

LÍGIA ISABEL CARDOSO CATÃO

SEXUALIDADE NA MULHER DE MEIA-IDADE:  
AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DO INTERESSE SEXUAL



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS**

**PORTO 2007**



LÍGIA ISABEL CARDOSO CATÃO

SEXUALIDADE NA MULHER DE MEIA-IDADE:  
AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DO INTERESSE SEXUAL



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANA E SOCIAIS

**PORTO 2007**

SEXUALIDADE NA MULHER DE MEIA-IDADE:  
AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DO INTERESSE SEXUAL

---

Lígia Catão

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa, orientada pelo Professor Doutor José Soares Martins, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciada em Psicologia (Ramo: Clínico).

## RESUMO

O principal objectivo do presente estudo foi analisar o *Funcionamento Sexual* em mulheres na fase climactérica (pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa), nomeadamente, ao nível da sintomatologia climactérica, (in)satisfação sexual, intimidade sexual, sintomatologia psicopatológica, interesse sexual, crenças sexuais, doenças, medicação, NSE e habilitações académicas. Participaram 200 mulheres climactéricas, com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Índice do Funcionamento Sexual Feminino, Greene Climacteric Scale, Questionário de Crenças e Informação Sexual, Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (subescala intimidade sexual); The Golombok-Rust Inventory of sexual satisfaction (subescala insatisfação sexual), Menopausal Sexual Interest Questionnaire e Inventário de Sintomas Psicopatológicos. As principais análises estatísticas realizadas através de análises correlacionais e diferenciais fornecem um conjunto de resultados que nos permitem aferir uma relação entre o *Funcionamento Sexual* e as variáveis consideradas, com a excepção das crenças sexuais.

## ABSTRACT

The main purpose of this work is to analyse the sexual function in women in different climacteric phases, such as, level of climacteric symptoms, sexual satisfaction, sexual intimacy, psychopathological symptomatology, sexual interests, sexual beliefs, diseases, medication, social status and education. 200 climacteric women, between 40 and 65 years old, participated at this study. The material used were: Female Sexual Function Index, The Greene Climacteric Scale, Sexual Beliefs and Information Questionnaire, Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (sexual intimacy subscale); The Golombok-Rust Inventory of sexual satisfaction (sexual insatisfaction subscale), Menopausal Sexual Interest Questionnaire and Brief Symptom Inventory. The results from correlations and differences of mean confirmed the relation between sexual function with all the considered variables, but not with sexual beliefs.

## DEDICATÓRIA

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

Embora uma monografia seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros 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 minha família, Bisavó, avô Catão, padrinhos, tia(o)s e prima(o)s.

À Sofia, a Joana e a Mimosas, 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.

À Mestre Sandra Vilarinho pelo apoio, partilha de ideias, dado a este projecto.

Ao Professor Doutor José Soares Martins pela orientação final dada a este projecto.

A todos os profissionais de saúde, médicos ginecologistas e psicólogos, que apoiaram este trabalho.

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> .....	4
<b>Capítulo I. O desenvolvimento do adulto intermédio ou meia-idade</b> .....	5
1.1. Introdução .....	5
1.2. Aduldez intermédia / meia-idade.....	5
1.3. Desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da mulher na meia-idade. ....	5
1.3.1. Desenvolvimento físico .....	6
1.3.2. Desenvolvimento cognitivo.....	6
1.3.3. Desenvolvimento psicossocial.....	7
1.4. Teorias explicativas da personalidade adulta, na meia-idade.....	7
1.5. Crise da meia-idade e seus modelos explicativos.....	8
1.6. Conclusão .....	9
<b>Capítulo II. Climactério feminino</b> .....	10
2.1. Introdução .....	10
2.2. Caracterização do climactério .....	10
2.2.1. Climactério e menopausa.....	10
2.2.2. Factores que influenciam o aparecimento da menopausa .....	12
2.3. Modelos explicativos do climactério/ menopausa .....	14
2.3.1. O climactério/menopausa à luz do Modelo Biomédico.....	14
2.3.2. O climactério à luz do Modelo Biopsicossocial .....	15
2.4. Sintomatologia associada ao climactério feminino: sintomatologia precoce e sintomatologia tardia .....	17
2.4.1. Sintomatologia precoce .....	18
2.4.1.1. Sintomatologia física .....	18
2.4.1.2. Sintomatologia psicológica .....	18
2.4.2. Sintomatologia tardia.....	21
2.4.3. Sintomatologia do climactério nas diferentes fases do Climactério .....	22
2.5. Intervenções médicas no climactério feminino .....	24
2.5.1. Tratamentos hormonais .....	24
2.5.2. Tratamentos não hormonais.....	24
2.6. Intervenção psicológica no climactério .....	25
2.6.1. O papel do psicólogo no climactério .....	25
2.6.1.1. Psicoterapia individual .....	25
2.6.1.2. Psicoterapia de grupo .....	26
2.6.1.3. Psicoterapia de casal.....	27
2.6.2. Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC) para calores/afrontamentos menopáusicos .....	27
2.7. Conclusão .....	27

<b>Capítulo III. Sexualidade na mulher de meia-idade/climactério</b> .....	28
3.1. Introdução .....	28
3.2. Sexualidade na mulher .....	28
3.3. Funcionamento sexual .....	29
3.4. O papel das variáveis relacionais (satisfação sexual e da intimidade sexual) no funcionamento sexual do casal .....	29
3.5. O papel das doenças e dos mitos associados às mesmas no funcionamento sexual na mulher .....	32
3.5.1. Doenças específicas e o funcionamento sexual na mulher.....	32
3.5.2. Mitos acerca da doença no funcionamento sexual .....	33
3.6. O papel do consumo de substâncias e da medicação no funcionamento sexual .....	33
3.7. Disfunções sexuais na mulher .....	34
3.7.1. Caracterização, etiologia das disfunções sexuais e prevalência das mesmas no contexto português .....	34
3.7.2. O papel da psicopatologia (ansiedade e depressão) nas disfunções sexuais .....	38
3.8. O papel dos factores cognitivos – falta de informação sexual, tabus, mitos, crenças –nas disfunções sexuais ao longo da vida .....	39
3.9. Funcionamento sexual no climactério .....	42
3.9.1. Caracterização do funcionamento sexual no climactério .....	42
3.9.2. Disfunções sexuais no climactério .....	43
3.9.3. O papel da sintomatologia climactérica nas disfunções sexuais .....	44
3.10. Conclusão .....	45

## **PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA** .....

46

<b>Capítulo IV – Estudo Empírico</b> .....	47
4.1. Introdução .....	47
4.2. Problema de pesquisa e objectivos .....	47
4.3. Hipóteses de estudo .....	48
4.4. Variáveis estudadas .....	50
4.5. Método.....	51
4.6. Caracterização dos participantes .....	51
4.7. Instrumentos .....	53
4.7.1. Questionário sócio-demográfico .....	54
4.7.2. Questionário de variáveis clínicas .....	54
4.7.3. <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) .....	54
4.7.4. <i>The Grenne Climateric Scale</i> (GCS).....	56
4.7.4.1. Estudo da fidelidade da <i>The Grenne Climateric Scale</i> (GCS).....	57
4.7.5. <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI).....	57
4.7.5.1. Estudo da Fidelidade <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) .....	58
4.7.6. <i>Sexual Beliefs and Information Questionnaire</i> (SBIQ).....	58

4.7.6.1. Estudo da fidelidade da <i>Questionário de Crenças e Informação Sexual (SBIQ)</i> .....	59
4.7.7. <i>The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)</i> .....	59
4.7.7.1. Estudo da fidelidade do <i>The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)</i> .....	60
4.7.8. <i>Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)</i> .....	61
4.7.8.1. Estudo da fidelidade da <i>Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)</i> .....	61
4.7.9. <i>Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ)</i> .....	62
4.7.9.1. Estudo da fidelidade da <i>Menopausal Sexual Interest Questionnaire (MSIQ)</i> .....	63
4.8. Procedimentos de administração .....	63
<b>Capítulo V – Apresentação dos resultados</b> .....	65
5.1. Resultados Correlacionais .....	65
5.1.1. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e os <i>Sintomas Climactéricos (GCS)</i> .....	66
5.1.2. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e a <i>Insatisfação sexual (GRISS)</i> .....	67
5.1.3. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e a <i>Intimidade Sexual (PAIR)</i> .....	68
5.1.4. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e a <i>Crenças/Informação sexual</i> .....	68
5.1.5. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e os <i>Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i> .....	69
5.1.6. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e o <i>Nível Sócio-Económico</i> .....	70
5.1.7. Relação entre <i>Funcionamento sexual (FSFI)</i> e as <i>Habilitações Académicas</i> .....	71
5.2. Resultados Diferenciais .....	72
5.2.1. Resultados diferenciais na <i>Sintomatologia Climactérica</i> , em função das fases do climactério .....	72
5.2.2. Resultados diferenciais no <i>Funcionamento Sexual</i> em função das fases do climactério .....	73
5.2.3. Resultados diferenciais no funcionamento sexual em função da existência de doenças .....	74
5.2.4. Resultados diferenciais, funcionamento sexual em função do de medicação .....	75
5.2.5. Resultados diferenciais no Interesse Sexual em mulheres na pós-menopausa .....	75
5.2.6. Resultados diferenciais no interesse sexual em função da TSH .....	76
<b>Capítulo VI – Discussão dos resultados</b> .....	77
<b>CONCLUSÃO</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	93

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica das mulheres no climactério .....	52
Tabela 2 - Caracterização das mulheres climactéricas em função das variáveis clínicas .....	53
Tabela 3 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e os Sintomas Climactéricos .....	67
Tabela 4 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Insatisfação Sexual .....	67
Tabela 5 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Intimidade Sexual .....	68
Tabela 6 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e as Crenças sexuais/Informação sexual.....	68
Tabela 7 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e os Sintomas Psicopatológicos .....	70
Tabela 8 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e o Nível Sócio-económico .....	70
Tabela 9 - Correlações entre o Funcionamento Sexual e o Habilitações Académicas.....	71
Tabela 10 - Regressão da variável funcionamento sexual.....	72
Tabela 11 - Diferenças de médias na Sintomatologia do climactério em função das fases do climactério .....	73
Tabela 12 - Diferenças de médias do Funcionamento Sexual em função das fases do climactério .....	74
Tabela 13 - Diferenças de médias no Funcionamento Sexual em função da existência de doenças.....	74
Tabela 14 - Diferenças de médias no funcionamento sexual em função da medicação .....	75
Tabela 15 - Diferenças de médias no interesse sexual na pós-menopausa .....	75
Tabela 16 - Diferenças de médias no interesse sexual em função da TSH .....	76

## INTRODUÇÃO

No século XX, no 1º Congresso Internacional de Menopausa, o climactério 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 climactéricos, 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 da libido/desejo sexual (Silva & Silva, 1999). Por sua vez, o climactério 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: 1) diminuição da actividade hormonal, da qual derivam os sintomas; 2) factores sócio-culturais que determinam o contexto em que a mulher está inserida e 3) factores psicológicos que dependem da mulher, (e.g., da sua personalidade, do seu carácter, entre outros) (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 climactério. Consideramos que a sexualidade, nesta etapa, não é de valorizar aspectos negativos, mas sim, os aspectos positivos (pesadelo vs. prazer) (Camilo, Hernández, & Aranda, 2002).

Em Portugal, no campo da Psicologia, verificamos que são poucos os estudos sobre a menopausa/climactério (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 climactério (e.g., Romão, 2005).

Assim sendo, o principal problema deste estudo insere-se no âmbito da sexualidade das mulheres em fase de climactério. Neste sentido o principal objectivo é explorar o funcionamento sexual e o interesse sexual em mulheres climactéricas, e quais as variáveis cognitivas, relacionais, sócio-demográficas que estarão a influenciá-las.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte é constituída por 3 capítulos que integram a revisão bibliográfica. No Capítulo I caracterizamos a fase do ciclo vital da nossa população, isto é, meia-idade. Posteriormente, aborda-se o desenvolvimento da mulher em três níveis distintos: físico, cognitivo e psicossocial. Paralelamente, apresentamos os autores das teorias explicativas da personalidade adulta na meia-idade e debruçámo-nos, também, na crise de meia-idade e os seus modelos explicativos.

No capítulo II, caracterizamos o climactério feminino/menopausa, os modelos explicativos do climactério/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 III e último desta parte, abordamos conceitos importantes para compreender a sexualidade das mulheres climactéricas. Aborda-se o funcionamento sexual *versus* disfunções sexuais, o papel da satisfação sexual, da intimidade sexual, das crenças erróneas e a falta de informação no funcionamento sexual; o papel das doenças e mitos associados às mesmas no funcionamento; o papel da medicação no funcionamento sexual. Quando nos debruçamos sobre a sexualidade no climactério, caracterizamos o funcionamento sexual, disfunções sexuais das mulheres climactéricas. E, por último, explanamos o papel da sintomatologia climactérica 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, bem como as hipóteses do estudo. 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 dedica-se à discussão dos resultados focalizando-nos na verificação das hipóteses de orientação, 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.

