between 40 and 64 years old, participated at this study. The material used were: Female Sexual Function Index, The Greene Climacteric Scale, Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (sexual intimacy subscale), and Menopausal Sexual Interest. The results from correlations and mean differences showed a relation between the climacteric symptomatology, sexual functioning, sexual intimacy, and sexual interest, and all the socio-demographics and psycho-clinical variables.

## RESUMÉ

L'objectif principal de cette étude est l'analyse de la relation entre la symptomatologie climatérique et la sexualité des femmes d'âge moyen. Deux cent femmes entre 40 et 64 ans ont participé à cette recherche. Cependant, il a aussi s'agit d'observer la variabilité de la symptomatologie climatérique, le fonctionnement sexuel, l'intimité et l'intérêt sexuel, en fonction des variables sociodémographiques (comme l'âge, la scolarité, l'état civil et le niveau socio-économique) et des variables cliniques (comme les différentes phases climatériques, les maladies et la médication). Les indicateurs suivants ont été utilisés: Female Sexual Function Index, The Greene Climacteric Scale, Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (sexual intimacy subscale), et Menopausal Sexual Interest. Les principales statistiques réalisées, l'analyse corrélacionnelle et différencielle, fournissent un ensemble de résultats, qui nous permettent d'inférer une relation entre la symptomatologie climatérique, le fonctionnement sexuel, l'intimité, l'intérêt sexuel, et les variables sociodémographiques et psycho-cliniques considérées.

## DEDICATÓRIA

À memória da minha Bisavó Albertina.

A minha mãe, a meu pai,  
ao meu irmão e a minha avó Isaura  
...por tudo e por nada...

...Aos meus pais por estarem a passar a meia-idade...



## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e avó Isaura, pelo amor incondicional.

Ao Pedro, pelas brigas e pelos abraços.

Ao José Carlos e ao Manuel por caminharem comigo nesta vida...

À Sofia, a Joana e a Mimosa, obrigada por me abrirem o caminho da Psicologia.

À Linda pela paciência e carinho.

Aos meus amigos a partilha de ideias em busca do sentido da vida.

Aos meus professores e colegas, da primária à universidade.

Ao Professor Doutor José Soares Martins pela orientação dada a esta investigação, desde a tese de licenciatura até à dissertação de mestrado.

A todos os profissionais de saúde, médicos ginecologistas e psicólogos, que apoiaram esta investigação, desde a tese de licenciatura até à dissertação de mestrado.

A todas as mulheres que participaram neste estudo pela paciência e disponibilidade.

A todos envio do fundo do meu coração a eterna amizade e um sincero obrigada!

## ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I – Revisão Bibliográfica</b>	
<b>Capítulo I. Climatério Feminino</b> .....	5
1.1. Introdução	
1.2. Caracterização do Climatério	
1.2.1. Climatério e menopausa .....	5
1.2.2. Factores que influenciam o aparecimento do climatério .....	7
1.3. Modelos explicativos do Climatério/ menopausa .....	9
1.3.1. O Climatério/menopausa à luz do Modelo Biomédico.....	9
1.3.2. O Climatério à luz do Modelo Biopsicossocial .....	10
1.4. Sintomatologia associada ao Climatério feminino: sintomatologia precoce e sintomatologia tardia .....	12
1.4.1. Sintomatologia precoce .....	13
1.4.1.1. Sintomatologia física.....	13
1.4.1.2. Sintomatologia psicológica .....	14
1.4.2. Sintomatologia tardia .....	16
1.4.3. Sintomatologia do Climatério nas diferentes fases do Climatério.....	17
1.5. Intervenções médicas no Climatério feminino .....	19
1.5.1. Tratamentos hormonais .....	19
1.5.2. Tratamentos não hormonais.....	19
1.6. Intervenção psicológica no Climatério .....	20
1.6.1. O papel do psicólogo no Climatério .....	20
1.6.1.1. Psicoterapia individual .....	20
1.6.1.2. Psicoterapia de grupo .....	21
1.6.1.3. Psicoterapia de casal.....	22
1.6.2. Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC) para a sintomatologia vasomotora ..	22
1.7. Conclusão .....	22
<b>Capítulo II. Sexualidade na Mulher de Meia-Idade/Climatério</b> .....	23
2.1. Introdução .....	23
2.2. Direitos Universais Sexuais e Saúde Sexual.....	23
2.3. Sexualidade na mulher .....	24
2.4. Funcionamento Sexual.....	24
2.5. O papel das variáveis relacionais (satisfação sexual e da intimidade sexual) no funcionamento sexual do casal .....	24
2.6. O papel das doenças e dos mitos associados as mesmas no funcionamento sexual na mulher .....	27
2.6.1. Doenças específicas e o funcionamento sexual na mulher .....	27
2.6.2. Mitos acerca da doença no funcionamento sexual .....	28
2.7. O papel do consumo de substâncias e da medicação no funcionamento sexual .....	29

2.8. Disfunções sexuais na mulher.....	29
2.8.1. Caracterização, etiologia das disfunções sexuais e prevalência das mesmas no contexto português.....	29
2.8.2. O papel da psicopatologia (ansiedade e depressão) nas disfunções sexuais .	33
2.8.3. O papel dos factores cognitivos (falta de informação sexual, tabus, mitos, crenças) nas disfunções sexuais ao longo da vida .....	35
2.9. Funcionamento sexual no Climatério .....	38
2.9.1. Caracterização do funcionamento sexual no Climatério .....	38
2.9.2. Disfunções sexuais no Climatério .....	39
2.9.3. O papel da sintomatologia climatérica nas disfunções sexuais .....	39
2.10. Conclusão .....	40

## **Parte II – Contribuição Empírica**

<b>Capítulo III – Estudo Empírico</b> .....	42
3.1. Introdução .....	42
3.2. Problema de pesquisa e objectivos .....	42
3.3. Variáveis estudadas.....	43
3.4. Método .....	44
3.5. Caracterização dos participantes .....	45
3.6. Instrumentos.....	47
3.6.1. Questionário sócio-demográfico .....	48
3.6.2. Questionário de variáveis psicológicas e clínicas .....	48
3.6.3. The Grenne Climacteric Scale (GCS).....	48
3.6.3.1. Estudo da fidelidade da The Grenne Climacteric Scale (GCS) .....	49
3.6.3.2. Estudo da sensibilidade da The Grenne Climacteric Scale (GCS)....	49
3.6.4. Female Sexual Function Index (FSFI).....	50
3.6.4.1. Estudo da Fidelidade Female Sexual Function Index (FSFI) .....	51
3.6.4.2. Estudo da sensibilidade do Female Sexual Function Index (FSFI) ..	51
3.6.5. Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR).....	51
3.6.5.1. Estudo da fidelidade da sub-escala Intimidade Sexual do PAIR .....	52
3.6.5.2. Estudo da sensibilidade da sub-escala Intimidade Sexual do PAIR .	52
3.6.6. Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ) .....	53
3.6.6.1. Estudo da fidelidade da Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ) .....	54
3.6.6.2. Estudo da sensibilidade da Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ).....	54
3.7. Procedimentos de administração .....	54
<b>Capítulo V – Apresentação dos Resultados</b> .....	56
5.1. Resultados Correlacionais/Inferenciais.....	56
5.1.1. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Funcionamento Sexual (FSFI).....	57
5.1.2. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e a Intimidade Sexual (PAIR) .....	58
5.1.3. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Interesse Sexual (MSIQ).....	58
5.1.4. Relação entre o Funcionamento Sexual (FSFI) e o Interesse Sexual (MSIQ)60	
5.1.5. Relação entre Funcionamento Sexual (FSFI) e a Intimidade Sexual (PAIR) 61	
5.1.6. Relação entre a Intimidade Sexual (PAIR) e o Interesse Sexual (MSIQ) .....	62

5.1.7. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade).....	65
5.1.8. Relação entre o Funcionamento Sexual (FSFI) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade).....	65
5.1.9. Relação entre a Intimidade Sexual (PAIR) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade) .....	66
5.1.10. Relação entre o Interesse sexual (MSIQ) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade) .....	66
5.2. Resultados diferenciais .....	67
5.2.1. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função do NSE .....	67
5.2.2. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função do Estado Civil .....	68
5.2.3. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função das fases do Climatério .....	70
5.2.4. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função da existência de doenças .....	72
5.2.5. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função da medicação .....	73
<b>Capítulo VI – Discussão dos Resultados</b> .....	<b>75</b>
<b>CONCLUSÃO GERAL</b> .....	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica das mulheres no climatério .....	46
Tabela 2 - Caracterização das mulheres climatéricas em função das variáveis psicológicas e clínicas .....	47
Tabela 3 - Sensibilidade da The Grenne Climacteric Scale (GCS) .....	49
Tabela 4 - Sensibilidade da Female Sexual Function Index (FSFI) .....	51
Tabela 5 - Sensibilidade da sub-escala Intimidade Sexual do PAIR.....	53
Tabela 6 - Sensibilidade da Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ) .....	54
Tabela 7 - Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Funcionamento Sexual (FSFI).....	58
Tabela 8 - Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e a Intimidade Sexual (PAIR).....	58
Tabela 9 - Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Interesse Sexual (MSIQ).....	59
Tabela 10 - Regressão da variável Sintomatologia Climatérica .....	59
Tabela 11 - Regressão da variável Sintomatologia Climatérica .....	60
Tabela 12 - Correlações entre o Funcionamento Sexual (FSFI) e o Interesse Sexual (MSIQ).....	60
Tabela 13 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Intimidade Sexual .....	61
Tabela 14 - Regressão da variável Funcionamento Sexual (totais) .....	61
Tabela 15 - Regressão da variável Funcionamento Sexual (dimensões).....	62
Tabela 16 - Regressão da variável Funcionamento Sexual .....	62
Tabela 17 - Correlações entre a Intimidade Sexual (PAIR) e o Interesse Sexual (MSIQ) .....	62
Tabela 18 - Regressão da variável Intimidade Sexual (PAIR) (totais).....	63
Tabela 19 - Regressão da variável Intimidade Sexual (PAIR) (dimensões).....	63
Tabela 20 - Regressão da variável Interesse Sexual (MSIQ) (totais).....	64
Tabela 21 - Regressão da variável Interesse Sexual (MSIQ) (totais).....	64
Tabela 22 - Regressão da variável Interesse Sexual (MSIQ) (totais).....	64
Tabela 23 - Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e as variáveis sócio-demográficas.....	65
Tabela 24 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e as variáveis sócio-demográficas.....	65
Tabela 25 - Correlações entre a Intimidade Sexual e as variáveis sócio-demográficas .	66
Tabela 26 - Correlações entre o Interesse Sexual e as variáveis sócio-demográficas ....	66
Tabela 27 - Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade Sexual em função do NSE .....	68
Tabela 28 - Diferenças de médias do Interesse Sexual em função do NSE .....	68
Tabela 29 - Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade Sexual em função do Estado Civil.....	69
Tabela 30 - Diferenças de médias do Interesse Sexual em função do Estado Civil.....	70
Tabela 31 - Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento e Intimidade Sexual em função das fases do climatério.....	71
Tabela 32 - Diferenças de médias do Interesse Sexual em função das fases do Climatério .....	71
Tabela 33 - Diferenças de médias na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade em função da existência de doenças.....	72

Tabela 34 - Diferenças de médias no Interesse Sexual em função da existência de doenças.....	73
Tabela 35 - Diferenças de médias na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento e Intimidade Sexual em função da medicação.....	74
Tabela 36- Diferenças de médias no Interesse Sexual em função da medicação .....	74

## INTRODUÇÃO

No século XX, no 1º Congresso Internacional de Menopausa, o climatério foi considerado uma fase do processo de envelhecimento que marca a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva, e a menopausa considerada o fim do período menstrual (Utian, n.d., as cited in Van Keep, Serr, & Greenblatt, 1979).

Os sintomas climatéricos, a nível físico, são caracterizados por perturbações neurovegetativas (e.g., afrontamentos, sudorese, palpitações, náuseas, cefaleias, insónias, vertigens) e as perturbações genitourinárias (e.g., secura e ardor vaginal, dispareunia, polaquiúria, disúria e incontinência urinária). A nível psicológico, são referidas labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, falta de tolerância, humor depressivo, diminuição do rendimento, memória e da concentração, astenia, isolamento e diminuição do desejo sexual (Silva & Silva, 1999). Por sua vez, o climatério embora esteja associado a este tipo de sintomatologia nem sempre esta ocorre (Utian, n.d., por Van Keep et al., 1979).

Estes sintomas ou queixas derivam de três factores: i) biológicas, diminuição da actividade hormonal da qual derivam os sintomas; ii) psicológicos que dependem da mulher; iii) sócio-culturais que determinam o contexto em que a mulher está inserida e, (e.g., da sua personalidade, do seu carácter, entre outros) (e.g. Utian, n.d., por Van Keep et al., 1979).

A sexualidade na meia-idade pode ser afectada por diversos factores: biológicos, psicológicos e sócio-culturais, daí que, ao se pensar numa intervenção, estes factores devem ser explanados, assim como todo um conjunto de informação pertinente, como por exemplo, a dimensões dos sintomas climatério. Consideramos que a sexualidade, nesta etapa, não é de valorizar aspectos negativos, mas sim, os aspectos positivos (desprazer vs. prazer) (e.g. Camilo, Hernández, & Aranda, 2002; Favarato, Aldrighi, Júnior, Pires, & Lima, 2000).

Em Portugal, no campo da Psicologia, verificamos que são poucos os estudos sobre a menopausa/climatério (e.g., Fagulha, 2003, Fagulha & Gonçalves, 2003a,b, as cited in por Castro, Novo, Garrido, Pires, & Mouro, 2003; Figueiras, 1994a,b; Serrão,

2004), mas mais escassos são ainda quando nos debruçamos na temática da sexualidade no climatério (Romão, 2005).

Assim sendo, o principal problema deste estudo insere-se no âmbito da sexualidade das mulheres em fase de Climatério. Neste sentido o principal objectivo é analisar a relação entre a *Sintomatologia Climatérica* e a *Sexualidade* da mulher de meia-idade. Como objectivos específicos procura-se analisar a variabilidade da *Sintomatologia Climatérica*, do *Funcionamento Sexual*, da *Intimidade* e do *Interesse Sexual* em mulheres de meia-idade, em função de variáveis sócio-demográficas (e.g., Idade, Escolaridade, Estado Civil e NSE) e variáveis psico-clínicas (e.g., Fase do Climatério, Doenças e Medicação).

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte é constituída por 2 capítulos que integram a revisão bibliográfica.

No Capítulo caracterizamos o climatério feminino/menopausa, os modelos explicativos do climatério/menopausa, a sintomatologia associada e o tipo de intervenções médicas existentes. No final deste capítulo apresentamos os tipos de intervenções que os psicólogos podem realizar nesta população e apresentamos, à luz do modelo cognitivo-comportamental, estratégias que podem ser adoptadas pelas mulheres que apresentam uma menor sintomatologia dos afrontamentos/calores.

No capítulo II e último desta parte, abordamos conceitos importantes para compreender a sexualidade das mulheres climatéricas. Aborda-se o funcionamento sexual *versus* disfunções sexuais, o papel da satisfação sexual, da intimidade sexual, das doenças e da medicação no funcionamento sexual. Quando nos debruçamos sobre a sexualidade no climatério, caracterizamos o funcionamento sexual, disfunções sexuais das mulheres climatéricas. E, por último, explanamos o papel da sintomatologia climatérica nas disfunções sexuais.

Quanto à segunda parte, esta integra o estudo empírico e possui igualmente três capítulos. No Capítulo IV apresenta-se o estudo empírico, pelo que iniciámos com os objectivos do estudo, identificamos e operacionalizamos as variáveis. É caracterizada a amostra, são descritos os instrumentos, suas qualidades psicométricas e termina-se este capítulo com a descrição dos principais procedimentos de administração.



No Capítulo V são apresentados os principais resultados ao nível das análises correlacionais obtidas através do  $r$  de Pearson, para variáveis contínuas e o *polyserial correlation* quando correlacionamos variáveis contínuas categóricas. Em seguida os resultados obtidos ao nível do teste de diferenças de médias:  $t$  de *Student*, que é um teste paramétrico não relacionado, que permite analisar a diferença de médias existente entre duas situações e, *Anova One Way*, que permite analisar a diferença de médias existente entre três ou mais situações. Neste último caso, utilizamos o *post-hoc* LSD (*Least Significant Difference*) que nos permite ver entre que grupos existem as diferenças (Green & D'Oliveira, 1991).

O capítulo VI integra a discussão dos resultados focalizando-nos na verificação dos objectivos proposto, tecendo-se uma organização das justificações para os resultados encontrados.

Termina-se o presente estudo com uma reflexão sobre os aspectos mais relevantes que foram encontrados ao longo do estudo e com algumas reflexões que poderão constituir um plano de intervenção neste âmbito específico.

## PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

## **CAPÍTULO I. CLIMATÉRIO FEMININO**

### **1.1. Introdução**

Neste capítulo, caracterizamos os conceitos de Climatério e menopausa, explanamos os diferentes factores que influenciam o aparecimento da menopausa, abordamos os modelos explicativos do Climatério/menopausa, a sintomatologia do Climatério e os possíveis tipos de intervenção: a médica e a psicológica. Na intervenção psicológica, abordamos o papel do psicólogo e explanamos o modelo cognitivo comportamental para os calores.

### **1.2. Caracterização do Climatério**

#### **1.2.1. Climatério e menopausa**

Etimologicamente, o conceito *Climatério* provém do grego com o seguinte significado “degrau; ponto crítico da vida” (Costa et al., 2006, p. 374), e é definido como uma “insuficiência ovárica irreversível que ocorre na mulher, geralmente entre os 40 e 60 anos de idade; (...) conjunto de alterações somáticas e psíquicas que se observam na parte terminal do período reprodutor da mulher” (Academia das Ciências de Lisboa & Fundação Calouste Gulbenkian, 2001a, p. 841).

Por outro lado, o conceito *menopausa* tem também origem no grego e significa “cessação definitiva da menstruação”, e é definido como um “período da vida da mulher em que ocorre esse fenómeno” e ocorrem “perturbações endócrinas, que na mulher levam à diminuição brusca da secreção dos estrogéneos na menopausa” (Ferreira, n.d., as cited in Academia das Ciências de Lisboa & Fundação Calouste Gulbenkian, 2001b, p. 2435).

Actualmente, o Climatério feminino corresponde à transição do período reprodutivo para o não-reprodutivo, isto é, do período fértil para o infértil (Utian, n.d., por Van Keep et al., 1979). Nesta fase, a mulher sofre alterações endócrinas que passam pela falta de ovulação e pela diminuição da capacidade reprodutiva. Em geral, ocorre por volta dos 40 anos terminando aos 65 (Baracat, Haidar, Nunes, Soares, & Rodrigues

de Lima, 2005; Borges & Tadini, 2002). O Climatério, também é visto como um período que antecede, acompanha e precede a menopausa (López & Fuertes, 1999).

Historicamente, o facto das mulheres pararem de menstruar por volta dos 50 anos, foi relatado em 322 a.c. por Aristóteles em *Historia Animalium* (Short, 1990, as cited in Rekers, 1991).

Segundo Silva e Silva (1999), a média de idade em que ocorre a menopausa normativa (ou espontânea), na população portuguesa, ronda os 48 anos. Esta pode definir-se em duas perspectivas: por um lado, a menopausa como um acontecimento único, isto é, a cessação das menstruações; por outro lado, como um processo que envolve as fases perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Hammond, 1994, as cited in Huffman & Myers, 1999).

Quanto à primeira perspectiva, a menopausa é definida como “a data da última menstruação e constitui apenas um marco dentro do Climatério, surgindo entre os 40 e 51 anos de idade” (Baracat et al., 2005, p. 339). Segundo Borges e Tadini (2002), “é necessário um período de 12 meses de ausência de fluxo para que seja considerada como a última menstruação, tornando o diagnóstico eminentemente retrospectivo” (p. 759).

À luz da segunda perspectiva, os termos *menopausa* e *Climatério* são usados, indistintamente, para se referir ao processo total das mudanças relacionadas com a menopausa. Esta compreende as seguintes etapas, com a duração aproximada de 15 anos: perimenopausa, menopausa e pós-menopausa (Gannon & Ekstrom, 1993, as cited in Huffman & Myers, 1999).

Actualmente, para a Organização Mundial de Saúde (1996, as cited in Serrão, 2004) existem as seguintes quatro fases no Climatério feminino: pré-menopausa, definida pela regularidade menstrual durante os últimos 12 meses; perimenopausa, período de tempo que antecede a menopausa, quando não se verificou ainda um período de amenorreia que atinja 12 meses consecutivos. Os ciclos menstruais podem ser irregulares e mais pequenos, podem também, aumentar o número de dias de intermenstruações, caracterizando-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endócrinos e psicológicos, que marcam o fim da etapa reprodutiva; menopausa, quando a cessação de menstruações é permanente (só pode ser estabelecida em retrospectiva, após 12 meses

consecutivos de amenorreia), resultado da perda de actividade folicular; e, por último, a pós-menopausa, que se inicia um ano após a amenorreia.

### **1.2.2. Factores que influenciam o aparecimento da menopausa**

Segundo a revisão bibliográfica realizada, existe uma panóplia de factores preditivos do aparecimento da menopausa. Contudo, constata-se que não existe consenso entre os autores. Por esse motivo, destacamos aqueles que nos parecem mais pertinentes na compreensão do presente trabalho. Desta forma, os elementos que podem prever o aparecimento da menopausa são a idade, factores genéticos, médicos, demográficos, ambientais e reprodutivos.

Relativamente à idade, a menopausa poderá ser o resultado de um processo de envelhecimento biológico, isto é, ocorrência no final dos anos reprodutivos da mulher devido às mudanças no hipotálamo, glândula pituitária e nos ovários, resultando na perda de estrogéneos e progesterona (Huffman & Myers, 1999).

Silva e Silva (1999) referem que a menopausa pode ser considerada precoce, quando tem lugar antes dos 45 anos. Segundo Baracat et al. (2005), a menopausa tardia ocorre “após os 52 anos (para alguns) ou 55 anos (para outros)” (p. 340). Na suspeita de menopausa precoce deve confirmar-se o diagnóstico perante um doseamento da Hormona Folicular Estimulante (FSH) > 40 m UI/ml e estradiol. Deste modo, a menopausa pode ser natural/ espontânea – normativa – fruto do envelhecimento natural e, pode ser, cirúrgica ou artificial, isto é, fruto de intervenções médicas, tais como: histerectomias, quimioterapia ou radiações. Pode também ser “consequência da ooforectomia cirúrgica ou iatrogénica (radiações, citostáticos)” (Silva & Silva, 1999, p.15) surgindo assim precocemente.

Num estudo que abrangeu uma população de 8000 mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos, foram identificados como factores de risco para a menopausa precoce: o número de anos de consumo de tabaco, ciclos ovulatórios, depressão, ovariectomia unilateral e antecedentes familiares. Assim, 25% destas mulheres que se integravam neste conjunto tenderão a ser menopáusicas aos 40 anos de idade, sendo a idade média da ocorrência aos 42 (Cramer & Xu, 1996).

Sob o ponto de vista endócrino, “a menopausa cirúrgica tem consequências particularmente drásticas, já que determina a perda total e instantânea de produção hormonal, quer de estrogéneos, quer de androgéneos” (Silva & Silva, 1999, p.15).

Quanto ao factor genético, considera-se que existe um padrão que influencia o aparecimento da menopausa precoce. Esta situação ocorre se existir uma perda do material genético do braço longo do cromossoma X (Fitch et al., 1982, as cited in Cramer & Xu, 1996; Smith, 2004).

Segundo alguns estudos, os factores médicos, como as doenças auto-imunes, estão associados à menopausa precoce e, regularmente, envolvem falha de vários órgãos endócrinos (Alper & Garner, 1985, as cited in Cramer & Xu, 1996). Pode considerar-se como variável adicional o histórico de depressão com tratamento médico (Harlow, Cramer, & McGurk, 1995, as cited in Cramer & Xu, 1996). Especula-se também, que a depressão poderá ser uma manifestação de um declínio prematuro da função do ovário. O efeito da perda total ou parcial de um ovário está menos documentado, mas revelou ser um forte factor de risco para a menopausa precoce, particularmente se a mulher perdeu um ovário antes dos 35 anos de idade (Cramer, Xu, & Harlow, 1995, as cited in Cramer & Xu, 1996).

Os factores demográficos, tais como: o estado civil de solteira e o baixo nível socio-económico estão associados à menopausa precoce. Contudo estes factores deverão ser considerados como factores de ajuste, mais do que factores de risco com significado biológico independente (Cramer & Xu, 1996).

O tabagismo é considerado o factor ambiental mais significativo, que influencia o aparecimento da menopausa (Cramer & Xu, 1996). Esta ocorre mais cedo um ou dois anos em mulheres com hábitos tabágicos. Este facto deve-se aos efeitos nocivos do tabaco no sistema nervoso central, bem como nos ovários, na produção de estrogéneo ou metabolismo (Brewer, 1999; Cramer & Xu, 1996). Brewer (1999) acrescenta que os níveis de estrogéneo diminuem no sangue devido ao tabaco, causando uma menopausa precoce. Segundo Garcia-Fantini e Bacelar-Antunes (1999) este factor é considerado “o único parâmetro essencial susceptível de baixar de maneira sensível e notória a idade de aparecimento da menopausa” (p. 84). Outros factores ambientais considerados

importantes são, a nutrição e as altas altitudes, que podem determinar o aparecimento da menopausa precoce (Shering, 1997/2002).

Quanto aos factores reprodutivos, alguns estudos apresentam a idade da menarca como um factor predisponente para a determinação da idade do aparecimento da menopausa. Quanto mais cedo for a idade da menarca, mais tarde será a idade da menopausa e vice-versa. Na menarca, a mulher tem cerca de 500 000 folículos, número que diminui (atresia) ao longo da fase reprodutiva. A taxa de atresia folicular que ocorre na pré-menopausa poderá ser considerada um factor preditivo do aparecimento da menopausa. O número de filhos também foi considerado um factor preditivo na idade da ocorrência da menopausa, isto é, as mulheres nulíparas tenderiam a ter a menopausa mais cedo do que as múltíparas (Standford, Hartge, Brinton, Hoover, & Brookmeyer, 1987, VanKeep, Brand, & Lehert, 1979, as cited in Cramer & Xu, 1996).

