

Inês Margarida Nogueira de Sousa

**Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da  
Mulher no Climatério**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013



Inês Margarida Nogueira de Sousa

**Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da  
Mulher no Climatério**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2013

Inês Margarida Nogueira de Sousa

# **Satisfação Sexual e Qualidade de Vida da Mulher no Climatério**

---

Inês Margarida Nogueira de Sousa

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia, na área de especialização de  
Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da  
Professora Doutora Rute Meneses.

## Resumo

O aumento da esperança de vida possibilitou que um número cada vez maior de mulheres, possa vivenciar a meia-idade e, por consequência, surja um maior número de queixas relacionadas com o climatério.

O principal objetivo da presente investigação foi verificar se existe relação entre a QDV e a satisfação sexual em mulheres no climatério. Os objetivos específicos foram: caracterizar a QDV e a satisfação sexual das participantes; analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, escolaridade) e variáveis clínicas (fase do climatério e medicação). Foram também analisadas as diferenças entre as mulheres nas diferentes fases do climatério quanto à QDV.

A amostra deste estudo é constituída por 100 senhoras entre os 40 e os 64 anos ( $M=49,6$ ), ( $DP=6,1$ ), que compareceram às Consultas de Psicologia e Consultas Externas de Ginecologia, do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. e que responderam a um Questionário sociodemográfico e clínico; *World's Health Organization Quality of Life* – versão abreviada (WHOQOL-Bref) e ao *Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust*.

Globalmente, a amostra refere uma QDV que pode considerar-se moderada e satisfação sexual. Em geral, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos constituídos em função da (e.g., idade, estado civil, escolaridade, fases do Climatério e medicação) relativamente à satisfação sexual. Também foram encontradas diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à QDV. Verificou-se que quanto melhor for a QDV maior a satisfação sexual das mulheres no climatério. As mulheres mais velhas, sem parceiro, com menor escolaridade, na pós-menopausa a tomar medicação poderiam beneficiar mais de intervenção ao nível da satisfação sexual e eventualmente de QDV.

*Palavras-chave:* Climatério; Satisfação Sexual; Qualidade de vida.

## **Abstract**

The increase in life expectancy has enabled that a larger number of women can experience the middle-aged period, and in consequence a higher number of complaints related to menopause arises.

The main objective of this research was to establish the relation between QOL and sexual satisfaction in menopausal women. The specific objectives were to characterize the participants QOL and sexual satisfaction; analyze the relationship between sexual satisfaction and sociodemographic variables (eg, age, marital status, education/school degree) and clinical variables (the climacteric stages and medication). We also analyzed the differences between women at various menopausal stages in relation to QOL.

The sample consists in 100 women between 40 and 64 years ( $M = 49.6$ ), ( $SD = 6.1$ ) who attended the Consultation of Psychology and External appointments of Gynecology, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E-P.E. The following instruments were used to collect data: sociodemographic and clinical questionnaire; World Health Organization's Quality of Life - abbreviated version (WHOQOL-BREF) and The Golombok-Rust Inventory of sexual satisfaction.

Overall, we could refer to a sample that can be considered with a moderate quality of life and moderate sexual satisfaction. In general, we found that there are differences between groups (eg, Age, Marital Status, Education/School Degree, Menopausal Stages and medication) in relation to sexual satisfaction. We also found differences between women in different menopausal stages in relation to their quality of life. Differences were also found among women in different stages of menopause in relation to QOL, the better the quality of life, the greater the sexual satisfaction of menopausal women.

*Keywords:* climacteric, Sexual Satisfaction, Quality of Life

## Résumé

L'augmentation de l'espérance de vie a possibilité qu'un nombre toujours plus grand de femmes puissent vivre la mie-vie et, par conséquence, surgisse aussi un plus grand nombre de plaintes qui ont à voir avec la ménopause.

Le principal objectif de cette investigation a été de vérifier s'il existe une relation entre la QDV et la satisfaction sexuelle des femmes étant dans la ménopause. Les objectifs spécifiques ont été : caractériser la QDV et la satisfaction sexuelle des participantes ; Analyser la relation entre la satisfaction sexuelle et les variables sociodémographiques (ex : l'âge, état civil, la scolarité) et les variables cliniques (phases de la ménopause et médication). Ont été aussi analysées les différences entre les femmes des diverses phases de la ménopause quand à la QDV.

La population de cette étude est constituée par 100 femmes entre les 40 et les 64 ans (M=49,6), (DP=6,1), qui ont comparu aux Consultes de Psychologie et aux Consultes Externes de Gynécologie du Centre Hospitalier du Tâmega et Sousa, E.P.E. et qui ont répondu à un questionnaire sociodémographique et clinique ; *World's Health Organization Quality of Life* – version abrégée (WHOQOL-Bref) et à l'*Inventaire de Satisfaction Sexuelle de Golombok Rust*.

Globalement, la population fait référence à une QDV qui peut être considérée modérée et la satisfaction sexuelle. Généralement, on vérifie des différences statistiquement significatives entre les groupes constitués en fonction de la (ex : âge, état civil, scolarité, phases de la ménopause et médication) relativement à la satisfaction sexuelle. Ont aussi été trouvées des différences entre les femmes étant en différentes phases de la ménopause relativement à la QDV. On a vérifié que meilleure est la QDV, meilleure sera la satisfaction sexuelle des femmes étant à la ménopause. Les femmes plus âgées, sans compagnon, avec une scolarité plus précoce en post-ménopause et qui prennent des médicaments pourraient bénéficier de plus d'intervention au niveau de la satisfaction sexuelle et éventuellement de la QDV.

Mots-clés: Ménopause; Satisfaction sexuelle; Qualité de vie

*Aos meus Pais*

## **Agradecimentos**

A conquista de mais uma etapa deste percurso de cinco anos de Licenciatura e Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não teria sido possível sem a existência de pessoas que sempre me apoiaram ao longo desta caminhada.

Gostaria de agradecer, em especial,

À Universidade Fernando Pessoa, pelos cinco anos de formação exemplar e rigorosa, que me permitiram realizar este trabalho de investigação.

A todas as mulheres no climatério que, de livre vontade, decidiram participar nesta investigação, permitindo assim a sua realização. Obrigada, sem elas, nada seria possível.

À Professora Doutora Rute Meneses, pela cuidadosa e dedicada orientação, pela disponibilidade, compreensão, pelo incentivo e pela partilha de conhecimento ao longo desta caminhada.

À professora Sónia Alves, pela compreensão e pela paixão que transmitiu relativamente à prática clínica. Também pela disponibilidade que demonstrou durante o meu período de estágio.