## **PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---



## **CAPÍTULO I. O DESENVOLVIMENTO DO ADULTO INTERMÉDIO OU DE MEIA-IDADE**

É como se houvesse dois espelhos à minha frente, dispostos em ângulo. Vejo uma parte de mim mesma na minha mãe que envelhece, e parte dela em mim. No outro espelho, vejo parte de mim na minha filha (Neurarten & Datan, n.d., as cited in Gleitman, 1986, p. 718).

### **1.1. Introdução**

Neste capítulo caracterizamos o desenvolvimento do adulto - mulher - em idade adulta intermédia ou meia-idade aos níveis físico, cognitivo e psicossocial. Explanamos os autores das teorias explicativas da personalidade na meia-idade, e por último, abordamos também a crise da meia-idade e os seus respectivos modelos explicativos.

### **1.2. Aduldez intermédia/ meia-idade**

A idade adulta é considerada a etapa do ciclo vital mais longa e está dividida em três sub-etapas: a idade adulta jovem (18-21 até 40 anos), a idade intermédia (40 até aos 60-65 anos) e, por último, a idade adulta tardia (60-65 até à morte) (Craig & Baucum, 2002). No âmbito do presente estudo debruçámo-nos sobretudo sobre a idade adulta intermédia ou meia-idade, por se tratar da faixa etária, na qual ocorre o climactério feminino.

### **1.3. Desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da mulher na meia-idade**

Iremos abordar, seguidamente, aspectos físicos, cognitivos e psicossociais relativos à meia-idade.

### **1.3.1. Desenvolvimento físico**

Na meia-idade ocorrem mudanças físicas, ao nível do funcionamento sensorial e psicomotor, ao nível do funcionamento sexual e do aparelho reprodutor.

No que diz respeito ao funcionamento sensorial e psicomotor, ocorre um declínio da acuidade visual e auditiva, das sensações gustativas, olfactivas e da sensibilidade à dor. Diminui também, a elasticidade da pele, do tonús muscular, a capacidade pulmonar e cardiovascular (Craig & Baucum, 2002; Papalia, Olds & Feldman, 2000). No entanto, é de salientar que “as mulheres tendem a conservar os sentidos, por mais tempo, em relação aos homens” (Papalia et al., 2000, p. 433).

O funcionamento sexual e o aparelho reprodutivo serão aspectos desenvolvidos nos capítulos seguintes.

Papalia et al (2000) advogam que existem mudanças na saúde devido às alterações que ocorrem no organismo nesta idade. As doenças crónicas mais comuns na meia-idade, embora não exclusivas desta, são: o cancro, a asma, a bronquite, a diabetes, os distúrbios nervosos e mentais, a artrite, o reumatismo, a deficiência visual e auditiva e o mau funcionamento dos sistemas circulatório, digestivo e geniturinário. A hipertensão é considerada um dos maiores problemas desta fase da vida.

### **1.3.2. Desenvolvimento cognitivo**

Na meia-idade, a inteligência fluida, entendida como a capacidade para processar activamente novas informações, diminui. No entanto, a inteligência cristalizada, que é a capacidade para lembrar e usar informações adquiridas, que depende do uso de informações armazenadas durante a vida, aumenta, durante e após esta etapa. A capacidade de resolver problemas práticos é considerada boa e pode atingir o seu apogeu nesta etapa do ciclo vital; já a capacidade para resolver problemas novos, não familiares, diminui (Papalia et al., 2000).

### **1.3.3. Desenvolvimento psicossocial**

Nos finais do século XX, Hoffman, Paris e Hall (1994) referem que existiram mudanças sociais que se reflectiram numa mudança de papéis, sobretudo para a mulher. Esta deixou de ter o papel de dona de casa e passou a trabalhar, surgindo assim um maior interesse pela carreira, relegando o papel da família, mãe, para segundo plano.

Relativamente ao trabalho, os adultos na meia-idade, voltam a estudar para aperfeiçoar os seus conhecimentos, com o objectivo de efectuar uma mudança na carreira que estão a construir (Papalia et al., 2000).

Por outro lado, ao nível das relações familiares, 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. Com os filhos adultos e em processo de saída de casa, o casal de meia-idade pode vivenciar, o *síndrome do ninho vazio* ou período *pós-paternidade* (Lippert, 1997) e ainda vivenciar o *síndrome da porta giratória* (Papalia et al., 2000).

À luz da perspectiva sistémica e considerando o ciclo vital da família, Relvas (1996) salienta que a meia-idade é considerada a *geração do meio*, designada metaforicamente pela *geração sanduíche*, ou seja, é a geração que se encontra entre as exigências e necessidades dos filhos, assim como dos pais, que estão a envelhecer.

Verifica-se em Portugal, que ocorreram mudanças significativas no estado civil na meia-idade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002) nos indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, a percentagem de divórcios tem aumentado, encontrando-se nos indivíduos entre os 45 e os 49 anos, a mesma percentagem que se cifra 3,2% para os homens e 5,5% para as mulheres. Esta diferença entre géneros verifica-se devido ao facto de os homens tenderem a voltar a casar num menor espaço de tempo, relativamente, as mulheres.

### **1.4. Teorias explicativas da personalidade adulta, na meia-idade**

O problema da estabilidade/ mudança é uma questão central quando se estuda o desenvolvimento da personalidade do adulto (Simões, 1999). “Por um lado, tendemos a

considerar a personalidade como sendo estável e permanente. Por outro lado, apraz-nos pensar que ela encerra um potencial de desenvolvimento e aperfeiçoamento” (Schaie & Willis, 1991, as cited in Simões, 1999, p. 9).

Diversos autores como Jung (1961, as cited in Hall, Lindzey, & Campbell, 2000; Lemme, 1995; Simões, 1999), Erikson (1994, as cited in Costa, 2001, 2002; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997; Marchand, 2001; Simões, 1999), Peck (1955, as cited in Papalia et al., 2000); Butler (n.d., as cited in Kaplan, et al., 1997), Hamacheck (1990, as cited in Lemme, 1995), Kotre (1984, as cited in Lemme, 1995), Levinson (1996, as cited in Marchand, 2001) e Vaillant (1989, as cited in Papalia et al., 2000) são defensores das teorias explicativas da personalidade centrada na mudança, que passaremos a explicar.

Outros autores, como Neugarten (1973/1977, as cited in, Hayslip & Panek, 1993), Costa e McCrae (1994, as cited in Papalia et al., 2000; Simões, 1999) suportam as suas teorias da personalidade adulta de meia-idade na ideia de estabilidade.

A personalidade do adulto pode ser caracterizada, simultaneamente, pela estabilidade e pela mudança. O problema já não é averiguar se a personalidade do adulto muda ou permanece estável, mas sim como é que muda e como permanece estável.

### **1.5. Crise da meia-idade e seus modelos explicativos**

A meia-idade pode ser considerada como um período difícil de grandes transições, mudanças, confrontações e crises (Sarason, 1977, as cited in Hayslip & Panek, 1993). Pode também ser vista como um período de tempo de confrontação entre as realidades da vida presente, dos mitos e sonhos realizados quando jovens. Quanto maior for a discrepância, maior é o potencial para a crise e para o *stress*. A auto-examinação está usualmente associada à meia-idade, mas, pode ocorrer em qualquer fase da vida (Romaniuk & Romaniuk, 1981, as cited in Hayslip & Panek, 1993). A crise pode ser interpretada como positiva ou negativa, mas essa interpretação depende da perspectiva do indivíduo, da habilidade para lutar e da adaptação à mudança. Neste sentido, para uns indivíduos, o *stress* vivenciado na meia-idade traduz-se de uma forma

negativa, conduzindo ao abuso de drogas e álcool, violência familiar, empobrecimento social e laboral ou mesmo depressão. Outros indivíduos lidam de forma positiva, dando atenção aos pais que estão a envelhecer bem como às suas mudanças físicas (Hayslip & Panek, 1993).

Segundo Criag e Baucum (2002) existem dois modelos explicativos da crise da meia-idade. O modelo de crise considera que as mudanças normativas do desenvolvimento, neste período da vida, são abruptas e *stressantes*. Por sua vez, o modelo de transição, rejeita a ideia de que a crise da meia-idade é a norma, advogando que as mudanças são graduais e o desenvolvimento é marcado por uma série de eventos, que embora difíceis, psicológica e socialmente, a maioria das pessoas adapta-se com sucesso, porque têm conhecimento prévio que as mudanças poderiam ocorrer.

## **1.6. Conclusão**

Este capítulo focalizou os aspectos inerentes ao desenvolvimento durante a meia-idade, nomeadamente, os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais, que são importantes na compreensão desta fase de vida. Procuramos igualmente apresentar as diferentes teorias explicativas da personalidade durante a meia-idade, concluindo-se que, nenhuma delas, apresenta por si só, uma visão globalista e integrativa de todos os aspectos que caracterizam actualmente, a mulher neste período de desenvolvimento. Por conseguinte, abordamos também a crise vivenciada por estas mulheres adstrita à meia-idade e, dois modelos explicativos, ancorados numa perspectiva mais negativista do desenvolvimento (Modelo de Crise) e numa perspectiva mais pró-activa e positivista deste etapa de desenvolvimento (Modelo de Transição).

Ficou clarificado, de alguma forma, que a meia-idade é uma fase inerente ao ciclo vital e ao desenvolvimento humano e, como tal, acarreta consigo um conjunto de aspectos extremamente positivos e outros, que apesar de não serem tão positivos, deverão ser tidos em consideração e compreendidos, como estratégia que permite a adaptabilidade necessária à meia-idade.

## **CAPÍTULO II. CLIMACTÉRIO FEMININO**

### **2.1. Introdução**

Neste capítulo, caracterizamos os conceitos de climactério e menopausa, explanamos os diferentes factores que influenciam o aparecimento da menopausa, abordamos os modelos explicativos do climactério/menopausa, a sintomatologia do climactério 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.

### **2.2. Caracterização do climactério**

#### **2.2.1. Climactério e menopausa**

Etimologicamente, o conceito *climactério* provém do grego com o seguinte significado “degrau; ponto crítico da vida” (Costa et al., 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 climactério 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 climactério, 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 climactério, 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 *climactério* 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 climactério feminino: pré-menopausa, definida pela regularidade menstrual durante os últimos 12 meses; perimenopausa, período de tempo que antecede a menopausa, quando não se verifique 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 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.

### **2.2.2. 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 estrogénios 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).

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 múltiparas (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, 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).

### **2.3. Modelos explicativos do climactério/ 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).

#### **2.3.1. O climactério/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 climactéricas (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 (Huffman & Myers, 1999; Olazábal, 2003).

### **2.3.2. O climactério à luz do Modelo Biopsicossocial**

Como alternativa ao modelo biomédico temos o modelo biopsicossocial, que perspectiva o climactério/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: a) boa auto-estima, b) percepção positiva da saída dos filhos de casa, c) uma melhor relação com o companheiro após a saída dos filhos, d) término do medo de engravidar,

e) percepção que pode realizar novas actividades na vida e f) existência de conhecimentos e atitudes positivas no climactério.

Por outras palavras o significado psicológico dado à menopausa, que pode ser traduzido por representações sociais (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001), crenças (Chavez-Ayala, Andrade-Palos, & Riveira-Riveira, 2002; La Gandra Martín, Sánchez Hernández, Díez 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 climactério/ menopausa, bem como a sexualidade.

Relativamente aos factores familiares, o meio familiar, em que a mulher climactérica está inserida, contribui para a vivência desta etapa, pois é necessário apoio familiar. A percepção dada ao *ninho vazio* e se o homem (i.e., o marido) está a viver a *crise da meia-idade* são aspectos a ter em conta (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 climactério 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 climactério, 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 climactéricas (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 climactérica (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).

#### **2.4. Sintomatologia associada ao climactério 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.

#### **2.4.1. Sintomatologia precoce**

##### **2.4.1.1. 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).

##### **2.4.1.2. Sintomatologia psicológica**

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

Segundo Bacelar-Antunes (2005), a ansiedade é frequente no climactério 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 climactério, mas considera que falar de humor depressivo é mais preciso e correcto. Para este autor, os estados depressivos no climactério 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 climactéricas 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 climactério. 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, Gonçalves e Fagulha (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), a libido/ desejo 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).