O preditor natural mais importante do aparecimento da menopausa é a duração média do ciclo menstrual. Foi observado que as mulheres em idade reprodutiva que apresentavam ciclos inferiores a 26 dias, tendiam a ter uma menopausa por volta dos 49,2 anos de idade e, que as mulheres com um ciclo menstrual regular superior a 33 dias, tendiam a ter a menopausa mais tarde, aos 51,4 anos (Shering, 1997/2002). O uso de contraceptivos orais poderá também atrasar o aparecimento da menopausa (Stanford, Hartge, Brinton, Hoover, & Brookmeyer, 1987, VanKeep, Brand, & Lehert, 1979, as cited in Cramer & Xu, 1996).

### **1.3. Modelos explicativos do Climatério/ menopausa**

À luz da Psicologia da Saúde existem dois modelos de conceber a saúde e das doenças, que são, o modelo biomédico tradicional e o modelo biopsicossocial (Odgen, 1999; Pais-Ribeiro, 2005).

#### **1.3.1. O Climatério/menopausa à luz do Modelo Biomédico**

À luz do modelo biomédico, a menopausa é perspectivada como uma doença endócrina – endocrinopatia. A menopausa é também considerada de origem biológica,

que se traduz numa deficiência hormonal estrogénica, que afecta múltiplos órgãos e sistemas corporais, tais como: o aparelho genital, ossos e sistema circulatório (Olazábal, 2003).

As propostas de intervenção são centradas no médico, sendo o recurso à Terapia de Substituição Hormonal (TSH), uma oferta preventiva e curativa, para a maior parte das mulheres climatéricas (Olazábal, 2003).

Este modelo é criticado devido ao seu carácter reducionista, isto porque, perspectiva a menopausa de uma forma negativa, rejeitando e ignorando a influência dos factores culturais e psicossociais, criando, assim, limites para a sua compreensão (e.g. Huffman & Myers, 1999; Olazábal, 2003).

### **1.3.2. O Climatério à luz do Modelo Biopsicossocial**

Como alternativa ao modelo biomédico temos o modelo biopsicossocial, que perspectiva o Climatério/menopausa de uma forma mais abrangente/holista, dando ênfase aos factores biológicos, psicológicos, familiares, culturais e sociais (e.g., Huffman & Myers, 1999; Murray, 1998; Olazábal, 2003; Utian, n.d., por Van Keep et al, 1979).

Relativamente aos factores biológicos, Olazábal (2003) dá ênfase à predisposição genética que todas as mulheres, nesta etapa do ciclo vital têm, para o término da capacidade de ovular. Acrescenta, também, que existem factores que podem ter um carácter protector na saúde, ou seja, o fim da capacidade de menstruar, contribui para o término de enxaquecas, dores menstruais e hemorragias. Outros factores biológicos também adquirem importância, nesta etapa da vida, como o tipo de dieta, o exercício físico, o consumo de álcool e tabaco, entre outros, na medida em que podem ser facilitadores e geradores de *stress*.

Olazábal (2003) refere que, quanto aos factores psicológicos, estes surgem naquelas mulheres que são mais vulneráveis, ou seja, mulheres que apresentam dificuldades na adaptação aos acontecimentos vitais *stressantes*. Por outro lado, existem mulheres que se adaptam bem – factores facilitadores – que se podem traduzir em: i) boa auto-estima, ii) percepção positiva da saída dos filhos de casa, iii) uma melhor



relação com o companheiro após a saída dos filhos, iv) término do medo de engravidar, v) percepção que pode realizar novas actividades na vida e vi) existência de conhecimentos e atitudes positivas no Climatério.

Por outras palavras o significado psicológico dado à menopausa, que pode ser traduzido por representações sociais (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001; Serrão, 2004), crenças (Chavez-Ayala, Andrade-Palos, & Riveira-Riveira, 2002; La Gandra Martín, Sánchez Hernández, Diéz Sánchez, & Monge Hernández, 2003); expectativas (La Gandra Martín, et al., 2003) e atitudes (Anderson & Poster, 2002; Chavez-Ayala et al., 2002; Giblin, 2005; Jiménez López & Pérez Silva 1999; La Gandra Martín et al., 2003) contribuem para a forma como a mulher vivencia e experiencia o Climatério/ menopausa, bem como a sexualidade.

Relativamente aos factores familiares, o meio familiar, em que a mulher climatérica está inserida, contribui para a vivência desta etapa, pois é necessário apoio familiar. Actualmente, com o protelar do casamento e da maternidade/paternidade, o casal de meia-idade passa a ter filhos crianças, adolescente e adultos, que outrora só os teria adultos no processo de saída de casa, designado pelo o *síndrome do ninho vazio* ou período *pós-paternidade* (Lippert, 1997) e/ou ainda vivenciar o *síndrome da porta giratória* (regresso dos mesmos a casa) (Papalia et al., 2000). A percepção dada ao *ninho vazio* e se o homem (i.e., o companheiro/marido) está a viver a *crise da meia-idade* são aspectos a ter em conta nesta etapa da vida (Olazábal, 2003).

Quanto aos factores sócio-culturais, diversos estudos (e.g., Payer, 1991) comprovam a sua importância na menopausa; por exemplo, existem diferenças culturais relativamente a mulheres da Europa em relação às da Ásia. Por outro lado, existem culturas que valorizam a mulher na menopausa – factor protector – culturas nativas, celtas, Índia (Dan & Bernhard, 1989, Lock, 1994, as cited in Papalia et al., 2000; Northrup, 2003, 2006; Olazábal, 2003) e outras que desvalorizam a mulher nesta fase – factor de risco (Beck, 1992, as cited in Hoffman et al., 1994; Crowley, 1994a, as cited in Papalia et al., 2000; Olazábal, 2003). Relativamente à cultura ocidental, Delanoe (1997, as cited in Serrão, 2004) salienta que

Embora a menopausa ocorra na meia-idade e não na terceira idade, as imagens associadas a esta fase vital são confundidas com as da velhice, constituindo o símbolo do início do envelhecimento feminino. Porém, esta associação, relaciona-se mais como uma categoria de classificação social, do que com a perda das capacidades físicas e cognitivos (p. 28).

O modelo biopsicossocial considera que a adaptação às mudanças do Climatério não tem que ser negativa, como o anterior modelo refere, ela pode ser neutra e mesmo positiva, ou seja, que facilita o crescimento pessoal (Olazábal, 2003).

Neste sentido, Figueiras (1994a, 1994b) e Figueiras e Marteau (1995) ao comparar mulheres portuguesas com mulheres britânicas no Climatério, verificou que as mulheres portuguesas, que se encontram na pré-menopausa e na pós-menopausa, têm maior tendência a concordar que a menopausa pode ser uma nova etapa das suas vidas quando comparadas com as mulheres britânicas. Estas últimas, associam a menopausa à perda de feminilidade.

Num estudo com 200 mulheres portuguesas climatéricas (perimenopausa e pós-menopausa), Serrão (2004), verificou que, globalmente, apresentam representações sociais positivas da fase desenvolvimental em que se encontram. Particularizando, as mulheres da perimenopausa apresentaram correlações negativas entre as representações sociais e a sintomatologia climatérica (vasomotora e psicossocial). As mulheres da pós-menopausa apresentaram uma correlação negativa entre as representações sociais positivas e a deteriorização da qualidade de vida (vasomotora, psicossocial, física e sexual).

No modelo biopsicossocial, as propostas de intervenção são de carácter preventivo e educativo, por outras palavras, criam programas de intervenção que permite criar processos adaptativos a estas mulheres (Olazábal, 2003).

#### **1.4. Sintomatologia associada ao Climatério feminino: sintomatologia precoce e sintomatologia tardia**

Segundo Silva e Silva (1999) existe sintomatologia que ocorre num curto espaço de tempo, sintomatologia precoce e, a sintomatologia que ocorre a longo prazo,

sintomatologia tardia, devido à carência estrogénica. A sintomatologia precoce afecta a mulher a nível físico e psicológico. Quanto à sintomatologia tardia, descrita por Silva e Silva (1999), são as doenças cardiovasculares e osteoporose.

#### **1.4.1. Sintomatologia precoce**

##### **1.4.1.1. Sintomatologia física**

A nível da sintomatologia física surgem dois tipos de perturbações: às Perturbações Neurovegetativas e as Perturbações Genitourinárias. Quanto às Perturbações Neurovegetativas, Bacelar-Antunes (2005) refere que os calores (afrontamentos) surgem devido à diminuição de estrogéneos (hipoestrogenismo). A maioria das mulheres que se encontra na pós-menopausa, natural ou cirúrgica, sofre deste incómodo, no entanto, existem mulheres que podem ter deficiência estrogénica e não sofrerem deste sintoma. O sintoma é descrito como um calor que se inicia no peito estendendo-se pela face. Os calores podem ser associados à transpiração excessiva, pele visivelmente ruborizada, tonturas, taquicardia e cefaleias. Podem ser diurnos e nocturnos, sendo que estes últimos podem levar a cabo queixas como suores nocturnos, insónia e cansaço ao acordar. Os sintomas de afrontamento e sudorese são conhecidos como vasomotores e estão presentes em cerca de 80% das mulheres. Ocorrem, principalmente, enquanto apresentam menstruações causando desconforto físico agudo (50% destas mulheres). Em alguns casos, permanecem por cinco ou mais anos (Soares, 2000).

As Perturbações Genitourinárias, surgem, também, devido ao hipoestrogenismo. A vagina fica predisposta à vaginite atrofica, que é acompanhada por corrimento aquoso, prurido vulvar, ardência urinária, diminuição da lubrificação na relação sexual e dispareunia (Bacelar-Antunes, 2005; Coelho, 1999a). Por outro lado, podem ocorrer hemorragias após a menopausa, como causa directa da atrofia vaginal. Nas mulheres sexualmente activas e se atrofia é severa puderam ocorrer pequenas hemorragias (Bacelar-Antunes, 2005).

#### 1.4.1.2. Sintomatologia psicológica

Quanto à sintomatologia psicológica são descritos diversos sintomas como a ansiedade, o humor depressivo e a diminuição do desejo/interesse sexual, entre outros (e.g. Silva & Silva, 1999).

Segundo Bacelar-Antunes (2005), a ansiedade é frequente no Climatério e é descrita através da insegurança, medos, apreensão, preocupação generalizada com a saúde futura. Segundo Rebar et al. (2000) advogam que, no consenso da Sociedade Norte Americana da Menopausa [NAMS], existe a necessidade de diferenciar a ansiedade do dia-a-dia da patológica; esta última requer intervenção farmacológica e psicoterapia. Salienta, ainda, que a ansiedade necessita de ser distinguida de outras condições psiquiátricas, tais como, a perturbação obsessiva compulsiva, a perturbação de pânico e do *stress* pós-traumático.

Por outro lado, Bacelar-Antunes (1999) refere que a depressão é uma das queixas mais frequentes no Climatério, mas considera que falar de humor depressivo é mais preciso e correcto. Para este autor, os estados depressivos no Climatério são semelhantes à neurastenia ou à depressão atípica, sem nada ter a ver com a melancolia. Estes sintomas revelam-se no dia-a-dia por meio de ansiedade, tensão muscular, preocupação, temores, fadiga, exaustão, irritabilidade, perda do interesse, anedonia, diminuição da auto-estima, sensação de solidão e incapacidade generalizada. “Todos estes sintomas parecem estar relacionados com as alterações da actividade dos neurotransmissores centrais, afectados pela falta de estrogéneos” (Bacelar-Antunes, 1999, p.122).

Segundo Matthews (1992, as cited in Papalia et al., 2000) “somente cerca de 10% das mulheres saudáveis desenvolve sintomas de depressão quando se encontram na menopausa, tendendo estes sintomas a ser leves; a vasta maioria não fica deprimida” (p. 434). “As mulheres que realmente ficam deprimidas são aquelas que são ansiosas, e pessimistas e se encontram sob *stress* crónico” (Bromberger & Matthews, 1996, as cited in Papalia et al., 2000, p. 434).

Pode considerar-se como variável adicional o histórico de depressão com tratamento médico (Harlow, Cramer, & McGurk, 1995, as cited in Cramer & Xu, 1996).

Myra Hunter (1990, as cited in Lippert, 1997) acrescenta que os factores cognitivos e sociais associados, a uma depressão passada, contribuem em 51% da variação do estado depressivo relatado por mulheres na menopausa. A depressão nas mulheres climatéricas não está, directamente ligada, à falta de estrogéneos nesta fase (Coope, 1996; Gato & Iles, 1990, as cited in Jokinen et al., 2003), mas sim à situação geral da sua vida, ou seja, à saída dos filhos de casa, à doença dos pais e à pena da perda da fertilidade ou feminilidade (Gath & Iles, 1990, as cited in Jokinen et al., 2003).

Algum tempo antes da menopausa, poderá ocorrer um aumento das queixas psicológicas em mulheres vulneráveis, com características sócio-demográficas e psicossociais adversas (Greene, 1992, as cited in Coope, 1996).

Lennon (1987) parte de três perspectivas para avaliar até que ponto a depressão está relacionada com a menopausa. Na primeira advoga que serão as mudanças biológicas relacionadas com a componente hormonal que estarão na base da depressão. Na segunda, considera que serão as mulheres que desempenham determinados papéis, como as de esposas ou mães, ou que se identificam com determinados estereótipos da mulher, como a fertilidade, atracção e juventude, que serão mais vulneráveis às mudanças psicológicas do Climatério. Por último, a terceira perspectiva advoga que a menopausa não apresenta um momento particular *stressante* na vida da mulher. Na verdade, muitos autores referem que o *distress* nas mulheres na meia-idade pode ser meramente despoletado pelas mudanças dos papéis nesta fase das suas vidas, como a *experiência do ninho vazio*. Estas mudanças existem e são momentos difíceis na vida da mulher, independentemente, do seu estado menopáusico. Lennon (1987) conclui que não há provas que sustentem as duas primeiras, tendo em linha de conta o perigo das generalizações e as limitações do estudo.

Em contexto português, Fagulha e Gonçalves (2003b, as cited in Castro, Novo, Garrido, Pires, & Mouro, 2003) num estudo com uma amostra de 728 mulheres de idades compreendidas entre os 45 e 50 anos, verificaram que as mulheres apresentavam sintomatologia depressiva intensa e que esta esteve fortemente correlacionada com os sintomas atribuídos à menopausa. A sintomatologia depressiva foi mais acentuada em mulheres de nível sócio-cultural baixo ou muito baixo.

De acordo com Bacelar-Antunes (1999,2005), o desejo/interesse sexual é afectada por vários factores, como a idade (com esta há uma diminuição), experiências sexuais anteriores, relações com o próprio parceiro e a sua própria sexualidade. Todas as queixas físicas do foro ginecológico, tais como: secura vaginal, dispareunia, ardência pós-coital, anorgasmia e espasmos uterinos são aliviados com a terapêutica estrogénica, com a excepção da diminuição do desejo sexual, que é causa psicológica. As mulheres da pós-menopausa, apresentam queixas como a diminuição da lubrificação, dispareunia, ardência pós-coital e espasmos uterinos associados ao orgasmo. Referem, também, a existência de uma diminuição do prazer sexual e até mesmo a ocorrência de uma impossibilidade da sua realização. Assim, acrescenta que, “ao fim de alguns anos de menopausa também as alterações que produzem atrofia vulvovaginal fazem com que as relações sexuais sejam difíceis e dolorosas e a mulher perante esta eventualidade tenha a intenção de inibir-se” (Bacelar-Antunes, 2005, p. 17).

#### **1.4.2. Sintomatologia tardia**

A longo prazo surgem a alopecia, a secura da pele, a perda do tónus, as dores musculares, a fraqueza e fracturas ósseas devido a osteoporose (Soares, 2000).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nas mulheres na pós-menopausa, ultrapassando as doenças oncológicas (Bacelar-Antunes, 2005; Silva & Silva, 1999). Na mulher, a incidência de enfarte miocárdio aumenta a partir dos 50 anos, isto é, as mulheres antes da menopausa estão mais protegidas deste tipo de patologia devido aos estrogéneos (Silva & Silva, 1999).

A osteoporose surge devido ao hipoestrogenismo, caracteriza-se pela diminuição da densidade óssea e pela deteriorização da resistência óssea que, conseqüentemente, vai conduzir a fracturas (Ferrari, 1996).

A osteoporose pode ser primária ou secundária. A primária, também designada por osteoporose involutiva, que ocorre, normalmente, após os 50 anos, que pode ser dividida em tipo 1 (que afecta a mulher na pós-menopausa, 15 a 20 anos depois da menopausa) e a de tipo 2 (que afecta ambos os géneros após os 70 anos) (Morais & Souto, 1994).

“É, no entanto, na mulher pós-menopáusicas que o factor de risco de osteoporose se torna extremamente preocupante pois a grande percentagem de perda óssea, na mulher, dá-se nos primeiros 2 a 3 anos após a menopausa” (Morais & Souto, 1994, p. 63). Após os 50 anos “a proporção de fracturas entre mulheres e homens é de 2,5 para 1” (Morais & Souto, 1994, p. 64), isto porque, até à entrada do Climatério, para ambos os géneros, a perda do tecido ósseo é idêntico (Trien, 1986).

Por outro lado, a osteoporose secundária é consequência de situações desencadeantes como: glucocorticóides em excesso, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hiperprolactinémia, hipogonadismo, mieloma múltiplo, imobilização, cirrose biliar primária, síndromes de má absorção, osteogenesis imperfeita, síndrome de Marfan, alcoolismo, entre outros (Morais & Souto, 1994).

No entanto, podemos destacar a existência de factores de risco, para o seu aparecimento, que são: genéticos (e.g., sexo, género, histórico familiar); nutricionais (e.g., magreza, consumo pobre de cálcio, alcoolismo, consumo excessivo de café, consumo excessivo de proteínas, dietas de emagrecimento inadequadas); sociais (e.g., sedentarismo, tabagismo); alterações estrogénicas (amenorreia, nuliparidade, menopausa precoce) e por último, os desencadeantes de osteoporose secundária, já anteriormente referidos (Morais & Souto, 1994).

Para além disso, Martins (1996) acrescenta que as doenças (e.g. disfunções na tiróide e supra-renal, artrite reumatóide, doenças renais crónicas, alterações no aparelho gastrointestinal e a diabetes) e os efeitos dos medicamentos (e.g. antiácidos com alumínio, anticonvulsivos, sedativos, cortisona e hormona da tiróide) também são factores de risco para a osteoporose.

### **1.4.3. Sintomatologia do Climatério nas diferentes fases do Climatério**

Vários autores (e.g., Barentsen, van de Weijer, van Gend, & Foekema, 2001; Sierra, Hidalgo, & Chedraui, 2005) consideram que existem diferenças nas diferentes fases do Climatério.

Num estudo levado a cabo por Sierra et al. (2005), na população do Equador, constataram que quanto às pontuações, nos sintomas do Climatério (na escala geral

utilizada) que existem diferenças significativas, entre as mulheres da pré-menopausa e as pós-menopausa, sendo menores nas da pré-menopausa. Tendo em conta os sintomas psicológicos, somatório da ansiedade e da depressão, verificou-se que, na pré-menopausa, face a perimenopausa e a pós-menopausa, a sintomatologia psicológica é menor. Verificaram mais especificamente, em relação à ansiedade que existem diferenças significativas entre a pré-menopausa e a perimenopausa, sendo os valores menores na pré-menopausa.

Quanto à depressão, constatou-se que, embora não haja diferenças significativas, existe uma tendência para que na perimenopausa e na pós-menopausa apresentem mais depressão do que as mulheres da pré-menopausa.

Relativamente, à sintomatologia somática verificaram que existem diferenças significativas entre as mulheres da pós-menopausa e da perimenopausa em relação às de pré-menopausa. Por outro lado, quanto à sintomatologia vasomotora, verificaram que não existem diferenças significativas nos diferentes grupos, no entanto, constaram que existe uma tendência para as mulheres da perimenopausa apresentarem mais sintomas vasomotores que as mulheres da pré-menopausa e da pós-menopausa.

Por último, quanto ao interesse sexual, verificaram que também não existem diferenças significativas nos diferentes grupos, no entanto, constaram que existe uma tendência para as mulheres da pré-menopausa apresentarem maior interesse sexual (logo índice de disfunção sexual menor) que as perimenopausa e, que as mulheres da pós-menopausa, apresenta uma maior tendência para ter menor interesse sexual (logo índice de disfunção sexual maior) que as pré-menopausa e perimenopausa.

Na população Holandesa, Barentsen et al. (2001) constataram que quanto às pontuações, nos sintomas do Climatério (na escala geral utilizada) são maiores na perimenopausa, pós-menopausa e na pós-menopausa com histeretomia em relação as mulheres da pré-menopausa. As mesmas diferenças foram encontradas nas sub-escalas psicológicas, ansiedade, somáticos e vasomotores. Quanto à sub-escala depressão não foram encontradas diferenças significativas, no entanto, verifica-se mais ansiedade na perimenopausa, pós-menopausa e pós-menopausa com histeretomia em relação à pré-menopausa. Quanto ao índice de disfunção sexual, verificou-se que existem diferenças



significativas nas mulheres da pós-menopausa e pós-menopausa submetida a histeretomia em relação as mulheres da pré-menopausa e perimenopausa.

### **1.5. Intervenções médicas no Climatério feminino**

Quando existem problemas associados ao Climatério a intervenção médica pode ser realizada através de tratamentos hormonais e não hormonais.

#### **1.5.1. Tratamentos hormonais**

Os tratamentos hormonais para além de terem um carácter preventivo do surgimento de doenças visam, também, reduzir a sintomatologia precoce e tardia (Silva & Silva, 1999).

Segundo Silva e Silva (1999) existem dois tipos de TSH: estrogéneo isolado e estroprogestativo. Por sua vez, o estroprogestativo tem tipos de administração: a cíclica (a mulher vivência uma hemorragia de privação - menstruação) e a contínua, do componente progestativo.

Segundo Silva e Silva (1999), “a mulher com menopausa precoce apresenta, naturalmente, um risco aumentado para complicações da carência estrogénica” (p. 14). A reposição hormonal é tanto mais indicada quanto mais precocemente tiver ocorrido a falência ovárica. Ao contrário da menopausa tardia, que diminui alguns dos riscos, mas também traz consigo preocupações acrescidas devido à prolongada exposição de estrogéneos, a mulher apresenta riscos acrescidos de ter doenças oncológicas ginecológicas, tais como: o cancro da mama e do endométrio.

#### **1.5.2. Tratamentos não hormonais**

Mateu (1993) menciona que se deve recorrer a medicação não hormonal (e.g. antidopaminérgicos, estabilizadores vegetativos, tranquilizantes, anti-depressivos) quando a secreção estrogénica é adequada e quando existem contra-indicações ou intolerância a medicação hormonal.

## **1.6. Intervenção psicológica no Climatério**

Neste ponto abordamos o papel do psicólogo para a redução da sintomatologia psicológica que ocorre no Climatério e explanamos o modelo cognitivo comportamental para os calores/afrontamentos.

### **1.6.1. O papel do psicólogo no Climatério**

A intervenção do psicólogo no que respeita à sintomatologia psicológica do Climatério, pode ocorrer a três níveis: na psicoterapia individual, na psicoterapia de grupo e na psicoterapia de casal. Para além destes três níveis, o psicólogo pode estar integrado numa equipa interdisciplinar, possibilitando, desta forma, uma abordagem mais holística capaz de ajudar a mulher numa melhor vivência do Climatério (Favarato, et al., 2000).

#### **1.6.1.1. Psicoterapia individual**

A psicoterapia individual pode ser importante para a diminuição/minimização dos sintomas psicológicos do Climatério como a ansiedade ou problemas do foro sexual. Para além disso, possibilita a identificação e compreensão das perdas, que a mulher está a vivenciar nesta etapa da sua vida (Favarato et al., 2000).

Mateu (1993) refere que a psicoterapia pode ser realizada de três formas: i) diálogo ou debate esclarecedor, isto é, tem uma abordagem de cariz educativo, recorrendo-se a folhetos informativos e livros adequados; ii) utilização de técnicas de relaxamento para os casos de irritabilidade e de ansiedade; iii) elaboração de exercício físico.

Relativamente, à utilização das técnicas de relaxamento, Orr (1990, as cited in Payer, 1991) ao trabalhar com mulheres climatéricas na Austrália (Perth), constatou que as mulheres Italianas, Polacas, Macedónicas, Croatas, Portuguesas e Espanholas gostavam de frequentar clínicas de menopausa. Acrescenta, ainda, que estas mulheres necessitavam, particularmente, de sessões de relaxamento e meditação. Trien (1986) refere que as técnicas de relaxamento fazem reduzir o número de calores. A autora faz

referência às seguintes técnicas: i) Técnicas de Jacobson<sup>1</sup> sobre o relaxamento progressivo, ii) Técnica de resposta de relaxamento de Herbert Benson<sup>2</sup>, iii) Técnica de relaxamento com imagem criativa (i.e., relaxamento imagético). Assim, os tratamentos que envolvem o relaxamento revelam ser eficazes na redução dos calores nas mulheres menopáusicas (Freedman & Woodward, 1992, Irving et al., 1996, Stevenson & Delprato, 1983 as cited in Hunter, 2003). Gannon et al. (1987, as cited in Hunter, 2003) e Swartzman et al. (1990, as cited in Hunter, 2003) acrescentam que há uma relação entre os níveis de *stress* e os calores, sugerindo que a modificação e/ou o controlo das fontes dos calores e a gestão do *stress* podem diminuí-los.

Quanto ao exercício físico, já atrás mencionado, poderá ser recomendado/utilizado para prevenir os calores. Num estudo realizado na Suécia, com mais de 1600 mulheres, com idades compreendidas entre os 52 e os 54 anos de idade, verificou-se que os calores moderados e notórios eram apenas metade dos comuns entre as mulheres pós-menopáusicas fisicamente activas (21,5%) em relação ao grupo de controlo que apresentava valores de 43.8% (Hammar, Berg, & Lindgren, 1990, as cited in Coope, 1996).

#### **1.6.1.2. Psicoterapia de grupo**

O atendimento psicológico em grupo tem como objectivos: proporcionar a troca de experiências, favorecer a expressão de sentimentos, medos, fantasias e facilitar a criação de novos objectivos de vida (Favarato et al., 2000). Mateu (1993) sugere que o relaxamento deve ser realizado em pequenos grupos.