Agradeço toda a atenção e envolvimento dos profissionais do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, e da consulta Externa de Ginecologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

O meu especial agradecimento aos meus “Pilares”, pela educação que me transmitiram, pelo amor incondicional, pelo amparo quando fraquejava, pelas palavras amigas e confortantes, pela paciência, pois não foi fácil aturar-me nestes últimos meses. Mãe, agradeço-te pelo ombro amigo, naquele exato momento que mais necessitei e pelas palavras tranquilizantes que me motivavam. A ti, Pai, agradeço-te pela tua compreensão e serenidade transmitida. Obrigada Mãe e Pai, por serem a base de sustentação da minha caminhada, e por estarmos juntos neste momento especial com que tanto sonhamos.

Ao meu querido irmão, pelas suas parvoíces que me faziam desanuviar desta “metamorfose”, também pelas suas opiniões geniais dadas ao longo desta caminhada.

Ao José Carlos, pelo seu companheirismo, compreensão e pela paciência que demonstrou ao longo desta etapa, Agradeço-te por nunca teres largado a minha mão. Pelos momentos de palhaçada de risos contagiantes. A tua presença foi fundamental. *One and only.*

Ao meu avô Luís e à avó Georgina, pelas palavras especiais de motivação que me acompanharam em toda a minha vida. Em especial à minha avó Ana, pela força que me transmitiu, pela célere frase que dizia “Força és capaz, um futuro risonho espera-te”, pela tranquilidade e paz de espírito, pelas infindáveis conversas...saudades...

Aos meus tios e primos, em especial à minha tia Fernanda, pela disponibilidade que demonstrou sempre em ajudar, também pelas suas palavras de motivação.

Aos meus queridos amigos e companheiros nesta caminhada, Andreia, Tatiana (Madrinha), Rúben, Laetitia, Joantina, pelas vossas palavras que me motivavam a continuar, sobretudo pela vossa amizade! Em especial à Andreia, a minha companheira de todo este processo, pelas horas infinitas que passávamos ao telefone a tentar confortar uma à outra, pelas ideias partilhadas e pelos momentos felizes que partilhamos juntas.

Aos meus amigos de sempre, Emanuel, Flores, Ivone, Costa, Joana e Marina, por tudo que passamos juntos, pelos debates infindáveis e complexos de ideias que tínhamos relativamente a esta temática. Para sempre amigos.

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que, de forma direta ou indireta, me apoiaram em todos os momentos deste percurso.

O Meu Muito Obrigada a Todos Vós...

## **Índice Geral**

Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Resumé.....	vii
Agradecimentos .....	ix
Índice Geral .....	xi
Índice de Quadros .....	xiii
Lista de Abreviaturas.....	xiv
Introdução .....	1

## **PARTE I - Enquadramento Teórico**

### **Capítulo I- A Mulher de Meia-Idade e o Climatério/Menopausa**

1.1.A Mulher de Meia-Idade, o Climatério e a Menopausa.....	5
1.2. Definição e Caracterização do Climatério/Menopausa.....	9
1.3. Fatores e Modelos Associados ao Climatério/Menopausa.....	14
1.3.1. Modelo biomédico.....	17
1.3.2. Modelo Sociocultural.....	17
1.3.3. Modelo psicossocial.....	18
1.3.4. Modelo Biopsicossocial.....	19

### **Capítulo II- A sexualidade e satisfação sexual na Mulher no Climatério/Menopausa**

2.1. Sexualidade da Mulher no Climatério/Menopausa.....	21
2.2. Definição e Caracterização de Satisfação Sexual.....	23
2.3. Fatores Associados à Satisfação Sexual.....	26

### **Capítulo III- A Qualidade de Vida da Mulher no Climatério/ Menopausa**

3.1. Definição e Caracterização de Qualidade de Vida.....	33
3.3. Modelos de Qualidade de Vida.....	37

3.4. Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa .....	39
3.5. Qualidade de Vida e Satisfação Sexual.....	43

## **PARTE II - Estudo Empírico**

### **Capítulo IV-Método**

4.1. Pertinência do estudo e da investigação.....	47
4.2. Desenho da investigação.....	47
4.3. Objetivos da investigação.....	48
4.4. Método.....	49
4.4.1. Participantes.....	49
4.4.2. Material.....	52
4.4.3. Procedimento.....	59

<b>Capítulo V- Resultados.....</b>	<b>61</b>
------------------------------------	-----------

<b>Capítulo VI- Discussão dos Resultado.....</b>	<b>72</b>
--------------------------------------------------	-----------

<b>Conclusão.....</b>	<b>83</b>
-----------------------	-----------

<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>87</b>
----------------------------------------	-----------

### **Anexos**

Anexo A – Sintomas Menopáusicos

Anexo B – Quadro de Doenças

Anexo C - Quadro de Medicação

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=100).....	50
Quadro 2 - Caraterização Clinica da Amostra (N=100).....	52
Quadro 3 – Consistência Interna do WHOQOL-Bref.....	55
Quadro 4 – Consistência Interna do Inventário de Satisfação Sexual de Golombok e Reust (GRISS).....	58
Quadro 5 - Caracterização da Qualidade de Vida de Mulher no Climatério (N=100).....	61
Quadro 6 - Caracterização da Satisfação Sexual de Mulher no Climatério (N=100).....	62
Quadro 7- Diferença entre Mulheres de Diferentes Idades quanto à Satisfação Sexual (N=100).....	64
Quadro 8 - Diferença entre Mulheres com Diferentes Estados Civis quanto à Satisfação Sexual (N=100).....	65
Quadro 9 - Diferença entre Mulheres de Diferentes Níveis de Escolaridade (N=100).....	66
Quadro 10 - Diferença entre Mulheres que tomam e não tomam Medicamentos quanto à Satisfação Sexual (N=100).....	67
Quadro 11- Diferença entre Mulheres de Diferentes Fases Do Climatério quanto à Satisfação Sexual (N=100).....	68
Quadro 12 - Diferença entre Mulheres de Diferentes fases do Climatério quanto à Qualidade de Vida (N=100).....	69
Quadro 13 - Relação entre a Qualidade de Vida e a Satisfação Sexual em Mulheres no Climatério (N=100).....	71

## **Lista de Abreviaturas**

**APA**- *American Psychological Association*

**HWO**- *World Health Organization*

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QDV** – Qualidade de Vida

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**WHOQOL** – *World's Health Organization Quality of Life*

## **Introdução**

A esperança média de vida tem aumentado à medida que os anos vão passando, assim sendo, a mulher vivencia a fase do climatério por um período de tempo mais longo. O climatério é o período de envelhecimento feminino, marcado pela transição de uma fase reprodutiva para um estado não reprodutivo, acarretando alterações físicas e psicológicas no organismo feminino (Santos & Campoy, 2008) Considera-se, efetivamente, um período difícil, de grandes mudanças, transições e até mesmo de crise (Souza,2005).

Embora o climatério seja uma condição fisiológica normal, o qual será vivenciado por todas as mulheres, este envolve mais que o fim da fertilidade, acelera também o processo de envelhecimento e conseqüentemente afeta também os sentimentos e a QDV da mulher (Freitas, Silva, & Silva, 2004; Filho & Papaléo, 1994; Bullinger, Anderson, & Cella, 1993).