#### **2.4.2. 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-menopáusica 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 climactério, 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.

#### **2.4.3. Sintomatologia do climactério nas diferentes fases do climactério**

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

Num estudo levado a cabo por Sierra et al. (2005), na população do Equador, constataram que quanto às pontuações, nos sintomas do climactério (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 peri-menopausa 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 peri-menopausa 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 climactério (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.

## **2.5. Intervenções médicas no climactério feminino**

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

### **2.5.1. 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.

### **2.5.2. 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.

## **2.6. Intervenção psicológica no climactério**

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

### **2.6.1. O papel do psicólogo no climactério**

A intervenção do psicólogo no que respeita à sintomatologia psicológica do climactério, 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 climactério (Favarato, Aldrighi, Júnior, Pires, & Lima, 2000).

#### **2.6.1.1. Psicoterapia individual**

A psicoterapia individual pode ser importante para a diminuição/minimização dos sintomas psicológicos do climactério 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: 1) diálogo ou debate esclarecedor, isto é, tem uma abordagem de cariz educativo, recorrendo-se a folhetos informativos e livros adequados; 2) utilização de técnicas de relaxamento para os casos de irritabilidade e de ansiedade; 3) elaboração de exercício físico.

Relativamente, à utilização das técnicas de relaxamento, Orr (1990, as cited in Payer, 1991) ao trabalhar com mulheres climactéricas 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: 1) Técnicas de Jacobson<sup>1</sup> sobre o relaxamento progressivo, 2) Técnica de resposta de relaxamento de Herbert Benson<sup>2</sup>, 3) 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 diminuir-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).

#### **2.6.1.2. 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 contracção-descontracção 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 tido 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.

### **2.6.1.3. Psicoterapia de casal**

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

### **2.6.2. Modelo Cognitivo-Comportamental (TCC) para calores/afrontamentos menopáusicos**

Este modelo foi criado inicialmente, para os sintomas menstruais, e, conseqüentemente, adaptados para os calores e suores noturnos que ocorrem no climactério (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: 1) grupo sem tratamento, 2) grupo sujeito a TSH versus 3) e 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).

## **2.7. Conclusão**

Neste capítulo, conceitos como climactério, menopausa natural/espontânea e cirúrgica, sintomatologia do climactério e TSH 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 climactério, sendo que o modelo biopsicossocial percepçiona a mulher de uma forma mais abrangente. Por último, abordamos o papel do psicólogo no climactério, dando ênfase as técnicas utilizadas na terapia cognitiva comportamental para a redução dos sintomatologia neurovegetativa (afrontamentos e calores).

## **CAPÍTULO III. SEXUALIDADE NA MULHER DE MEIA-IDADE/CLIMACTÉRIO**

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).

### **3.1. 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 encaminharmo-nos para o nosso tema central, que é a sexualidade na meia-idade e no climactério feminino.

### **3.2. 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 climactério, 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 climactério e o seu ambiente, em particular no que diz respeito à sexualidade” (p. 369). A sexualidade no climactério é influenciada por diversos factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, é um fenómeno biopsicossocial. Ou seja, a



mulher no climactério, é influenciada por factores extrínsecos e intrínsecos (Bacelar-Antunes, 2005; Favarato et al., 2000; Palacios, Tobar, & Menendez, 2002).

### **3.3. 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 climactério 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.

### **3.4. 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: 1) *Intimidade emocional* – a experiência de sentimentos de proximidade; 2) *Intimidade social* – experiência de ter amigos comuns e semelhanças em organizações sociais; 3) *Intimidade intelectual* – experiência de partilhar ideias; 4) *Intimidade recreativa* – experiência de partilhar interesses em hobbies, participação de ambos em acontecimentos desportivos; 5) *Intimidade espiritual* – experiência de partilhas com a finalidade comum e partilha de ideia comuns no sentido de vida e/ou fé religiosa; 6) *Intimidade estética* – união de partilha de beleza; 7) *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, valoriza-se 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 climactério 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 peri-menopausa, 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.

### **3.5. 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)

#### **3.5.1. 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).

### **3.5.2. 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 dispense 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.

### **3.6. 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-parkinsonianos 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.

### **3.7. Disfunções sexuais na mulher**

#### **3.7.1. 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: a) 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; b) 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, c) 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. Vendeira et al. (2005, as cited in Nobre, 2006) apresentam valores significativamente mais elevados 34,1%. Por outro lado, Nobre et al. (no prelo, as cited in Nobre, 2006) referem que, nas consultas de sexologia, a prevalência da dispareunia é de 6,4%.

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.

### **3.7.2. 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.

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

Para López e Fuertes (1997) 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, 1997).

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 explicar 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/climactério 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 climactério, parafraseando-os o *sexo é considerado feio e repugnante para as mulheres no climactério*, crença esta que faz com que estas mulheres se sintam ridículas, indecentes, depravadas, envergonhadas e culpadas. Está crença, para além de estar enraizada em sociedades que dão valor à juventude, os autores consideram que a família tem um papel reforçador.

### **3.9. Funcionamento sexual no climactério**

#### **3.9.1. Caracterização do funcionamento sexual no climactério**

Relativamente ao desejo sexual, vários autores (Reichman, n.d., Ruhin, 1982, as cited in Papalia et al., 2000) mencionam que o desejo sexual no climactério 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/desejo 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 a 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.

### **3.9.2. Disfunções sexuais no climactério**

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 Hawton et al. (1994), numa população geral na Inglaterra, encontraram valores de prevalência de 56,7% da

Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo em mulheres na pós-menopausa. Outro estudo realizado 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 climactério, Dennertein (2000, as cited in Dennerstain & Hayes, 2005) esta vai aumentando, gradualmente, da pré-menopausa para a pós-menopausa.

### **3.9.3. O papel da sintomatologia climactérica nas disfunções sexuais**

Num estudo levado a cabo por, Nappi et al. (2001) constatou-se que as disfunções no climactério estão associadas aos sintomas climactéricos. 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 climactério 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.

### **3.10. Conclusão**

Ao longo deste capítulo, depreendemos que o funcionamento sexual da mulher climactérica é afectado por diversos factores. Os factores que podem afectar o funcionamento sexual são: biológicos (alterações hormonais, que desencadeia a presença da sintomatologia climactérica, psicopatologia, doenças, medicação e consumo de substâncias); cognitivos (falta de informação, crenças, mitos e tabus em relação à sexualidade e mitos associados as doenças que afectam o funcionamento sexual); relacionais (satisfação e intimidade sexual). Neste sentido, os aspectos acima explanados vão ser explorados na parte empírica do presente estudo.

## PARTE II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

---

## **CAPÍTULO IV – ESTUDO EMPÍRICO**

### **4.1. 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, bem como as hipóteses que serviram de orientação. São ainda caracterizados os participantes que fazem parte do estudo, bem como, o material utilizado e suas principais qualidades psicométricas ao nível da fidelidade.

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

### **4.2. Problema de pesquisa e objectivos**

O principal problema de pesquisa do presente estudo insere-se no âmbito da sexualidade das mulheres em fase de climactério.

Os objectivos gerais são: 1) espera-se que haja correlações entre o funcionamento sexual e a sintomatologia climactérica tendo em conta a fase do climactério em que se encontram (pré-menopausa, peri-menopausa, pós-menopausa). Espera-se igualmente variações entre o funcionamento sexual e a sintomatologia climactérica; 2) pretende-se igualmente aprofundar a relação entre a resposta sexual feminina (insatisfação sexual), variáveis cognitivas (informação/crenças sexuais) e variáveis relacionais (intimidade sexual) nas mulheres climactéricas; 3) explorar a importância relativa da sintomatologia psicopatológica, doenças, medicação e algumas variáveis sócio-económicas, o nível do funcionamento sexual das mulheres no climactério; e, por último, 4) explorar igualmente, o interesse sexual nas mulheres da pós-menopausa tendo em conta o tipo de menopausa e o uso ou não de TSH.

### 4.3. Hipóteses de estudo

Da revisão bibliográfica efectuada e, tendo em consideração os objectivos apresentados, surgiram as seguintes hipóteses:

**Ho1** – É de esperar uma associação negativa entre o funcionamento sexual e a sintomatologia climactérica (Bacelar-Antunes, 1999, 2005; Barentsen et al., 2001; Borissova et al, 2001; Coelho, 1999b; Nappi et al., 2001; Sierra et al., 2005; Silva & Silva, 1999; Squire, 2005)

**Ho2** – É de esperar que existam variações na sintomatologia climactérica das mulheres climactéricas, consoante a fase do climactério em que se encontram (pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa natural e cirúrgica) (e.g., Bacelar-Antunes, 1999; Barentsen et al., 2001; Sierra et al., 2005).

**Ho3** – É de esperar que existam variações no funcionamento sexual das mulheres climactéricas, consoante a fase do climactério em que se encontram (pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa natural e cirúrgica) (e.g., Barentsen, et al., 2001; Gelfend, 2000, as cited in Palacios et al., 2002; Rosen et al., 2004; Sierra et al, 2005).

**Ho4** – É de esperar uma associação negativa entre o funcionamento sexual e a (in) satisfação sexual nas mulheres climactéricas (e.g., Weg, 1987, as cited in Coelho, 1999b; Greff & Malherbe, 2001; López & Fuertes, 1999; Martí et al., 1997; Northrup, 2006; Phillips, 2005)

**Ho5** – É de esperar que o funcionamento sexual e a intimidade sexual se encontrem positivamente associados nas mulheres climactéricas (e.g., Dandeneau & Johnson, 1994, as cited in Greeff & Malherbe, 2001; Costa, 2005; Greff & Malherbe, 2001; Gomes, 2003; López, & Fuertes, 1999; Patton & Waring, 1985, as cited in López & Fuertes, 1999; Narciso & Costa, 2002, as cited in Galhardo, 2005; Talmadge & Dabbs, 1990, as cited in Greeff & Malherbe, 2001).

**Ho6** – É de esperar que o funcionamento sexual e a informação/crenças sexuais se encontrem positivamente associados (e.g., Lima, 2003; Nobre, 2006; Nobre et al., 2003b; Squire, 2005). É de esperar, em particular, que as mulheres que possuem informação sexual correcta e ausência de crenças sexuais disfuncionais/erróneas

apresentem pontuações mais elevadas no funcionamento sexual e que, as mulheres que possuem informação sexual incorrecta e crenças sexuais disfuncionais/erróneas apresentem pontuações mais baixas a nível do funcionamento sexual.

**Ho7** – É de esperar que exista associação negativa entre o funcionamento sexual e os sintomas psicopatológicos (Bacelar-Antunes, 1999, 2005; Barlow et al., n.d., Bancroft, 1989, Beck & Barlow, n.d., as cited in Soares, 2003; Beeggs et al., 1987, as cited in Nobre, 2006; Bromberger & Matthews, 1996, as cited in Papalia et al., 2000; Borissova et al., 2001; Coope, 1996; Gath & Iles, 1990, Gato & Iles, 1990, as cited in Jokinen et al., 2003; Greene, 1992, as cited in Coope, 1996; Ferguson, 2001, as cited in Althof et al., 2005; Kaplan, n.d., as cited in Soares, 2003; Lennon, 1987; Masters & Johnson, 1970, as cited in Soares, 2003; Nobre, 2006).

**Ho8** – É de esperar que exista associação negativa entre o funcionamento sexual e a presença de determinadas doenças, (e.g., doença oncológica, diabetes, doenças cardiovasculares, incontinência urinária, fibromialgia) nas mulheres climatéricas (e.g., Albuquerque & Fonseca, 1995; Santos & Abrantes, 1996; Leite et al., 1997; Baldin et al., 2003; Gouveia & Cardoso, 2006; Mariano da Costa et al., 2004). Espera-se que as mulheres com menos doenças apresentem melhor funcionamento sexual.

**Ho9** – É de esperar que o funcionamento sexual e o uso de medicação se encontrem negativamente associados. Vários autores têm chamado a 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-parkinsónicos) influenciarem negativamente o funcionamento sexual (e.g., Pacheco & Gamito, 1993; Santinho Martins, 1991, as cited in Pacheco & Gamito, 1993; Gelfend, 2000, as cited in Palacios, 2002)

**Ho10** – É de esperar que exista uma associação positiva entre o funcionamento sexual e o NSE (e.g., Penteadó et al., 2003).

**Ho11** – É de esperar que exista associação positiva entre o funcionamento sexual e as habilitações académicas (e.g., Graziottin & Leiblum, 2005; Hawton & Catalan, 1986, as cited in Althof et al, 2005; Penteadó et al, 2003).