---

<sup>1</sup> “Dr. Edmund Jacobson usava este tipo de técnica para os tratamentos de insónias, ansiedade, obesidade, doenças cardíacas, pressão alta, ingestão, úlceras, colites e fobias” (n.d., as cited in Trien, 1986, p. 85). Payne (2003) acrescenta que “O método de Jacobson, o relaxamento progressivo, consiste em técnicas de contração-descontração que visam cultivar a consciência das sensações musculares” (p. 7).

<sup>2</sup> Herbert Benson, cardiologista, popularizou esta técnica baseando-se em métodos usados na meditação transcendental (n.d., as cited in Trien, 1986). O método de Benson, fisiologista, foi tive origem no século XX nos anos 70, trabalhou no laboratório Thorndike da Universidade de Harvard. Benson foi abordado por um grupo de praticantes de meditação transcendental (MT) que acreditavam que a meditação lhes poderia fazer baixar a tensão arterial. Embora inicialmente não concordasse, realizou uma série de investigações e concluiu que MT desencadeia mudanças fisiológicas. Para Benson, (1976, as cited in Payne, 2003) o ambiente calmo, posição confortável, instrumento mental e uma atitude passiva considerava ser os elementos chave para a MT.

### **1.6.1.3. Psicoterapia de casal**

Quando estão envolvidos problemas do âmbito conjugal, o casal deve procurar auxílio na psicoterapia (Favarato et al., 2000).

### **1.6.2. Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC) para a sintomatologia vasomotora**

Este modelo foi criado inicialmente, para os sintomas menstruais, e, conseqüentemente, adaptados para os calores e suores noturnos que ocorrem no Climatério (Hunter & Liao, 1996, as cited in Hunter, 2003). O tratamento cognitivo-comportamental descrito em Hunter e Liao (1996, as cited in Hunter, 2003) é um tratamento colaborativo de curta duração (4 sessões), que inclui técnicas como: psico-educação, relaxamento/gestão do *stress* e controlo e/ou modificação das fontes precipitadoras dos calores (Hunter & Liao, 1996, as cited in Hunter, 2003). Numa amostra constituída por um três grupos: i) grupo sem tratamento, ii) grupo sujeito a TSH *versus* iii) grupo submetido a TCC. Verificou-se que em ambos os tratamentos (com TSH e com TCC) ocorreu uma redução de 50% da frequência dos calores após o tratamento. Quando comparadas as mulheres que foram submetidas a TCC as submetidas a TSH, foram as primeiras a relatar que conseguiam lidar melhor com os calores do que as segundas, para além disso, relataram, também, níveis de ansiedade e de depressão inferiores (Hunter & Liao, 1996, as cited in Hunter, 2003).

## **1.7. Conclusão**

Neste capítulo, conceitos como Climatério, menopausa natural/espontânea e cirúrgica, sintomatologia do Climatério são cruciais pois fazem parte das nossas variáveis que vão ser avaliadas e exploradas na parte empírica do presente estudo. Explanamos também os dois modelos explicativos do Climatério, sendo que o modelo biopsicossocial percebe a mulher de uma forma mais abrangente. Por último, abordamos o papel do psicólogo no Climatério, dando ênfase as técnicas utilizadas na terapia cognitiva comportamental para a redução dos sintomas neurovegetativa (afrontamentos e calores).

## **CAPÍTULO II. SEXUALIDADE NA MULHER DE MEIA-IDADE/CLIMATÉRIO**

A sexualidade é um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interacção dos factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2004, p. 3).

### **2.1. Introdução**

Tal como a definição salienta são várias as dimensões inerentes à sexualidade humana. Neste capítulo começamos por abordar a sexualidade na mulher de uma forma geral para progressivamente nos encaminharmos para o nosso tema central, que é a sexualidade na meia-idade e no Climatério feminino.

### **2.2. Direitos Universais Sexuais e Saúde Sexual**

Em 1997, no XIII Congresso Mundial de Sexologia aprovou-se os direitos sexuais universais, que são: liberdade sexual, autonomia sexual, integridade sexual, igualdade sexual, prazer sexual, expressão sexual, livre associação sexual, escolhas reprodutivas livre e responsáveis, informação baseada no conhecimento científico, educação sexual compreensiva, saúde sexual.

A Saúde Sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde (2000) por “experiência de um processo progressivo de bem-estar físico, psicológico e sócio-cultural relacionado com a sexualidade”.

### **2.3. Sexualidade na mulher**

A condição sexual feminina compreende três períodos importantes da sua vida: a puberdade, quando ocorre a primeira menstruação (menarca) o que significa o atingir do amadurecimento sexual; a maturidade propriamente dita, que se caracteriza pela capacidade de procriação, pelo momento da gravidez e do parto e, por último, o Climatério, que se caracteriza pelo término da capacidade reprodutiva. No entanto, a menopausa não significa o fim da vida sexual da mulher (Martí, Eroles, & Roviralta, 1997). Tal como referem Simões, Soares e Baracat (2005) “pouco se sabe sobre a dinâmica da pessoa no Climatério e o seu ambiente, em particular no que diz respeito à sexualidade” (p. 369). A sexualidade no Climatério é influenciada por diversos factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, é um fenómeno biopsicossocial. Ou seja, a mulher no Climatério, é influenciada por factores extrínsecos e intrínsecos (Bacelar-Antunes, 2005; Favarato et al., 2000; Palacios, Tobar, & Menendez, 2002).

### **2.4. Funcionamento sexual**

O modelo do ciclo de resposta sexual, actualmente, utilizado pela American Psychiatric Association (APA, 2004) foi baseado nos estudos de Masters e Johnson (1984, 1985) e Kaplan (1979, as cited in Nobre, 2006), e é utilizado como uma referência, definindo-o através de 4 fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

No Climatério verificam-se algumas mudanças quanto ao desejo e ao orgasmo, Enquanto umas mulheres vivenciam um aumento do desejo e do orgasmo, outras não (Reichman, n.d., Ruhin, 1982, as cited in Papalia et al., 2000; Phillips 2005). Palacios et al. (2002) advogam que é importante compreender que as mudanças que ocorrem no funcionamento sexual, durante a meia-idade, são decorrentes do significado psicológico dado ao envelhecimento e à menopausa.

## **2.5. O papel das variáveis relacionais (satisfação sexual e da intimidade sexual) no funcionamento sexual do casal**

De acordo com López e Fuertes (1999) para compreendermos a sexualidade no casal, temos de ter em perspectiva três aspectos cruciais, que são: o grau de satisfação individual que cada indivíduo retira da relação, o grau de satisfação que o casal usufrui/retira das relações sexuais e, por último, a avaliação do funcionamento sexual. Para além destes aspectos, outros factores de ordem relacional também são ingredientes fulcrais para um bom funcionamento da sexualidade do casal, como sugerem os autores: a capacidade de comunicação, a procura activa da intimidade, o sentimento de confiança e compromisso na relação, a existência de uma atracção erótica entre ambos, o grau de autonomia, liberdade e responsabilidade por parte de cada membro do casal em relação ao outro. Em suma, o funcionamento de todos estes aspectos, acima explanados, é essencial para o bom funcionamento do casal.

De acordo com Costa (2005), o conceito de intimidade é um conceito abrangente, complexo e controverso. A intimidade é fundamental para o equilíbrio psicológico e social da pessoa. No entanto, a sua definição continua pouco precisa, existindo, inúmeras definições e teorias. Para além disso, a intimidade abrange a dimensão de construção temporal, ou seja, é um processo multissistémico – intrapessoal e interpessoal (Costa, 2005). Tem inerente uma dupla dimensão: a capacidade de individuação e a capacidade relacional (Gomes, 2003).

É desenvolvida ao longo do ciclo de vida, tendo formas, significados e complexidades distintas, de acordo com as características específicas de cada relação (Costa, 2005).

Schaefer e Olson (1975, as cited in Schaefer & Olson, 1981) referem a existência de 7 tipos de intimidade: i) *Intimidade emocional* – a experiência de sentimentos de proximidade; ii) *Intimidade social* – experiência de ter amigos comuns e semelhanças em organizações sociais; iii) *Intimidade intelectual* – experiência de partilhar ideias; iv) *Intimidade recreativa* – experiência de partilhar interesses em hobbies, participação de ambos em acontecimentos desportivos; v) *Intimidade espiritual* – experiência de partilhas com a finalidade comum e partilha de ideia comuns no sentido de vida e/ou fé

religiosa; vi) *Intimidade estética* – união de partilha de beleza; vii) *Intimidade sexual* – experiência de partilhar afectos comuns, e /ou na actividade sexual.

Talmadge e Dabbs (1990, as cited in Greeff & Malherbe, 2001) encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres nas áreas: emocional, social, intelectual e na recreativa. Na sub-escala intimidade emocional, mulher e homem, experienciam-na de maneira diferente. Enquanto que os homens utilizam a interacção para aumentar a intimidade emocional, as mulheres necessitam de uma intimidade emocional para ter uma ligação íntima

Por isso Gomes (2003) refere que:

A pluralidade do valor da sexualidade, assim como as dimensões intrapsíquicas e interpessoais, tornam o comportamento sexual um elemento fortemente integrador do próprio indivíduo, onde a componente de intimidade sexual, como processo inerente da relação e do indivíduo, surge com um valor facilitador da integração e da diferenciação do indivíduo e do relacionamento interpessoal (p. 114).

Patton e Waring (1985, as cited in López & Fuertes, 1999) referem que as mulheres consideram que a intimidade sexual está intimamente ligada à percepção de satisfação sexual. Reedy, Birren e Schaie (1981, as cited in López & Fuertes, 1999) estudaram as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital do casal, em sete componentes da relação: sentimento de segurança emocional, respeito, comunicação, espírito de ajuda, actividade lúdica, intimidade sexual e fidelidade. Verificaram que com avançar da idade se valoriza mais a segurança emocional e a fidelidade do que a comunicação e a intimidade sexual.

Por outro lado, Narciso e Costa (2002, as cited in, Galhardo, 2005) advogam que a intimidade é um elemento chave para a satisfação conjugal, por outras palavras, Dandeneau e Johnson (1994, as cited in Greeff & Malherbe, 2001) referem que o aumento da intimidade marital/conjugal proporciona um efeito positivo na satisfação conjugal ao longo do tempo.

À medida que o casal envelhece, a frequência do coito diminui, contudo a relação directa com o Climatério não é relevante (Martí et al., 1997). Segundo Phillips (2005)



existem casais que não gostam de ter relações sexuais, quando a mulher está menstruada, assim, na perimenopausa, como surge a incapacidade de prever a ocorrência das menstruações o que contribuirá para o casal viver esta etapa com grande *stress*. Na meia-idade, a maioria dos casais tem uma determinada rotina sexual – à noite, no mesmo lugar, na mesma posição – o que acarreta monotonia.

Weg (1987, as cited in Coelho, 1999b) refere que tem sido valorizada a importância da qualidade da relação emocional na menopausa. Northrup (2006) refere que “na meia-idade, muitos casais descobrem que têm o tempo e o desejo para estarem totalmente um com o outro a este nível e como consequência, vivem o melhor sexo de suas vidas” (p. 369). Refere também que, quando se começam a viver os anos de transformação da meia-idade, torna-se muitas vezes, necessário melhorar alguns aspectos do velho relacionamento.

Por outro lado, Weg (1989 as cited in Papalia et al., 2000) refere que, devido à resposta sexual mais lenta dos homens, as amantes da meia-idade, podem vivenciar a sua actividade sexual por períodos mais longos e tranquilos. As mulheres podem considerar este prolongar da excitação do homem, como uma ajuda para o seu próprio orgasmo. Assim, o casal que se acaricia, com ou sem coito, pode sentir uma intensificação da sexualidade, como parte de um relacionamento íntimo.

## **2.6. O papel das doenças e dos mitos associados as mesmas no funcionamento sexual na mulher**

Uma vez que a esfera sexual está associada ao prazer, frequentemente a sexualidade é vivenciada como incompatível com a doença. Os binómios doença crónica/sofrimento e sexualidade/prazer são geradores de ambivalência, quer para os próprios indivíduos, quer para os técnicos de saúde (Gouveia & Cardoso, 2006, p.257)

### **2.6.1. Doenças específicas e o funcionamento sexual na mulher**

São várias as doenças que comprometem o bom funcionamento sexual na mulher tais como, doenças cardiovasculares (e.g., Santos & Abrantes, 1996; Otero, 2002),

doenças endócrinas (e.g., Otero, 2002), doenças ginecológicas (e.g. Santos, 2003); doenças metabólicas (e.g., Santos & Abrantes, 1996; Otero, 2002), doença músculo-esquelética - fibromialgia (e.g., Baldin, Andrade, Alqualo-Costa, Gallinaro, & Lage, 2003; Gouveia & Cardoso, 2006; Mariano da Costa, Kneubil, Leão, & Thé, 2004); doenças neurológicas (e.g., Araújo & Soares, 1987); doenças reumatológicas (e.g., Barbosa, 2004); doença oncológica (e.g., Albuquerque & Fonseca, 1995; Santos & Abrantes, 1996); incontinência urinária (e.g., Barbosa, 2004; Leite, et al., 1997; Palacios et al., 2002); insuficiência renal crónica (e.g., Otero, 2002; Santos & Abrantes, 1996); doenças do foro psiquiátrico (e.g., Gomes, Fonseca, & Gomes, 1997; Pacheco, 1998) doenças pulmonares (e.g., Araújo & Soares, 1987) e, por último, osteoporose (Barbosa, 2004).

### **2.6.2. Mitos acerca da doença no funcionamento sexual**

A nossa cultura alimenta e reforça falsas crenças acerca da doença e da sexualidade, tais como, *a actividade sexual depende muita energia* e, por isso, é nociva a quem não está na melhores condições de saúde; *demasiado sexo é prejudicial, podendo ser causa de doenças*; *a eficácia dos tratamentos médicos (tais como radioterapia ou medicações) diminui a actividade sexual*; *os indivíduos doentes não têm desejo sexual*; *os ataques cardíacos são muito frequentes durante o desempenho sexual*; *todos os diabéticos têm problemas de erecção*; *o cancro é contagioso por via sexual* (Santos & Abrantes, 1996). Outro mito encontrado ao longo da literatura em relação a esta dicotomia foi que *os doentes não devem ter relações sexuais* (Gómez et al., 1987, as cited in Lima, 2003; López & Fuertes, 1989, as cited in Lima, 2003). Assim, quer o doente, quer a família adoptam estes mitos deixando-os interferir na adaptação a uma nova expressão sexual, que seria necessária.

## **2.7. O papel do consumo de substâncias e da medicação no funcionamento sexual**

Segundo Pacheco e Gamito (1993), substâncias como álcool, tabaco, drogas criam condições para o surgimento de variados tipos de perturbações, que condicionam e limitam a vida sexual, nas diferentes etapas do ciclo de resposta sexual.

Os fármacos, utilizados na clínica médica, têm efeitos secundários negativos que se podem repercutir na sexualidade humana, dependendo da dosagem e do tempo de utilização. Por outro lado, vários autores (e.g. Santinho Martins, 1991, as cited in Pacheco & Gamito, 1993; Otero, 2002) referem a existência de famílias de medicamentos susceptíveis de interferir na sexualidade humana, como: os anti-hipertensores, os diuréticos, os cardiovasculares, os hipocolesteromiantes, os anti-ulcerosos, os citostáticos, as hormonas derivadas e anti-hormonas, os tranquilizadores major (benzodiazepinas), os anti-depressivos, os anti-convulsivantes, os anti-parkinsónicos e os anorexiantes.

Gelfend (2000, as cited in Palacios et al., 2002) refere que as 3 principais medicações que acarretam problemas para o funcionamento sexual das mulheres são os agentes anti-hipertensores, anti-psicóticos e anti-depressivos.

## **2.8. Disfunções sexuais na mulher**

### **2.8.1. Caracterização, etiologia das disfunções sexuais e prevalência das mesmas no contexto português**

Segundo a APA (2002), define-se como disfunção sexual, toda a perturbação que caracteriza o ciclo de resposta sexual, já anteriormente referido, bem como a dor associada à relação sexual.

O diagnóstico de uma disfunção sexual deve ser complementado através da descrição dos diferentes subtipos, que podem ser relativos: i) à natureza e ao início da disfunção sexual, ou seja, as disfunções quando categorizadas de “tipo ao longo da vida” estão presentes desde o início do funcionamento sexual e as do “tipo adquirido” que se desenvolvem após um período de funcionamento sexual normal; ii) podem ainda

indicar em que contextos ocorrem, isto é, as disfunções do “tipo generalizado” aplicam-se quando estas não se limitam a qualquer tipo de estimulação, situação ou parceiro; as do “tipo situacional” só se limitam a certos tipos de estimulação, situação ou parceiros; e, por último, iii) outros dos subtipos que pode ser utilizado para referir factores etiológicos associados à disfunção sexual são: devido a factores psicológicos e a factores combinados.

O primeiro (factores psicológicos) verifica-se quando estes têm um papel relevante no início, na gravidade e na exacerbação, ou na continuação da disfunção sexual sendo que o estado físico geral e as substâncias não contribuem para esta (APA, 2002). Vários autores (e.g., Graziottin & Leiblum, 2005; Hawton & Catalan, 1986, as cited in Althof, Dean, Derogatis, Rosen, & Sisson, 2005; Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis, & Pinotti, 2003) referem que as disfunções sexuais são tipicamente influenciadas por uma variedade de factores, que podem ser os factores de predisposição, factores precipitadores, factores de manutenção e, por último, os factores de contexto. Relativamente ao segundo subtipo (factores combinados), o estado físico geral e a utilização de substâncias contribuem para explicá-la.

Consideramos pertinente para o presente estudo abordar as disfunções sexuais na mulher, que se caracterizam por: Perturbações do Desejo, da Excitação, do Orgasmo e de Dor. Relativamente às Disfunções do Desejo existem duas: as Perturbações do Desejo Sexual Hipoactivo e a Aversão Sexual, assim como na dor (dispareunia e vaginismo).

A Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo é designada, segundo a APA (2002) por:

Desejo de actividade sexual e fantasias sexuais persistentemente ou recorrentemente deficientes (ou ausentes). O juízo de deficiência ou ausência é feito pelo clínico, tendo em consideração factores que afectam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida da pessoa (p. 541).

A etiologia do Desejo Sexual Hipoactivo pode ser devido a diversos factores, que podem ser apontados com tendo influência no início, no desenvolvimento e na sua manutenção (Nobre, 2006). Exemplos de alguns factores: sociodemográficos (e.g.,

idade, habilitações académicas, estado civil), médicos (e.g., doenças e medicação para combater às mesmas) e psicológicos (e.g., experiências sexuais traumáticas, perda de atracção do parceiro, receio de ser afectado por doenças sexualmente transmissíveis, presença de psicopatologia – ansiedade, depressão e perturbações alimentares) (Nobre, 2006), presença de estados emocionais negativos (Nobre, 2006; Pablo & Soares, 2004).

Em Portugal, num estudo levado a cabo por Nobre (2003, as cited in Nobre, 2006), embora a amostra não fosse representativa da população, verificou-se que 15% das mulheres apresentavam um baixo nível do desejo sexual. Um estudo mais recente, realizado por Vendeira, Pereira, Parada e Macedo (2005, as cited in por Nobre, 2006) mostrou resultados substancialmente superiores, 35 %. Esta diferença poderá ser devido ao tipo de avaliação efectuada (Nobre, 2006). Noutro estudo recente, realizado na consulta de sexologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, verificou-se que o desejo hipoactivo nas mulheres tem uma prevalência de 40,4% (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003a).

Quanto à Aversão Sexual, esta é considerada “extrema persistente ou recorrente aversão extrema e evitamento de todo (ou quase todo) o contacto sexual genital com um parceiro sexual” (APA, 2002, p. 542).

Vários autores, salientam, ainda, que existe uma forte relação entre Aversão Sexual com as experiências sexuais traumáticas (Kaplan, 1995, Katz & Watkins, 1998, McCarthy, 1986, 1990, as cited in Nobre, 2006), crenças e expectativas sexuais erradas associadas a um tipo de educação negativa e restritiva, dúvidas quanto à orientação sexual, auto-estima e imagem corporal diminuída (Wincze & Carey, 2001, as cited in Nobre, 2006) e receio de contrair uma doença sexualmente transmissível (Katz et al., 1992, as cited in Nobre, 2006).

Nobre (2006) refere que não existem estudos epidemiológicos publicados que possibilitam fazer uma estimativa da prevalência desta perturbação na população em geral.

A Perturbação da Excitação caracteriza-se pela “incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter, até completar a actividade sexual, uma adequada resposta de lubrificação-estumescimento da excitação sexual” (APA, 2002, p. 543).

Alguns dos exemplos para a etiologia desta perturbação são os factores de causa orgânica/ biológica, que se destacam, os efeitos associados ao envelhecimento (e.g., doenças, alterações hormonais e os efeitos da medicação) e os factores psicossociais, que salientam variáveis do foro emocional, cognitivo e do relacionamento interpessoal (Nobre, 2006).

Vendeira et al. (2005, as cited in Nobre, 2006) revelou que 31,6 % de respostas para esta perturbação, justificando este valor pelos critérios de avaliação da disfunção propostos e pela inclusão do critério “subjectivos e fisiológicos” na definição de disfunção da excitação sexual na mulher.

A Perturbação do Orgasmo é caracterizada como um “atraso ou ausência de orgasmo, persistente ou recorrente, a seguir uma fase de excitação sexual normal. As mulheres exibem uma grande variabilidade no tipo ou intensidade da estimulação que desencadeia o orgasmo” (APA, 2002, p. 549).

Existem factores que podem contribuir para o surgimento desta perturbação que são: factores sóciodemográficos (estado civil, NSE) (Kinsey et al., 1953, Laumann, 1999, as cited in Nobre, 2006), factores biológicos (doenças, medicação, consumo de álcool) (Nobre, 2006) e factores psicossociais (características da personalidade da mulher, sentimentos de inferioridade, imagem corporal negativa, sintomas psicopatológicos) (Derogatis, Fagan, Schimdt, Wise, & Gilden, 1986, as cited in Nobre, 2006).

Em Portugal, o estudo de Nobre (2003, as cited in Nobre, 2006) mostrou que cerca de 14,7 % das mulheres da população em geral refere ter dificuldade no orgasmo. No entanto, num estudo mais recente verifica-se que os valores são significativamente superiores, por volta dos 31,6% (Vendeira et al., 2005, as cited in Nobre, 2006).

Segundo a APA (2002) existem duas Perturbações da Dor na mulher: a Dispareunia e o Vaginismo.

A Dispareunia caracteriza-se como uma “dor genital persistente ou recorrente associada à actividade sexual” (APA, 2002, p. 554). Verificam-se valores díspares nos estudos relativos à prevalência da Dispareunia e Portugal não é excepção.

A Dispareunia pode ser devido ao factores etiológicos orgânicos e ou psicossociais (e.g., trauma de abuso sexual, insatisfação marital, doenças, existência de psicopatologia, entre outras) (Santos, 2003).

Segundo Nobre (2003, as cited in Nobre, 2006) 4,7% das mulheres que participaram referem que, na maior parte das ocasiões ou quase sempre que tem relações sexuais, têm sintomas de Dispareunia.

Relativamente, ao Vaginismo, é definido como um “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina que interfere com o acto sexual” (A.PA, 2002, p. 558). Por outras palavras, é a dificuldade ou a incapacidade da mulher tolerar qualquer tipo de penetração.

O vaginismo pode ocorrer devido a diversos factores, por exemplo: físicos, educacionais e culturais, experiências prévias de dor, trauma sexual e no papel do parceiro sexual (Santos, 2003).

Quanto à sua prevalência, esta perturbação raramente é encontrada (Nobre, 2006). Em Portugal, o estudo levado a cabo por Nobre (2003, as cited in Nobre, 2006) mostrou que 4,2% apresentam vaginismo.

### **2.8.2. O papel da psicopatologia (ansiedade e depressão) nas disfunções sexuais**

Relativamente à ansiedade, autores como Masters e Johnson (1970, as cited in Soares, 2003) e Kaplan (n.d., as cited in por Soares, 2003) foram defensores dos modelos “ansiocêntricos”, por outras palavras, a ansiedade teria o papel central na etiologia e na manutenção das disfunções sexuais.

Beck e Barlow (n.d., Soares, 2003) consideram que a ansiedade foi interpretada de forma diferentes por diversos autores, sendo que as interpretações “vão desde inibições baseadas em sanções morais, ao desconforto generalizado por se estar numa situação de intimidade sexual, ao medo de se perder o controlo, até ao papel de espectador” (p. 57). Para Barlow et al. (n.d., Soares, 2003) a ansiedade pode ser facilitadora para as pessoas funcionais e inibidora para pessoas disfuncionais.

Bancroft (1989, as cited in Soares, 2003) defende que a ansiedade, na resposta sexual, pode ser interpretada de diversas formas: pode ser facilitadora, pode ser uma reacção à resposta falhada ou pode perturbar os processos cognitivos que de outra forma seriam facilitadores da resposta sexual aos estímulos eróticos.

Segundo Nobre (2006) estudos com populações femininas têm vindo a confirmar o efeito facilitador da ansiedade na resposta sexual. Beeggs, Calhoun e Wolchick (1987, as cited in Nobre, 2006) mostraram que os estímulos indicadores de ansiedade aumentam a resposta sexual (medida pelo volume sanguíneo vaginal) num conjunto de mulheres funcionais.

Nobre e Pinto-Gouveia (2003, as cited in Nobre, 2006) não encontraram diferenças significativas entre os grupos clínicos e de controlo relativamente à frequência de emoções como o medo ou a preocupação no decorrer da actividade sexual, estes resultados verificaram-se tanto nos estudos com populações masculinas como nos estudos com grupos femininos.

Ao contrário do que defendiam Masters e Johnson e mesmo Kaplan (n.d., as cited in Nobre 2006) a ansiedade, por si só, não parece ser um aspecto diferenciador central dos sujeitos com disfunção sexual (Nobre, 2006).

Quanto ao papel da depressão nas disfunções sexuais é consensual a sua relação bidirecional e, é ainda mais complicada, devido aos efeitos secundários dos anti-depressivos no funcionamento sexual (Ferguson, 2001, as cited in Althof et al., 2005).