Esta fase na vida da mulher é influenciada por múltiplos fatores: a cultura, os costumes, o ambiente onde está inserida, e também pela sua história de vida pessoal e familiar e por particularidades pessoais e pelo psiquismo (Freitas et al., 2004).

As mudanças físicas, emocionais, psicológicas e sociais que a mulher enfrenta nesta etapa influenciam a função sexual normal da mulher (Scott, 2002; Gott & Hinchliff, 2003).

Nas últimas décadas têm-se verificado mudanças significativas na vida sexual das mulheres. Assiste-se, hoje em dia, a uma crescente liberalização nesta área, uma vez que os valores, atitudes e comportamentos face à sexualidade da mulher demonstram-se cada vez mais permissivos (Vilarinho, 2010).

Relativamente às experiências sexuais satisfatórias ou não, a mulher difere do homem, enaltecendo os aspetos não sexuais como primordiais (Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling,1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983). Dá importância nomeadamente à presença de conflitos não resolvidos, à distância emocional experienciada pelos parceiros ou o facto da pessoa não se sentir amada, o que pode afetar a satisfação sexual (Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling,1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983).

Sendo a satisfação sexual um conceito tão multifacetado e multidimensional, deverá ser entendida, pelo funcionamento sexual, do ponto de vista fisiológico, mas também pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais, não esquecendo fatores de ordem socioeconómica, demográfica e cultural (Carvalheira & Leal, 2008).

Outro aspeto que está intrinsecamente ligado a esta etapa de vida é a QDV da mulher, na medida em que sinais e sintomas apresentados e vivenciados pela mulher vão afetar a sua perceção de QDV. Desta forma, cada mulher vivencia esta fase de forma diferente, sendo que o climatério se vai repercutir nos seus sentimentos e na sua QDV de maneira diferente (Freitas et al., 2004).

O climatério pode influenciar direta ou indiretamente o bem-estar biopsicossocial e naturalmente a QDV, mas esta fase não deve ser encarada somente como um conjunto de sintomas decorrentes das alterações hormonais, devemos ter em conta também variáveis socioculturais inerentes a esta etapa (Filho & Costa, 2008; Brito et al, 2010; De Lorenzi et al, 2009; Gonçalves et al, 2011; Neto, 2002).

Cada vez mais, é necessário que as equipas de saúde invistam na promoção de hábitos que contribuam para a satisfação sexual e a QDV. Daí a necessidade de averiguar se as mulheres, ainda antes de se defrontarem com esta etapa, possuem conhecimentos que lhes permitam encarar o climatério sem receios e incertezas.

De facto, a transição para esta etapa do ciclo vital da mulher coincide com alterações físicas e psíquicas próprias da idade, mas também transformações de índole familiar e social e poderá ser experienciada pela mulher negativamente ou positivamente, repercutindo-se na sua satisfação sexual e, comitantemente, na QDV. Aliadas a estas condições vividas de modo individual por cada mulher, podem ainda associar-se outras condições específicas relacionadas com as circunstâncias de vida, tais como, a idade, o nível educativo, o estado civil, as fases do climatério, medicação, entre outras.

A presente investigação encontra-se estruturada em duas partes: a Parte I – Enquadramento Teórico; e a Parte II – Estudo Empírico.

O Enquadramento Teórico é composto por três capítulos que integram a síntese da revisão bibliográfica: no Capítulo I - A mulher de meia-idade e o climatério/menopausa - clarificasse o que designamos por meia-idade, definimos e caracterizamos o climatério e a menopausa, abordamos os fatores e modelos associados ao climatério/menopausa.

No Capítulo II - A sexualidade e satisfação sexual da mulher no climatério/menopausa – faz-se a integração da sexualidade da mulher no climatério/menopausa; define-se e caracteriza-se satisfação sexual e por fim apresenta-se fatores associados à satisfação sexual.

O Capítulo III - A QDV na mulher no climatério/ menopausa - começa por apresentar a definição e caracterização de QDV; faz alusão aos modelos de QDV e termina explorando a relação entre a QDV e o climatério/Menopausa e QDV e satisfação sexual.

O Estudo Empírico é constituído por três capítulos: o Capítulo IV – Método – aborda a pertinência do estudo, descreve pormenorizadamente o estudo empírico realizado, onde é definido o tipo de estudo, os objetivos, as variáveis, a caracterização da amostra, os instrumentos e o procedimento de recolha de dados efetuado.

O Capítulo V – Apresentação dos resultados - aborda a análise dos resultados.

O Capítulo VI- Discussão dos resultados – apresenta a reflexão dos resultados obtidos no presente estudo, e integrando os resultados encontrados com diversos estudos realizados sobre a temática.

Posteriormente, apresenta-se uma reflexão final sobre os resultados obtidos, mencionando limitações da presente investigação e sugestões para futuras investigações.

Seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

## **Primeira Parte – Enquadramento Teórico**

---

## **Capítulo I - A Mulher de Meia-Idade e o Climatério/Menopausa**

### **1.1. A Mulher de Meia-Idade, o Climatério e a Menopausa**

Craig e Baucum (2002) mencionam que a idade adulta é a etapa mais longa do ciclo vital e divide-se 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). Para este trabalho iremos debruçar-nos na faixa etária dos 40 aos 65 anos, por ser a faixa etária na qual ocorre o climactério (Aldrighi, Aldrighi & Aldrighi, 2002).

A meia-idade acarreta inúmeras mudanças a nível físico, cognitivo e psicossocial. Ao nível do desenvolvimento físico, a mulher evidencia um declínio da acuidade visual e auditiva, das sensações olfativas e gustativas e da sensibilidade à dor, a sua pele começa a perder elasticidade, o seu tónus muscular começa a diminuir, a capacidade pulmonar e cardiovasculares também começam a ficar afetadas. (Craig & Baucum, 2002; Papalia, Olds & Feldman, 2000; Antunes-Bacelar, 2005).

Ao nível do desenvolvimento cognitivo, a mulher depara-se com diversas mudanças: a capacidade de resolver problemas novos, não familiares, diminui, pelo contrário, a capacidade de resolver problemas práticos é boa, chegando ao auge nesta etapa (Papalia et al., 2000). Relativamente à inteligência, esta diminui quando se trata da capacidade de processar ativamente novas informações, por outro lado, a inteligência cristalizada aumenta quando se trata de informações adquiridas (Papalia et al., 2000).

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, a mulher passa pela saída dos filhos de casa, desta forma a mulher pode vivenciar, a síndrome do ninho vazio ou período pós-paternidade (Lippert, 1997). À luz da perspetiva sistémica e considerando o ciclo vital da família, a meia-idade é designada a “geração o meio”, metaforicamente denomina-se geração sanduíche, pois é uma geração que se depara com as exigências e necessidades dos filhos, como também dos pais, que estão a envelhecer (Relvas, 1996).