**Ho12** – É de esperar que existam variações no interesse sexual das mulheres na pós-menopausa em função do tipo de menopausa (natural ou cirúrgica) (e.g. Gelfend, 2000, as cited in Palacios, 2002; Rosen et al., 2004)

**Ho13** – É de esperar que existam variações no interesse sexual das mulheres na pós-menopausa em função da utilização ou não de TSH (e.g., Bacelar-Antunes, 2005; Huffman & Myers, 1999; Rosen, et al., 2004).

#### 4.4. 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).

Na presente investigação o **funcionamento sexual** e o **interesse sexual** constituem-se como principais variáveis dependentes na medida em que será nestas que se analisaram as variações da influência das variáveis independentes.

As variáveis independentes consideradas são: **Escolaridade** (1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, ensino secundário, licenciatura e pós-licenciatura); **Actividade Profissional** (activa, desempregado, reformada e inválida); **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 clínicas, muito embora estas assumam, igualmente, no presente estudo, o estatuto de variável independente: **Fase do climactério**: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa (natural/espontânea e cirúrgica); **Terapia de Substituição Hormonal**

(TSH): sim (utilizou TSH) e não (não utilizou TSH); Portadora de **doenças** que podem afectar o funcionamento sexual: sim (presença dessa doença) e não (ausência dessa doença); e, por ultimo, utilizam **medicação** que possa afectar o funcionamento sexual: sim (presença dessa medicação) e não (ausência dessa medicação).

#### **4.5. Método**

Na presente investigação recorreremos 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, p. 64) refere igualmente que num tipo de investigação diferencial “a variável independente não é manipulada pelo investigador como na experimental, mas apenas medida” (Pinto, 1990, p. 64) e, da mesma forma, 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).

#### **4.6. 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 climactério, 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 climactério

		Frequência (n)	Percentagem (%)
<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>	Activo	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 climactéricas em função das variáveis clínicas

		Frequência (N)	Porcentagem (%)
<b>Climactério (Fases do climactério)</b>	Pré-menopausa	72	36
	Peri-menopausa	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
<b>Idade da menopausa</b>		M=48,10; DP=4,930; Mín.=30; Max=58	
<b>TSH</b>	Não	161	<b>80,5</b>
	Sim	39	19,5
<b>Doenças que podem afectar o funcionamento sexual</b>	Não	96	<b>48</b>
	Sim	104	52
<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>

#### 4.7. Instrumentos

Para concretizar o estudo, tornou-se fundamental recolher informação junto à amostra. Para tal, foram administrados 9 questionários, dos quais destacamos: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), *The Grenne Climacteric Scale* (GCS), Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), Questionário de Crenças e Informação Sexual (SBIQ), Inventário de Satisfação Sexual de *Golombok-Rust* (GRISS), *Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships* (PAIR) e *Menopausal Sexual Interest Questionnaire* (MSIQ).

Relativamente ao BSI, FSFI, SBIQ, 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 à GRISS, Vilarinho e Pedro Nobre concederam

autorização informal da utilização da mesma. Por fim, quanto ao PAIR, o mesmo foi adquirido por nós no *Sciences Innovations Life*.

#### **4.7.1. Questionário sócio-demográfico**

Este questionário foi estruturado especificamente para o presente estudo e serviu para caracterizar os participantes. Foi preenchido pelas mulheres climatórias 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.

#### **4.7.2. Questionário de variáveis clínicas**

O questionário de variáveis clínicas foi desenvolvido para o presente estudo e o seu principal objectivo foi permitir fazer uma breve caracterização das condições de saúde da mulher climatória. Inclui itens relativos ao climatório: fase do climatório 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.

#### **4.7.3. Brief Symptom Inventory (BSI)**

O BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) permite avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e de três índices globais. Foi desenvolvido por Derogatis (1977, as cited in Canavarro, 1999a) foi construído a partir da versão reduzida do SCL-90-R.

No presente estudo utilizamos a versão de Canavarro (1999b) que é constituído por 9 dimensões e 3 Índices Globais: 1) **Índice Geral de Sintomas** – IGS - tendo em conta o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade. Consegue-se através da soma das pontuações de todos os itens, a dividir pelo o número total de respostas (i.e., 53 se não existirem respostas em branco); 2) **Total de Sintomas Positivos** - TSP - número de itens assinalados com uma resposta positiva (i.e., maior que zero); e, por

último, 3) **Índice de Sintomas Positivos (ISP)** que combina a intensidade da sintomatologia e o número de sintomas assinalados, obtendo-se através da divisão e da soma de todos os itens (IGS) pelo (TSP).

O BSI é um inventário de auto-resposta, constituído por 53 itens, nos quais o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, que vai desde “Nunca” (1), a “Muitíssimas vezes” (5) (Canavarro, 1999b).

As nove dimensões deste instrumento são, segundo Canavarro (1999a,b): 1) *Somatização* (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); 2) *Obsessões-Compulsões* (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32, 36); 3) *Sensibilidade Interpessoal* (inclui os itens 20, 21, 22, 42); 4) *Depressão* (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50); 5) *Ansiedade* (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49); 6) *Hostilidade* (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46); 7) *Ansiedade Fóbica* (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47); 8) *Ideação Paranóide* (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51); e, por último, 9) *Psicoticismo* (inclui os itens 3, 14, 34, 44, 53).

Quatro dos itens do BSI (itens 11, 25, 39, 52), embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem a nenhuma delas. Neste sentido, poderiam não ser incluídos no inventário, mas a sua relevância clínica é fundamental para a pontuação dos 3 Índices Globais (Canavarro, 1999b).

O BSI é cotado da seguinte forma: 1. “Nunca” (cotação 0), 2. “Poucas vezes” (cotação 1), 3. “Algumas” (cotação 2), 4. “Muitas” (cotação 3), 5. “Muitíssimas” (cotação 4). A amplitude do inventário oscila de uma pontuação mínima de 0 a uma pontuação máxima de 212. A pontuação do BSI sugere que os resultados mais elevados indicam maiores índices de psicopatologia (Canavarro, 1999b).

Em termos psicométricos, estudos realizados com a versão portuguesa do inventário revelaram que o mesmo apresenta níveis adequados de consistência interna para as 9 escalas, com valores *alpha de Cronbach* oscilam entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e os coeficientes teste-reteste oscilam entre .63 e .81 (Canavarro, 1999a,b).

A validade deste inventário foi comprovada através de correlações de Spearman entre as notas das 9 dimensões de sintomatologia e das 3 notas globais, sendo todas as correlações significativas para um  $p < .001$  (Canavarro, 1999b).

A validade discriminativa do BSI foi também confirmada para a globalidade do inventário e para os 3 Índices gerais, sendo todos os F altamente significativos. O ponto de corte estabelecido para discriminar sujeitos emocionalmente perturbados, de sujeitos da população em geral, baseado na fórmula de Fisher, resultou num valor de 1.7. Assim sendo, com um resultado no BSI igual ou superior a esse valor, é provável encontrar pessoas emocionalmente perturbadas; abaixo desse valor, encontram-se pessoas da população em geral (Canavarro, 1999b).

Nobre (2006) acrescenta que embora seja um inventário longo, permite-nos obter informação em diversas áreas do funcionamento psicológico potencialmente associadas às dificuldades sexuais.

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

A GCS tem como objectivo avaliar a sintomatologia presente no período correspondente ao climactério e foi desenvolvida por Greene (1998) e traduzida por nós, para o presente estudo.

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 climactérica. 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 climactério (Barentsen et al., 2001; Greene, 1998).

#### **4.7.4.1. 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 .913, o que significa que o instrumento apresenta uma elevada consistência interna entre os 21 itens.

#### **4.7.5. *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: a) os itens 1, 2, 15 e 16, são cotados da seguinte forma 1=5, 2= 4, 3 = 3, 4= 2 e 5= 1; b) 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; c) 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  $r=.79$  a  $r=.86$ ) e elevada consistência interna (valor *alpha de Cronbach* de.82) (Nobre, Gouveia, & Gomes, 2003b).

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

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

#### **4.7.6. *Sexual Beliefs and Information Questionnaire* (SBIQ)**

O Questionário de Crenças e Informação Sexual (SBIQ) avalia as crenças sexuais e a informação sobre o funcionamento sexual. Foi construído por Adams, Duppert, Chupurdia, Jones, Lofland e Leermarkers (1996) e, em Portugal foi traduzido e adaptado por Nobre (2001), cuja versão vai ser utilizada neste estudo.

Este questionário de auto-resposta é constituído por 25 itens, com três tipos de respostas possíveis “sim”, “não” e “não sei”. As respostas correctas correspondem a uma pontuação de 1, as incorrectas à pontuação de 0, e as “não sei” cotadas com 9 (Adams et al., 1996).

Segundo Adams et al. (1996) o questionário está subdividido em sub-factores, que são: Factor 1- Tempo/Paciência (itens 7, 14, 19, 22); Factor 2 – *Stress*/Pressão

(itens: 16, 17, 23, 24); Factor 3- Envelhecimento (itens: 12, 13, 15, 18); Factor 4 – Satisfação Sexual (itens: 2, 6, 8, 9, 10); e, por ultimo, o Factor 5 – Conhecimento Básico (itens: 11, 20).

O item 21 indaga sobre as crenças religiosas e sobre o prazer sexual e não tem uma resposta correcta ou incorrecta, assim sendo, os itens que serão cotados são todos os anteriormente referidos. A amplitude deste questionário varia de um valor mínimo de 0 e um máximo de 24 (Adams et al., 1996).

Na pontuação total intervêm, somente, as respostas correctas. É sugerido que este questionário seja utilizado somente nas amostras que tenham no mínimo de habilitação do 8º e 9º ano. (pode ser uma limitação do meu estudo ou uma justificação) (Adams et al., 1996). Segundo Nobre (2006) este questionário tem-se limitado ao estudo das atitudes e crenças sexuais.

Em termos de qualidades psicométricas, este instrumento apresenta uma boa consistência interna ( $r=.82$ ) e obteve também resultados adequados no teste-reteste. (Adams et al., 1996).

#### **4.7.6.1. Estudo da fidelidade da *Questionário de Crenças e Informação Sexual (SBIQ)***

Calculamos igualmente a fidelidade deste instrumento no presente estudo e obtivemos um valor de *alpha de Cronbach* de .669, o que significa que o instrumento não apresenta uma boa consistência interna entre os 25 itens. Pela análise dos itens, verificou-se que se o item 16 (*o stress e o medo de falhar podem levar um homem a perder a sua capacidade para manter uma erecção*) fosse retirado, faria aumentar o valor de *alpha de Cronbach* para .671.

#### **4.7.7. *The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)***

O GRISS, foi inicialmente desenvolvido por Golombok e Rust (1986) e em Portugal foi traduzido para investigação em curso por Vilarinho e Nobre (2006).

O GRISS permite avaliar a satisfação sexual e é constituído por duas versões, uma para o género feminino e outra para o género masculino (Golombok & Rust, 1986).

Este inventário é composto por 28 questões de auto-resposta (para cada versão) respondidas segundo uma escala de tipo *Likert* na qual o 1 corresponde a “Nunca”, o 2 corresponde a “Quase nunca”, o 3 corresponde a “Ocasionalmente”, o 4 corresponde a “Habitualmente” e o 5 corresponde a “Sempre” (Golombok & Rust, 1986).

O GRISS divide-se em 12 sub-escalas relativas à: *Impotência, Ejaculação Prematura, Anorgasmia, Vaginismo, o Nível de Comunicação do Casal, Tipo de Frequência Sexual do Casal, Excitação Sexual Masculina e Feminina, Baixa Sensualidade Masculina e Feminina, e Insatisfação Sexual Masculina e Feminina.*

Relativamente às qualidades psicométricas, este instrumento tem uma elevada fidelidade, pois apresenta resultados consistentes em várias condições, com o menor erro possível. O GRISS apresenta-nos também um *Split-Half* (de .94 para a versão feminina e de .87 para a versão masculina) e elevada consistência interna (valor *alpha de Cronbach* de .87) (Rust & Golombok, 1986; Ter Kuille, Van Lankveld, Kalkhoven, & Van Egmond, 1999).

Na presente investigação, apenas foi usada a versão feminina do inventário e os itens correspondentes à sub-escala de *Insatisfação Sexual* (itens 3, 9, 15, 21, 27 e 33 do inventário original).

#### **4.7.7.1. Estudo da fidelidade do *The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS)**

A fidelidade deste instrumento foi igualmente calculada através do *alpha de Cronbach*, cujo valor se cifrou em .728, o que significa que o instrumento apresenta uma aceitável consistência interna entre os 4 itens da sub-escala *Insatisfação Sexual* que utilizamos. Pela análise dos itens verificamos que, se o item 4 (*Sente-se insatisfeita com o tempo de duração da penetração com o seu parceiro?*) for retirado, o valor de *alpha de Cronbach* sobe para .731.