Em Portugal, Gomes et al. (1997) realizaram um estudo, na Consulta de Sexologia dos Hospitais de Coimbra, com o objectivo de estudar a relação entre psicopatologia e disfunções sexuais. Concluíram que os doentes com disfunções sexuais apresentam psicopatologia significativamente superior a população geral. Constataram que relativamente à depressão, são as mulheres que apresentam valores significativamente superiores aos dos homens, ou seja, esta diferença cifra-se em 66,6% nas mulheres e 38,6% nos homens. Concluíram também que nas mulheres as Perturbações do Desejo Sexual Hipoactivo e as Perturbações da Excitação apresentam valores significativamente mais elevados de depressão, assim como de ansiedade, do que as Perturbações do Orgasmo e Vaginismo.



Acrescentam que os resultados, não permite dizer que a depressão é causa ou consequência do Desejo Sexual Hipoactivo, mas é correcto dizer, que são situações de comorbilidade frequente.

### **2.8.3. O papel dos factores cognitivos (falta de informação sexual, tabus, mitos, crenças) nas disfunções sexuais ao longo da vida**

Para López e Fuertes (1999) a ausência de informação sexual adequada sobre a sexualidade pode vulnerabilizar para a ocorrência de disfunções sexuais. Assim, como crenças sexuais negativas e as atitudes negativas em relação à sexualidade podem também ter um papel facilitador no desenvolvimento de disfunções sexuais (López & Fuertes, 1999).

Heiman e LoPiccolo (1988, as cited in Nobre, 2006) referem que os mitos sexuais integram crenças sexuais. Para além disso, Lins e Braga (2005) referem que os mitos sexuais, muitas vezes, geram tabus.

No presente estudo focaremos a nossa atenção nos mitos, tabus e crenças existentes relacionados com a sexualidade da mulher.

Alguns dos mitos sexuais femininos encontrados na literatura foram: a) *Mito em relação aos dois tipos de orgasmo na mulher*, esta distinção foi feita pela primeira vez por Freud (n.d., as cited in Berdún, 2003), a diferença residia no facto de que as mulheres que tinham orgasmos vaginais eram consideradas maduras, enquanto que as que tinham orgasmo clitorianos eram consideradas imaturas (Berdún, 2003; Furlani, 2003); b) *Mito/ tabu da virgindade* (Berdún, 2003; Furlani, 2003), que segundo Furlani (2003) o considera como um tabu, devido à proibição social da desfloração da mulher antes do casamento, tabu este, que estava alicerçado nas culturas ocidentais. A autora considera que “o tabu da virgindade foi e pode ter sido considerado como uma das mais terríveis formas de dominação da mulher” (p. 143). Por sua vez, o mito está baseado na ideia que “a virgindade é um modelo de virtude, símbolo de pureza de prosperidade no casamento” (p.146). Assim, este mito-tabu, confere ao homem (marido) um poder sobre a mulher (esposa); e, por último, c) *Acto sexual com a mulher menstruada*, que é

reforçado por crenças religiosas associadas às práticas sexuais na menstruação, como a de que a mulher nesta altura está impura (Berdún, 2003; Furlani, 2003).

Por outro lado, Hawton (1985, as cited in Nobre, 2006) apresentam uma lista de mitos e crenças que se poderiam constituir como factores de predisposição para o desenvolvimento de disfunções sexuais, em ambos os géneros. No entanto, só iremos explanar os mitos e crenças que o autor referiu para as mulheres dado que é sobre mulheres que se debruça o nosso estudo. (e.g., *qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral; a mulher não pode iniciar a relação sexual pois o sexo é única e exclusivamente decisão do homem*), estes mitos e crenças têm a sua base no duplo padrão sexual (i.e., repressivo para as mulheres).

Aborda também outro tipo de mitos e crenças que são aplicados a ambos os géneros (e.g., *a masturbação é um acto sexual sujo, perigoso; no âmbito de uma relação sexual ela é também errada; é também errado ter fantasias sexuais durante a relação sexual, existem regras universalmente aceites do que é normal no sexo, o sexo realmente é bom quando ambos os parceiros atingem o orgasmo simultaneamente*).

Heiman e Lopicollo (1988, as cited in Nobre, 2006) referem um conjunto de mitos sexuais típicos de mulheres com disfunção sexual na sua obra dedicada às dificuldades do orgasmo. Estes mitos estão associados a crenças sobre: a) o conservadorismo sexual (e.g., *as mulheres de respeito não se excitam com material erótico; as mulheres que não gostam de formas exóticas de sexo são frígidas; as mulheres femininas não iniciam actividade sexual, os orgasmos vaginais são mais maduros do que os clitorianos, mulheres que são femininas não procuram sexo nem se tornam desenfreadas e/ou selvagens no acto sexual*); b) o papel da idade e da beleza física (e.g., *o sexo é só para mulheres com menores de 30; a vida sexual da mulher pára na menopausa*); e, por último, c) às exigências de desempenho (e.g., *as mulheres normais têm orgasmos sempre que fazem amor; todas as mulheres podem ter orgasmos múltiplos; uma mulher funcional consegue sempre excitar-se com o parceiro; mulheres que não atingem o orgasmo rápida e facilmente têm problemas*).

Para além dos mitos e crenças assim explanados, Heiman e LoPiccolo (1988, as cited in Nobre, 2006) também apresentam outros mitos que importantes como o mito relativo à segunda revolução hormonal na mulher, gestação e o parto, o mito consiste

em analisar que, devido a esta etapa, a capacidade de resposta a estímulos sexuais é diminuída; e o segundo mito, acerca da contraceção, tem a ver com o considerar que esta é, exclusivamente, da responsabilidade da mulher.

Quanto à terceira revolução hormonal, menopausa/climatério que ocorre na meia-idade, são vários os mitos, crenças associados a sexualidade, nesta etapa do ciclo vital. Alguns dos mitos encontrados tem como base a ideia que a sexualidade termina nesta etapa, tais como, por exemplo, *sexo com prazer termina na menopausa* (Papalia et al., 2000), *depois da menopausa, a satisfação sexual diminui* (Gómez et al., 1987; Lopez & Fuertes, 1989, as cited in Lima, 2003, p.110). Squire (2005) refere também a existência de crenças associadas às relações sexuais e à idade, sendo que a crença mais vulgarmente disseminada é a de que com “as mulheres perdem o apetite sexual depois da menopausa” (p. 22).

Em Portugal, num estudo levado a cabo por Nobre et al. (2003b) verificaram que as mulheres disfuncionais (grupo clínico), para além de apresentarem cotações mais elevadas no total da escala de crenças disfuncionais, mostraram ainda possuir, significativamente, mais crenças associadas com o papel da idade, com a importância dada à imagem corporal e à beleza física. As mulheres disfuncionais crêem que com o processo de envelhecimento exista um decréscimo do desejo e do prazer (e.g., *após a menopausa deixa de sentir desejo sexual, com o avançar da idade a mulher perde o prazer pelo sexo, depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo*). Outra das características diferenciais encontradas entre o grupo clínico e as mulheres funcionais foi a importância dada à beleza física, como factor fundamental para se ser sexualmente bem sucedido (e.g. *mulheres pouco atraentes fisicamente não são sexualmente felizes*).

Catarino, Negrão, Leite, Pires e Teixeira (1998) referem que, embora exista a tendência para aceitar crenças como o *desejo sexual diminui com idade e que com a menopausa o desejo sexual diminuem*, isto é, crenças associadas ao envelhecimento, nada aponta empírica e cientificamente para que o prazer sexual termine.

Simões et al. (2005) referem, também, uma outra crença que está associada a sexualidade durante o climatério, parafraseando-os o *sexo é considerado feio e repugnante para as mulheres no climatério*, crença esta que faz com que estas mulheres

se sintam ridículas, indecentes, depravadas, envergonhadas e culpadas. Esta crença, para além de estar enraizada em sociedades que dão valor à juventude, os autores consideram que a família tem um papel reforçador.

## **2.9. Funcionamento sexual no Climatério**

### **2.9.1. Caracterização do funcionamento sexual no Climatério**

Relativamente ao desejo sexual, vários autores (Reichman, n.d., Ruhin, 1982, as cited in Papalia et al., 2000) mencionam que o desejo sexual no Climatério é exacerbado numas mulheres e noutras é diminuto. As mulheres que têm um desejo exacerbado, são aquelas que se sentem livres de uma gravidez indesejada, sentem-se livres do uso da contraceção.

Pacheco e Gamito (1993) referem a existência de uma forte correlação entre a diminuição do interesse sexual e o envelhecimento. Acrescentam também, que este aspecto é mais comum nas mulheres, e que é consequência das alterações hormonais cíclicas induzidas pela ovulação, e na menopausa, pelo término da produção de hormonas sexuais femininas.

Por outro lado, Catarino et al. (1998) e Buss (1994, as cited in Romão, 2005) consideram, que embora haja uma tendência para aceitar que na pós-menopausa não existe vida sexual, nada indica que o interesse/desejo sexual com o avançar da idade diminua.

Quanto ao orgasmo, Phillips (2005), menciona que existem mulheres que referem que devido às alterações anatómicas e fisiológicas têm mais dificuldades em atingir o orgasmo, (associado ao receio/medo do desconforto e da dor). Por um lado, existem outras mulheres que consideram ser mais fácil atingir o orgasmo à medida que a idade vai avançando (devido a uma maior confiança, uma maior habilidade para orientar/ajudar o seu parceiro a estimulá-la, maior experiência nas posições e técnicas a utilizar; condições estas que estão e são criadas devido à maturidade, também este nível sexual). Para além disso, Bulcão et al. (2004) mencionam que também existem casos em que as mulheres só vivenciam o primeiro orgasmo após a menopausa.

### **2.9.2. Disfunções sexuais no Climatério**

Dennertein e Hayes (2005) acrescentam que, para além do declínio do Interesse Sexual, existe uma diminuição acentuada da frequência da actividade sexual. Num estudo levado a cabo por Pfeiffer et al. (1972, as cited in Dennertein & Hayes, 2005) numa amostra de 241 mulheres com idades compreendidas entre os 46 e os 71 anos de idade, verificou-se que, com o avançar da idade, o Interesse Sexual diminui, isto é, 51% das mulheres na faixa etária dos 61-65 anos de idade não manifestam Interesse Sexual.

Lauman, Paik e Rosen (1999, as cited in Rosen, Lobo, Block, Yang, & Zippel, 2004) advogam que a disfunção sexual mais comum na pós-menopausa é a Perturbação do Desejo Hipoactivo. Num estudo levado a cabo por Hallstrom e Samuelsson (1990, as cited in Dennertein & Hayes, 2005) numa amostra de 428 mulheres com idades compreendidas 50-60 anos de idade constataram que a Perturbação do Desejo Hipoactivo tem maior prevalência a partir dos 60 anos de idade.

Relativamente às Perturbações do Orgasmo, na pós-menopausa, num estudo levado a cabo por, Osborn et al. (1988, as cited in Dennertein & Hayes, 2005) com uma amostra de 176 mulheres pertencentes a uma faixa etária 50-59 anos de idade, concluem que 22% das mulheres com 50-54 anos de idade apresentam uma diminuição da frequência do orgasmo e 35% das mulheres entre 55-59 de idade também.

Avis et al. (2000, as cited in Dennertein & Hayes, 2005) realizaram um estudo com 88 mulheres na pós-menopausa e constataram que 33,8% das mulheres referem, frequentemente, dificuldades em atingir o orgasmo e, 10% da mesma amostra, referem ter dores no acto sexual.

Relativamente à Dor no Climatério, Dennertein (2000, as cited in Dennerstain & Hayes, 2005) esta vai aumentando, gradualmente, da pré-menopausa para a pós-menopausa.

### **2.9.3. O papel da sintomatologia climatérica nas disfunções sexuais**

Num estudo levado a cabo por, Nappi et al. (2001) constatou-se que as disfunções no Climatério estão associadas aos sintomas climatéricos. Os autores do referido estudo

verificaram que a intensidade dos sintomas vasomotores e dos sintomas psicológicos estão fortemente correlacionados com as disfunções sexuais (i.e., 30% das mulheres apresentava perturbação do desejo sexual, 40% das mulheres apresentava perturbações da excitação e 30% das mulheres apresentava perturbações da dor). Quando comparadas as mulheres sem e com disfunção sexual, estas últimas, manifestaram mais índices significativos de Sintomatologia Vasomotora e Psicológica, quando comparadas com mulheres sem disfunção sexual. Por outro lado, também constaram que a Sintomatologia Vasomotora era significativamente mais elevada nas mulheres com Perturbação da Excitação, enquanto que os Sintomas Psicológicos eram significativamente mais elevados nas mulheres com Perturbações do Desejo.

Squire (2005) refere que as mulheres podem sentir dor ou desconforto na relação sexual devido aos sintomas do Climatério que, conseqüentemente, conduz à diminuição do desejo/interesse sexual.

Borissova, Kovatcheva, Shinkov e Vukov (2001) num estudo comparativo com mulheres búlgaras na pré-menopausa, pós-menopausa com TSH e pós-menopausa sem TSH, encontraram correlações entre a Depressão e as mudanças da vida sexual como a Aversão Sexual e com a Dor.

## **2.10. Conclusão**

Ao longo deste capítulo, depreendemos que o funcionamento sexual da mulher climatérica é afectado por diversos factores. Os factores que podem afectar o seu funcionamento sexual são: biológicos (alterações hormonais, que desencadeia a presença da sintomatologia climatérica, psicopatologia (ansiedade e depressão), doenças, medicação e consumo de substâncias); relacionais (intimidade sexual). Neste sentido, os aspectos acima explanados vão ser explorados na parte empírica do presente estudo.

## PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

---

## CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

### 3.1. Introdução

Neste capítulo será focalizado o estudo empírico, pelo que começamos por apresentar os principais objectivos que estiveram subjacentes à presente investigação, as variáveis independentes e dependentes, sua operacionalização. São ainda caracterizados os participantes que fazem parte do estudo, bem como, o material utilizado e suas principais qualidades psicométricas ao nível da fidelidade e sensibilidade.

No final do capítulo, são referenciados os procedimentos utilizados na administração do material de recolha de informação.

O interesse por estudo recai em duas razões principais. Por um lado, a vontade e interesse em dar continuidade ao estudo empírico iniciado na licenciatura e, por outro lado, a escassez de estudos em Portugal sobre o *Climatério/ Menopausa* e a *Sexualidade* nesta etapa de desenvolvimento, cujos construtos são pouco estudados no âmbito da psicologia, nomeadamente, o funcionamento sexual versus a disfunção sexual e a intimidade sexual nas mulheres climatéricas e o interesse sexual nas mulheres na pós-menopausa.

### 3.2. Problema de pesquisa e objectivos

O principal problema de pesquisa da presente investigação insere-se no âmbito da sexualidade das mulheres em fase de climatério.

O objectivo geral é analisar a relação entre a *Sintomatologia Climatérica* e a *Sexualidade* da mulher de meia-idade.

Como objectivos específicos procura-se analisar a variabilidade da *Sintomatologia Climatérica*, do *Funcionamento Sexual*, da *Intimidade* e do *Interesse Sexual* em mulheres de meia-idade, em função de variáveis sócio-demográficas (e.g., Idade, Escolaridade, Estado Civil e NSE) e variáveis psico-clínicas (e.g., Fase do Climatério, Doenças e Medicação). Assim, pode-se definir, mais especificamente, os seguintes objectivos:



- a) Analisar a relação entre a *Sintomatologia Climatérica* e o *Funcionamento*, a *Intimidade* e o *Interesse Sexual*;
- b) Analisar a relação entre a *Sintomatologia Climatérica*, a Idade e a Escolaridade;
- c) Analisar as diferenças na *Sintomatologia Climatérica* em função do NSE, do Estado Civil, das Fases do Climatério, das Doenças e da Medicação;
- d) Analisar a relação entre o *Funcionamento Sexual*, a Idade e a Escolaridade;
- e) Analisar as diferenças no *Funcionamento Sexual* em função do NSE, do Estado Civil, das Fases do Climatério, das Doenças e da Medicação;
- f) Analisar a relação entre a *Intimidade Sexual*, a Idade e a Escolaridade;
- g) Analisar as diferenças na *Intimidade Sexual* em função do NSE, do Estado Civil, das Fases do Climatério, das Doenças e da Medicação;
- h) Analisar a relação entre o *Interesse Sexual*, a Idade e a Escolaridade;
- i) Analisar as diferenças no *Interesse Sexual* em função do NSE, do Estado Civil, das Fases do Climatério, das Doenças e da Medicação.

### **3.3. Variáveis estudadas**

As variáveis utilizadas no presente estudo possuem um estatuto de independentes e dependentes. Segundo Pinto (1990), a variável dependente é a “variável cujos valores são em princípio o resultado de variações nos valores de uma variável ou mais variáveis e respectivas condições. Resposta que reflecte os efeitos da variável independente manipulada” (p. 173).

Segundo o mesmo autor, uma variável independente é uma “variável que numa experiência é especificamente manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente” (p. 173).

É a partir da relação existente entre as variáveis dependentes e independentes que conseguimos retirar as estatísticas correlacionais e inferenciais no presente estudo.

Na presente investigação a *Sintomatologia Climatérica*, o *Funcionamento Sexual*, a *Intimidade Sexual* e o *Interesse Sexual*, constituem as principais variáveis dependentes na medida em que será nestas que se analisarão as variações da influência das variáveis independentes.

As variáveis independentes aqui consideradas, também com o estatuto de variáveis sócio-demográficas, são: Idade; Escolaridade (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário, licenciatura e pós-licenciatura); Estado Civil (Solteira, Casada, Divorciada); Nível Sócio-Económico – NSE - (Alto, Médio-Alto, Médio, Médio-Baixo e Baixo), que resultou da categorização feita através da Escala de Warner a partir de dois indicadores: Grau de Instrução (habilitações académicas) e Profissão de ambos os cônjuges.

Paralelamente, existe um outro conjunto de variáveis que consideramos como variáveis psicológicas e clínicas, muito embora estas assumam, igualmente, no presente estudo, o estatuto de variável independente: Fase do climatério: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa natural/espontânea e pós-menopausa cirúrgica; Portadora de doenças que podem afectar o funcionamento sexual: sim (presença dessa doença) e não (ausência dessa doença); e, por último, utilizam medicação que possa afectar o funcionamento sexual: sim (presença dessa medicação) e não (ausência dessa medicação).

### **3.4. Método**

Na presente investigação recorreu-se ao método exploratório, diferencial e correlacional, de corte transversal, isto é, realizado num só momento (Pinto, 1990). Por conseguinte, Sierra Bravo (1999) refere que as investigações exploratórias permitem fazer a medição de uma ou mais variáveis dependentes numa população ou numa amostra.

Pinto (1990) refere igualmente que num tipo de investigação diferencial “a variável independente não é manipulada pelo investigador como na experimental, mas

apenas medida” (p. 64) e, da mesma forma, refere que o objectivo de um estudo correlacional/inferencial é “medir o grau e a direcção de uma relação entre duas variáveis, que expressa por um coeficiente de correlação. O coeficiente de correlação pode servir para estabelecer previsões, embora o grau de previsão seja às vezes bastante impreciso, mesmo face à existência de uma forte correspondência entre variáveis” (p. 62).

### **3.5. Caracterização dos participantes**

Os participantes da presente investigação pertencem a uma amostragem não probabilística do tipo acidental, isto é, de conveniência (Cozby, 2003).

No presente estudo participaram 200 mulheres na fase do climatério, cuja média etária é de 50,09 (DP=5,684), tendo a mais nova 40 anos e a mais velha 64 anos de idade.

Pela análise da tabela 1 verifica-se que as inquiridas do presente estudo possuem todas, etnia branca, maioritariamente casadas ou com união de facto (94%), todas elas assumiram uma orientação sexual do tipo heterossexual, 86,5% possui filhos, tendo 41,5% dois filhos, maioritariamente com escolaridade ao nível da licenciatura (39%), 93% refere uma actividade profissional no activo, 30% pertence ao NSE alto e 54,5% reside no Grande Porto.

Tabela 1  
*Caracterização sócio-demográfica das mulheres no climatério*

		Frequência (n)	Percentagem P
<b>Idade</b>		M=50,09; DP=5,684; Mín.=40; Max=64	
<b>Etnia</b>	Branca ou Caucasiana	200	<b>100</b>
	Outra	0	0
<b>Estado Civil</b>	Solteira (com companheiro)	3	1,5
	Casada ou união de facto	188	<b>94</b>
	Divorciada (com companheiro)	9	4,5
<b>Orientação sexual</b>	Heterossexual	200	<b>100</b>
	Homossexual	0	0
	Bissexual	0	0
<b>Tem filhos</b>	Sim	173	<b>86,5</b>
	Não	27	13,5
<b>Número de filhos</b>	1 filho(a)	61	30,5
	2 filhos	83	<b>41,5</b>
	3 filhos	25	12,5
	4 filhos	4	2
	Nenhum	27	13,5
<b>Escolaridade</b>	1º Ciclo	38	19
	2º Ciclo	9	4,5
	3º Ciclo	22	11
	Ensino Secundário	45	22,5
	Licenciatura	78	<b>39</b>
	Pós-licenciatura	8	4
<b>Actividade Profissional</b>	Activa	186	<b>93</b>
	Desempregada	1	0,5
	Reformada	10	5
	Inválida	3	1,5
<b>Nível Sócio-Económico</b>	Alto	60	<b>30</b>
	Médio Alto	51	25,5
	Médio	50	25
	Médio Baixo	38	19
	Baixo	1	0,5
<b>Área de Residência</b>	Porto	52	26
	Grande Porto	109	<b>54,5</b>
	Norte	32	16
	Centro	7	3,5
	Lisboa	0	0
	Alentejo/Algarve	0	0
	Arquipélagos (Açores e Madeira)	0	0

Da mesma forma, considerando agora as variáveis clínicas, constata-se, pela análise da tabela 2 que, 43,5% das inquiridas se encontra na pós-menopausa, nomeadamente, na pós-menopausa natural (32,5%) e 80,5% não recorreu à TSH. Verifica-se ainda que 48% das mulheres inquiridas refere não ser portadora de nenhuma doença que possa afectar o seu funcionamento sexual, todavia, das 52% que responderam afirmativamente, referem ser portadoras de doenças cardiovasculares (14,5%). Quando indagadas acerca da medicação que utilizam, verificam-se que 54,4% refere não tomar qualquer medicação e, 45,5% das que referem uma medicação, assinalam que utilizam mais do que uma medicação (19%).

Tabela 2

*Caracterização das mulheres climatéricas em função das variáveis psicológicas e clínicas*

		Frequência (n)	Porcentagem (P)
<b>Climatério (Fases do climatério)</b>	Pré-menopausa	72	36
	Perimenopausa	41	20,5
	Pós-menopausa	87	<b>43,5</b>
<b>Tipo de menopausa (Pós-menopausa)</b>	Pós-menopausa natural	65	<b>32,5</b>
	Pós-menopausa cirúrgica	22	11
M=48,10; DP=4,930; Mín.=30; Max=58			
<b>Idade da menopausa</b>			
<b>TSH</b>	Não	161	<b>80,5</b>
	Sim	39	19,5
<b>Doenças que podem afectar o funcionamento sexual</b>	Sim	104	<b>52</b>
	Não	96	48
<b>Doenças</b>	Nenhuma	96	48
	Neurológica	8	4
	Cardiovascular	29	<b>14,5</b>
	Ginecológica	6	3
	Metabólica	4	2
	Oncológica	2	1
	Musculo-esquelética (Fibromialgia)	4	2
	Osteoporose	2	1
	Reumatológicas (Artrite reumatóide)	1	0,5
	Psiquiátricas (Ansiedade, Depressão)	15	7,5
	Pulmonares (Asma, Rinite, Bronquite, Sinusite)	6	3
	Endócrina (Tiróide)	1	0,5
	Mais de que uma doença	26	13
<b>Medicações que podem afectar o funcionamento sexual</b>	Não	109	<b>54,5</b>
	Sim	91	45,5
<b>Medicação</b>	Nenhuma	109	54,5
	Anti-hipertensores	18	9
	Anti-depressivos	19	9,5
	Cardiovasculares	1	0,5
	Benzodiazepinas	6	3
	Diuréticos	4	2
	Hipocolestoremizantes	3	1,5
	Hormonas derivadas e anti hormonas	2	1
	Mais de que uma medicação	38	<b>19</b>

### 3.6. Instrumentos

Para concretizar o estudo, tornou-se fundamental recolher informação junto à amostra. Para tal, foram administrados 6 questionários, dos quais destacamos: *The Grenne Climacteric Scale (GCS)*, *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)*, *Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)* e *Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ)*.

Relativamente ao FSFI, GCS e MSIQ foram instrumentos retirados de artigos e livros, sendo que nos mesmos, não havia qualquer indicação de proibição de utilização. No que concerne ao PAIR, o mesmo foi adquirido por nós no *Sciences Innovations Life*.

### **3.6.1. Questionário sócio-demográfico**

Este questionário foi estruturado especificamente para a presente investigação e serviu para caracterizar os participantes. Foi preenchido pelas mulheres climatéricas e inclui itens como: a sua idade, etnia, o estado civil, a orientação sexual, a existência ou não de filhos e o número de filhos, a escolaridade, a actividade profissional, o nível sócio-económico e a zona de residência.

### **3.6.2. Questionário de variáveis psicológicas e clínicas**

O questionário de variáveis psicológicas e clínicas foi desenvolvido para o presente estudo e o seu principal objectivo foi permitir fazer uma breve caracterização das condições de saúde da mulher climatérica. Inclui itens relativos ao climatério: fase do climatério onde se encontram; tipo de pós-menopausa; uso de TSH; doença de que são portadoras, medicação que utilizam e que possam estar a afectar o funcionamento sexual.

### **3.6.3. *The Grenne Climacteric Scale (GCS)***

A GCS tem como objectivo avaliar a sintomatologia presente no período correspondente ao climatério e foi desenvolvida por Greene (1998) e traduzida por nós, para a tese de licenciatura.

Esta escala é constituída por 21 questões, com 4 opções de resposta numa escala tipo *Likert*: “Nada” (0), “Um pouco” (1), “Bastante” e “Extremamente” (3). A escala subdivide-se nas seguintes sub-escalas (Greene, 1998): Sub-escala *Psicológica* (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11). Esta sub-escala subdivide-se ainda em *Ansiedade* (itens 1, 2, 3, 4, 5 e 6) e *Depressão* (itens 7, 8, 9, 10 e 11); Sub-escala *Vasomotora* (itens 19 e 20); Sub-escala *Somática* (itens 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18); Sub-escala *Indicador de Disfunção Sexual* (itens 21).