Desta forma, considera-se a meia-idade como um período difícil, de grandes mudanças, transições e até mesmo de crise (Sarason, 1977, citado por Catão, 2007).

Estas mudanças ou até mesmo a crise nesta fase do ciclo vital pode ser encarada pelo indivíduo de duas formas: positivamente ou negativamente. Tudo vai depender da perspectiva do indivíduo da capacidade ou até mesmo da habilidade para lutar e adaptar-se à mudança (Hayslip & Panek, 1993, citado por Catão, 2007). Quando os indivíduos vivenciam este período de forma negativa, isto é, interpretam o *stress* desta fase negativamente, tal pode conduzir o indivíduo à violência familiar, empobrecimento laboral e familiar, abuso de álcool e drogas, ou até mesmo a depressão (Hayslip & Panek, 1993, citado por Catão, 2007). Por outro lado, os indivíduos que lidam de forma positiva, são pessoas mais atenciosas com os outros, nomeadamente com os pais que estão a envelhecer e, por sua vez, conseguem lidar melhor com as suas mudanças físicas (Hayslip & Panek, 1993, citado por Catão, 2007).

As queixas constantes dos indivíduos que permanecem nesta fase são relativamente a uma insatisfação generalizada, demonstram sentimentos de apreensão e de vazio, acompanhados de humor depressivo, associando-se uma diminuição da auto-estima (Duarte, Santos & Gonçalves, 2002).

O climatério é uma das mudanças que ocorre nesta fase, sendo que a mulher tem que aprender a conviver com os sintomas decorrentes da perda das funções dos ovários, nomeadamente da condição reprodutiva que virá com a menopausa (Duarte, Santos & Gonçalves, 2002).

As características do período de meia-idade demonstram que essa fase da vida é marcada por introspeção e reavaliação de vários fatores presentes no cotidiano, relativamente a um conjunto de mudanças, a aproximação da reforma, modificações físicas e a independência dos filhos (Bee, 1997).

O processo existencial humano é então marcado por diversas fases, denominadas ciclos vitais, em que ocorrem intensas transformações e no que diz respeito mais propriamente ao momento em que a mulher entra na meia-idade, este apresenta vários desafios biopsicossociais, fazendo com que por vezes seja difícil para a mesma responder adequadamente a esta fase da vida (Mori & Coelho, 2004; Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

Ora, os conceitos de climatério e menopausa são muitas vezes utilizados como sinónimos, contudo, são conceitos que diferem entre si, desta forma estes termos têm vindo a ser usados indistintamente para mencionar todo o processo que envolve vários estádios (Gil-Antuñano, 2000; Gannon & Ekstrom, 1993).

Etimologicamente, o conceito *climactério* provém do grego “Klimater”, que significa degrau e é utilizado para designar qualquer etapa vital considerada crítica (Biffi, 1991, citado por Favarato & Aldrighi 2001; Costa et al., 2006).

A idade em que se inicia essa fase é variável, mas acredita-se que é em torno dos 40 anos e que se pode estender até os 65 anos de idade (Gil-Antuñano, 2000; Freitas, 2010).

Segundo Silva, Araújo e Silva (2003); Serão (2008), o climatério é definido como um período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher, isto é, do período fértil para o infértil, vivenciada na meia-idade. Para Valença e Germano (2010), o climatério é uma etapa indispensável da vida da mulher, a qual se caracteriza pela diminuição gradual da produção de hormonas sexuais femininas a partir dos ovários.

O climatério pode ser interpretado como um processo de transformações físicas e emocionais. Esta fase na vida da mulher é influenciada por múltiplos fatores: a cultura, os costumes, o ambiente onde está inserida, e também pela sua história de vida pessoal e familiar e por particularidades pessoais e pelo psiquismo (Freitas et al., 2004). Assim, é um conjunto de construções/ representações sociais sobre a capacidade reprodutiva, a menstruação, a fertilidade, a sexualidade e o envelhecimento que influenciam a vivência do climatério e não somente as características do próprio acontecimento (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996) o termo climatério deve ser abandonado e deve ser utilizado o termo de menopausa para referir o fenómeno como um todo e não só ao cessar do fluxo menstrual.

Almeida, Silva & Araújo (1998) mencionam que independentemente do nome que se atribui, da idade em que ocorre ou até mesmo da forma como se revela, o climatério é uma fase de transição da vida adulta para a velhice, instituindo um período crítico, assinalado por instabilidades emocionais e hormonais.

Etimologicamente, o termo menopausa deriva do termo grego *meno* (mês, menstruo) e *pausis* (pausa), este termo é encarado pela mulher como uma mudança de vida (Northrup, 2009).

A menopausa, portanto, é um fenômeno determinante do climatério, refere-se a um dia da vida em que ocorre a última menstruação e que desde esse dia, há um cessar definitivo da menstruação, resultante da perda da função folicular ovárica, a qual origina o fenômeno designado por menopausa (Sociedade Internacional da Menopausa, citado por Pérez, La Rosa, & Durán, 1996; Bacelar-Antunes, 2005). O diagnóstico clínico ocorre após um ano de amenorreia, designado por ausência de menstruação (Gil- Antuñano, 2000; Piñero, Vea, & Despaigne, 2007; Silva et al., 2004). É uma fase que determina diversas implicações ao nível biopsicossocial, uma delas é a paragem definitiva da menstruação, outra é o limite da fertilidade (Botell, Domínguez, & Piñero, 2001).

A menopausa, sendo uma condição fisiológica natural que afeta todas as mulheres, envolve mais que o fim da fertilidade, acelera o processo de envelhecimento e conseqüentemente afeta também os sentimentos e a qualidade de vida da mulher (Freitas, Silva, & Silva, 2004; Filho & Papaléo, 1994; Bullinger, Anderson, & Cella, 1993).

Silva, Araújo e Silva (2007) mencionam que é evidente o número crescente de mulheres climatéricas que procuram os serviços de saúde à procura de atendimento para confidenciar as suas queixas relativamente ao desconforto vivenciado nesse período. As suas queixas incidem nas alterações físicas, culturais e psicossociais, nomeadamente, a perda da juventude, da atração física, do declínio sexual, da fertilidade, acarretando angústia, ansiedade e medo (Silva et al., 2007). Muitas demonstram a sua falta de contentamento relativamente a um atendimento adequado, compreensivo e contínuo, em que possam exteriorizar as duas dificuldades/problemas (Freitas, Silva, & Silva, 2004).

No ponto que se segue será explorado com mais pormenor a temática do climatério/menopausa e o que esta fase acarreta para a mulher.

## **1.2. Definição e Caracterização do Climatério/Menopausa**

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) e a Sociedade Portuguesa de Menopausa (SPM) (2004, p. 20), a menopausa corresponde “à data da última menstruação em consequência de falência ovárica definitiva”. Habitualmente ocorre entre os 45 e 55 anos. Se ocorrer antes dos 40 anos é considerada menopausa precoce, uma vez que o cessar completo da menstruação é antes dos 40 anos (Bacelar-Antunes, 2005).