#### **4.7.8. *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 por Gomes e Baptista (2000 as cited in Soares, Pablo, Monteiro, Pacheco, Azevedo, & Salvador, 1996) para a população portuguesa, cuja versão vai ser utilizada no presente estudo.

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: 1) *Intimidade Emocional* (experiência de sentimentos próximos); 2) *Intimidade Social* (a experiência de ter amigos comuns e similaridades na rede social); 3) *Intimidade Intelectual* (experiência na partilha de ideias); 4) *Intimidade Sexual* (experiência de partilha de afeição geral e/ou actividade sexual); e, por último, 5) *intimidade Recreativa* (experiência partilhada em relação a *hobbies*, participação mútua em eventos desportivos).

Relativamente as qualidades psicométricas, este instrumento apresenta uma consistência interna aceitável, tendo o valor de *alpha de Cronbach* cifrado em .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).

##### **4.7.8.1. Estudo da fidelidade da *Inventory Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR)***

A fidelidade deste instrumento foi calculada através do *alpha de Cronbach* cujo valor foi de .754, o que significa que o instrumento apresenta uma aceitável consistência

entre os 6 itens da sub-escala da *Intimidade Sexual* que foi utilizada para o presente estudo.

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

A MSIQ foi inicialmente desenvolvida por Rosen et al. (2004) e foi traduzido e adaptado por nós para o presente estudo.

Trata-se de um questionário constituído por 21 itens, tendo como objectivo avaliar o interesse e o desejo 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, Responsividade 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 ( $r=.76$  e  $.77$ ), com os outros domínios e revelarem correlações moderadamente altas ( $r=.52- .65$ ).

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

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

### **4.8. 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, por 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 climactéricas nas diferentes fases do climactério, 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: 1) Questionário Clínico, 2) Questionário Sócio-demográfico, 3) BSI, 4) SBIQ, 5) FSFI, 6) GCS, 7) GRISS, 8) PAIR e por último, 9) 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 12.

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 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).

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

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, o mesmo autor 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 (Pinto, 1990, p. 62).

#### 5.1.1. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e os *Sintomas Climactéricos* (GCS)

Procurou-se analisar o coeficiente de correlação existente o *Funcionamento Sexual* (*Desejo, Dor, Lubrificação, Orgasmo, Excitação e Satisfação*) e os *Sintomas Climactéricos* (*Psicológicos, Ansiedade, Depressão, Somáticos, Vasomotores e Índice de Disfunção Sexual*). A tabela 3 mostra que foram encontradas correlações inversas significativas entre todas as dimensões, com excepção na relação entre os *Sintomas Vasomotores* e o *Orgasmo, a dor e o Vaginismo*.

Das correlações encontradas, destacam-se, pela sua intensidade, as existentes entre o *Funcionamento Sexual Total* e os *Sintomas Climactéricos Totais* ( $r=-,472$ ;  $p<.01$ ). Sugere-se ainda uma correlação forte entre o *Funcionamento Sexual Total* e o *Índice de Disfunção Sexual* ( $r=-,623$ ;  $p<.01$ ), *Sintomas Psicológicos* ( $r=-,400$ ;  $p<.01$ ) e os *Sintomas Somáticos* ( $r=-,406$ ;  $p<.01$ ). Denota-se igualmente uma correlação negativa entre os *Sintomas Climactéricos Totais* e a *Lubrificação* ( $r=-,476$ ;  $p<.01$ ).

Analisando as dimensões do *Funcionamento Sexual* e dos *Sintomas Climactéricos*, denotam-se correlações inversas significativas entre o *Índice de Disfunção Sexual* e a *Excitação* ( $r=-,595$ ;  $p<.01$ ), o *Desejo* ( $r=-,563$ ;  $p<.01$ ), o *Orgasmo* ( $r=-,500$ ;  $p<.01$ ), a *Satisfação Sexual* ( $r=-,468$ ;  $p<.01$ ) e a *Lubrificação* ( $r=-,451$ ;  $p<.01$ ).

Denotam-se ainda correlações inversas significativas entre a *Lubrificação* e a *Ansiedade* ( $r=-,402$ ;  $p<.01$ ) e nos *Sintomas Somáticos* ( $r=-,414$ ;  $p<.01$ ).

Tabela 3.

Correlações entre o Funcionamento Sexual e os Sintomas Climactéricos

	GCS Psicológicos	GCS Ansiedade	GCS Depressão	GCS Somáticos	GCS Vasomotores	GCS Índice Disfunção Sexual	GCS total
FSFI – Desejo	-,228**	-,205**	-,213**	-,282**	-,155**	-,563**	-,308**
FSFI – Excitação	-,321**	-,302**	-,287**	-,365**	-,249**	-,595**	-,411**
FSFI – Lubrificação	-,399**	-,402**	-,329**	-,414**	-,328**	-,451**	-,476**
FSFI – Orgasmo	-,268**	-,249**	-,244**	-,260**	-,116	-,500**	-,311**
FSFI – Satisfação Sexual	-,380**	-,316**	-,384**	-,289**	-,160*	-,468**	-,390**
FSFI – Dor	-,253**	-,277**	-,185**	-,272**	-,072	-,332**	-,287**
FSFI – Vaginismo	-,188**	-,191**	-,152**	-,200**	-,018	-,293**	-,210**
FSFI – Total	-,400**	-,379**	-,355**	-,406**	-,236**	-,623**	-,472**

\*p≤.05; \*\* p≤.01

### 5.1.2. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e a *Insatisfação sexual* (GRISS)

Procuramos analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e a *Insatisfação Sexual* em mulheres climactéricas. A tabela 4 mostra que existem correlações inversas significativas entre a *Insatisfação sexual* e: a *Satisfação sexual* ( $r=-,620$ ;  $p<.01$ ); a *Excitação* ( $r=-,468$ ;  $p<.01$ ); o *Orgasmo* ( $r=-,462$ ;  $p<.01$ ); a *Lubrificação* ( $r=-,389$ ;  $p<.01$ ); o *Vaginismo* ( $r=-,378$ ;  $p<.01$ ); o *Desejo* ( $r=-,325$ ;  $p<.01$ ); e a *Dor* ( $r=-,316$ ;  $p<.01$ ). Em suma, constata-se que há uma correlação inversa significativa entre o total do *Funcionamento Sexual* e a *Insatisfação sexual* ( $r=-,561$ ;  $p<.01$ ).

Tabela 4.

Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Insatisfação Sexual

	Insatisfação Sexual (GRISS)
FSFI – Desejo	-,325**
FSFI – Excitação	-,468**
FSFI – Lubrificação	-,389**
FSFI – Orgasmo	-,462**
FSFI – Satisfação sexual	-,620**
FSFI – Dor	-,316**
FSFI – Vaginismo	-,378**
FSFI – Total	-,561**

\*p≤.05; \*\* p≤.01

### 5.1.3. 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 climactéricas. A tabela 5

mostra que existem correlações positivas significativas entre a *Intimidade Sexual* e os *Funcionamento Sexual* ( $r=-,561$ ;  $p<.01$ ). No que concerne às dimensões verifica-se que a *Intimidade Sexual* se encontra correlacionada positivamente com a *Satisfação Sexual* ( $r=-,615$ ;  $p<.01$ ), com a *Excitação* ( $r=-,474$ ;  $p<.01$ ), com o *Orgasmo* ( $r=-,434$ ;  $p<.01$ ), *Lubrificação* ( $r=-,400$ ;  $p<.01$ ), *Dor* ( $r=-,365$ ;  $p<.01$ ), *Vaginismo* ( $r=-,350$ ;  $p<.01$ ) e o *Desejo Sexual* ( $r=-,282$ ;  $p<.01$ ).

Tabela 5.  
Correlações entre o Funcionamento Sexual e a Intimidade Sexual

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

\* $p\leq.05$ ; \*\*  $p\leq.01$

#### 5.1.4. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e a *Crenças/Informação sexual*

Procuramos de igual modo, analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e a *Informação sexual/crenças* em mulheres climactéricas. A tabela 6 mostra que não existem correlações significativas nos indicadores totais de *Funcionamento Sexual* e as *Crenças/Informação sexual*. Verificam-se, no entanto, correlações negativas entre as o *Stress/Pressão* e o *Desejo sexual* ( $r=-,140$ ;  $p<.05$ ) e entre a *Excitação* e as *Crenças Religiosas* ( $r=-,143$ ;  $p<.05$ ).

Tabela 6.  
Correlações entre o Funcionamento Sexual e as Crenças sexuais/ Informação sexual

	SBIQ Tempo/ Paciência	SBIQ Stress/ Pressão	SBIQ Envelhecimento	SBIQ Satisfação Sexual	SBIQ Conhecimento Básico	SBIQ Religião	SBIQ Total
FSFI – Desejo	-,106	-,140*	-,052	-,081	-,090	-,138	-,134
FSFI – Excitação	-,054	-,106	-,069	,031	-,058	-,143*	-,071
FSFI – Lubrificação	-,100	-,080	,014	0,82	,029	-,041	,011
FSFI – Orgasmo	-,028	-,113	,002	,019	-,059	-,088	-,038
FSFI – Satisfação	-,097	-,116	,006	,081	-,006	-,094	-,010
FSFI – Dor	-,016	-,025	-,001	-,130	,076	,065	,065
FSFI – Vaginismo	-,051	-,074	-,061	,109	,047	,092	,002
FSFI -Total	-,082	-,122	-,022	,063	-,022	-,095	-,034

\* $p\leq.05$ ; \*\*  $p\leq.01$

#### 5.1.5. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e os *Sintomas Psicopatológicos* (BSI)



Procuramos analisar as correlações entre o *Funcionamento Sexual* e os *Sintomas Psicopatológicos* das mulheres climactéricas.

A tabela 7 mostra que existem correlações significativas negativas entre o *Funcionamento Sexual* e o total dos *Sintomas Psicopatológicos* ( $r=-,341$ ;  $p<.01$ ), nomeadamente, com a *Somatização* ( $r=-,247$ ;  $p<.01$ ); *Obsessão-Compulsão* ( $r=-,306$ ;  $p<.01$ ); *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-,202$ ;  $p<.01$ ); *Depressão* ( $r=-,185$ ;  $p<.01$ ); *Ansiedade* ( $r=-,345$ ;  $p<.01$ ); *Hostilidade* ( $r=-,194$ ;  $p<.01$ ); *Ansiedade Fóbica* ( $r=-,323$ ;  $p<.01$ ); *Ideação Paranóide* ( $r=-,339$ ;  $p<.01$ ); *Psicoticismo* ( $r=-,280$ ;  $p<.01$ ).

Das dimensões do *Funcionamento Sexual* denota-se que a *Lubrificação* é aquela dimensão que possui correlações mais fortes com os *Sintomas Psicopatológicos*, nomeadamente, com a *Somatização* ( $r=-,325$ ;  $p<.01$ ); *Obsessão-Compulsão* ( $r=-,353$ ;  $p<.01$ ); *Sensibilidade Interpessoal* ( $r=-,246$ ;  $p<.01$ ); *Depressão* ( $r=-,208$ ;  $p<.01$ ); *Ansiedade* ( $r=-,376$ ;  $p<.01$ ); *Hostilidade* ( $r=-,228$ ;  $p<.01$ ); *Ansiedade Fóbica* ( $r=-,404$ ;  $p<.01$ ); *Ideação Paranóide* ( $r=-,351$ ;  $p<.01$ ); *Psicoticismo* ( $r=-,269$ ;  $p<.01$ ).

Denota-se igualmente que há ausência de correlações entre a *Somatização* e o *Orgasmo* e *Satisfação Sexual*; entre a *Obsessão-Compulsão* e o *Vaginismo*; entre a *Sensibilidade Interpessoal* e o *Desejo*, *Orgasmo*, *Dor* e *Vaginismo*; entre a *Depressão* e o *Desejo*, *Excitação*, *Orgasmo* e *Vaginismo*; entre a *Ansiedade* e o *Vaginismo*; entre a *Hostilidade* e o *Orgasmo*, *Dor* e *Vaginismo*; entre a *Ansiedade* e o *Desejo*; entre o *Psicoticismo* e o *Vaginismo*.