A pontuação do GCS sugere que, as mais altas, reflectem a existência de sintomatologia climatérica. A amplitude da escala varia de uma pontuação mínima de 0 e uma máxima de 63 (Greene, 1998).

Ao nível das suas qualidades psicométricas, este instrumento apresenta valores que confirmam a sua estrutura factorial. Segundo estudos recentes, a validade do instrumento é também adequada, pois os resultados obtidos visam medir os sintomas do climatérico (Barentsen et al., 2001; Greene, 1998).

### 3.6.3.1. Estudo da fidelidade da *The Grenne Climacteric Scale* (GCS)

Segundo Almeida e Freire (1997) a fidelidade refere-se ao grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida. Assim, no presente estudo, calculamos a fidelidade desta escala, tendo-se obtido um valor de *alpha de Cronbach* de 0,913, o que significa que o instrumento apresenta uma elevada consistência interna entre os 21 itens.

### 3.6.3.2. Estudo da sensibilidade da *The Grenne Climacteric Scale* (GCS)

Foi igualmente analisada a sensibilidade dos resultados, i.e., a sua capacidade para diferenciar os sujeitos, segundo uma curva normal (Almeida & Freire, 1997). Para realizar esta análise optamos pela comparação entre a média e mediana, que se deverão sobrepor numa distribuição gaussiana, e pela análise dos coeficientes de assimetria e de curtose, que não deverão ser superiores à unidade (Almeida & Freire, 1997).

Pela análise da tabela 3 verifica-se que a escala *The Greene Climacteric Scale* é sensível, i.e., foi capaz de discriminar os sujeitos quando o critério de proximidade da média e da mediana é considerado. Todavia, quando se consideram os valores de assimetria e de curtose, verifica-se que apenas o total da escala é sensível, bem como as sub-escalas psicológica e ansiedade.

Tabela 3  
*Sensibilidade da The Grenne Climacteric Scale (GCS)*

<b>Instrumento e dimensões</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>SD</b>	<b>Sk</b>	<b>Ku</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Psicológica	8,90	8,00	5,650	0,665	0,141	0	27
Ansiedade	4,87	5,00	3,187	0,536	0,220	0	16
Depressão	4,04	3,00	2,963	1,020	1,046	0	15
Vasomotora	1,32	1,00	1,624	1,199	0,657	0	6
Somática	4,45	3,00	3,886	1,194	1,359	0	20
Indicador de Disfunção Sexual	0,70	1,00	0,771	1,051	0,891	0	3
Total	15,36	13,00	9,976	0,764	0,043	0	46

### 3.6.4. *Female Sexual Function Index (FSFI)*

O Índice de Funcionamento sexual feminino (FSFI) visa avaliar o funcionamento sexual feminino. Foi inicialmente desenvolvido por Rosen et al. (2000, as cited in Nobre, 2006) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Nobre (2001, as cited in Nobre, 2006).

Actualmente, em Portugal este questionário tem sido utilizado em estudos sobre a sexualidade feminina e por especialidades diversas, tais como, psicólogos, urologistas e ginecologistas (Nobre, 2006).

Este inventário de auto-resposta é constituído por 20 questões, nas quais a mulher deverá assinalar as suas respostas, numa escala de tipo Likert de 5 ou 6 itens, tendo em conta as que melhor se adequam à sua situação nas últimas quatro semanas.

Este instrumento revelou, numa análise de componentes principais, a presença de 6 factores: *Desejo /Interesse Sexual* (itens 1 e 2), *Excitação Sexual* (itens 3, 4, 5 e 6), *Lubrificação* (itens 7, 8, 9 e 10), *Orgasmo* (itens 11, 12 e 13), *Satisfação Sexual* (itens 14, 15 e 16), *Dor Sexual* (itens 17, 18 e 19) e *Vaginismo* (itens 20) (Nobre, 2006).

Assim, a partir dos resultados obtidos com o FSFI, além de ser possível obter um Índice Total de Funcionamento Sexual, podem ainda calcular-se índices específicos para cada dimensão avaliada. Em relação ao Índice Total (que resulta do somatório das várias dimensões específicas), quanto mais elevados os resultados obtidos, melhores os Índices de Funcionamento Sexual correspondentes, quanto a cotação é realizada da seguinte forma: i) os itens 1, 2, 15 e 16, são cotados da seguinte forma 1=5, 2= 4, 3 = 3, 4= 2 e 5= 1; ii) os itens 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 13 e 14, são cotados da seguinte forma, 1=0, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2 e 6=1; iii) os itens 8, 10, 12, 17, 18, 19 e 20, são cotados da seguinte forma, 1=0, 2=1, 3=2, 4=3, 5=4 e 6=5.

Relativamente às qualidades psicométricas, o FSFI em contexto português revelou bons resultados no teste-reteste (de  $r=0,79$  a  $r=0,86$ ) e elevada consistência interna (valor *alpha de Cronbach* de 0,82) (Nobre, Gouveia, & Gomes, 2003b).



### 3.6.4.1. Estudo da Fidelidade *Female Sexual Function Index* (FSFI)

A fidelidade deste instrumento sugeriu um valor de *alpha de Cronbach* de 0,943, o que significa que o instrumento apresenta uma elevada consistência interna entre os 20 itens.

### 3.6.4.2. Estudo da sensibilidade do *Female Sexual Function Index* (FSFI)

Pela análise da tabela 4 verifica-se que a escala *Female Sexual Index* é sensível, i.e., foi capaz de discriminar os sujeitos quando o critério de proximidade da média e da mediana é considerado. Todavia, quando se consideram os valores de assimetria e de curtose, verifica-se que apenas as dimensões *Desejo* e *Excitação Sexual* mostram ser sensíveis.

Tabela 4  
*Sensibilidade da Female Sexual Function Index (FSFI)*

<b>Instrumento e dimensões</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>Mdn</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Sk</i></b>	<b><i>Ku</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>
Desejo Sexual	6,27	6,00	1,695	-0,068	0,193	2	10
Excitação Sexual	14,65	15,00	3,220	-0,577	0,156	4	20
Lubrificação	12,58	13,00	2,495	-1,215	1,599	3	15
Orgasmo	12,32	13,00	2,653	-1,322	1,981	3	15
Satisfação Sexual	12,82	13,00	2,536	-1,720	3,632	3	15
Dor Sexual	13,14	14,00	2,389	-1,527	2,831	3	15
Vaginismo	4,51	5,00	0,827	-1,930	4,049	1	5
Total	71,77	74,00	11,767	-1,274	2,730	21	89

### 3.6.5. *Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships* (PAIR)

O PAIR, inicialmente desenvolvido por Schaefer e Olson (1975, as cited in Schaefer & Olson, 1981), avalia as expectativas relativamente à intimidade e o grau de intimidade atingido no relacionamento. Foi traduzido e adaptado a partir do original para efeitos da investigação anteriormente realizada por nós.

Este inventário de auto-resposta é constituído por 36 questões, nas quais o indivíduo deverá classificar as respostas, tendo em conta o grau de concordância e discordância nas diversas situações relacionadas com o seu relacionamento conjugal. Segundo uma escala de resposta tipo *Likert*, em que o 0 corresponde a “discordo

fortemente” e 4 a “concordo fortemente” (Schaefer & Olson, 1975, as cited in Schaefer & Olson, 1981)

O inventário oferece uma avaliação do indivíduo (*Sistema Intrapessoal*) e do relacionamento (*Sistema Interpessoal*). Este divide-se em cinco sub-escalas de intimidade: i) *Intimidade Emocional* (experiência de sentimentos próximos); ii) *Intimidade Social* (a experiência de ter amigos comuns e similaridades na rede social); iii) *Intimidade Intelectual* (experiência na partilha de ideias); iv) *Intimidade Sexual* (experiência de partilha de afeição geral e/ou actividade sexual); e, por último, v) *intimidade Recreativa* (experiência partilhada em relação a *hobbies*, participação mútua em eventos desportivos).

Relativamente às qualidades psicométricas, este instrumento apresenta uma consistência interna aceitável, tendo o valor de *alpha de Cronbach* cifrado em 0,70 (Greeff & Malherbe, 2001; Schaefer & Olson, 1981).

Na presente investigação apenas foi utilizada a sub-escala da *Intimidade Sexual* (itens 3, 9, 15, 21, 27 e 33 do inventário original).

#### **3.6.5.1. Estudo da fidelidade da sub-escala *Intimidade Sexual* do PAIR**

A fidelidade desta sub-escala foi calculada através do *alpha de Cronbach* cujo valor foi de 0,754, o que significa que a mesma apresenta uma aceitável consistência entre os 6 itens.

#### **3.6.5.2. Estudo da sensibilidade da sub-escala *Intimidade Sexual* do PAIR**

Pela análise da tabela 5, verifica-se que a sub-escala *Intimidade Sexual* do PAIR é sensível, i.e., foi capaz de discriminar os sujeitos quando o critério de proximidade da média e da mediana é considerado. Todavia, quando se consideram os valores de assimetria e de curtose, verifica-se que não é sensível.

Tabela 5

*Sensibilidade da sub-escala Intimidade Sexual do PAIR*

<b>Instrumento e dimensões</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>Mdn</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b><i>Sk</i></b>	<b><i>Ku</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	19,66	20,50	4,397	-1,161	1,538	1	24

### **3.6.6. Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ)**

A MSIQ foi inicialmente desenvolvida por Rosen et al. (2004) e foi traduzido e adaptado por nós para a investigação anterior realizada.

Trata-se de um questionário constituído por 21 itens, tendo como objectivo avaliar o *Interesse Sexual* em mulheres na pós-menopausa (Rosen et al., 2004).

O MSIQ foi examinado na sua fiabilidade (consistência interna, estabilidade e teste-reteste), validade constructo (concorrente, convergente e discriminante), sensibilidade e especificidade na experiência clínica (Rosen et al., 2004).

Uma análise de componentes principais identificou três factores (*Desejo Sexual*, *Responsividade Sexual* e *Satisfação Sexual*) com *eigenvalues* >1 (Rosen et al., 2004).

Foi observado um alto nível de consistência interna para cada um dos três domínios. Os coeficientes de correlação de estabilidade teste-reteste para níveis de domínio foram todos altamente significativos (Rosen et al., 2004).

O MSIQ demonstrou uma validade constructo adequada, com todos os três domínios, como também um alto nível de sensibilidade e com dois dos três revelando especificidade para os efeitos do tratamento (Rosen et al., 2004).

Tendo em conta as características psicométricas, Rosen et al. (2004), referem que a estatística *alpha de Cronbach*, determinou a consistência interna para todos os itens da escala MSIQ. Usaram os resultados dos testes do primeiro uso da MSIQ e observaram altas correlações entre os itens para todos os três domínios (valores de *alpha Cronbach* de 0,87 e mais altos). Avaliou-se a fiabilidade teste-reteste pelo processamento do coeficiente de estabilidade – correlação produto-momento de Pearson entre as pontuações do primeiro e do trigésimo dia nos indivíduos. Constatou-se que a fiabilidade teste-reteste geral foi relativamente alta para todos os itens e para a escala

total. Para o grupo de controlo, o *Desejo*, a *Atenção Relativa ao Sexo Oposto*, e o *Interesse no Sexo* foram os itens que revelaram a fiabilidade teste-reteste mais elevada ( $r=0,76$  e  $0,77$ ), com os outros domínios e revelarem correlações moderadamente altas ( $r=0,52$  e  $0,65$ ).

### 3.6.6.1. Estudo da fidelidade da *Menopausal Sexual Interest Questionnaire* (MSIQ)

A fidelidade deste instrumento foi calculada através do *alpha de Cronbach* cujo valor foi de  $0,893$ , o que significa que o instrumento apresenta uma boa consistência interna entre os itens.

### 3.6.6.2. Estudo da sensibilidade da *Menopausal Sexual Interest Questionnaire* (MSIQ)

Pela análise da tabela 6, verifica-se que a MSIQ é sensível, i.e., foi capaz de discriminar os sujeitos quando o critério de proximidade da média e da mediana é considerado. Para além disso, quando se consideram os valores de assimetria e de curtose, verifica-se que é sensível em todas as dimensões e no total.

Tabela 6  
*Sensibilidade da Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ)*

<b>Instrumento e dimensões</b>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Desejo Sexual	13,80	13,00	5,094	0,153	-0,632	4	24
Responsividade Sexual	13,83	13,00	4,634	0,018	-0,704	4	24
Satisfação Sexual	8,11	8,00	2,738	-0,318	-0,493	2	13
Total	35,75	35,00	10,790	0,078	-0,599	14	59

## 3.7. Procedimentos de administração

Uma vez traduzidos os questionários pertinentes para a presente investigação foi realizado um pré-teste. O pré-teste teve como intuito analisar a coerência das questões, bem como, o tipo de linguagem utilizada na elaboração das mesmas, de forma a aferir a compreensão dos instrumentos por parte de sujeitos com características similares aos participantes da nossa amostra.

Uma outra finalidade do pré-teste reporta-se à medição do tempo necessário ao preenchimento do questionário, bem como, à sua administração (disposição e ordem das questões). Esta etapa é muito importante pois, para além de permitir calcular o tempo necessário à execução de todos os questionários, permite também, ter a noção se o mesmo poderia ser ou não cansativo para as inquiridas.

O pré-teste foi administrado a 20 mulheres climatéricas nas diferentes fases do Climatério, com idade compreendidas entre 40 e os 65 anos. Deste pré-teste ressaltou a confirmação de que o questionário era adequado para a população alvo, no que concerne ao conteúdo e à forma. O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente de 30 minutos.

Posteriormente, os objectivos da presente investigação foram apresentados em diversos consultórios médicos e, após autorização informal prévia dos médicos responsáveis pelos consultórios, foram administrados os questionários às pacientes na presença da investigadora.

Estes questionários tiveram um cariz voluntário e confidencial garantindo o respeito pelo anonimato e privacidade dos participantes, traduzindo desta forma, um conjunto de princípios orientadores da ética de uma boa conduta profissional.

Os instrumentos foram administrados na seguinte ordem: i) Questionário Psicológico e Clínico, ii) Questionário Sócio-demográfico, iii) FSFI, iv) GCS, v) PAIR e por último, vi) MSIQ, sendo que este último, questionário só foi administrado às mulheres da pós-menopausa.

Recolhidos os questionários os mesmos foram cotados e as respostas das inquiridas inseridas no programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 16.

No capítulo seguinte são apresentados os resultados obtidos no presente estudo.

## CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com as análises correlacionais/inferenciais realizadas através do  $r$  de Pearson ( $r$ , quando se correlacionam duas variáveis contínuas) e do Polyserial Correlation ( $r_p$ , quando se correlacionam variáveis categóricas e contínuas) (Chen & Popovich, 2002). Posteriormente, para melhor compreendermos os resultados das correlações, realizamos uma análise de regressão linear simples.

Em seguida os resultados obtidos ao nível do teste de diferenças de médias realizado:  $t$  de *Student*, que é um teste paramétrico não relacionado, que permite analisar a diferença de médias existente entre duas situações e, *Anova One Way*, que permite analisar a diferença de médias existente entre três ou mais situações. Neste último caso, utilizamos o *post-hoc LSD (Least Significant Difference)* que nos permite ver entre que grupos existem as diferenças (Green & D'Oliveira, 1991).

### 5.1. Resultados Correlacionais/Inferenciais

A análise das correlações entre variáveis define o tipo de estudos inerentes ao método correlacional de investigação em Psicologia e Educação. Relativamente à intensidade, é importante referir que a grandeza estatística do coeficiente de correlação entre duas variáveis pode oscilar entre  $-1,00$  e  $+1,00$ . Assim sendo, um valor de zero significa ausência de correlação, tornando-se esta correlação cada vez mais perfeita quanto mais se aproximar da unidade. As correlações podem ser positivas ( $+1,00$ ) ou negativas ( $-1,00$ ), dependendo das oscilações dos resultados nas duas variáveis, ou seja, se estas ocorrerem no mesmo sentido ou em sentido inverso (Almeida & Freire, 1997).

O método correlacional de investigação situa-se entre os métodos descritivos, compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e estudos experimentais. No que diz respeito aos primeiros, o método correlacional consegue ir para além de uma mera descrição dos fenómenos, visto que o investigador consegue deste modo estabelecer relações entre as variáveis, quantificando também tais relações. É importante salientar que se não existir qualquer tipo de relacionamento entre duas variáveis não é possível encontrar diferenças sistemáticas nos valores de uma em função dos valores da outra e vice-versa (Almeida & Freire, 1997). Da mesma forma, Pinto (1990) refere que:

O objectivo de um estudo correlacional é medir o grau e a direcção de uma relação entre duas variáveis, que expressa por um coeficiente de correlação. O coeficiente de correlação pode servir para estabelecer previsões, embora o grau de previsão seja às vezes bastante impreciso, mesmo face à existência de uma forte correspondência entre variáveis (p. 62).

### **5.1.1. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Funcionamento Sexual (FSFI)**

Procurou-se analisar o coeficiente de correlação existente entre os *Sintomas Climatéricos* e o *Funcionamento Sexual*.

A tabela 7 mostra que foram encontradas correlações inversas significativas entre todas as dimensões, com excepção da relação dos *Sintomas Vasomotores* e o *Orgasmo*, a *Dor Sexual* e o *Vaginismo*. Das correlações encontradas, destacam-se, pela sua intensidade, as existentes entre os *Sintomas Climatéricos totais* e o *Funcionamento Sexual total* ( $r=-0,472$ ;  $p<0,01$ ). Sugere-se ainda uma correlação forte entre *Sintomas Climatéricos totais* e a *Excitação* ( $r=-0,411$ ;  $p<0,01$ ), e a *Lubrificação* ( $r=-0,476$ ;  $p<0,01$ ). Analisando as dimensões dos *Sintomas Climatéricos* e o *Funcionamento Sexual*, denota-se correlações inversas significativas entre os *Sintomas Psicológicos* e a *Lubrificação* ( $r=-0,399$ ;  $p<0,01$ ); *Ansiedade* e a *Lubrificação* ( $r=-0,402$ ;  $p<0,01$ ); *Somáticos* e *Lubrificação* ( $r=-0,414$ ;  $p<0,01$ ).

Denotam-se ainda correlações inversas significativas entre o *Índice de Disfunção Sexual* e a *Excitação* ( $r=-0,595$ ;  $p<0,01$ ), o *Desejo* ( $r=-0,563$ ;  $p<0,01$ ), o *Orgasmo* ( $r=-0,500$ ;  $p<0,01$ ), a *Satisfação Sexual* ( $r=-0,468$ ;  $p<0,01$ ) e a *Lubrificação* ( $r=-0,451$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 7

*Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Funcionamento Sexual (FSFI)*

	FSFI Desejo	FSFI Excitação	FSFI Lubrificação	FSFI Orgasmo	FSFI Satisfação Sexual	FSFI Dor Sexual	FSFI Vaginismo	FSFI Total
GCS Psicológicos	-0,228**	-0,321**	-0,399**	-0,268**	-0,380**	-0,253**	-0,188**	-0,400**
GCS a) Ansiedade	-0,205**	-0,302**	-0,402**	-0,249**	-0,316**	-0,277**	-0,191**	-0,379**
GCS b) Depressão	-0,213**	-0,287**	-0,329**	-0,244**	-0,384**	-0,185**	-0,152*	-0,355**
GCS Somáticos	-0,282**	-0,365**	-0,414**	-0,260**	-0,289**	-0,272**	-0,200**	-0,406**
GCS Vasomotores	-0,155*	-0,249**	-0,328**	-0,166	-0,160*	-0,072	-0,018	-0,236**
GCS Índice Disfunção Sexual	-0,563**	-0,595**	-0,451**	-0,500**	-0,468**	-0,332**	-0,293**	-0,623**
GCS Total	-0,308**	-0,411**	-0,476**	-0,311**	-0,390**	-0,287**	-0,210**	-0,472**

\*p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,01

### 5.1.2. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e a Intimidade Sexual (PAIR)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os *Sintomas Climatéricos* e a *Intimidade Sexual*.

A tabela 8 mostra que existem correlações inversamente significativas entre os *Sintomas Climatéricos Totais* e a *Intimidade Sexual* ( $r=-0,351$ ;  $p<0,01$ ), sendo a correlação mais forte a existente entre a *Intimidade Sexual* e a dimensão *Índice de Disfunção Sexual* da GCS ( $r=-0,366$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 8

*Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e a Intimidade Sexual (PAIR)*

	PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)
GCS Psicológicos	-0,345**
GCS a) Ansiedade	-0,316**
GCS b) Depressão	-0,318**
GCS Somáticos	-0,285**
GCS Vasomotores	-0,100
GCS Índice Disfunção Sexual	<b>-0,366**</b>
GCS Total	<b>-0,351**</b>

\*p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,01

### 5.1.3. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Interesse Sexual (MSIQ)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os *Sintomas Climatéricos* e o *Interesse Sexual* em mulheres que se encontra na pós-menopausa.

A tabela 9 mostra que existem correlações negativas entre os *Sintomas Climatéricos totais* e o *Interesse Sexual total* ( $r=-0,445$ ;  $p<0,01$ ). Sugere-se ainda uma



correlação inversas entre *Sintomas Climatéricos totais* e o *Desejo Sexual* ( $r=-0,373$ ;  $p<0,01$ ), e a *Responsividade Sexual* ( $r=-0,363$ ;  $p<0,01$ ) e a *Satisfação Sexual* ( $r=-0,445$ ;  $p<0,01$ ). Verifica-se uma forte correlação negativa entre o *Índice de Disfunção Sexual* e o *Interesse Sexual total* ( $r=-0,661$ ;  $p<0,01$ ), e ao analisar as dimensões dos *Sintomas Climatéricos* e do *Interesse Sexual*, denota-se correlações inversas significativas entre os *Índice de Disfunção Sexual* e o *Desejo* ( $r=-0,373$ ;  $p<0,01$ ); *Responsividade Sexual* ( $r=-0,363$ ;  $p<0,01$ ); *Satisfação Sexual* ( $r=-0,445$ ;  $p<0,01$ ). Denota-se que existe uma correlação negativa forte entre os *Sintomas Psicológicos* e a *Satisfação Sexual* ( $r=-0,427$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 9

*Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e o Interesse Sexual (MSIQ)*

	MSIQ Desejo	MSIQ Responsividade Sexual	MSIQ Satisfação Sexual	MSIQ Total
GCS Psicológicos	-0,298**	-0,244*	-0,427**	-0,354**
GCS a) Ansiedade	-0,271*	-0,228*	-0,382**	-0,323**
GCS b) Depressão	-0,272*	-0,214*	-0,397**	-0,321**
GCS Somáticos	-0,329**	-0,348**	-0,367**	-0,398**
GCS Vasomotores	-0,193	-0,289**	-0,144	-0,252*
GCS Índice Disfunção Sexual	-0,607**	-0,524**	-0,589**	-0,661**
GCS Total	-0,373**	-0,363**	-0,445**	-0,445**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

Para melhor compreensão dos resultados correlacionais agora encontrados, procurou-se explicar através de uma regressão linear simples, seguida do método *stepwise*, a relação entre os *Sintomas Climatéricos* com o *Funcionamento Sexual*, a *Intimidade Sexual* e o *Interesse Sexual*.

Ao analisarmos as variáveis explicativas dos *Sintomas Climatéricos*, verifica-se, pela observação da tabela 10, que é o FSFI Total explica 29% da variância total dos resultados.

Tabela 10

*Regressão da variável Sintomatologia Climatérica*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
FSFI Total	0,302	0,294	36,770	-0,550	0,00**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

Para uma maior clarificação destes resultados exploramos quais as dimensões do *Funcionamento Sexual* que melhor explicariam os *Sintomas Climatéricos*. Por

consequente, ao analisarmos a tabela 11, verificamos que é o modelo que integra a dimensão *Lubrificação* e *Satisfação Sexual* que explica cerca de 24% da variância dos resultados da *Sintomatologia Climatérica*.

Tabela 11  
*Regressão da variável Sintomatologia Climatérica*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
<b>Lubrificação</b>	0,231	0,227	59,035	-0,480	0,00**
<b>Satisfação Sexual</b>	0,257	0,249	33,835	-0,380	0,00**

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

#### 5.1.4. Relação entre o *Funcionamento Sexual (FSFI)* e o *Interesse Sexual (MSIQ)*

Ao se analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e a *Interesse Sexual* em mulheres na pós-menopausa, constata-se, pela análise da tabela 12, correlações positivas significativas entre todas as dimensões, com a excepção na relação entre a *Responsividade Sexual* e a *Dor*, e o *Vaginismo*. Das correlações encontradas, destacam-se, pela sua intensidade, as existentes entre o *Funcionamento Sexual Total* e o *Interesse Sexual Total* ( $r=0,699$ ;  $p < 0,01$ ). Sugere-se ainda uma correlação forte entre o *Funcionamento Sexual Total* e o *Desejo* ( $r=0,636$ ;  $p < 0,01$ ), *Responsividade Sexual* ( $r=0,575$ ;  $p < 0,01$ ), e *Satisfação Sexual* ( $r=0,597$ ;  $p < 0,01$ ). Denota-se igualmente correlações fortes positivas entre o *Interesse Sexual Total* com as dimensões do *Funcionamento Sexual*, respectivamente com o *Desejo* ( $r=0,620$   $p < 0,01$ ), *Excitação* ( $r=0,677$ ;  $p < 0,01$ ), *Lubrificação* ( $r=0,471$ ;  $p < 0,01$ ), *Orgasmo* ( $r=0,591$ ;  $p < 0,01$ ), *Satisfação Sexual* ( $r=0,656$ ;  $p < 0,01$ ).