Para a OMS (1996) existem os seguintes quatro estádios do ciclo menstrual. A **pré-menopausa** inicia-se em geral, após os 40 anos, em mulheres com ciclos menstruais regulares, há uma diminuição da fertilidade, normalmente é uma fase assintomática, contudo, podem existir alterações hormonais e conseqüentemente mudanças no padrão menstrual (Gil-Antuñano, 2000).

A **perimenopausa** é o período de tempo que vai de dois a oito anos e que antecede a menopausa, quando não se verifica ainda um período de amenorreia que atinja doze meses consecutivos, os ciclos menstruais podem ser irregulares e mais pequenos, caracteriza-se pelo início dos acontecimentos biológicos, endócrinos e psicológicos, assinalando o fim da etapa reprodutiva (OMS, 1996). É uma etapa de transição entre o período de procriação e a menopausa definitiva (OMS, 1996). Quanto à ocorrência da perimenopausa, em função da idade, alguns autores centram-na na faixa etária dos 45-55 anos (Silva et al., 2004; OMS, 1996) e outros definem o período dos 40-55 anos (Chaby, 1995)

A **menopausa** indica o final da vida reprodutiva da mulher (Pérez, La Rosa, & Durán, 1996) e surge quando os folículos se tornam insuficientes para produzir estrogénios nas concentrações necessárias para induzir a menstruação (Silva et al., 1999). A sua existência é declarada após ter decorrido um ano sem menstruações (OMS, 1996).

Por fim, a **pós-menopausa**, que se inicia um ano após a amenorreia, decorre desde o final da menstruação até à morte (Chaby, 1995; Vigeta, & Brêtas, 2004; Bacelar-Antunes, 2005).

A perda progressiva da função ovárica e a mudança hormonal inerente conduzem a uma panóplia de alterações e sintomas de carácter multiorgânico que a curto, médio ou a longo prazo interferem na QDV feminina, afetando a sua saúde física, mental, bem como a sua atividade quotidiana, ao nível laboral, relacional e afetiva (Schindler, 2006). Contudo, devemos ter em conta que várias manifestações clínicas e a sua gravidade variam de mulher para mulher, sendo influenciadas por fatores biopsicossociais que determinam o impacto deste período de mudança na mulher que o vivencia (Nappi & Lachowsky, 2009).

De acordo com Silva e Silva (1999), existe sintomatologia que ocorre num curto espaço de tempo, sintomatologia precoce (afeta a mulher a nível físico e psicológico) e a sintomatologia que ocorre a longo prazo, sintomatologia tardia (doenças cardiovasculares e osteoporose), devido à carência estrogénica.

No que se refere à sintomatologia física, a mulher depara-se com dois tipos de perturbações: as perturbações neurovegetativas e as perturbações genitourinárias Bacelar-Antunes (2005). Nas Perturbações Neurovegetativas encontram-se incluídos os calores (afrontamentos); a sua origem deriva da diminuição de estrogénios (hipoestrogenismo), existem mulheres que podem ter deficiência estrogénica e não sofrerem deste sintoma (Chaby, 2005). Os sintomas podem ser associados à transpiração excessiva, tonturas, pele visivelmente ruborizada, cefaleias e taquicardia (Chaby, 2005). Estes sintomas podem ocorrer durante o dia (diurnos) e durante a noite (noturnos), estes afrontamentos, segundo Chaby (2005) têm início na pré-menopausa e estão presentes em cerca de 50% das mulheres. Já nas mulheres na pós-menopausa a percentagem sobe para os 75%, caracterizando-se pela súbita sensação de calor (Stearns, et al., 2002). Alguns fatores que podem despoletar os afrontamentos são o aumento da temperatura do ambiente, o consumo do álcool, exercício físico, alimentos quentes e o *stress* (Nelson, 2008; Blake, 2006).

À medida que vamos envelhecendo, vamos conseqüentemente ter mudanças no padrão habitual do sono (Brown et al., 2009) Todavia, as dificuldades no sono tornam-se mais evidentes durante o climatério, com uma prevalência na perimenopausa entre os 33% a 51% (Brown, Gallicchio, Flaws & Tracy, 2009). As queixas mais frequentes mencionadas pelas mulheres são: a insônia, o despertar frequentemente durante a noite, sono agitado, dificuldade em adormecer, entre outros (Bacelar-Antunes, 2005; Gil-Antuñano, 2000).

As Perturbações Genitourinárias surgem, também, devido ao hipoestrogenismo. A vagina fica predisposta à vaginite atrofica, é uma atrofia do tecido vaginal que está associada à redução dos níveis de estrogénios e que é acompanhada por corrimento aquoso, prurido vulvar, ardência urinária, secura vaginal, diminuição da lubrificação na relação sexual e dispareunia (Bacelar-Antunes, 2005). O tecido vaginal compõe-se de muitas camadas de células, após a menopausa, algumas mulheres perdem as camadas córneas exteriores do tecido vaginal, o que origina queixas de secura e irritação vaginal. (Northrup, 2009). Aproximadamente 50% das mulheres na pós-menopausa apresentam sintomatologia decorrente de atrofia genitourinária (Blake, 2006).

Conseqüentemente, estas perturbações perpetuam dificuldades ao nível sexual. Estima-se que metade das mulheres no período do climatério demonstrem algum tipo de problemas no domínio da sexualidade, nomeadamente do tipo de disfunção sexual que está intimamente relacionada com as alterações hormonais, anatomofuncionais e psicossociais inerentes a esta fase (Larab, Usechea, Silva, Ferriani, Reis, Sá, Carvalho, Carvalho & Silva, 2009).

Num estudo observacional que envolvia 438 mulheres australianas com idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos, as quais foram observadas durante 8 anos, concluíram que existia uma variação da prevalência de disfunção sexual de 42% na fase inicial da transição menopáusica para 88% na fase tardia (Dennerstein, Randolph, Taffe, Dudley & Burger, 2002).

A diminuição do desejo é a queixa sexual mais frequente na mulher no climatério, seguida da dispareunia e anorgasmia (Silva et al., 2009).

A diminuição de fantasias ou pensamentos sexuais e a menor atração pelo sexo oposto apresenta uma prevalência entre as mulheres no climatério de aproximadamente 40 a 50% (Silva et al., 2009; Nappi, 2007).

A dispareunia, ou seja, a dor persistente e recorrente durante a relação sexual, afeta cerca de 30-40% de mulheres no climatério (Silva et al., 2009), resultante da atrofia e lubrificação genital decorrentes do hipoestrogenismo desta fase (Silva et al., 2009). Conseqüentemente a estes episódios de dor nas relações sexuais, há uma diminuição do desejo, da excitação e capacidade orgásmica, por parte da mulher, conduzindo a uma reduzida satisfação sexual, influenciando negativamente a motivação, a frequência sexual e a relação conjugal (Nappi & Lachowsky, 2009).