Tabela 7.  
Correlações entre o Funcionamento Sexual e os Sintomas Psicopatológicos

	BSI Somat.	BSI Obsessão-Compulsão	BSI Sensibilidade Interpessoal	BSI Dep.	BSI Anx.	BSI Hostilidade	BSI Ansiedade Fóbica	BSI Ideação Paranóide	BSI Psicot.	BSI Total
FSFI Desejo	-,173*	-,243**	-,096	-,054	-,242**	-,121	-,134	-,162*	-,145*	-,205**
FSFI Excitação	-,229**	-,255**	-,181*	-,134	-,297**	-,180*	-,242**	-,272**	-,196**	-,284**
FSFI Lubrificação	-,325**	-,353**	-,246**	-,208**	-,376**	-,228**	-,404**	-,351**	-,269**	-,385**
FSFI Orgasmo	-,106	-,180*	-,113	-,108	-,175*	-,044	-,210**	-,207**	-,146*	-,183**
FSFI Satisfação	-,118	-,191**	-,179*	-,199**	-,312**	-,209**	-,230**	-,328**	-,334**	-,185**
FSFI Dor	-,198**	-,216**	-,109	-,142*	-,203**	-,118	-,266**	-,242**	-,210**	-,237**
FSFI Vaginismo	-,200**	-,128	-,021	-,047	-,128	-,082	-,195**	-,207**	-,086	-,158*
FSFI Total	-,247**	-,306**	-,202**	-,185**	-,345**	-,194**	-,323**	-,339**	-,280**	-,341**

\* $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

### 5.1.6. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e o Nível Sócio-Económico

Procuramos analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e o NSE das mulheres climactéricas, através do *Polyserial Correlation*. A tabela 8 mostra que existem correlações positivas significativas entre o *Funcionamento Sexual* total e o NSE nas mulheres climactéricas ( $r_p=,339$ ;  $p<.01$ ). Verificam-se também correlações positivas entre o NSE e a *Excitação* ( $r_p=,322$ ;  $p<.01$ ); a *Lubrificação* ( $r_p=,307$ ;  $p<.01$ ); a *Satisfação sexual* ( $r_p=,274$ ;  $p<.01$ ); o *Orgasmo* ( $r_p=,258$ ;  $p<.01$ ); a *Dor* ( $r_p=,193$ ;  $p<.01$ ); o *Desejo* ( $r_p=,191$ ;  $p<.01$ ); e o *Vaginismo* ( $r_p=,174$ ;  $p<.05$ ).

Tabela 8.  
Correlações entre o Funcionamento Sexual e o Nível Sócio-Económico

	NSE
FSFI – Desejo	,191**
FSFI – Excitação	,322**
FSFI – Lubrificação	,307**
FSFI – Orgasmo	,258**
FSFI – Satisfação Sexual	,274**
FSFI – Dor	,193**
FSFI – Vaginismo	,174*
FSFI – Total	,339**

\* $p\leq.05$ ; \*\*  $p\leq.01$

### 5.1.7. Relação entre *Funcionamento sexual* (FSFI) e as Habilitações Académicas

Procuramos analisar as correlações existentes entre o *Funcionamento Sexual* e as Habilitações Académicas das mulheres climactéricas. A tabela 9 mostra que existem correlações positivas significativas entre o *Funcionamento Sexual* total e as Habilitações Académicas nas mulheres climactéricas ( $r_p=,248$ ;  $p<.01$ ). Verificam-se também correlações positivas entre as Habilitações Académicas e a *Excitação* ( $r_p=,257$ ;  $p<.01$ ); a *Lubrificação* ( $r_p=,239$ ;  $p<.01$ ); o *Orgasmo* ( $r_p=,173$ ;  $p<.05$ ); a *Satisfação sexual* ( $r_p=,167$ ;  $p<.05$ ); e a *Dor* ( $r_p=,161$ ;  $p<.05$ ).

Tabela 9.  
Correlações entre o Funcionamento Sexual e o Habilitações Académicas

	Habilitações Académicas
FSFI – Desejo	,125
FSFI – Excitação	,257**
FSFI – Lubrificação	,239**
FSFI – Orgasmo	,173*
FSFI – Satisfação	,167*
FSFI – Dor	,161*
FSFI – Vaginismo	,113
FSFI – Total	,248**

\* $p\leq.05$ ; \*\*  $p\leq.01$

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 a *Intimidade sexual*, a *Insatisfação sexual*, os *Sintomas do climactério* e os *Sintomas psicopatológicos*, i.e., quais as dimensões destes sintomas seriam mais explicadoras do *Funcionamento sexual*.

Ao analisarmos as variáveis explicativas do *Funcionamento Sexual*, verifica-se pela observação da tabela 10 que, a *Insatisfação Sexual* explica cerca de 37% da variância total dos resultados do *Funcionamento Sexual*, tendo um valor de Beta de -0,332, enquanto que a *Intimidade Sexual* é responsável por cerca de 31% dessa mesma variância, tendo um valor de Beta de 0,334.

Ao analisarmos os *Sintomas do Climactério* verifica-se que os *Sintomas Psicológicos* são responsáveis por cerca de 38% da variância dos resultados, tendo um valor de Beta de -0,552 e, juntamente com o *Índice de Disfunção Sexual* explicam cerca de 41% da variância dos resultados do *Funcionamento Sexual*, tendo este último indicador um valor de Beta de -0,172.

No que concerne aos *Sintomas Psicopatológicos*, verifica-se que o modelo que integra a *Ansiedade*, *Ideação Paranóide*, *Hostilidade* e *Ansiedade Fóbica* (tendo um valor de Beta de -0,026, -0,284, -0,294, -0,205, respectivamente), é responsável por cerca de 17% da variância total dos resultados, sabendo que, só a *Ansiedade* é explicativa de 12% dessa mesma variância.

Tabela 10.  
Regressão da variável funcionamento sexual

	R Square	R Square Adjusted	F	$\beta$	p
<b>Insatisfação Sexual</b>	0,374	0,368	58,561	-0,332	.00**
<b>Intimidade Sexual</b>	0,315	0,312	90,709	0,334	.00**
<b>Sintomas Psicológicos</b>	0,388	0,385	124,862	-0,552	.00**
<b>Índice de Funcionamento Sexual</b>	0,412	0,406	68,755	-0,172	.00**
<b>Ansiedade</b>	0,119	0,115	11,073	-0,226	.04*
<b>Ideação Paranóide</b>	0,141	0,132	10,964	-0,284	.00**
<b>Hostilidade</b>	0,164	0,151	10,843	-0,294	.00**
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,183	0,167	10,743	-0,205	.03*

## 5.2. Resultados Diferenciais

### 5.2.1. Resultados diferenciais na Sintomatologia Climactérica, em função das fases do climactério

Procurou-se analisar se existiam variações significativas nos indicadores de sintomatologia climactérica quando se tem em consideração as diferentes fases do climactério. A tabela 11 mostra que são as mulheres na pré-menopausa que possuem menores indicadores de sintomatologia climactérica. Assim, no que concerne às dimensões da sintomatologia climactérica, denota-se que são elas que possuem menos 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 menos *indicadores de disfunção sexual* apresentam, quando comparadas com as restantes.

Tabela 11.  
Diferenças de médias na Sintomatologia do Climactério em função das fases do climactério

	G1 Pré- menopausa (N=72)		G2 Peri- menopausa (N=41)		G3 Pós-menopausa natural/ espontanea (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	,651	,58	
a) Ansiedade	4,56	3,171	5,00	3,406	4,69	3,132	6,14	2,850	1,492	,21	G4>G1
b) Depressão	4,01	3,074	4,44	3,435	3,83	2,748	4,00	2,309	,355	,78	
GCS – Somáticos	3,83	3,798	4,73	3,428	4,45	3,917	5,91	4,638	1,729	,16	
GCS – Vasomotores	,56	,977	1,71	1,707	1,68	1,678	2,00	2,116	9,501	,00**	G2>G1 G3>G1 G4>G1
GCS - Índice de Disfunção Sexual/ Interesse sexual	,44	,648	,54	,674	,95	,818	1,05	,844	7,785	,00**	G2>G1 G3>G1 G4>G1
GCS – Total	13,40	9,362	16,41	10,512	15,60	9,992	19,09	10,094	2,152	,00**	G4>G1

\*p≤.05; \*\* p≤.01

### 5.2.2. Resultados diferenciais no *Funcionamento Sexual* em função das fases do climactério

Procurou-se analisar se existiam variações significativas nos indicadores do *Funcionamento Sexual* quando se tem em consideração as diferentes fases do

climactério. A tabela 12 mostra que as mulheres da pré-menopausa apresentam melhor *Funcionamento Sexual* total, do que as mulheres na pós-menopausa natural/espontânea.

Verifica-se também que as mulheres da pré-menopausa e da perimenopausa apresentam maior *Desejo* em relação às mulheres da pós-menopausa natural/espontânea. 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. Por outro lado, a ausência de *Dor* e *Vaginismo* são mais evidentes nas mulheres da pré-menopausa e perimenopausa do que as que se encontram na pós-menopausa (natural e cirúrgica).

Tabela 12.  
Diferenças de médias do funcionamento sexual em função das fases do climactério

	G1 Pré-menopausa (N=72)		G2 Peri-menopausa (N=41)		G3 Pós-menoapausa natural/ espontanea (N=65)		G4 Pós- menopausa cirúrgica (N=22)		F	p	LSD
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
<b>FSFI</b>											
<b>Desejo</b>	6,65	1,558	6,56	1,761	5,75	1,677	6,00	1,718	3,997	,00**	G1>G3 G2>G3
<b>FSFI</b>											
<b>Excitação</b>	15,13	3,056	15,10	3,015	14,18	3,508	13,68	2,998	1,925	,12	
<b>FSFI –</b>											
<b>Lubrificação</b>	13,01	2,236	12,63	2,211	12,51	2,722	11,27	2,781	2,840	,00**	G1>G4 G2>G4 G3>G4
<b>FSFI – Orgasmo</b>	12,44	2,669	12,73	2,270	12,11	2,768	11,73	2,931	,885	,45	
<b>FSFI – Satisfação Sexual</b>	12,94	2,466	13,05	2,664	12,38	2,714	13,23	1,875	,996	,39	
<b>FSFI – Dor</b>	13,54	2,062	13,61	2,212	12,66	2,763	12,32	2,169	3,035	,00**	G1>G3 G1>G4 G2>G3 G2>G4
<b>FSFI</b>											
<b>Vaginismo</b>	4,63	,759	4,71	,559	4,35	,959	4,18	,907	3,278	,00**	G1>G4 G2>G3 G2>G4
<b>FSFI</b>											
<b>Total</b>	73,75	11,604	73,68	9,946	69,60	12,947	68,23	10,461	2,485	,00**	G1>G3

\*p<.05; \*\* p<.01

### 5.2.3. Resultados diferenciais no Funcionamento Sexual em função da existência de doenças

Procurou-se analisar se existiam variações significativas no *Funcionamento Sexual* e nas suas dimensões, quando se considera a existência ou não de doenças. A tabela 13 mostra que são as mulheres que não têm doenças que uma maior *Lubrificação*, maior ausência de *Dor* e de *Vaginismo*, quando comparadas com aquelas que possuem doenças.

Tabela 13.  
Diferenças de médias no funcionamento sexual em função da existência de doenças

	Não possui Doenças (N=104)		Sim, possui Doenças (N=96)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
FSFI – Desejo	6,39	1,663	6,14	1,727	198	1,080	,73
FSFI – Excitação	15,16	2,950	14,11	3,421		2,303	,23
FSFI – Lubrificação	13,06	1,858	12,06	2,962		2,869	,00**
FSFI – Orgasmo	12,56	2,356	12,05	2,932		1,349	,18
FSFI – Satisfação sexual	13,01	2,533	12,60	2,536		1,130	,53
FSFI – Dor	13,48	2,038	12,76	2,678		2,150	,00**
FSFI – Vaginismo	4,62	,728	4,39	,910		1,980	,00**
FSFI – Total	73,67	10,276	69,73	12,927		2,388	,13

\*p<.05; \*\* p<.01

#### 5.2.4. Resultados diferenciais, Funcionamento Sexual em função da medicação

Procurou-se analisar se existem variações significativas no funcionamento sexual e nas suas dimensões quando se considera a existência de medicação ou não. A tabela 14 mostra 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.

Tabela 14.  
Diferenças de médias no funcionamento sexual em função da medicação

	Sim Medicação (N=91)		Não Medicação (N=109)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
FSFI – Desejo	6,04	1,763	6,46	1,619	198	-1,732	,98
FSFI – Excitação	14,01	3,498	15,19	2,873		-2,621	,07
FSFI – Lubrificação	12,02	2,985	13,05	1,888		-2,945	,00**
FSFI – Orgasmo	11,98	3,000	12,60	2,302		-1,648	,05*
FSFI – Satisfação sexual	12,63	2,598	12,97	2,485		-,961	,96
FSFI – Dor	12,84	2,709	13,39	2,063		-1,629	,00**
FSFI – Vaginismo	4,37	,915	4,61	,732		-2,070	,00**
FSFI – Total	69,52	13,238	73,67	10,044		-2,512	,04*

\*p<.05; \*\* p<.01

### 5.2.5. Resultados diferenciais no Interesse Sexual em mulheres na pós-menopausa

Procurou-se analisar se existiam variações significativas no interesse sexual quando se tem em consideração o tipo de pós-menopausa que as mulheres possuem. A tabela 15 mostra que não existem variações significativas quer nas dimensões do interesse sexual, quer no seu total.