Tabela 12  
*Correlações entre o Funcionamento Sexual (FSFI) e o Interesse Sexual (MSIQ)*

	MSIQ Desejo	MSIQ Responsividade Sexual	MSIQ Satisfação Sexual	MSIQ Total
<b>FSFI Desejo</b>	0,614**	0,521**	0,421**	0,620**
<b>FSFI Excitação</b>	0,619**	0,566**	0,556**	0,677**
<b>FSFI Lubrificação</b>	0,415**	0,403**	0,403**	0,471**
<b>FSFI Orgasmo</b>	0,509**	0,506**	0,524**	0,591**
<b>FSFI Satisfação Sexual</b>	0,533**	0,558**	0,611**	0,656**
<b>FSFI Dor Sexual</b>	0,280**	0,131	0,242*	0,250*
<b>FSFI Vaginismo</b>	0,218*	0,103	0,215*	0,202
<b>FSFI Total</b>	0,636**	0,575**	0,597**	0,699**

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

### 5.1.5. Relação entre *Funcionamento Sexual* (FSFI) e a *Intimidade Sexual* (PAIR)

Procuramos de igual modo, analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e a *Intimidade Sexual* em mulheres climatéricas. A tabela 13 mostra que existem correlações positivas significativas entre a *Intimidade Sexual* e os *Funcionamento Sexual* ( $r=-0,561$ ;  $p<0,01$ ). No que concerne às dimensões verifica-se que a *Intimidade Sexual* se encontra correlacionada positivamente com a *Satisfação Sexual* ( $r=-0,615$ ;  $p<0,01$ ), com a *Excitação* ( $r=-0,474$ ;  $p<0,01$ ), com o *Orgasmo* ( $r=-0,434$ ;  $p<0,01$ ), *Lubrificação* ( $r=-0,400$ ;  $p<0,01$ ), *Dor* ( $r=-0,365$ ;  $p<0,01$ ), *Vaginismo* ( $r=-0,350$ ;  $p<0,01$ ) e o *Desejo Sexual* ( $r=-0,282$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 13  
*Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Intimidade Sexual*

	Intimidade Sexual (PAIR)
FSFI – Desejo sexual	0,282**
FSFI – Excitação	0,474**
FSFI – Lubrificação	0,400**
FSFI – Orgasmo	0,434**
FSFI – Satisfação sexual	0,615**
FSFI – Dor sexual	0,365**
FSFI – Vaginismo	0,350**
FSFI – Total	0,561**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

Para uma melhor compreensão dos resultados correlacionais agora encontrados, procurou-se explicar através de uma regressão linear simples, seguida do método *stepwise*, a relação entre o *Funcionamento Sexual* e os *Sintomas do Climatério*, a *Intimidade sexual* e o *Interesse Sexual*, i.e., quais as dimensões destes sintomas seriam mais explicativas do *Funcionamento Sexual*. Ao analisarmos as variáveis explicativas do *Funcionamento Sexual*, verifica-se pela observação da tabela 14 que é o modelo constituído pelo MSIQ e GCS que explicam cerca de 54% da variância dos resultados.

Tabela 14  
*Regressão da variável Funcionamento Sexual (totais)*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	$p$
MSIQ Interesse Sexual Total	0,488	0,485	81,071	0,699	0,00**
GCS Sintomas Climatéricos Total	0,559	0,549	53,256	0,566	0,00**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

Para melhor compreender estes resultados do *Funcionamento Sexual* exploramos quais as dimensões do *Interesse Sexual* que seriam mais explicativas. Ao analisarmos a

tabela 15 verifica-se que é o modelo que integra as dimensões *Desejo Sexual*, *Responsividade Sexual* e *Satisfação Sexual* que explica cerca de 47% da variância dos resultados do *Funcionamento Sexual*.

Tabela 15  
Regressão da variável *Funcionamento Sexual* (dimensões)

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
MSIQ Desejo Sexual	0,405	0,398	57,748	0,636	0,00**
MSIQ Responsividade Sexual	0,464	0,452	36,397	0,455	0,00**
MSIQ Satisfação Sexual	0,490	0,472	26,596	0,314	0,00**

\*p<0,05; \*\* p<0,01

Ao se analisarem as dimensões dos *Sintomas Climatéricos* verifica-se pela análise da tabela 16 que é o modelo que integra as dimensões *Índice de Disfunção Sexual* e *Psicológicos* que explica cerca de 40% da variância dos resultados do *Funcionamento Sexual*.

Tabela 16  
Regressão da variável *Funcionamento Sexual*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
GCS Índice de Disfunção Sexual	0,388	0,385	124,862	-0,623	0,00**
GCS Psicológicos	0,412	0,406	68,755	-0,552	0,00**

\*p<0,05; \*\* p<0,01

### 5.1.6. Relação entre a *Intimidade Sexual* (PAIR) e o *Interesse Sexual* (MSIQ)

Procuramos analisar as correlações existentes entre a *Intimidade Sexual* e o *Interesse Sexual* em mulheres climatéricas mas que se encontra na pós-menopausa.

A tabela 17 mostra que existe uma correlação positiva significativa entre a *Intimidade Sexual* e o *Interesse Sexual* ( $r=0,530$ ;  $p<0,01$ ), tendo em consideração as dimensões do *Interesse Sexual*, verifica-se uma forte correlação negativa entre a *Insatisfação Sexual* e *Satisfação Sexual* ( $r=0,565$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 17  
Correlações entre a *Intimidade Sexual* (PAIR) e o *Interesse Sexual* (MSIQ)

	MSIQ Desejo	MSIQ Responsividade sexual	MSIQ Satisfação Sexual	MSIQ Total
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	0,495**	0,357**	0,565**	0,530**

\*p<0,05; \*\* p<0,01

Para uma melhor compreensão dos resultados correlacionais agora encontrados, procurou-se explicar através de uma regressão linear simples, seguida do método *stepwise*, a relação entre o *Intimidade Sexual* e os *Sintomas do Climatério*, o *Interesse Sexual* e o *Funcionamento Sexual*, i.e., quais as dimensões destes sintomas seriam mais explicadoras da *Intimidade Sexual*.

Ao analisarmos as variáveis explicativas da *Intimidade Sexual*, verifica-se pela observação da tabela 18 que é o modelo constituído pelo MSIQ e pela GCS que são responsáveis por cerca de 30% da variância dos resultados.

Tabela 18  
*Regressão da variável Intimidade Sexual (PAIR) (totais)*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
MSIQ Interesse Sexual Total	0,281	0,272	33,202	0,530	0,00**
GCS Total	0,318	0,302	19,567	0,434	0,00**

\*p $\leq$ 0,05; \*\* p $\leq$ 0,01

Quando se considera o *Interesse Sexual*, verifica-se pela análise da Tabela 19 que é a dimensão *Satisfação Sexual* que é responsável por cerca de 31% da variância dos resultados da *Intimidade Sexual*, apresentando um valor de Beta de 0,565.

Tabela 19  
*Regressão da variável Intimidade Sexual (PAIR) (dimensões)*

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
MSIQ Satisfação Sexual	0,319	0,311	39,782	0,565	0,00**

\*p $\leq$ 0,05; \*\* p $\leq$ 0,01

Quando se considera a *Sintomatologia Climatérica*, verifica-se pela análise da Tabela 20 que são as dimensões *Índice de Disfunção Sexual* e *Psicológicas* responsáveis por cerca de 17% da variância dos resultados da *Intimidade Sexual*, apresentado um valor de Beta de 0,366.

Tabela 20  
Regressão da variável *Interesse Sexual (MSIQ)* (totais)

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
GCS Índice de Disfunção Sexual	0,134	0,130	30,635	-0,366	0,00**
GCS Psicológicos	0,179	0,171	21,466	-0,269	0,00**

\*p $\leq$ 0,05; \*\* p $\leq$ 0,01

Relativamente ao *Interesse Sexual* procurou-se igualmente, através de uma análise de regressão linear simples, seguida do método *stepwise*, analisar quais as variáveis explicativas da mesma. Ao analisarmos as variáveis explicativas do *Interesse Sexual*, verifica-se pela observação da tabela 21 que é o modelo do *Funcionamento Sexual* e da *Intimidade Sexual* que são responsáveis por cerca de 52% da variância dos resultados.

Tabela 21  
Regressão da variável *Interesse Sexual (MSIQ)* (totais)

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
FSFI Total	0,488	0,482	81,071	0,699	0,00**
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	0,531	0,520	47,586	0,578	0,00**

\*p $\leq$ 0,05; \*\* p $\leq$ 0,01

Posteriormente, exploramos quais as dimensões do *Funcionamento Sexual* que explicariam o *Interesse Sexual* das mulheres que se encontram na pós-menopausa, e ao analisarmos a tabela 22 verificamos que são as dimensões *Excitação*, *Satisfação* e *Desejo Sexual* que explicariam o *Interesse Sexual* destas mulheres (cerca de 56% da variância dos resultados).

Tabela 22  
Regressão da variável *Interesse Sexual (MSIQ)* (totais)

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	P
FSFI Excitação Sexual	0,458	0,451	71,776	0,677	0,00**
FSFI Satisfação Sexual	0,549	0,538	51,110	0,439	0,00**
FSFI Desejo Sexual	0,584	0,569	38,907	0,254	0,00**

\*p $\leq$ 0,05; \*\* p $\leq$ 0,01

### 5.1.7. Relação entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os *Sintomas Climatéricos* e as variáveis sócio-demográficas: idade e escolaridade.

A tabela 23 mostra que existem correlações positivas entre a idade e a dimensão *Índice de Disfunção Sexual* ( $r=0,176$ ;  $p<0,01$ ) e correlações negativas entre a escolaridade e as dimensões *Somáticas* ( $r_p=0,212$ ;  $p<0,01$ ), *Vasomotoras* ( $r_p=0,307$ ;  $p<0,01$ ), *Índice de Disfunção Sexual* ( $r_p=0,163$ ;  $p<0,01$ ) e *GCS Total* ( $r_p=0,217$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 23

*Correlações entre os Sintomas Climatéricos (GCS) e as variáveis sócio-demográficas*

	Idade	Escolaridade
GCS Psicológicos	-0,071	-0,128
GCS a) Ansiedade	-0,016	-0,136
GCS b) Depressão	-0,117	-0,097
GCS Somáticos	0,025	-0,212**
GCS Vasomotores	0,118	-0,307**
GCS Índice Disfunção Sexual	0,176*	-0,163*
GCS Total	0,003	-0,217**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

### 5.1.8. Relação entre o Funcionamento Sexual (FSFI) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os *Funcionamento Sexual* e as variáveis sócio-demográficas. Verifica-se na tabela 24 correlações negativas significativas entre a idade e o *Desejo Sexual*, *Excitação Sexual* e *FSFI Total* e correlações positivas entre a escolaridade e a *Excitação Sexual*, *Lubrificação*, *Orgasmo*, *Satisfação Sexual*, *Dor Sexual* e *FSFI Total*.

Tabela 24

*Correlações entre o Funcionamento Sexual e as variáveis sócio-demográficas*

	Idade	Escolaridade
FSFI Desejo Sexual	-0,180*	0,125
FSFI Excitação Sexual	-0,144*	0,257**
FSFI Lubrificação	-0,098	0,239*
FSFI Orgasmo	-0,059	0,173*
FSFI Satisfação Sexual	-0,095	0,167*
FSFI Dor Sexual	-0,177	0,161*
FSFI Vaginismo	-0,079	0,113
FSFI Total	-0,145*	0,248**

\* $p\leq 0,05$ ; \*\*  $p\leq 0,01$

### 5.1.9. Relação entre a *Intimidade Sexual* (PAIR) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre a *Intimidade Sexual* e as variáveis *sócio-demográficas*: idade e escolaridade.

A tabela 25 mostra que não existem correlações entre as variáveis idade e escolaridade e a *Intimidade Sexual*.

Tabela 25  
*Correlações entre a Intimidade Sexual e as variáveis sócio-demográficas*

	Idade	Escolaridade
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	-0,072	0,127

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

### 5.1.10. Relação entre o *Interesse sexual* (MSIQ) e as variáveis sócio-demográficas (Idade e Escolaridade)

Procurou-se analisar as correlações existentes entre os *Interesse Sexual* e as variáveis *sócio-demográficas*: idade e escolaridade.

Pela análise da tabela 26 verifica-se que a idade não se encontra correlacionada com o *Interesse Sexual*, todavia a escolaridade apresenta correlações positivas com a dimensão *Desejo Sexual*, *Responsividade Sexual* e MSIQ Total.

Tabela 26  
*Correlações entre o Interesse Sexual e as variáveis sócio-demográficas*

	Idade	Escolaridade
MSIQ Desejo	0,013	0,366**
MSIQ Responsividade sexual	-0,085	0,248*
MSIQ Satisfação Sexual	0,006	0,153
MSIQ Total	-0,029	0,318**

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$



## 5.2. Resultados diferenciais

### 5.2.1. Resultados diferenciais na *Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual*, em função do NSE

A tabela 27 mostra que ao nível da *Sintomatologia Climatérica* denota-se que é o grupo do NSE médio e médio baixo que apresentam maiores indicadores psicológicos, ansiedade, depressão, somática e *Sintomatologia Climatérica* total, quando comparadas com o grupo do NSE Alto.

Denota-se ainda que são as inquiridas do NSE médio baixo que apresentam mais *sintomatologia climatérica* vasomotora e índice de disfunção sexual, quando comparadas com as restantes. Ainda se verifica que são aquelas que apresentam mais sintomatologia climatérica total quando comparadas com as do NSE médio Alto e, por fim, são estas últimas que apresentam mais sintomatologia somática quando comparadas com as do NSE Alto.

No que concerne ao *Funcionamento Sexual* verifica-se que são as inquiridas do NSE médio baixo que apresentam menores indicadores de funcionamento sexual total, mais concretamente ao nível do desejo, da excitação, do orgasmo, da dor e do vaginismo quando comparadas com as restantes. Denota-se ainda que ao nível da satisfação sexual e da lubrificação são as inquiridas do NSE médio e médio baixo que apresentam menores indicadores quando comparadas com as restantes.

Tabela 27

*Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade Sexual em função do NSE*

	G1 Alto (N=60)		G2 Médio alto (N=51)		G3 Médio (N=50)		G4 Médio Baixo (N=39)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
GCS – Psicológicos	7,25	4,520	8,88	5,952	9,66	5,724	10,51	6,236	3,167	0,02*	G3, G4> G1
GCS - a) Ansiedade	4,05	2,620	4,75	3,123	5,34	3,426	5,67	3,542	2,585	0,05*	G3, G4> G1
GCS - b) Depressão	3,20	2,392	4,14	3,464	4,32	2,759	4,85	3,100	2,811	0,04*	G3, G4> G1
GCS – Somáticos	3,03	3,031	4,61	3,925	4,54	3,394	6,28	4,801	6,005	0,00**	G2, G3,G4> G1
GCS – Vasomotores	0,80	1,246	1,16	1,433	1,38	1,828	2,23	1,754	6,891	0,00**	G4 >G1, G2, G3
GCS – Índice de Disfunção Sexual	0,58	0,743	0,57	0,640	0,66	0,745	1,08	0,900	4,301	0,00**	G4 >G1, G2, G3
GCS Total	11,67	7,591	15,22	9,942	16,24	9,795	20,10	11,500	6,275	0,00**	G3, G4> G1 G4>G2
FSFI - Desejo Sexual	6,67	1,684	6,22	1,514	6,38	1,850	5,59	1,568	3,397	0,01**	G1>G4
FSFI - Excitação Sexual	15,80	3,069	14,80	2,592	14,72	3,423	12,55	3,029	8,929	0,00**	G1, G2, G3>G4 G1>G4,G3 G2>G4
FSFI – Lubrificação	13,53	1,891	12,71	1,911	12,26	2,905	11,36	12,870	6,918	0,00**	G1, G2, G3>G4 G1>G3
FSFI – Orgasmo	12,88	2,387	12,71	1,890	12,48	3,125	10,72	2,714	6,569	0,00**	G1, G2>G4
FSFI - Satisfação Sexual	13,72	1,718	12,92	2,424	12,42	2,886	11,79	2,839	5,401	0,00**	G1, G2>G4
FSFI - Dor Sexual	13,57	1,986	13,49	1,826	12,92	2,762	12,28	2,874	2,903	0,03*	G1, G2>G4
FSFI – Vaginismo	4,67	0,705	4,53	0,703	4,50	0,886	34,23	1,012	2,253	0,01**	G1>G4
FSFI Total	76,17	9,685	72,84	8,680	71,18	13,395	64,16	12,614	9,319	0,00**	G1>G3,G4 G2>G4
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	20,78	3,814	20,02	3,776	19,22	4,635	18,00	5,191	3,572	0,01**	G1>G3 G2>G4

\*p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,01

Por fim, ao nível do *Interesse Sexual* geral verifica-se, pela análise da tabela 28 que são as mulheres do NSE médio baixo que apresentam menor desejo, responsividade sexual e interesse sexual geral, quando comparadas com as restantes.

Tabela 28

*Diferenças de médias do Interesse Sexual em função do NSE*

	G1 Alto (N=30)		G2 Médio alto (N=21)		G3 Médio (N=16)		G4 Médio Baixo (N=20)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
MSIQ - Desejo Sexual	15,87	5,419	14,86	3,785	12,00	5,367	11,05	4,019	5,228	0,00**	G1>G3, G4 G2>G4
MSIQ – Responsividade Sexual	16,43	4,546	14,14	3,928	13,06	4,959	11,70	4,532	2,976	0,03*	G1>G4
MSIQ - Satisfação Sexual	8,63	2,798	8,29	2,572	7,88	2,778	7,35	2,796	0,945	0,43	
MSIQ Total	39,93	11,179	37,29	8,883	32,94	10,312	30,10	9,936	4,273	0,00**	G1>G3, G4 G2>G4

\*p&lt;0,05; \*\* p&lt;0,01

### 5.2.2. Resultados diferenciais na *Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual*, em função do Estado Civil

Procurou-se analisar se existiam variações significativas nos indicadores de *Sintomatologia do Climatério* quando se tem em consideração o Estado Civil. A tabela 29 mostra que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quando se considera o *Funcionamento Sexual* verifica-se que são as inquiridas divorciadas com companheiro que possuem mais indicadores de *Desejo Sexual* quando comparadas com as casadas ou com união de facto.

Procurou-se analisar se existiam variações significativas da *Insatisfação Sexual* quando se tem em consideração o Estado Civil, todavia essas diferenças não foram encontradas.

Ao se considerar a *Intimidade Sexual* verifica-se que são as mulheres solteiras com companheiro que apresentam mais indicadores quando comparadas com as divorciadas com companheiro.

Tabela 29

*Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade Sexual em função do Estado Civil*

	G1 Solteira com companheiro (N=3)		G2 Casada/União de facto (N=188)		G3 Divorciada com companheiro (N=9)		F	P	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP			
CGS - Psicológicos	3,00	1,732	8,99	5,548	9,11	7,785	1,677	0,19	
CGS - a) Ansiedade	1,67	2,082	4,93	3,189	4,56	3,127	1,603	0,20	
CGS - b) Depressão	1,33	0,577	4,06	2,864	4,56	4,851	1,397	0,25	
CGS – Somáticos	1,33	2,309	4,56	3,897	3,11	3,655	1,581	0,20	
CGS – Vasomotores	1,00	1,732	1,33	1,625	1,11	1,764	0,134	0,87	
CGS – Índice de Disfunção Sexual	0,00	0,000	0,73	0,778	0,22	0,441	3,155	0,06	
CGS Total	5,33	3,512	15,61	9,861	13,56	12,521	1,733	0,18	
FSFI - Desejo Sexual	8,00	1,732	6,19	1,636	7,44	2,297	4,077	0,01**	G3>G2
FSFI – Excitação Sexual	16,33	2,082	14,59	3,230	15,33	3,354	0,639	0,52	
FSFI – Lubrificação	14,33	0,577	12,54	2,511	12,78	2,489	0,789	0,45	
FSFI – Orgasmo	13,33	15,28	12,26	2,681	13,22	2,279	0,793	0,45	
FSFI – Satisfação Sexual	13,67	1,528	12,84	2,445	12,11	4,343	0,519	0,59	
FSFI - Dor Sexual	15,00	0,000	13,06	2,405	14,00	2,121	1,598	0,20	
FSFI – Vaginismo	4,67	0,577	4,49	,843	4,78	0,441	0,579	0,56	
FSFI Total	80,67	7,095	71,48	11,697	74,89	13,806	1,235	0,29	
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	1,33	1,528	3,01	2,762	4,33	4,213	2,684	0,02*	G1>G3

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$

Ao se considerar a *Interesse Sexual* verifica-se que são as mulheres divorciadas com companheiro que apresentam mais indicadores de *Desejo Sexual*, *Responsividade sexual* e *Interesse Sexual geral*, quando comparadas com as casadas ou com união de facto (cf. tabela 30).

Tabela 30  
*Diferenças de médias do Interesse Sexual em função do Estado Civil*

	Casada/União de facto (N=83)		Divorciada com companheiro (N=3)		gl	T	p
	M	DP	M	DP			
MSIQ - Desejo Sexual	13,49	4,867	23,33	0,577	84	6,230	0,00**
MSIQ - Responsividade Sexual	13,58	4,500	21,00	3,606		3,990	0,02*
MSIQ - Satisfação Sexual	8,04	2,761	10,00	2,000		0,794	0,45
MSIQ Total	35,11	10,401	54,33	5,686		5,066	0,00**

\*p<0,05; \*\* p<0,01

### 5.2.3. Resultados diferenciais na *Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual*, em função das fases do Climatério

A tabela 31 mostra que analisarmos a *Sintomatologia Climatérica* verifica-se que são as mulheres que estão na pré-menopausa que apresentam menor *Ansiedade, sintomatologia somática e sintomatologia climatérica* quando comparadas com as que se encontram na pós-menopausa cirúrgica. Por fim, são as mulheres na pré-menopausa e perimenopausa que apresentam menores *índices de disfunção sexual* quando comparadas com as que se encontram em pós-menopausa natural/espontânea e pós-menopausa cirúrgica.

Relativamente ao *Funcionamento sexual* verifica-se que são as mulheres na pós-menopausa natural/espontânea e cirúrgica que apresentam menos indicadores de *Desejo sexual, Lubrificação, Dor sexual, Vaginismo e Funcionamento Sexual total*, quando comparadas com as restantes.

Relativamente à *Intimidade Sexual* não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 31

Diferenças de médias da Sintomatologia Climatérica, Funcionamento e Intimidade Sexual em função das fases do climatério

	G1 Pré-menopausa (N=72)		G2 Perimenopausa (N=41)		G3 Pós-menopausa Natural/ Espontânea (N=65)		G4 Pós-menopausa Cirúrgica (N=22)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
GCS – Psicológicos	8,57	5,659	9,44	6,550	8,52	5,417	10,14	4,486	0,651	0,58	
GCS - a) Ansiedade	4,56	3,171	5,00	3,406	4,69	3,132	6,14	2,850	1,492	0,04*	G4 >G1
GCS - b) Depressão	4,01	3,074	4,44	3,435	3,83	2,748	4,00	2,309	0,355	0,78	
GCS – Somáticos	3,83	3,798	4,73	3,428	4,45	3,917	5,91	4,638	1,729	0,02*	G4 >G1
GCS – Vasomotores	0,56	0,977	1,71	1,707	1,68	1,678	2,00	2,116	9,501	0,00**	G2, G3, G4 >G1
GCS – Índice de Disfunção Sexual	0,44	0,648	0,54	0,674	0,95	0,818	1,05	0,844	7,785	0,00**	G3, G4 >G1, G2
GCS Total	13,40	9,362	16,41	10,512	15,60	9,992	19,09	10,094	2,152	0,01**	G4 >G1
FSFI - Desejo Sexual	6,65	1,558	6,56	1,761	5,75	1,677	6,00	1,718	3,997	0,00**	G1, G2 >G3
FSFI - Excitação Sexual	15,13	3,056	15,10	3,015	14,18	3,508	13,68	2,998	1,925	0,12	
FSFI – Lubrificação	13,01	2,236	12,63	2,211	12,51	2,722	11,27	2,781	2,840	0,00**	G1, G2, G3 >G4
FSFI – Orgasmo	12,44	2,669	12,73	2,270	12,11	2,768	11,73	2,931	0,885	0,45	
FSFI - Satisfação Sexual	12,94	2,466	13,05	2,664	12,38	2,714	13,23	1,875	0,996	0,39	
FSFI - Dor Sexual	13,54	2,062	13,61	2,212	12,66	2,763	12,32	2,169	3,035	0,03*	G1 >G3, G4
FSFI – Vaginismo	4,63	0,759	4,71	0,559	4,35	0,959	4,18	0,907	3,278	0,02*	G1 >G4 G2 >G3, G4
FSFI Total	73,75	11,604	73,68	9,946	69,60	12,947	68,23	10,461	2,485	0,03*	G1 >G3
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	20,13	4,380	19,80	4,556	19,14	4,513	19,36	3,874	0,618	0,60	

\*p<0,05; \*\* p<0,01

Procurou-se também analisar se existiam variações significativas nos indicadores do *Interesse Sexual* quando se tem em consideração o tipo de menopausa vivenciada pelas mulheres que se encontram na pós-menopausa. Os resultados encontrados mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas quando estas duas fases do climatério são consideradas (cf. tabela 32).

Tabela 32

Diferenças de médias do Interesse Sexual em função das fases do Climatério

	Pós-menopausa Natural/Espontânea (N=65)		Pós-menopausa Cirúrgica (N=22)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
MSIQ - Desejo Sexual	13,71	4,869	14,09	5,822	85	-0,303	0,76
MSIQ - Responsividade Sexual	13,48	4,441	14,86	5,130		-1,217	0,22
MSIQ - Satisfação Sexual	8,03	2,778	8,36	2,665		-0,491	0,62
MSIQ Total	35,22	10,572	37,32	11,520		-0,788	0,43

\*p<0,05; \*\* p<0,01

#### 5.2.4. Resultados diferenciais na *Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual*, em função da existência de doenças

A tabela 33 mostra que ao nível dos *Sintomas Climatéricos* são as mulheres com doenças que apresentam maiores indicadores de *Sintomas psicológicos, Ansiedade, Somáticos, Vasomotores e Sintomas Climatéricos gerais*.

No que concerne ao *Funcionamento Sexual*, verifica-se que são as mulheres sem doença que apresentam maiores indicadores de *Lubrificação* e as com doença, as que apresentam maiores índices de *Dor Sexual e Vaginismo*.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da *Intimidade Sexual* no seio destas mulheres.