Outra perturbação de dor na mulher diz respeito ao vaginismo, definido como um “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina que interfere com o ato sexual” (APA, 2002, p. 558). Por outras palavras, é a dificuldade ou a incapacidade da mulher tolerar qualquer tipo de penetração.

Num estudo levado a cabo por Catão (2008) com uma amostra de 200 mulheres de idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos, verificou-se que a ausência de vaginismo é mais evidente nas mulheres na pré-menopausa e perimenopausa do que naquelas que se encontram na pós-menopausa. No mesmo estudo verificou-se também que são as mulheres que não fazem medicação que têm maior ausência de vaginismo, quando comparadas com aquelas que fazem medicação (Catão,2008).

A par das mudanças do padrão hormonal existem outros fatores que estão fortemente relacionados com a deterioração da função sexual feminina no climatério, como: fatores psicológicos, como humor depressivo, diminuição da autoestima, irritabilidade, sentimento de feminidade, associação a mudança da imagem corporal; fatores socioculturais, como por exemplo os conflitos familiares, laborais; fatores relacionais, como a má relação conjugal, a disfunção sexual e comorbilidade do parceiro; a gravidade da sintomatologia climatérica, nomeadamente vasomotora,

genitourinária e má qualidade do sono, entre outros (Silva et al., 2009; Nappi, 2007; Porter & Rees, 2002).

Relativamente à sintomatologia psicológica, a fase da perimenopausa é considerada um período de risco para o desenvolvimento de alterações afetivas, bem como a recorrência de perturbações do humor prévias; esta fase é mais propícia a desenvolver sintomas depressivos, em relação à pré-menopausa (Cohen, Soares, Vitonis, Otto & Harlow, 2006).

Num estudo para avaliar a associação entre sofrimento psicológico e menopausa natural, numa amostra de 16065 mulheres com idades compreendidas entre 40 e 55 anos, observou-se uma maior prevalência de sintomas psíquicos (irritabilidade, nervosismo, tensão emocional e tristeza) na perimenopausa (28,9%) do que na pré (20%) e pós-menopausa (22%), com predomínio da sintomatologia nas mulheres de raça caucasiana, mulheres com alterações do sono (39,7%) e com sintomatologia vasomotora (36,6%) (Bromberger, Meyer, Kravitz, Sommer, Cordal, Powell, Ganz, & Sutton-Tyrrell, 2001).

Segundo Matthews (1992, citado por 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 ficam realmente deprimidas *a priori* são ansiosas e pessimistas ou até mesmo as que se encontram sob *stress* crónico. (Bromberger & Matthews, 1996, citado por Papalia et al., 2000, p. 434).

Quanto à depressão, constatou-se que, embora não haja diferenças significativas, existe uma tendência para que as mulheres na perimenopausa e na pós-menopausa apresentem mais depressão do que as mulheres na pré-menopausa (Sierra, Higo, & Chedraui, 2005).

A ansiedade é frequente no climatério e é descrita através do medo, apreensão, insegurança e preocupação generalizada com a saúde futura (Bacelar-Antunes, 2005).

Quanto à sintomatologia tardia, 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 do 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, que surge devido ao hipoestrogenismo, caracteriza-se pela diminuição da densidade óssea e pela deterioração da resistência óssea que, conseqüentemente, vai conduzir a fraturas (Ferrari, 1996).

Para compreender melhor esta etapa de vida, é necessário identificar um conjunto de fatores que poderão estar subjacentes ao aparecimento do climatério. No ponto seguinte será abordado então os fatores e modelos associados ao climatério/menopausa.

### **1.3.Fatores e Modelos Associados ao Climatério/ Menopausa**

Conforme a revisão bibliográfica efetuada, existe um conjunto de fatores preditivos do aparecimento do climatério. Desta forma, destacamos neste estudo os fatores que serão mais pertinentes para a sua compreensão, embora exista uma incerteza sobre os fatores que possam influenciar a idade de início do aparecimento da menopausa (Serrão, 2008).

Perante a nossa análise destacamos os fatores intrínsecos (a idade, os fatores genéticos, a idade da menarca, a duração média do ciclo menstrual e número de filhos) e os fatores extrínsecos (o tabaco, o clima, a altitude, fatores socioeconómicos, a nutrição e os contraceptivos) (Serrão, 2008). É necessário olhar para uma combinação multifatorial, explicativa da idade de início do climatério, uma vez que ainda existe incerteza sobre os fatores que podem afetar a idade de início (Serrão,2008).

Existe uma grande variação de idades no que diz respeito ao aparecimento do climatério, pois pode ocorrer entre os 39 anos e os 59 anos (Serrão, 2008), no entanto, a média ronda os 51 anos (OMS, 1996). A média de idades na população portuguesa ronda os 48 anos (Antunes, Marcelino, & Aguiar, 2003). A menopausa prematura surge

aos 40 anos ou menos de idade (Ginsburg, 1991) e a menopausa tardia prolonga-se a uma idade acima dos 55 anos (Pérez, Rosa, & Durán, 1996).

Segundo Gil-Antuñano (2000), a herança genética adquire um papel importante na idade da menopausa, uma vez que se observa que o aparecimento da menopausa numa mulher é similar entre as mulheres da mesma família. Mulheres cujas mães tiveram menopausa precoce têm um risco 5-6 vezes mais elevado de também experienciar menopausa precoce (Keck, 2005).

Relativamente à idade da menarca, quanto mais cedo for, mais tarde será a idade da menopausa e vice-versa (Gil-Antuñano, 2000). Alguns estudos apresentam a idade da menarca como um fator predisponente para a determinação da idade do aparecimento da menopausa (Gil-Antuñano, 2000). Enquanto estudos anteriores foram capazes de estabelecer uma associação entre a idade da menarca precoce e menopausa mais tarde (Frisch, 1978; 1987, citado por, keck, 2005), estudos mais modernos não têm sido capazes de confirmar este efeito (Van Noord, Dubas, Dorland, Boersma, Velde, 1997, citado por Keck, 2005).

No que concerne à duração média do ciclo menstrual, este é o preditor natural mais importante do aparecimento da menopausa (Shering, 2002, citado por Catão, 2008). 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, citado por Catão, 2008).

Referente ao número de filhos, tem-se observado que as mulheres nulíparas tenderiam a ter a menopausa mais cedo do que as múltíparas, existindo ainda a possibilidade de existir uma correlação entre o número de crianças nascidas e um início mais tardio da menopausa (Van Noord et al., 1997, citado por Keck, 2005). Também se pensa que a idade da primeira gravidez pode influenciar a idade da menopausa, assim sendo, uma mulher que é mãe antes dos 28 anos tem probabilidade que a menopausa chegue mais cedo (Gil-Antuñano, 2000).