Tabela 15.  
Diferenças de médias no interesse sexual na pós-menopausa

	Menopausa Natural/espontânea (N=65)		Menopausa Cirúrgica (N=22)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
MSIQ – Desejo	13,71	4,869	14,09	5,822		-,303	,37
MSIQ – Responsividade sexual	13,48	4,441	14,86	5,130	85	-,1,217	,18
MSIQ – Satisfação sexual	8,03	2,778	8,36	2,665		-,491	,76
MSIQ – Total	35,22	10,572	37,32	11,520		-,788	,38

\*p≤.05; \*\* p≤.01

### 5.2.6. Resultados diferenciais no Interesse Sexual em função da TSH

Procurou-se analisar se existiam variações significativas no *Interesse Sexual* quando se tem em consideração o uso ou não de TSH. A tabela 16 mostra que existem variações significativas que sugerem que, as mulheres que recorrem à TSH possuem mais *Interesse Sexual* total, *Desejo*, *Responsividade Sexual* e *Satisfação Sexual* quando comparadas com as que não fazem.

Tabela 16.  
Diferenças de médias no interesse sexual em função da TSH

	Sim TSH (N=34)		Não TSH (N=53)		gl	t	p
	M	DP	M	DP			
MSIQ – Desejo	15,21	5,645	12,91	4,537		2,095	,03*
MSIQ – Responsividade sexual	15,38	4,678	12,83	4,362	85	2,588	,01**
MSIQ – Satisfação sexual	8,82	2,969	7,66	2,503		1,965	,05*
MSIQ – Total	39,41	11,236	33,40	9,900		2,623	,01**

\*p≤.05; \*\* p≤.01

## CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os principais resultados anteriormente apresentados, permitem tecer algumas considerações relativamente às hipóteses formuladas. Neste sentido e tendo em linha de consideração as análises correlacionais, os resultados sugerem que existe uma correlação negativa entre o **Funcionamento Sexual Total** e os **Sintomas Climactéricos Totais** ( $r=-,472$ ;  $p<.01$ ).

Genericamente, estes resultados mostram que são as mulheres climactéricas com menor sintomatologia climactérica que apresentam um melhor funcionamento sexual. Estes resultados são congruentes com diversas investigações que sugerem uma relação inversa entre o *Funcionamento sexual* e os *Sintomas Climactéricos* (e.g., Borissova, et al., 2001; Nappi et al., 2001; Squire, 2005).

De facto, diversos autores sugerem ao nível do climactério, um conjunto de sintomas como sendo 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). 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 (Bacelar-Antunes, 2005; Coelho, 1999a).

A par desta sintomatologia física/fisiológica encontram-se ainda um conjunto de sintomas psicológicos que acabam, em certa medida, pode afectar a diminuição da libido e, conseqüentemente, do *Funcionamento Sexual* destas mulheres. De entre estes sintomas destacamos a ansiedade, o humor depressivo, entre outros (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 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 ocorre a impossibilidade da sua realização (Bacelar-Antunes, 1999, 2005).



Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 1, que previa a existência de correlações entre o *Funcionamento Sexual* e os *Sintomas Climactéricos*.

Procuramos igualmente analisar as correlações existentes entre o **Funcionamento Sexual** e a **Insatisfação Sexual** em mulheres climactéricas. Os resultados do presente estudo mostram que há uma correlação inversa significativa entre o *Funcionamento Sexual Total* e a *Insatisfação Sexual* ( $r=-,561$ ;  $p<.01$ ).

Genericamente, tal como os estudos sugerem (e.g., Greff & Malherbe, 2001; López & Fuertes, 1999), quanto melhor o *Funcionamento sexual* de uma mulher (climactérica) melhor a sua *Satisfação Sexual*.

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 têm sido aspectos importantes para a compreensão da sexualidade humana (López & Fuertes, 1999). Paralelamente, outros aspectos de cariz relacional têm igualmente o seu peso na sexualidade, nomeadamente a capacidade de comunicação, a procura activa da intimidade, o sentimento de confiança e o 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, são todos estes aspectos em conjunto e outros que não foram referenciados, que consolidam o funcionamento sexual humano.

Nesta linha de pensamento, é natural que a percepção da satisfação/insatisfação sexual seja subjectiva e que apresente diferenças inter e intra-individuais e, por conseguinte, relacionada com a intimidade. Todos estes aspectos, coadjuvados com o factor idade acabam por precipitar a percepção de insatisfação/satisfação sexual. Por exemplo, diversos autores sublinham a ideia de que a frequência do coito diminui com a idade, contudo a relação directa com o climactério não é relevante (Martí et al., 1997). Por outro lado, e na perspectiva de Phillips (2005), existem casais que não gostam de ter relações sexuais, quando a mulher está menstruada, assim na peri-menopausa, como surge a incapacidade de prever a ocorrência das menstruações, poderá contribuir para que o casal viva esta etapa com algum *stress*.

Ainda associado à percepção da satisfação/insatisfação sexual, Weg (1987, as cited in Coelho, 1999b) refere-se à importância da qualidade da relação emocional na

menopausa, levando Northrup (2006), inclusivamente, a referir 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).

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 4, que previa a existência de correlações entre o *Funcionamento Sexual* e a *Insatisfação Sexual*.

Foi ainda nossa intenção analisar as correlações existentes entre o **Funcionamento Sexual** e a **Intimidade Sexual** em mulheres climactéricas. Os resultados do presente estudo mostram a existência de correlações positivas significativas entre a *Intimidade Sexual* e os *Funcionamento Sexual* ( $r=,561$ ;  $p<.01$ ).

Constata-se então, que quanto maior a *Intimidade Sexual*, melhor seria o *Funcionamento 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., Greff & Malherbe, 2001; López, & Fuertes, 1999; Patton & Waring, 1985, as cited in López & Fuertes, 1999).

Tal como se referiu na hipótese anterior relativa à satisfação sexual, a intimidade sexual é igualmente um aspecto importante, relacionado com o funcionamento sexual. Isto porque a intimidade é fundamental para o equilíbrio psicológico e social da pessoa, abrangendo a dimensão de construção temporal, ou seja, trata-se de um processo multissistémico – intrapessoal e interpessoal (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 constructo (emocional, social, intelectual e recreativa). A intimidade emocional é vivida de forma diferente na mulher e no homem. Enquanto que os homens utilizam a interacção para aumentar a intimidade emocional, as mulheres necessitam de uma intimidade emocional para ter uma ligação íntima (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.

Tendo em consideração os resultados encontrados, considera-se confirmada a hipótese 5, que previa a existência de correlações entre o *Funcionamento Sexual* e a *Intimidade Sexual*.

Procuramos de igual modo, explorar as correlações existentes entre o **Funcionamento Sexual** e a **Informação sexual/crenças** em mulheres climatórias. Os resultados mostram que não existem correlações significativas nos indicadores totais de *Funcionamento Sexual* e das *Crenças/Informação sexual*.

Os resultados não vão de encontro à literatura estudada (e.g., Lima, 2003; Nobre, 2006; Nobre et al., 2003b; Squire, 2005) pois seria de esperar, em particular, que as mulheres que possuem correcta e adequada informação sexual e ausência de crenças sexuais disfuncionais/erróneas apresentassem pontuações mais elevadas no funcionamento sexual.

Apesar destes resultados não serem congruentes com os diversos estudos que sublinham a importância das crenças no funcionamento sexual, podemos pensar em diversas justificações para os mesmos. Assim sendo, por exemplo, os factores culturais e religiosos poderão ter tido alguma influência nos resultados agora obtidos. Isto porque, ao se analisarem as duas correlações inversas encontradas, constatou-se que as mesmas se referem à relação entre a *Excitação* e as *Crenças Religiosas* ( $r=-,143$ ;  $p<.05$ ) e entre o *Stress/Pressão* e o *Desejo sexual* ( $r=-,140$ ;  $p<.05$ ).

Por outro lado ainda, consideramos que o facto de existir uma opção de resposta não posicionada (?) poderá, de alguma forma, ter conduzido a um efeito de tendência de escolha para a mesma, quando as mulheres não sabiam a resposta ou não queriam responder à questão em análise.

Ainda tentando encontrar justificações plausíveis para os resultados encontrados, constatamos que Adams et al. (1996) sugerem que este questionário seja administrado,

preferencialmente, em amostras que tenham um mínimo de habilitação ao nível do 8º e 9º ano.

Todas estas justificações agora apresentadas, acabam por solidificar igualmente os resultados baixos ao nível da consistência interna do instrumento, cujo valor de *alpha de Cronbach* encontrado foi de .669, revelando uma fraca consistência entre os itens.

Neste sentido, considera-se infirmada a hipótese 6, que previa a existência de correlações positivas entre o *Funcionamento Sexual e Informação/Crenças Sexuais*

Procuramos analisar as correlações entre o **Funcionamento Sexual** e os **Sintomas Psicopatológicos** das mulheres climactéricas. Genericamente, os resultados demonstram a existência de correlações significativas negativas entre o *Funcionamento Sexual Total* e o total dos *Sintomas Psicopatológicos* ( $r=-,341$ ;  $p<.01$ ).

Diversos autores referem que a ansiedade (Masters & Johnson, 1970, Kaplan, n.d., Beck & Barlow, n.d., Barlow et al., n.d., Soares, Bancroft, 1989, as cited in Soares, 2003; Beeggs et al., 1987, as cited in Nobre, 2006; Nobre, 2006) e a depressão (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 climactério e é descrita através de insegurança, medos, apreensão, preocupação generalizada com a saúde futura (Bacelar-Antunes, 2005). Nesta linha, Bacelar-Antunes (1999) refere que a depressão é uma das queixas mais frequentes no climactério, mas considera que falar de humor depressivo é mais preciso e correcto. Para este autor, os estados depressivos no climactério 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).

Na fase do climactério, 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 (Bromberger & Matthews, 1996, as cited in Papalia et al., 2000). A depressão nas mulheres climactéricas 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).

Ainda relativamente à ansiedade, autores como Masters e Johnson (1970, as cited in Soares, 2003) e Kaplan (n.d., as cited in Soares, 2003) foram defensores dos modelos que defendiam 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 (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 (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 climactério; 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*.

Associado a estes aspectos, não podemos descorar de que os efeitos dos anti-depressivos poderão condicionar igualmente, o *Funcionamento Sexual* (Ferguson, 2001, as cited in Althof et al., 2005).

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 7, que previa a existência de correlações negativas entre o *Funcionamento Sexual* e os *Sintomas Psicopatológicos*.

Procuramos analisar as correlações existentes entre o **Funcionamento Sexual** e o **NSE das mulheres** climactéricas. Os resultados mostram que existem correlações positivas significativas entre o *Funcionamento Sexual Total* e o *NSE* nas mulheres climactéricas ( $r_p = ,339$ ;  $p < .01$ ).

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 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 satisfação sexual, excitação, desejo e lubrificação e ausência de vaginismo e de dor nas relações sexuais.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 10, que previa a existência de correlações negativas entre o *Funcionamento Sexual* e o NSE.

Por fim, procuramos analisar a existência de correlações entre o **Funcionamento Sexual** e as **Habilitações Académicas** das mulheres climactéricas. Os resultados mostram que existem correlações positivas significativas entre o

*Funcionamento Sexual* total e as *Habilitações Académicas* nas mulheres climactéricas ( $r_p = .248$ ;  $p < .01$ ).

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 são idênticas às explanadas na hipótese anterior, remetendo-nos para os aspectos da comunicação e da informação que acaba por libertar estas mulheres de crenças disfuncionais em matéria da sexualidade.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 11, que previa a existência de correlações positivas entre o *Funcionamento Sexual* e as *Habilitações Académicas*.

Ao nível dos resultados diferenciais obtidos no presente estudo, procurou-se analisar se existiam variações significativas nos indicadores de **sintomatologia climactérica** quando se tem em consideração as **diferentes fases do climactério**.

Os resultados mostram que são as mulheres na pré-menopausa que possuem menores indicadores de sintomatologia climactérica. 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 climactérica, 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 climactério 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 peri-menopausa apresentarem mais sintomas vasomotores que as mulheres da pré-menopausa e da pós-menopausa.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 2, que previa a existência de variações na *Sintomatologia Climactérica* das mulheres, consoante a fase do climactério em que se encontram (pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa natural e cirúrgica).