Tabela 33

*Diferenças de médias na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade em função da existência de doenças*

	Não, possui Doenças (N=104)		Sim, possui Doenças (N=96)		gl	T	p	
	M	DP	M	DP				
GCS Psicológicos	7,66	5,018	10,25	6,005		-3,315	0,03*	
GCS a) Ansiedade	4,13	2,624	5,67	3,544		-3,514	0,00**	
GCS b) Depressão	3,54	2,909	4,58	2,940		-2,525	0,12	
GCS Somáticos	3,53	3,147	5,44	4,357		-3,571	0,00**	
GCS Vasomotores	1,15	1,512	1,49	1,729		-1,464	0,05*	
GCS Índice de Disfunção Sexual	0,56	0,651	0,84	0,862		-2,660	0,14	
GCS Total	12,90	8,354	18,02	10,910		-3,741	0,00**	
FSFI Desejo Sexual	6,39	1,663	6,14	1,727	198	1,080	0,73	
FSFI Excitação Sexual	15,16	2,950	14,11	3,421		2,303	0,23	
FSFI Lubrificação	13,06	1,858	12,06	2,962		2,869	0,00**	
FSFI Orgasmo	12,56	2,356	12,05	2,932		1,349	0,18	
FSFI Satisfação Sexual	13,01	2,533	12,60	2,536		1,130	0,53	
FSFI Dor Sexual	12,76	2,678	13,48	2,038		-2,150	0,00**	
FSFI Vaginismo	4,39	0,910	4,62	0,728		-1,980	0,00**	
FSFI Total	73,67	10,276	69,73	12,927		2,388	0,13	
PAIR (sub-escala Intimidade Sexual)	19,68	4,475	19,63	4,334			0,092	0,32

\*p≤0,05; \*\* p≤0,01

Por fim, quando se considera o Interesse Sexual também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando se considera o facto de as mulheres terem ou não doenças (cf. tabela 34).

Tabela 34

*Diferenças de médias no Interesse Sexual em função da existência de doenças*

	Não, possui Doenças (N=104)		Sim, possui Doenças (N=96)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
MSIQ Desejo Sexual	13,78	5,210	13,78	13,82	85	-0,041	0,86
MSIQ Responsividade Sexual	14,08	4,765	13,65	4,577		0,430	0,39
MSIQ Satisfação Sexual	8,14	2,576	8,10	2,872		0,068	0,41
MSIQ Total	36,00	11,141	35,57	10,644		0,183	0,64

\*p≤0,05; \*\* p≤0,01

### 5.2.5. Resultados diferenciais na *Sintomatologia Climatérica, Funcionamento, Intimidade e Interesse Sexual, em função da medicação*

A tabela 35 mostra que, quando se considera a *Sintomatologia Climatérica* verifica-se que existem diferenças significativas em todas as dimensões, com exceção do Índice de Disfunção Sexual. São as mulheres que fazem medicação que apresentam mais sintomas psicológicos, ansiedade, depressão, somáticos, vasomotores e sintomatologia climatérica geral, quando comparadas com aquelas que não realizam medicação.

No que diz respeito ao Funcionamento Sexual denota-se que são as mulheres que não fazem medicação que apresentam maiores indicadores de Lubrificação, Orgasmo, Dor Sexual, Vaginismo e Funcionamento Sexual total, quando comparadas com aquelas que utilizam medicação.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da intimidade quando a variável medicação é considerada.

Tabela 35

*Diferenças de médias na Sintomatologia Climatérica, Funcionamento e Intimidade Sexual em função da medicação*

	Sim Medicação (N=91)		Não Medicação (N=109)		gl	t	p	
	M	DP	M	DP				
GCS Psicológicos	10,35	6,118	7,70	4,939		3,395	0,01**	
GCS a) Ansiedade	5,65	3,538	4,21	2,708		3,252	0,03*	
GCS b) Depressão	4,70	3,053	3,49	2,781		2,948	0,02*	
GCS Somáticos	5,35	4,466	3,69	3,153		3,078	0,00**	
GCS Vasomotores	1,66	1,765	1,03	1,443		2,785	0,00**	
GCS Índice de Disfunção Sexual	0,89	0,849	0,53	0,661		3,352	0,52	
GCS Total	18,25	11,019	12,94	8,322		3,877	0,00**	
FSFI Desejo Sexual	6,04	1,763	6,46	1,619	198	-1,732	0,98	
FSFI Excitação Sexual	14,01	3,498	15,19	2,873		-2,621	0,07	
FSFI Lubrificação	12,02	2,985	13,05	1,888		-2,945	0,00**	
FSFI Orgasmo	11,98	3,000	12,60	2,302		-1,648	0,05*	
FSFI Satisfação Sexual	12,63	2,598	12,97	2,485		-0,961	0,96	
FSFI Dor Sexual	12,84	2,709	13,39	2,063		-1,629	0,00**	
FSFI Vaginismo	4,37	0,915	4,61	0,732		-2,070	0,00**	
FSFI Total	69,52	13,238	73,67	10,044		-2,512	0,04*	
PAIR (Sub-escala Intimidade Sexual)	19,67	4,422	19,64	4,396			0,04	0,61

\*p<0,05; \*\* p<0,01

Por fim, analisaram-se as variações existentes no Interesse Sexual em função do uso da medicação e, os resultados sugerem que não existem diferenças estatisticamente significativas quando esta variável é considerada (cf. Tabela 36).

Tabela 36

*Diferenças de médias no Interesse Sexual em função da medicação*

	Sim Medicação (N=91)		Não Medicação (N=109)		gl	T	P
	M	DP	M	DP			
MSIQ - Desejo Sexual	13,55	5,085	14,10	5,153		-0,497	0,82
MSIQ - Responsividade Sexual	13,00	4,578	14,80	4,564	85	-1,830	0,61
MSIQ - Satisfação sexual	7,89	2,861	8,38	2,599		-0,816	0,25
MSIQ Total	34,45	11,053	37,28	10,402		-1,222	0,72

\*p<0,05; \*\* p<0,01



## CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No climatério ocorre mudanças físicas, psicológicas e sexuais na vida da mulher na meia-idade. Genericamente, os resultados da presente investigação mostram que existem uma relação entre a Sintomatologia do Climatério e a Sexualidade (Funcionamento, Interesse e Intimidade Sexual) da mulher, nesta fase da vida.

Os resultados são congruentes com diversas investigações que sugerem uma relação inversa entre os *Sintomas Climatéricos* e o *Funcionamento Sexual* (e.g., Borissova, et al., 2001; Nappi et al., 2001; Squire, 2005).

De facto, diversos autores sugerem que durante o Climatério, surge um conjunto de sintomas como sendo, por exemplo: calores, afrontamentos, ruborização, tonturas, taquicardia e cefaleias (que decorrem da diminuição dos estrogéneos) que são visíveis e que influenciam a qualidade do sono nestas mulheres e o seu funcionamento físico (e.g., cansaço ao acordar) (e.g., Bacelar-Antunes, 2005; Coelho, 1999a).

Da mesma forma, devido ao hipoestrogenismo, poderão surgir um conjunto de perturbações genitourinárias, ficando a vagina predisposta à vaginite atrófica, que é acompanhada por corrimento aquoso, prurido vulvar, ardência urinária, diminuição da lubrificação na relação sexual e dispareunia (e.g., Bacelar-Antunes, 2005; Coelho, 1999a).

A par desta sintomatologia física/fisiológica encontra-se ainda um conjunto de sintomas psicológicos que acabam, em certa medida, pode afectar a diminuição do desejo/interesse Sexual e, conseqüentemente, do *Funcionamento Sexual/Interesse Sexual* destas mulheres. De entre estes sintomas, destacamos a ansiedade, o humor depressivo, entre outros (e.g., Silva & Silva, 1999).

Por conseguinte, todas as queixas físicas do foro ginecológico, tais como: secura vaginal, dispareunia, ardência pós-coital, anorgasmia e espasmos uterinos são aliviados com a terapêutica estrogénica, com a excepção da diminuição do desejo sexual que é de causa psicológica. As mulheres da pós-menopausa apresentam queixas como: diminuição da lubrificação, dispareunia, ardência pós-coital, espasmos uterinos associados ao orgasmo. Referem também, que existe uma diminuição do prazer sexual e

até mesmo poderá ocorrer a impossibilidade da sua realização (e.g., Bacelar-Antunes, 1999, 2005).

Diversos autores referem que a ansiedade (e.g., Beeggs et al., 1987, as cited in Nobre, 2006; Nobre, 2006; Masters & Johnson, 1970, Kaplan, n.d., Beck & Barlow, n.d., Barlow et al., n.d., Soares, Bancroft, 1989, as cited in Soares, 2003) e a depressão (e.g., Ferguson, 2001, as cited in Althof et al., 2005; Borissova et al., 2001) se encontram correlacionadas negativamente com o *Funcionamento Sexual*.

De facto, a ansiedade é frequente no climatério e é descrita através de insegurança, medos, apreensão, preocupação generalizada com a saúde futura (e.g. Bacelar-Antunes, 2005). Nesta linha, Bacelar-Antunes (1999) refere que a depressão é também uma das queixas mais frequentes no climatério, mas considera que falar de humor depressivo é mais preciso e correcto. Para este autor, os estados depressivos no climatério são semelhantes à neurastenia ou à depressão atípica, sem nada ter a ver com a melancolia. Estes sintomas revelam-se no dia-a-dia por meio de ansiedade, tensão muscular, preocupação, temores, fadiga, exaustão, irritabilidade, perda do interesse, anedonia, diminuição da auto-estima, sensação de solidão e incapacidade generalizada. Todos estes sintomas parecem estar relacionados com as alterações da actividade dos neurotransmissores centrais, afectados pela falta de estrogéneos (e.g., Bacelar-Antunes, 1999).

Na fase do climatério, nem todas as mulheres exibem sintomas depressivos. As mulheres que realmente ficam deprimidas são aquelas que são ansiosas e pessimistas e se encontram sob *stress* crónico (e.g., Bromberger & Matthews, 1996, as cited in Papalia et al., 2000). A depressão nas mulheres climatéricas não está directamente ligada à falta de estrogéneos nesta fase (e.g., Coope, 1996; Gato & Iles, 1990, as cited in Jokinen et al., 2003), mas sim à situação geral da sua vida, ou seja, à saída dos filhos de casa, à doença dos pais e à pena da perda da fertilidade ou feminilidade (e.g., Gath & Iles, 1990, as cited in Jokinen et al., 2003).

Ainda relativamente à ansiedade, autores como Masters e Johnson (1970, as cited in Soares, 2003) e Kaplan (n.d., as cited in Soares, 2003) defenderam modelos que tinham subjacente a ideia de que a ansiedade possui um papel central na etiologia e na manutenção das disfunções sexuais. Barlow et al. (n.d., Soares, 2003) referiram que a

ansiedade pode ser facilitadora para as pessoas funcionais e inibidora para pessoas disfuncionais.

Por sua vez, Bancroft (1989, as cited in Soares, 2003) explicou que a ansiedade na resposta sexual pode ser interpretada de diversas formas: a ansiedade pode ser facilitadora, pode ser uma reacção a uma resposta falhada, pode perturbar os processos cognitivos que, de outra forma, seriam facilitadores da resposta sexual aos estímulos eróticos. Também a ansiedade e a inibição da resposta sexual podem coexistir sendo uma forma reactiva na percepção duma ameaça. Por outro lado, as respostas sexuais também podem ser inibidas com o intuito de evitar a ansiedade. Segundo Nobre (2006) estudos com populações femininas tem vindo a confirmar o efeito facilitador da ansiedade na resposta sexual (e.g., Nobre, 2006).

O que se verifica é que, algum tempo antes da menopausa, poderá ocorrer um aumento das queixas psicológicas em mulheres vulneráveis com características sócio-demográficas e psicossociais adversas (e.g., Greene, 1992, as cited in Coope, 1996).

Lennon (1987) advoga que serão as mudanças biológicas relacionadas com a componente hormonal que estarão na base da depressão; defende igualmente a ideia de que as mulheres que desempenham determinados papéis, como os de esposas ou mães, ou que se identificam com determinados estereótipos da mulher, como a fertilidade, atracção e juventude, serão mais vulneráveis às mudanças psicológicas do climatério; advoga ainda que a menopausa não apresenta um momento particular *stressante* na vida da mulher. Na verdade, muitos autores referem que o *distress* nas mulheres na meia-idade pode ser meramente despoletado pelas mudanças dos papéis nesta fase das suas vidas, como a *experiência do ninho vazio*.

Os resultados mostram que são as mulheres na pré-menopausa que possuem menores indicadores de sintomatologia climatérica. Tal como vários estudos sugerem (e.g., Bacelar-Antunes, 1999; Barentsen et al., 2001; Sierra et al., 2005). Assim, no que concerne às dimensões da sintomatologia climatérica, denota-se que são elas que possuem menores indicadores de ansiedade quando comparadas com as mulheres na pós-menopausa cirúrgica. Verifica-se, também, que são as mulheres na pré-menopausa que possuem menores indicadores de sintomatologia vasomotora relativamente àquelas que se encontram na perimenopausa e na pós-menopausa natural e cirúrgica. Por fim,

são igualmente as mulheres na pré-menopausa que menores indicadores de disfunção sexual apresentam, quando comparadas com as restantes.

Sierra et al. (2005) constataram a existência de diferenças significativas nos sintomas do climatério constatando que estes não se encontram tão presentes nas mulheres da pré-menopausa. Tendo em conta os sintomas psicológicos, ansiedade e depressão, verificou-se que na pré-menopausa a sintomatologia psicológica é menor. Verificaram mais especificamente, em relação à ansiedade que existem diferenças significativas entre a pré-menopausa e a perimenopausa, sendo os valores menores na pré-menopausa. Quanto à depressão constatou-se, que embora não haja diferenças significativas, existe uma tendência para que na perimenopausa e na pós-menopausa apresentem mais depressão do que as mulheres da pré-menopausa. Relativamente, à sintomatologia somática verificaram que existem diferenças significativas entre as mulheres da pós-menopausa e da perimenopausa em relação às de pré-menopausa. Por outro lado, quanto à sintomatologia vasomotora verificaram que não existem diferenças significativas nos diferentes grupos, no entanto, constaram que existem uma tendência para as mulheres da perimenopausa apresentarem mais sintomas vasomotores que as mulheres da pré-menopausa e da pós-menopausa.

Verificamos que na nossa amostra existe uma relação entre o Funcionamento Sexual e o NSE das mulheres climatéricas. Alguns estudos (e.g., Penteadó et al., 2003) indicam que quanto maior o NSE, melhor o *Funcionamento Sexual*. De facto, os resultados agora encontrados sugerem que são as mulheres que pertencem a NSE mais altos apresentam maior *Funcionamento Sexual*, todavia sublinha-se aqui que, no presente estudo, não existiam mulheres pertencentes a NSE baixos, somente médio baixo, para efeitos de comparação.

Uma das possíveis justificações para estes resultados poderá residir numa análise mais generalista da vida destas mulheres. Isto porque, como se referiu anteriormente, o *Funcionamento Sexual* encontra-se intimamente relacionado com outras variáveis. As mulheres pertencentes a NSE's mais altos poderão melhor desfrutar da sua vida sexual com o parceiro, pelo facto de haver entre eles uma maior intimidade, ao nível da comunicação e abertura para este tipo de temáticas. Poderão ser pessoas que partilham mais com os seus companheiros, as vicissitudes da relação sexual. Por esse

motivo, poderão igualmente ser estas mulheres que possuem maior desejo, excitação, lubrificação, ausência de vaginismo e de dores durante as relações sexuais.

Por outro lado, vários autores (e.g., Graziottin & Leiblum, 2005; Hawton & Catalan, 1986, as cited in Althof et al., 2005; Penteado et al., & Pinotti, 2003) referem que, quanto maior nível de habilitações académicas, melhor o *Funcionamento Sexual*. As principais justificações para estes resultados remetem-nos para os aspectos da comunicação e da informação, que acaba por libertar estas mulheres de crenças disfuncionais em matéria da sexualidade.

Procurou-se, também, analisar se existiam variações significativas nos indicadores do *Funcionamento Sexual* quando se tem em consideração as diferentes fases do climatério. Os resultados mostram que as mulheres da pré-menopausa apresentam melhor *Funcionamento Sexual* total, quando comparadas com as mulheres na pós-menopausa natural/espontânea. Verifica-se também, que as mulheres da pré-menopausa e da perimenopausa apresentam maior *Desejo/Interesse Sexual* em relação às mulheres da pós-menopausa natural/espontânea. Por outro lado, a ausência de *Dor* e *Vaginismo*, são mais evidentes nas mulheres da pré-menopausa e perimenopausa do que naquelas que se encontram na pós-menopausa (natural e cirúrgica). Da mesma forma, são as mulheres da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa natural/espontânea que apresentam mais *Lubrificação* dos que as mulheres na pós-menopausa cirúrgica. O que é passível de ser compreendido, devido aos efeitos físicos da cirúrgica, ausência de estrogéneos súbitos e ao significado psicológico negativo dado à cirúrgica (e.g. Gelfend, 2000, as cited in Palácios et al, 2002; Rosen et al., 2004).

Na população Holandesa, Barentsen et al. (2001) constataram que quanto ao índice de disfunção sexual, verificou-se que existiam diferenças significativas nas mulheres da pós-menopausa e pós-menopausa submetidas a histeretomia em relação às mulheres da pré-menopausa e perimenopausa.

Procurou-se ainda, analisar se existiam variações significativas no *Funcionamento Sexual* e nas suas dimensões, quando se considera a existência ou não de doenças. Os resultados mostram que são as mulheres que não têm doenças, que apresentam maior *Lubrificação*, maior ausência de *Dor* e de *Vaginismo*, quando comparadas com aquelas que possuem doenças. Vários autores (e.g. Albuquerque &

Fonseca, 1995; Baldin et al., 2003; Gouveia & Cardoso, 2006; Leite et al., 1997; Mariano da Costa, et al., 2004; Santos & Abrantes, 1996) referem que, na presença de doenças, o *Funcionamento Sexual* poderá ficar afectado, ou seja, as mulheres que são afectadas por estas doenças, apresentam mais problemas no *Funcionamento Sexual*. Assim, a tendência é que sejam as mulheres com menos doenças que apresentem um melhor *Funcionamento Sexual*.

Os resultados mostram igualmente que são as mulheres que não fazem medicação que apresentam maiores indicadores de *Funcionamento Sexual* total, bem como, uma maior *Lubrificação*, maior ausência de *Dor* e de *Vaginismo*, quando comparadas com aquelas que fazem medicação. São vários os autores (e.g., Pacheco & Gamito, 1993; Santinho Martins, 1991, as cited in Pacheco & Gamito, 1993) que têm chamado à atenção para a possibilidade de alguns tipos de medicação (e.g., anorexiantes, anti-hipertensores, diuréticos, cardiovasculares, hipocolesteromiantes, anti-ulcerosos, citostáticos, hormonas derivadas e anti-hormonas, tranquilizadores major, anti-depressivos, anti-convulsivantes e anti-parkinsonicos) influenciarem negativamente a sexualidade.

Relativamente ao *Interesse Sexual*, segundo alguns autores (e.g., Gelfend, 2000, as cited in Palacios et al., 2002; Rosen et al., 2004) é maior nas mulheres da pós-menopausa natural em relação às da pós-menopausa cirúrgica, devido ao impacto negativo da cirurgia. No entanto, outros autores (e.g., Gelfend, 2000, as cited in Palacios et al., 2002) referem que o término de hemorragias irregulares podem também ter um impacto positivo no *Interesse/Funcionamento Sexual* destas mulheres. Vários autores (e.g., Barentsen, et al., 2001; Sierra, et al, 2005) consideram que existem diferenças no *Interesse Sexual/Funcionamento Sexual* nas diferentes fases do climatério. Referem que existe uma tendência para as mulheres da pré-menopausa apresentarem maior *Interesse Sexual* (logo índice de disfunção sexual menor) que as perimenopausa, e que as mulheres da pós-menopausa apresentam uma maior tendência para ter menor *Interesse Sexual* (logo índice de disfunção sexual maior) que as pré-menopausa e perimenopausa.

Constata-se também, que quanto maior a *Intimidade Sexual*, melhor seria o *Funcionamento/Interesse Sexual* destas mulheres. Este resultado é congruente com os estudos de vários autores que sublinham que um bom *Funcionamento Sexual* deverá

acarretar uma boa *Intimidade Sexual*, da mesma forma que, quando ocorre uma disfunção sexual, a *Intimidade Sexual* está afectada, o que vai de acordo com alguns autores (e.g., Greeff & Malherbe, 2001; López, & Fuertes, 1999; Patton & Waring, 1985, as cited in López & Fuertes, 1999).

A *Intimidade Sexual* é considerada um ingrediente importante para um bom *Funcionamento Sexual/Interesse Sexual*, é também considerada fundamental para o equilíbrio psicológico e social da pessoa, abrangendo a dimensão de construção temporal, ou seja, trata-se de um processo multisistémico – intrapessoal e interpessoal (e.g., Costa, 2005). Tal como Gomes (2003) sublinha, este conceito encerra em si uma dualidade: a capacidade de individuação e a capacidade relacional. Todavia, também o processo de intimidade acaba por ser influenciado por um conjunto de variáveis, nomeadamente, o género, mostrando diferenças inter-individuais ao nível das diferentes dimensões deste construto (emocional, social, intelectual e recreativa). A intimidade emocional é vivida de forma diferente na mulher e no homem. Enquanto os homens utilizam a interacção para aumentar a intimidade emocional, as mulheres necessitam de uma intimidade emocional para ter uma ligação íntima (e.g., Talmadge & Dabbs, 1990, as cited in Greeff & Malherbe, 2001).

Paralelamente, Narciso e Costa (2002, as cited in, Galhardo, 2005) advogam que a intimidade é um elemento chave para a satisfação conjugal, por outras palavras, Dandeneau e Johnson (1994, as cited in Greeff & Malherbe, 2001) referem que o aumento da intimidade marital/conjugal proporciona um efeito positivo na satisfação conjugal ao longo do tempo.

## CONCLUSÃO GERAL

O principal objectivo da presente investigação foi analisar a relação entre a *Sintomatologia Climatérica* e a *Sexualidade* da mulher de meia-idade. Mais concretamente, como objectivos específicos procura-se analisar a variabilidade da *Sintomatologia Climatérica*, do *Funcionamento Sexual*, *Interesse Sexual* e da *Intimidade Sexual* em mulheres de meia-idade, em função de variáveis sócio-demográficas (e.g., Idade, Escolaridade, Estado Civil e NSE) e variáveis psico-clínicas (e.g., Fase do Climatério, Doenças e Medicação).

A presente investigação teve como ponto de partida a investigação de licenciatura anteriormente realizada. E, neste sentido foram excluídos três instrumentos: o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI - *Brief Symptom Inventory*), o Inventário de Golombok-Rust da Satisfação Sexual (GRISS - *The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction*) e o Questionário de Crenças e Informação Sexual (SBIQ-*Sexual Beliefs and Information Questionnaire*). Quanto ao primeiro, verificamos que existe uma correlação com o Questionário do Climatério de Grenne (GCS – *Grenne Climateric Scale*) e, neste sentido, dado este último ser mais pertinente para os objectivos propostos, o BSI foi excluído da presente investigação.

Relativamente ao segundo Inventário (GRISS), o mesmo foi retirado dado que na anterior investigação, utilizamos somente a Sub-Escala *Insatisfação Sexual* e consideramos que teria sido pertinente o uso do Inventário na sua totalidade. Nesta linha de pensamento, a opção de não utilização do questionário GRISS justifica-se pelo facto de termos utilizado os questionários FSFI e MSIQ, que acabam de avaliar o construto de satisfação sexual.

Relativamente ao SBIQ, instrumento que avalia a informação sexual e as crenças sexuais, dada à fragilidade das qualidades psicométricas, foi retirado da presente investigação, contudo, este instrumento poderá ser substituído em investigações futuras por um outro instrumento, aferido na população portuguesa, como é o caso do *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – QCSD* (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003b; Nobre, 2006). Salientamos este aspecto, pois consideramos que as crenças sexuais são um factor de risco para o aparecimento de disfunções sexuais e que deverá ser um aspecto alvo de avaliação e de intervenção.



No que diz respeito às qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados na presente investigação, constatou-se uma consistência interna entre os itens de cada um deles, isoladamente, mostrando assim valores de *alpha* de Cronbach aceitáveis. Ao nível da sensibilidade denotou-se, no entanto, que os resultados dos instrumentos apresentaram alguma fragilidade, o que indicia dificuldades na discriminação dos sujeitos da amostra da presente investigação. De facto, a amostra utilizada apresenta algumas características transversais em todas as mulheres de meia-idade, o que coloca a questão da heterogeneidade num segundo plano, evidenciando, por isso, uma grande homogeneidade nas respostas aos instrumentos e, conseqüente fragilidade ao nível da discriminação. Ao reflectir-se sobre esta constatação, consideramos que uma possível forma de a contornar seria o recurso a um grupo de controlo, que permitisse realizar uma análise mais minuciosa e conclusiva do poder discriminativo destes resultados.

Por conseguinte, consideramos que, pelo facto de, no presente estudo, apenas terem sido consideradas mulheres de meia-idade, a disparidade das avaliações não se revelou muito contrastante, pelo que se não tivéssemos tido uma limitação temporal, teria sido interessante fazer um estudo comparativo dos *Sintomas do Climatério*, *Funcionamento Sexual*, *Interesse Sexual e Intimidade Sexual* das mulheres climatéricas e de mulheres adultas, que não se encontrassem nesta fase de desenvolvimento sexual.

Da mesma forma, teria sido importante integrar, no presente estudo, mulheres com outro tipo de orientação sexual, que não fosse somente a heterossexual. Todavia, este critério de inclusão traria igualmente limitações temporais, na medida em que, outro tipo de orientação sexual nas mulheres portuguesas, que não seja a heterossexual, não é muito comum, o que coadjuvado com os preconceitos e tabus que revestem a situação, iriam condicionar o acesso a estes participantes.

Ainda associado à amostra, consideramos, também, o interesse por explorar os mesmos construtos, mulheres do meio rural, por contraste com mulheres do meio urbano. Isto porque, os diversos estudos analisados sublinham a ideia da variabilidade cultural intrínseca à temática da sexualidade.

No que concerne à delimitação da natureza e do conteúdo do presente estudo, pensamos que, apesar de este ter uma natureza transversal, não se coloca de parte a ideia de conduzir um estudo de carácter longitudinal, que permitiria recolher informações

importantes sobre a *Sintomatologia do Climatério* e sobre o *Funcionamento, Interesse e Intimidade sexual* destas mulheres nas diferentes fases do climatério em que se encontram, inclusivamente com indicadores decorrentes de entrevista individual.

Baseados no cariz de um estudo longitudinal, poder-se-ia implementar um modelo de intervenção psicológica (e.g., o modelo cognitivo-comportamental) para calores/afrontamentos descrito em Hunter e Lião (1996, as cited in Hunter, 2003), no sentido de avaliar a sua eficácia nos diversos momentos do climatério.