De acordo com a OMS (1996), a idade da menopausa pode ser antecipada por fatores como o tabagismo (fator primordial). Supõem-se que as fumadoras iniciam a menopausa um a dois anos mais cedo que as não fumadoras o que se deve ao efeito da nicotina sobre o sistema nervoso central, bem como ao efeito tóxico sobre os ovários (Gil-Antuñano, 2000; Cramer & Xu, 1996; Bromberger, Matthews, Kuller, Wing, Meilahn & Plantinga, 1997).

Outro fator é o clima e as altas altitudes: as mulheres que vivem num clima quente e as que vivem em altas altitudes têm a menopausa antes das mulheres que vivem em climas mais frios e as que vivem em locais com menor altitude (Gil-Antuñano, 2000).

No que diz respeito aos fatores socioeconômicos, observou-se que a menopausa aparece mais cedo nas mulheres que trabalham fora de casa (Gil-Antuñano, 2000). Relativamente ao estado civil, a menopausa surge mais tarde nas mulheres casadas (Gil-Antuñano, 2000). Por outro lado, não se observou nenhuma relação entre a idade da menopausa e fatores como o nível da educação, ou, a profissão do conjugue (Gil-Antuñano, 2000).

A nutrição é outro fator que está associado à idade da menopausa, assim sendo, as mulheres com uma nutrição deficiente tendem a entrar na menopausa mais cedo, é o caso das mulheres que vivem nos países menos desenvolvidos (Gil-Antuñano, 2000).

Por último, mas não menos importante em relação ao uso de contraceptivos orais, existem estudos que referem que estes levam a um início mais tardio de menopausa (van Noord et al., 1997, citado por Keck, 2005), enquanto outros estudos não mostram esta associação (Bromberger et al., 1997).

Vários modelos têm emergido com a finalidade de compreender um fenómeno tão especial como é o climatério e a sua relação com a saúde, a doença e outros fatores subjacentes (Serrão, 2008). Portanto, de seguida será abordado o modelo biomédico; o modelo Sociocultural; o modelo psicossocial e o modelo biopsicossocial.

### **1.3.1. Modelo biomédico**

O modelo biomédico advoga a ideia de que para cada doença existe uma causa biológica primária objetivamente identificável (Serão, 2008). Desta forma, no caso específico do climatério, a diminuição radical de estrogénio (cientificamente descrito por hipoestrogenismo) é a génese da doença, reconhecida como uma doença deficitária (Serão, 2008), e, por consequência, uma fase problemática ao nível físico e emocional (Rostosky & Travis, 1996, citado por Serão, 2008).

Este modelo propõe intervenções centradas no médico, sendo o recurso à Terapia de Substituição Hormonal (TSH) uma oferta preventiva e curativa para a maior parte das mulheres climatéricas (Pimenta, Leal & Branco, 2007), devido à sua finalidade de diminuir os sintomas imediatos do climatério e prevenir as doenças cardiovasculares e ósseas (De Lorenzi, 2008). Por conseguinte, coloca de parte outro tipo de intervenções, tais como psicológicas ou de aconselhamento (Reynolds, 1997, citado por Serão, 2008).

Existem críticas a este modelo, devido ao seu carácter reducionista, uma vez que perspetiva a menopausa de uma forma negativa, rejeitando e ignorando a influência dos fatores culturais e psicossociais, criando, assim, limites para a sua compreensão (Huffman & Myers, 1999).

### **1.3.2. Modelo Sociocultural**

Em contraste com o modelo supracitado, este modelo sociocultural define o climatério como um processo natural com poucos ou nenhuns efeitos para a mulher (Hunter, & O’Dea, 2001, citado por Serrão, 2008), colocando a ênfase do problema na construção cultural, estando, por exemplo, associados a estereótipos e a atitudes relativamente ao envelhecimento e à perda de papéis sociais (Hunter, & O’Dea, 2001 citado por Serrão, 2008).

Embora o climatério ocorra na meia-idade e não na terceira idade, as imagens associadas a esta fase vital são confundidas com as da velhice, constituindo, portanto o símbolo do início do envelhecimento feminino (Serrão, 2008). No entanto para Delanoe (1997), esta associação relaciona-se mais como uma categoria de classificação social, do que com a perda das capacidades físicas e cognitivas.

Com base neste modelo, a literatura mostra que em culturas onde o envelhecimento é valorizado, isto é, onde as mulheres mais velhas constituem modelos de sabedoria e experiência (Dan & Bernhard, 1989, Lock, 1994, citados por Papalia et al., 2000), como é o caso da Índia, o climatério é encarada como uma importante passagem, em que a mulher adquire novos estatuto/papel e privilégio (Starck, 1993, citado por Serrão, 2008). Em antagonismo, na cultura Ocidental, a existência de uma supervalorização da juventude leva a sociedade a encarar esta fase com receio, como um passo prévio para o envelhecimento, traduzindo o início de um período de vida depressivo aliado à perda de fertilidade (Benedek, 1950, citado por Chornesky, 1998).

Para Weber (1997, citado por Serrão, 2008), o que preocupa a mulher nesta fase não é tanto os fatores sintomáticos, mas o facto das perdas contextualizadas numa cultura de género, como a perda de fertilidade, pondo em causa a sua posição social feminina, assumida durante os seus anos reprodutivos e que esta venha a ser afetada. Assim sendo, o aumento de sofrimento psicológico durante o climatério está relacionado com o baixo estatuto social que as mulheres idosas desempenham na sociedade (Serrão 2008).

Em suma, podemos referir que, nesta perspetiva, o climatério é encarado como um período vital de mudança que, devido a condicionalismos sociais, estereótipos e mitos, é visto pelo imaginário social como o episódio perpetuador para o envelhecimento.

### **1.3.3. Modelo psicossocial**

Este modelo menciona uma abordagem do climatério centrada na vulnerabilidade, na medida em que, o climatério é influenciado por fatores hormonais e por fatores causadores de *stress*, nomeadamente: o ninho vazio, o divórcio, os lutos, conflitos ou problemas de saúde, entre outros (Olazábal, 2003, citado por Catão, 2007).

Relativamente ao fator “síndrome do ninho vazio”, definido como a fase em que os filhos deixam a casa, Hunter (1990), não se verificou dados que suportem que este fator é gerador de *stress* para as mulheres que se encontram na meia-idade. Contrariamente, os fatores como o divórcio, a separação e a viuvez produzem um impacto no climatério, uma vez que estão associados à sintomatologia psicológica e somática (Hunter, 1993).

Hunter (1990) concluiu que as mulheres separadas, divorciadas, ou viúvas parecem estar em maior risco de sofrimento psicológico, o que pode predizer uma maior probabilidade de estarem deprimidas nesta fase, comparativamente com as solteiras e as casadas.

Este modelo tem em conta, também, as mudanças hormonais (o hipoestrogenismo), todavia, alguns autores concluem que os fatores de *stress* aliados à vulnerabilidade existente nesta fase são mais importantes para a eclosão de sintomas depressivos do que o próprio hipoestrogenismo (Serrão, 2008).