Procurou-se também analisar se existiam variações significativas nos indicadores do **Funcionamento Sexual** quando se tem em consideração as **diferentes fases do climactério**.

Os resultados mostram que as mulheres da pré-menopausa apresentam melhor *Funcionamento Sexual* total, do que as mulheres na pós-menopausa natural/espontânea. Verifica-se também que as mulheres da pré-menopausa e da perimenopausa apresentam maior *Desejo* 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 as 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).

Vários autores (e.g., Barentsen, et al., 2001; Sierra, et al, 2005) consideram que existem diferenças no *Funcionamento Sexual* nas diferentes fases do climactério.



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.

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

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 3, que previa a existência de variações no *Funcionamento Sexual* das mulheres, consoante a fase do climactério em que se encontram (pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa natural e cirúrgica).

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*.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 8, que previa a existência de variações significativas no *Funcionamento Sexual* e nas suas dimensões, quando se considera a existência ou não de doenças.

Procurou-se também analisar se existiam variações significativas no **Funcionamento Sexual** e nas suas dimensões quando se considera a existência de **Medicação ou não**.

Os resultados mostram 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.

Vários autores (e.g., Pacheco & Gamito, 1993; Santinho Martins, 1991, as cited in Pacheco & Gamito, 1993) têm chamado a 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 no *Funcionamento Sexual*.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 9, que previa a existência de variações significativas no *Funcionamento Sexual* e nas suas dimensões, quando se considera a existência ou não de medicação

Procurou-se também analisar se existiam variações significativas no **Interesse Sexual** das mulheres na pós-menopausa em **função do tipo de menopausa** (natural ou cirúrgica).

Os resultados mostram que não existem variações significativas quer nas dimensões do *Interesse Sexual*, quer no seu total.

Segundo alguns autores (e.g., Gelfend, 2000, as cited in Palácios et al., 2002; Rosen et al., 2004) o *Interesse Sexual* 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 Palácios et al., 2002) referem que o término de hemorragias irregulares podem também ter um impacto positivo no *Funcionamento Sexual* destas mulheres.

Neste sentido, considera-se infirmada a hipótese 12, que previa a existência de variações significativas no *Interesse Sexual* das mulheres na pós-menopausa em função do tipo de menopausa (natural ou cirúrgica)

Procurou-se analisar se existiam variações significativas no **Interesse Sexual** das mulheres na pós-menopausa em **função da utilização ou não de TSH**

Os resultados mostram que existem variações significativas que sugerem que, as mulheres que recorrem à TSH possuem mais *Interesse Sexual* total, *Desejo*, *Responsividade Sexual* e *Satisfação Sexual* quando comparadas com as que não fazem.

Como se verificou anteriormente, a menopausa é decorrente de mudanças no hipotálamo, glândula pituitária e nos ovários, resultando na perda de estrogéneos e progesterona (Bacelar-Antunes, 2005; Huffman & Myers, 1999). Muitas vezes, no sentido de restabelecer os níveis de estrogéneo e progesterona na mulheres climactéricas, estas são submetidas a uma TSH, com objectivo de reduzir os sintomas climactéricos presentes e que, de alguma forma, condicionam a sua qualidade de vida. Neste sentido, seria natural que fossem estas mulheres, como níveis de estrogéneo e progesterona restabelecidos, que apresentassem maior *Interesse Sexual* nas suas diferentes dimensões.

Neste sentido, considera-se confirmada a hipótese 13, que previa a existência de variações significativas no *Interesse Sexual* das mulheres na pós-menopausa em função da TSH.

## CONCLUSÃO

O principal objectivo do presente estudo foi analisar o *Funcionamento Sexual* em mulheres na fase climactérica (pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa), nomeadamente, ao nível da sintomatologia climactérica, (in)satisfação sexual, intimidade sexual, sintomatologia psicopatológica, interesse sexual, crenças sexuais, doenças, medicação, NSE e habilitações académicas.

As principais análises estatísticas realizadas forneceram um conjunto de resultados que nos permitem aferir uma relação entre o *Funcionamento Sexual* e as variáveis consideradas, com a excepção das crenças sexuais.

Assim, concluiu-se igualmente, que o *Funcionamento Sexual* é explicado, globalmente, pela (in)satisfação sexual, intimidade sexual, Sintomas Psicológicos, Índice de Disfunção Sexual, Ansiedade, Ideação Paranóide, Hostilidade e Ansiedade Fóbica, congregando as variáveis relacionadas com os sintomas climactéricos, sintomas psicopatológicos, insatisfação e intimidade sexual.

Os resultados permitem, ainda, observar que o *Funcionamento Sexual* se encontra correlacionado com o NSE e com as habilitações académicas, apresentando variações em função das fases do climactério nas quais as mulheres inquiridas se encontram, a existência de doenças e o uso de medicação, bem como, com o recurso à TSH.

Relativamente ao material utilizado na presente investigação, considera-se que, globalmente, possui qualidades psicométricas aceitáveis, ao nível da fidedignidade (consistência interna) com excepção do instrumento que avalia as crenças sexuais, que apresentou fracas qualidades psicométricas.

Consideramos que, no presente estudo, subsistem algumas limitações, que pensamos ser importantes reflectir, na medida em que a tomada de consciência das mesmas serve de ponto de partida para novas e futuras investigações neste campo de investigação.

Assim, por exemplo, dada à fragilidade das qualidades psicométricas apresentada pelo instrumento que avalia as crenças sexuais, este, poderia, de alguma forma, ser substituído por um outro instrumento, igualmente aferido na população

portuguesa, como é o caso do *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – QCSD* (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003b; Nobre, 2006).

Por outro lado, 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 do *funcionamento sexual* das mulheres climactéricas 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 o *funcionamento sexual* em 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 deste ter uma natureza transversal, não se coloca de parte a ideia de conduzir um estudo de carácter longitudinal, que permitiria recolher informações importantes sobre o *funcionamento sexual* destas mulheres nas diferentes fases do climactério em que se encontram. Baseados no cariz de um estudo longitudinal, poder-se-ia implementar um modelo de intervenção psicológica (e.g., o modelo cognitivo-comportamental (TCC) para calores/afrontamentos menopáusicos descrito em Hunter & Liao, 1996, as cited in Hunter, 2003), no sentido de avaliar a sua eficácia nos diversos momentos do climactério.

As limitações sentidas, que se circunscrevem à natureza duma investigação para obtenção da licenciatura, permitem-nos, igualmente, reflectir na exploração de outras variáveis importantes e que, de alguma forma, se encontram relacionadas com o *funcionamento sexual*. 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.

Por conseguinte, conscientes da importância que este estudo sublinha na compreensão dos aspectos que revestem a sexualidade feminina em mulheres em fase de climactério, não poderíamos deixar de reflectir acerca do papel do psicólogo, enquanto agente de mudança e mediador, na percepção que o sujeito realiza de si próprio e do mundo que o envolve.

Assim sendo, será pertinente e útil para o psicólogo, ter em conta a necessidade de explorar a variabilidade individual e biopsicossocial da experiência do climactério de cada mulher, que se traduz pela exploração dos factores de risco de *stress* e dos factores de protecção ou facilitadores. Os factores de risco podem ser de ordem biopsicossocial (e.g., acontecimentos vitais, hipoestrogenismo, envelhecimento, entre outros) e decorrentes de uma vulnerabilidade psicológica (e.g., baixa auto-estima, neuroticismo, entre outros). Já os factores de protecção ou facilitadores podem ser de cariz biológico (e.g., medo de engravidar, enxaquecas, menstruação/ sangramento ginecológico), psicológico (e.g., afrontamentos, *stress*, atitude, expectativas, entre outros) e associados aos recursos sociais percebidos (e.g., apoio familiar e social) (Anarte & Cuadros, 1996, as cited in Olazábal, 2003).

A intervenção do psicólogo, no que respeita à sintomatologia psicológica do climactério, pode ocorrer a três níveis: (a) na psicoterapia individual, (b) na psicoterapia de grupo e na (c) psicoterapia de casal. Tendo em conta o modelo de saúde integral (i.é., a visão biopsicossocial), que surgiu nos finais do século XX, o papel do psicólogo alterou-se, no sentido em que este poderá fazer parte de equipas multidisciplinares, possibilitando, desta forma, uma abordagem mais holística capaz de ajudar a mulher numa melhor vivência do climactério (Favarato et al., 2000; Olazábal, 2003).

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

Deverá, igualmente, incidir na exploração de crenças erróneas e disfuncionais, desmistificar estas crenças através de informação sexual adequada e na reestruturação cognitiva das mesmas, trabalhando a auto-estima destas mulheres (e.g., motorização de dietas e exercícios físicos, recurso a técnicas de relaxamento, técnicas Kegel, entre outros).

O recurso às dinâmicas de grupo tem como principais objectivos proporcionar a partilha de experiências, favorecer a expressão de sentimentos, medos, fantasias e facilitar a criação de novos objectivos de vida (Favarato et al., 2000).

Na presença de problemas do foro sexual ou na presença de disfunções sexuais, o trabalho do psicólogo deve incidir na terapia individual e na terapia de casal (Favarato et al., 2000). No entanto, é de acrescentar que o apoio dado, por parte do companheiro, é muito importante (Olazábal, 2003), pelo que ambos os cônjuges devem reconhecer, primeiramente, a necessidade de integração neste tipo de terapia.

Na terapia de casal, o psicólogo deverá recorrer a técnicas de comunicação para facilitar a comunicação do casal, quer ao nível não sexual e ao nível sexual, incluindo a expressão dos afectos, identificação e resolução de conflitos. O psicólogo deverá averiguar também, o que a menopausa e a andropausa representam para o casal e construir, em conjunto, uma nova etapa de aceitação e de reconhecimento das diferenças que existem entre ambos, utilizando-as em próprio benefício do casal (Mimoun, 2003, as cited in Bulcão, 2004).

Por fim, o psicólogo deverá ter sempre presente que, à luz do modelo biopsicossocial, que perspectiva o climactério de uma forma mais abrangente/holista, os factores biológicos, psicológicos, familiares, culturais e sociais deverão ser considerados numa mesma abordagem integrativa, que vai permitir ter um maior conhecimento da dinâmica da mulher no climactério, do seu ambiente e, em particular, da sua sexualidade. Também esta é influenciada por diversos factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, constituindo, por isso, um fenómeno biopsicossocial que deve ser analisado em todas as suas vertentes.

## 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)
- Adams, S., Dubbert, P., Chupurdia, K., Jones, A., Lofland, K., & Leermarkers, E. (1996). Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behaviour*, 25 (3), 249-260.
- 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 Obstetricia y Ginecologia*, 28 (1), 54-57.
- 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 afetivas e saúde mental- uma abordagem ao longo do ciclo vital*. Coimbra: Quarteto.
- 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. (2001/2002). Generatividade: Questões de desenvolvimento e de intervenção Psicológica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17-18, 29-35.
- 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.

- Craig, G., & Baucum, D. (2002). *Human development*. (9<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- 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.
- 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)
- 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.
- Golombok, S., & Rust, J.(1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- 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.
- 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.
- 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
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos 2001*. Retirado de <http://www.ine.pt> em 26, Maio, 2006.

- 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.
- 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)
- 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.
- Lemme, B. (1995). *Development Adulthood*. Boston: Allyn & Bacon.
- 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.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- 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 comorbity 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, Trans.) (2ª 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, Trans.) Cruz Quebrada: Estrela Polar. (Obra original publicada em 2001)
- Ogden, J. (2003). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio & F. Anderson, Trans.). 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.ª ed., pp.275-298). Barcelona: Masson.
- 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.) (2ª 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.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família - perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- 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. , Higalgo, L., & Chedraui, P. (2005). Measuring climacteric symptoms in na 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, A. (1999). A personalidade do adulto: Estabilidade e/ou mudança?. *Psychologica*, 22, 9-26.
- 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 (2002). *Hormonal replacement therapy and the menopause* (4<sup>th</sup> ed.) Berlim. 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.
- 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.
- 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)
- Ter Kuille, M., Van Lankveld, J., Kalkhoven, P., & Van Egmond, M. (1999). The Golombcock Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 59-71.
- Trien, S. (1986). Menopausa: A grande transformação. (M. Cavallari, Trad.) (3ª 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.
- Vilarinho, S., & Nobre, P. (2006). Female sexuality and sexual: integration of affect, cognition, relationship and context. *Sexologies*, T01-P-25, S18
- World Health Organization. (2004). Sexual health- a new focus for WHO. *Progress in reproductive health research*, 67, 1-8.