Outras das possíveis limitações da presente investigação prende-se no facto de só termos recorrido a sub-escala *Intimidade Sexual* e não explorarmos as particularidades do Inventário global.

As limitações sentidas, que se circunscrevem à natureza duma investigação para obtenção de Mestrado, permitem-nos igualmente, reflectir na exploração de outras variáveis importantes e que, de alguma forma, se encontram relacionadas com o *Sexualidade*. Destas, destacamos, como exemplo, o estudo da auto-estima destas mulheres; as representações sociais, as expectativas, atitudes, o recurso à masturbação, a percepção do apoio social e familiar, bem como, o *funcionamento sexual* dos seus cônjuges, que acabam por condicionar o vivenciar pleno que é, muitas vezes, limitativo, neste período de desenvolvimento sexual.

O aumento da esperança de vida possibilitou que, um número cada vez maior de mulheres, possa vivenciar a meia-idade e, por consequência, surja um maior número de queixas relacionadas com o climatério e menopausa. Desta forma, torna-se evidente a necessidade e importância de se fazer mais investigação nesta área e criar novas formas de serviços de saúde, nomeadamente da psicologia, para atender às necessidades das mulheres nesta fase de desenvolvimento.

Ao longo da revisão de literatura, pudemos constatar que é importante criar programas de intervenção de saúde para a mulher climatérica como uma abordagem multidisciplinar (e.g. psicólogo, médico ginecologistas, urologista, enfermeiro, nutricionistas, entre outros), com enfoque na mulher, terapia individual ou em grupo ou terapia de casal ou familiar.

Constatamos, não só na revisão da literatura, como também na administração dos questionários, a existência de elementos que poderiam servir de base a propostas para a Investigação. Verificou-se, por exemplo, que, de uma forma geral, as mulheres de meia-idade não sabem fazer distinção entre os conceitos de climatério e menopausa ou ignoram o conceito de climatério. Relativamente, aos dois conceitos, existem mitos que devem ser desmistificados e realizada a reestruturação cognitiva dos mesmos. Neste sentido, as propostas de intervenção devem ter como objectivo esclarecer/informar, preparar e apoiar, psicologicamente, as mulheres para o climatério e explorar com estas mulheres formas alternativas de fomentar o bem-estar (e.g. frases positivas sobre o climatério/ menopausa).

A mulher da meia-idade vive numa sociedade onde os valores da beleza e da juventude estão bastante enraizados. Constatamos assim, que a relação entre a meia-idade, climatérico, menopausa está intimamente associada ao processo de envelhecimento. Estes aspectos vão se repercutir negativamente na auto-estima, na percepção de si enquanto mulher e, conseqüentemente, reflecte-se na sua auto-estima sexual, atingindo, desta forma, a sua sexualidade. Assim, podemos concluir que os programas de intervenção deverão focar a auto-estima e explorar crenças associadas ao envelhecimento, fomentado o envelhecimento físico, mental e espiritual saudável destas mulheres.

Relativamente à Sexualidade da mulher, também deve ser alvo de intervenção dos psicólogos, pois verifica-se que estas mulheres devem-se readaptar a novos padrões de comportamento sexual, devido às mudanças anatomofisiológicas. Neste aspecto, as mulheres devem estar informadas, desmistificar crenças sobre a sexualidade que foram enraizadas ao longo de suas vidas e procurar estratégias saudáveis para vivenciar as mudanças anatomofisiológicas. Por exemplo, muitas mulheres na pós-menopausa vivenciam problemas de incontinência urinária. E, é neste sentido, que programas de intervenção devem ter enfoque na prevenção, podendo recorrer às técnicas kegel, actualmente em voga, recorrendo à nomenclatura de pompoarismo, técnicas estas que visam exercitar os músculos pélvicos/pubococcígeo. Estes e músculos exercitados são importantes para a saúde sexual da mulher, ao longo da sua vida, no parto, no acto sexual e, inclusivamente, na prevenção da incontinência urinária.

A nível da saúde, tendo em conta que o climatério coloca a mulher diante de factores de risco para a saúde (e.g. osteoporose, incontinência urinária, cancro da mama e do colo do útero, hipotireoidismo, doenças cardiovasculares; perturbação do sono) os programas de intervenção devem fomentar hábitos de vida saudáveis (e.g. alimentação, vestuário, exercício físico, higienização do sono, entre outros aspectos que deverão ser explorados). Relativamente à alimentação saudável, o não ingerir bebidas muito quentes, nem excitantes (e.g., café) podem constituir técnicas importantes para diminuir as insónias nestas mulheres, bem como a alimentação equilibrada para auxiliar a osteoporose.

Quanto ao tipo vestuário, é importante para auxiliar nos sintomas vasomotores, pois devem ser à base de algodão. O exercício físico pode ser benéfico para diminuição do *stress* vivenciado no climatério e na osteoporose (aumentado a flexibilidade). Por último, dado que a sintomatologia vasomotora ocorre também à noite, é necessário dotar estratégias de higiene do sono para estas mulheres conseguirem lidar com as perturbações do sono.

Para a redução do *stress* na menopausa é aconselhada a reestruturação do ambiente, tornando-o menos *stressante*, aprendizagem de técnicas relaxamento (e.g. respiração abdominal, muscular progressiva, imagética) e de dieta (já anteriormente referida), bem como exercícios de redução de *stress* (e.g. hidroterapia, meditação, yoga, massagens).

Acrescentamos, também, a pertinência dos significativos (e.g. cônjuge, familiares, amigos, colegas de trabalho, entre outros). Devido aos múltiplos papéis que a mulher desempenha na sociedade actual, estas pessoas também devem estar inseridas, de alguma forma, nos programas de intervenção. Podemos, no caso da intervenção individual, fornecer/dotar estratégias à mulher, para informar o seu cônjuge, amigos, colegas de trabalho, entre outros, sobre o que está a viver no climatério; ii) convidar para uma sessão particular, os cônjuges e outros significativos que queriam participar. No caso de sessões de grupo, podem ainda ser convidados os significativos para uma sessão de esclarecimento e de partilha.

Em suma, o psicólogo deverá ter sempre presente que, à luz do modelo biopsicossocial, o climatério deverá ser perspectivado de uma forma mais

abrangente/holista. Os factores biológicos, psicológicos, familiares, culturais, sociais e espiritual deverão ser considerados numa mesma abordagem integrativa, que vão permitir ter um maior conhecimento da dinâmica da mulher no climatério e da sua sexualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das Ciências de Lisboa & Fundação Calouste Gulbenkian. (2001a). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da academia das ciências de Lisboa* (Vol. I). Lisboa: Verbo.
- Academia das Ciências de Lisboa, & Fundação Calouste Gulbenkian (2001b). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da academia das ciências de Lisboa*. (Vol. II). Lisboa: Verbo.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia de investigação em psicologia da educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (J. Nunes de Almeida, Trad). (4ª ed. rev. ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)
- Albuquerque, E., & Fonseca, L.M. (1995). Ajustamento sexual nas mulheres com cancro ginecológico. *Psiquiatria Clínica*, 16 (1), 41-45.
- Althof, S., Dean, J., Derogatis, L., Rosen, R., & Sisson, M. (2005). Current perspective on the clinical assessment and diagnosis of the female sexual dysfunction and clinical studies of potential therapies: A statement of concern. *Journal of Sex Medicine*, 2 (Suppl. 3), S146- S153.
- Anderson, D., & Poster, N. (2002). Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 265-273.
- Araújo, M., & Soares, C. (1987). As disfunções sexuais femininas: Etiologia - determinantes somáticos. In F. Gomes, A. de Albuquerque, & J. Nunes (Coords.), *Sexologia em Portugal* (Vol. I, pp. 281-286) Lisboa: Texto Editora.
- Bacelar-Antunes, A. (1999). Tratamento hormonal de substituição e sexualidade na menopausa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (2), 121-124.
- Bacelar-Antunes, A. (2005). *Como viver a sua menopausa*. Gondomar: Xerazade.

- Baldin, G., Andrade, P., Alqualo-Costa, R., Gallinaro, A., & Lage, L. (2003) Avaliação da actividade sexual em pacientes com fibromialgia - Um estudo controlado. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43 (6), 377-390.
- Baracat, E., Haidar, M., Nunes, M., Soares, J., & Rodrigues de Lima, G. (2005). Climatério. In E. Baracat, & G. Rodrigues de Lima (Eds.), *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. (pp. 339-345). São Paulo: Manole.
- Barbosa, A. (2004). A sexualidade. In A. Saldanha, & C. Caldas, (Org.), *Saúde do Idoso: A arte de cuidar*. (2nd ed., pp. 322-333). Rio de Janeiro: Interciência.
- Barentsen, R., van de Weijer, P., van Gend, S., & Foekema, H. (2001). Climacteric symptoms in a representative Dutch population sample as measured with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas*, 38 (2), 123-128.
- Berdún, L. (2006). *O nosso sexo*. (D. Aleixo, Trad.). Lisboa: Lua de papel (Obra original publicada em 2003)
- Borges, J., & Tadini, V. (2002). Climatério. In C.Mariani Neto & V. Tadini. (Eds.), *Obstetrícia & ginecologia: manual para o residente* (pp. 759-776) São Paulo: Roca.
- Brewer, S. (1999). *A menopausa*. (I. Nunes, Trad.). Lisboa: Editorial Presença. (Obra original publicada em 1997)
- Borissova, A., Kovatcheva, R., Shinkov, A., & Vukov, M. (2001, August). A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: Significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*, 39 (2), 177-183.
- Bulcão, C., Carange, E., Pereira de Carvalho, H., Ferreira-França, J., Kligerman – Antunes, J., Backles, J., et al. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciência e Cognição*, 1, 54-75.
- Camilo, V., Hernández, B., & Ananda, P. (2002). Comportamiento de la sexualidad en la mujer de la edad mediana. *Revista Cubana Obstetrícia y Ginecología*, 28 (1), 54-57.

- Catarino, A., Negrão, L., Leite, H., Pires, I., & Teixeira, J. (1998). Pós-menopausa e sexualidade. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 2 (1), 39-46.
- Chávez-Ayala, R., Andrade-Palos, P., & Rivera-Rivera, L. (2002). Validacion de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública de México*, 44 (5), 385-391.
- Chen, P., & Popovich, P. (2002). *Correlation: Parametric and nonparametric measures*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Coelho, A. (1999a). O clínico geral e a consulta da mulher na menopausa. In A. Bacelar-Antunes (Ed.), *A menopausa* (pp.17-26). Lisboa: Rota Farmacêutica.
- Coelho, R. (1999b). Aspectos psicossomáticos da menopausa In A. Bacelar-Antunes (Ed.), *A menopausa* (pp.75-83). Lisboa: Rota Farmacêutica.
- Coope, J. (1996). Hormonal and non hormonal intervention for menopausal symptoms. *Maturitas* 23 (2), 159-168.
- Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Lisboa: Asa.
- Costa, J., Sampaio e Melo, A., Perfeito, A., Castro, A., Morgado, A., Gomes, A., et al. (2006). *Dicionário da Língua Portuguesa 2006*. Porto: Porto Editora.
- Cramer, D., & Xu, H. (1996). Predicting age at menopause. *Maturitas*, 23 (3), 319-326.
- Cozby, P. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. (P. Gomilde, & E. Otta, Trans.) São Paulo: Atlas (Obra publicada em data 2001)
- Dennertein, L., & Hayes, R. (2005). Confronting the challenges: Epidemiological study of female dysfunction and the menopause. *Journal of Sex Medicine*, 2 (Suppl 3), 118-132.
- Fagulha, T. (2003). Olhar e escutar a menopausa [Resumos]. In P. Castro, R. Novo, M. Garrido, R. Pires, & C. Mouro (Orgs.), *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia - Livro de Resumos*. Associação Portuguesa de Psicologia (p. 34).



- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2003a). Menopausa e sintomatologia numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários primários [Resumos]. In P. Castro, R. Novo, M. Garrido, R. Pires, & C. Mouro (Orgs.), *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia - Livro de Resumos*. Associação Portuguesa de Psicologia (p. 34).
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2003b). Menopausa e depressão [Resumos]. In P. Castro, R. Novo, M. Garrido, R. Pires, & C. Mouro (Orgs.), *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia - Livro de Resumos*. Associação Portuguesa de Psicologia (p. 35).
- Favarato, M., Aldrighi, J., Pires, A., & Lima, S. (2000). Sexualidade e climatério: Influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprodução Climatério*, 15 (4), 199-202.
- Ferrari, R. (1996). Sexualidade na Menopausa. In R. Ferrari (Ed.), *Menopausa hoje – Um guia para a mulher madura viver plenamente* (E. Ssó, Trad.) (pp.128-138). Porto Alegre: L&PM. (Obra original publicada em 1996)
- Figueiras, M. (1994a). *The experience of the menopause: a comparison between Portugal e the U.K.* Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade de Londren Guy`s Hospital.
- Figueiras, M. (1994b). Cultural and cognitive factors in symptom appraisal concerning menopause. *Análise Psicológica (Psicologia, saúde e doença)*, 2/3 (XII), 363-374.
- Figueiras, M., & Marteau, T. (1995). Experiences of the menopause: A comparison between Portugal and the United Kingdom. *Análise Psicológica*, 1-2 (XIII), 163-171.
- Furlani, J. (2003). *Mitos e tabus da sexualidade humana: Subsídios ao trabalho em educação sexual*. (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Galhardo, M. (2005). *Vivências conjugais: diferenças e semelhanças entre casais católicos e casais hindus*. Dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Ciências de Educação da Universidade do Porto. Edição do Autor.

- Garcia-Fantini, M. & Bacelar-Antunes, A. (1999). Tabaco e menopausa. In A. Bacelar-Antunes (Ed.), *A menopausa* (pp.84-85). Lisboa: Rota Farmacêutica.
- Giblin, K.L. (2005). Sex and menopause: The sizzle and the fizzle. *Sexuality, Reproduction, & Menopause*, 3 (2), 72-77.
- Graziottin, A., & Leiblum, S. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopause transition. *Journal of Sex Medicine*, 2 (Suppl 3), 133-145
- Greeff, A., & Malherbe, H. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 247-257.
- Greene, J. (1998). Construting a standard climateric scale. *Maturitas*, 29 (1), 25-31.
- Green, J., & D'Oliveira, M. (1991). *Testes estatísticos em psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Gomes, R. (2003). A intimidade sexual na intimidade conjugal. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Coords.), *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (Vol I, pp. 111-127) Coimbra: Quarteto.
- Gomes, A., Fonseca, L., & Gomes, A. (1997). Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1, Vol.I, 17-20.
- Gouveia, A., & Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e fibromialgia*. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, & S.Jesus. Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida (Actas), pp. 255 – 260.
- Hoffman, L., Paris, S., & Hall, E. (1994). *Development Psychology Today*. (6<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill.
- Huffman, S., & Myers, J. (1999). Counseling women in midlife: an integrative approach to menopause. *Journal of Counseling & Development*, 77, 258-266.
- Hunter, M. (2003). Cognitive behaviour interventions for premenstrual and menopause symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21 (3), 183-193

- Jiménez López, J., & Pérez Silva., G. (1999). Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climacteric [Abstract]. *Ginecologia Y Obstreticia do México*, 67, 319-322.
- Jokinen, K., Rautava, P., Mäkinen, J., Ojanlatva, A., Sundell, J., & Helenius, H. (2003). Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year –old women. *Maturitas*, 46 (3), 199-205.
- La Gandra Martín, J., Sánchez Hernández, J., Diéz Sánchez, M., & Monje Hernández, E. (2003). Influencia de las actitudes, expectativas y creencias en la adaptación a la menopausia. *Annales de Psiquiatria*, 19 (8), 329-336
- Leite, H., Catarino, A, et al. (1997). Incontinência urinária feminina e resposta sexual. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1 (1), 47-54.
- Lennon, M. (1987). Is menopause depressing? An investigation of three perspectives. *Sex Roles*, 17 (1/2), 1-16.
- Lima, M. (2003). A sexualidade na terceira idade. In E. Sá (Coord.), *Quero-te! Psicologia da sexualidade* (pp.109-115). Coimbra: Quarteto.
- Lins, R., & Braga, F. (2005). *O livro de ouro do sexo*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Lippert, L. (1997). Women at midlife: Implications for theories of women's adult development. *Journal of Counseling & Development*, 76, 16-21.
- López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para a compreender a sexualidade*. (A. Marques, & L. Silva, Trad.) Lisboa: Associação para o Planeamento da Família (Obra original publicada em 1989)
- Master, W., & Johnson, V. (1984). *A resposta sexual humana* (A. Serra, Trad.). São Paulo: Roca (Obra original publicada em 1966)
- Master, W., & Johnson, V. (1985). *A inadequação sexual humana* (T. Oppido, Trad.). São Paulo: Roca (Obra original publicada em 1970)
- Mateu, V. (1993). Alteraciones psicológicas y sexuales durante la menopausia. In S. Palácios (Coord.), *Climaterio y menopausia* (pp.69-104) Madrid: Mirpal.

- Martí, J., Eroles, F., & Rorivolta, M.(1997) *Enciclopédia da sexualidade*. (Vol. I, pp.1-160) Lisboa: Oceano Liarte
- Martins, A. (1996). *Menopausa sem mistérios: As mais recentes descobertas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Mariano da Costa, E., Kneubil, M., Leão, W., & Thé, K. (2004). Avaliação da satisfação sexual em pacientes portadores de fibromialgia. *Einstein*, 2 (3), 177-181.
- Morais, C., & Souto, E. (1999). Osteoporose. In A. Bacelar-Antunes (Ed.), *Menopausa*. (pp.63-71). Lisboa: Edições Rota Farmacêutica.
- Murray, M. (1998). *Menopausa: uma abordagem natural*. (M. Winckler, Trad.) Rio de Janeiro: Campos (Obra original publicada em 1994)
- Nappi, R., Veneroni, F., Verde, J., Polatti, F., Fignon, A., Farina, C., & Genazzani, A. (2001). Climacteric complains, female identity, and sexual dysfunctions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27 (5), 567-576.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. (2003a). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunction in a portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 173-183.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F.(2003b). Sexual Dysfunction Beliefs Questionnaire: an instrument to assess sexual dysfunction beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18 (2), 171-204.
- Northrup, C. (2003). A menopausa. In C Northrup (Ed.), *Corpo de mulher sabedoria de mulher; como criar saúde física e emocional e meios de cura*. (L. Almeida & I. Cardoso, Trads.) (2º ed revista e actualizada) Cascais: Sinais de Fogo. (Obra original publicada em 1994)

- Northrup, C. (2006). *A sabedoria da menopausa: criar saúde e cura física e emocional durante a mudança*. (J. Cardoso, & L. Pelicano da Silva, Trads.) Cruz Quebrada: Estrela Polar. (Obra original publicada em 2001)
- Ogden, J. (2003). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Anderson, Trads.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000)
- Olazábal, J. (Coord.) (2003). *La menopausia: un programa educativo desarrollado en Salamanca*. Salamanca: Lasalina.
- Otero, A. (2002). Conducta y patología sexual. In J.V. Ruiloba (Dir.), In *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (5.<sup>a</sup> ed., pp.275-298). Barcelona: Masson.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Promoción de la salud: Glosario*. Genebra: World Health Organization.
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 357-370.
- Pacheco, J. (1998). Sympósio sobre sexual dysfunction & Depression. *Acta Portuguesa de Sexologia*, 1, vol. II, 67-68.
- Pacheco, J., & Gamito, L. (1993). *O Sexo é de todas as idades*. Lisboa. Caminho.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra Quarteto.
- Palacios, S., Tobar, A., & Menendez, C. (2002). Sexuality in the climacteric years. *Maturitas*, 43 (Suppl. 1), S69-S77.
- Papalia, D., Olds, S., & Felman, R. (2000). *Desenvolvimento humano*. (D. Bueno, Trad.) (7th ed.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1998)
- Payer, L. (1991). The menopause in various cultures. In H. Burger, & M. Boulet (Eds.), *A portrait of the menopause* (pp. 3-22). London: Parthenon Publishing Group.
- Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia pratico para profissionais de saúde (S. Ribeiro & J. Bastos, Trads.) (2<sup>a</sup> ed.) Loures: Lusociência.

- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F., & León-Reyes, V., (2001). Menopause: Social representations and practices. *Salud pública de México, 44* (5), 408-414.
- Penteado, S., Fonseca, A., Bagnoli, V., Assis, J., & Pinotti, J. (2003). Sexuality in healthy posmenopausal women. *Climacteric* (6), 321-329.
- Phillips, R. (2005). *A bíblia da menopausa*. (A. Vasconcelos, Trad.) Lisboa: Editorial Estampa. (Obra original publicada em 2005)
- Pinto, A. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Rebar, R., Nachtigall, L., Avis, N., Kronenberg, F., Santoro, N., Sowers, M., & Archer, D. (2000) Clinical challenges of perimenopause: Consensus opinion of the north american menopause society. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society, 7* (1), 5-13.
- Rekers (1991). Mastering the menopause. In H. Burger, & M. Boulet (Ed.), *A portrait of the menopause* (pp. 23-43). London: Parthenon Publishing Group.
- Romão, L. (2005). *Menopausa: Sexualidade*. Dissertação de Mestrado defendida na Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Edição do Autor.
- Rosen, R., Lobo, R., Block, B., Yang, H., & Zipfel, L. (2004), Menopausal sexual interest questionnaire (MSIQ): A unidimensional scale for the assessment of sexual interest in postmenopause women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*, 235-250.
- Schaefer, M., & Olson, D. (1981). Assessing Intimacy: The pair inventory. *Journal of Marital and Family Therapy, 47-61*.
- Santos, G. (2003). Vaginismo e dispareunia. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Coords.), *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (Vol I, pp. 94-109) Coimbra: Quarteto.
- Santos, G., & Abrantes. P. (1996). Sexualidade e doença. *Psiquiatria Clínica, 17* (3), 189-208.

- Serrão, C. (2004). *Climatério feminino: Representações sociais, qualidade de vida e sintomatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde defendida à Universidade do Minho. Edição do Autor.
- Sierra Bravo, R. (1999). *Técnicas de investigación social: teoria e ejercicios*. Madrid: Parninfo.
- Sierra, B., Higalco, L., & Chedraui, P. (2005). Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with Greene Climacteric Scale. *Maturitas*, 51, 236-245.
- Silva, D., & Silva, J. (1999). *Terapêutica hormonal de substituição - Na prática clínica*. Lisboa: Organon Portuguesa, Ltda.
- Simões, R., Soares, J., & Baracat, E. (2005). Disfunção sexual. In E. Baracat, & G. Rodrigues de Lima (Eds.), *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. (pp. 369-378). São Paulo: Manole.
- Shering (1997/2002). *Hormonal replacement therapy and the menopause* (4<sup>th</sup> ed.) Berlin. Shering
- Smith, R. (2004). *Ginecologia e obstretrícia de Netter*. (R. Duarte, Trad.). Porto Alegre: Artemed Editora (Obra original publicada em 2002)
- Soares, C. (2000). Depressão Puerperal, tensão pré-menstrual e depressão na menopausa. In B. Lafer, O. Almeida, R. Fráguas, & E. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo de vida*. (pp.145-156). Porto Alegre: Artemed Editora
- Soares, C. (2003). Disfunções sexuais femininas. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Coords.), *A sexologia – perspectiva multidisciplinar* (Vol. I, pp. 49-70) Coimbra: Quarteto.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem estar para pessoas idosas- fundamentos básicos para a prática*. (H. Godinho & J. Bastos, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra publicada no original em 2002)
- Trien, S. (1986). *Menopausa: A grande transformação*. (M. Cavallari, Trad.) (3<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos (Obra original publicada em 1994).

VanKeep, P., Serr, D., & Greenbatt, R. (1979). *Female and male climacteric*. England: International Medical publishers, Press Limited.

World Health Organization. (2004). Sexual health- a new focus for WHO. *Progress in reproductive health research*, 67, 1-8.



## BIBLIOGRAFIA

- Adams, S., Dubbert, P., Chupurdia, K., Jones, A., Lofland, K., & Leermakers, E. (1996). Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behaviour*, 25 (3), 249-260.
- Canavarro, M. C. S. (1999a). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & M. Almeida (Eds.), *Testes e Provas psicológicas em Portugal*. (Vol. II, pp.95-109). Braga. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda /Associação de Psicólogos Portugueses.
- Canavarro, M.C.S. (1999b). *Relações afectivas e saúde mental- uma abordagem ao longo do ciclo vital*. Coimbra: Quarteto.
- Costa, M. (2001/2002). Generatividade: Questões de desenvolvimento e de intervenção Psicológica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 29-35.
- Craig, G., & Baucum, D. (2002). *Human development*. (9<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gleitman, H. (1986). O desenvolvimento social. In H.Gleitman (Ed.), *Psicologia*. (D. Silva, Trad.) (2nd, pp. 661-721). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1986)
- Golombok, S., & Rust, J.(1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Hall. C., Lindzey, G., & Campell, J. (2000). A Teoria Analítica de Carl Jung. In C. Hall, G. Lindzey, & J. Campell (Eds.), *Teorias da Personalidade*.(4th ed., pp.83-114) (M. Veronesse, Trad.) Porto Alegre: Artmed Editora. (Obra original publicada em data 1998)
- Hayslip, B., & Panek, P. (1993). *Adult development & aging*. (2nd Edition) New York: HarperCollins College Publishers.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos 2001*. Retirado de <http://www.ine.pt> em 26, Maio, 2006.

- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7th ed.) Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1994)
- Lemme, B. (1995). *Development Adulthood*. Boston: Allyn & Bacon.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família - perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Simões, A. (1999). A personalidade do adulto: Estabilidade e/ou mudança?. *Psychologica*, 22, 9-26.
- Soares, C., Pablo, C., Monteiro, I, Pacheco, J., Azevedo, M., & Salvador, S. (1996). Intimidade e funcionamento sexual em indivíduos com Psicopatologia. *Acta Portuguesa de Sexologia*. (Nr. Esp. V congresso Nacional de Sexologia: conferências e resumos), p70. Porto: Medisa.
- Ter Kuille, M., Van Lankveld, J., Kalkhoven, P., & Van Egmond, M. (1999). The Golombeck Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 59-71.
- Vilarinho, S., & Nobre, P. (2006). Female sexuality and sexual: integration of affect, cognition, relationship and context. *Sexologies*, T01-P-25, S18