Por fim, este modelo também menciona o estatuto sociocultural como um fator que parece predizer a sintomatologia menopausica. Assim, as mulheres de nível sociocultural mais baixo têm mais sintomas climatéricos (Serrão, 2008).

#### **1.3.4. Modelo Biopsicossocial**

Este modelo surge como alternativa ao modelo biomédico, ao sócio-cultural e ao psicossocial. Possui uma visão mais abrangente e holística relativamente aos fatores que estão subjacentes ao climatério, tais como: fatores biológicos, psicológicos, familiares, culturais e sociais (Huffman & Myers, 1999; Murray, 1998). Sugere que o impacto do climatério na mulher é determinado à luz de múltiplos contextos: biológico, cultural e psicossocial (Serrão, 2008). Focaliza o estudo do climatério nas representações cognitivas da menopausa (Hunter, 1990), assim, as atitudes negativas prévias ao climatério são preditores de sintomatologia vasomotora durante essa etapa (Avis & McKinlay, 1991) e, por outro, as mulheres que consideram que no climatério se experienciam problemas emocionais e físicos evidenciam, quando se encontram nesta fase, humor depressivo.

Em suma, e tendo como base os modelos supracitados, as mulheres vivenciam esta fase de forma diferente em função das atribuições em relação às alterações manifestadas, das suas atitudes, expectativas e crenças relativamente aos sintomas que advogam e conseqüentemente a influencia que esses mesmos sintomas têm na sua saúde (Adekunle, Fawole & Okunlola, 2000). Ressalva-se, desta forma, que as atitudes das

mulheres são, em grande parte, influenciadas por dimensões socioculturais e económicas, implicando que em diferentes culturas existam diferentes atitudes e diversos sintomas relacionados com esta etapa desenvolvimental (Adekunle, Fawole & Okunlola, 2000; Chornesky, 1998).

## **Capítulo II - Sexualidade e Satisfação Sexual da Mulher no Climatério/Menopausa**

### **2.1. Sexualidade da Mulher no Climatério/Menopausa**

Neste capítulo começamos por abordar a sexualidade na mulher de uma forma geral para progressivamente encaminhar-nos para o nosso tema central, que é a satisfação sexual da mulher no climatério.

“A sexualidade é um aspeto 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 interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (WHO, 2004, p. 3).

Tal como a definição salienta, a sexualidade vai para além do ato sexual propriamente dito, engloba fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (Neto, 2002; Valença, Filho & Germano, 2010). A sexualidade oferece às pessoas intimidade, afeição, amor, admiração e cumplicidade. As mudanças nas funções sociais, emocionais, psicológicas e físicas que a mulher enfrenta influenciam a função sexual normal (Scott, 2002; Gott & Hinchliff, 2003).

A literatura demonstra que o climatério evidencia um impacto significativo na vida sexual da mulher e consequentemente do casal (Neto, 2002), consequência das modificações que a mulher demonstra a nível fisiológico e psicológico (Bacelar-Antunes, 2005; Palacios, Tobar, & Menendez, 2002). As alterações anatómicas focalizam-se na diminuição da lubrificação vaginal, a parede da vagina torna-se mais fina, o que pode provocar irritação e dor na penetração sexual, redução do tamanho do clítoris e maior flacidez dos grandes e pequenos lábios (Chaby, 1995).

Relativamente aos fatores psicológicos que podem influenciar a sexualidade feminina na menopausa são as modificações corporais (idealização de perder o corpo jovem e medo do envelhecimento), a perda da fertilidade tal como as mudanças nas dinâmicas e relacionamentos familiares, principalmente com o parceiro (Chaby, 1995).

Num estudo realizado por Mishra e Kuh (2006) com uma população de 1525 participantes britânicas, estes concluíram que em comparação com mulheres pré-menopáusicas, as participantes em peri e pós-menopausa manifestavam um declínio na vida sexual, consequência de sintomatologia psicológica (consumo de tabaco e vida percecionada como stressante), bem como sintomas somáticos, suores frios e secura vaginal.

Barentsen, Weijer, Gend, e Foekema (2001, citado por Vilarinho, 2010) num estudo com 235 mulheres com idades 45 aos 65 anos, mencionam que existe uma tendência para as mulheres da pré-menopausa apresentarem maior satisfação sexual que as perimenopausa, e que as mulheres da pós-menopausa apresentam uma maior tendência para ter menor satisfação sexual que as pré-menopausa e perimenopausa.

Podem existir, portanto, dificuldades das mulheres nesta fase quanto à vivência da sexualidade, sendo estas demonstradas na forma de se expressarem quanto à corporeidade, nos relacionamentos afetivos e também em alterações fisiológicas (Oliveira, Jesus & Merighi, 2008).

A sexualidade é uma interação complexa de necessidades individuais (intimidade, afeto, conexão, prazer e auto-imagem) com o contexto do meio ambiente e, segundo Fernandes (2007), a mulher de meia-idade, e mais propriamente a que está a passar pela fase do climatério, não deverá encarar esta etapa de vida como o fim da sua sexualidade, ou a perda da necessidade de intimidade, toque e afeto.

De acordo com Ferreira (2008), a sexualidade não se caracteriza somente por fatores psicossociais e culturais, mas também de relacionamentos interpessoais e experiências de vida, sendo um fator determinante para a QDV do indivíduo.

Para compreender a sexualidade no casal, é crucial ter em conta três aspetos fundamentais, 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 (López & Fuertes, 1999).

Portanto, no ponto que se segue será esmiuçado o conceito de satisfação sexual na mulher no climatério, uma vez que, se considera parte integrante da sexualidade e na qualidade de vida do ser humano, neste caso, na mulher.

## **2.2. Definição e Caracterização de Satisfação Sexual**

No âmbito da sexualidade deparámo-nos que o fator psicológico mais estudado é a satisfação sexual no âmbito das disfunções sexuais (Cardoso, 2003; Davis & Petretic-Jackson, 2000; Pechorro, 2006). Todavia, para Carvalheira e Leal (2008), O estudo da satisfação sexual tem sido dificultado pela pobre conceptualização do constructo. Também Pechorro, Dinis e Vieira (2009) afirmam que existe uma falta de consenso relativamente à definição e à operacionalização do conceito, revelando-se nas diferentes conceptualizações teóricas de satisfação sexual e nas diferentes metodologias de avaliação.

Para Young, Luquis, Denny e Young (1998), existem vários componentes para a satisfação sexual. Desta forma, a dificuldade em definir este conceito leva alguns pesquisadores a definirem-no como ausência de insatisfação sexual (Renaud, Byers & Pan, 1997).

A satisfação sexual é considerada por alguns estudiosos como o barómetro da qualidade do casamento, sendo que o modo como os cônjuges se sentem na esfera sexual do seu relacionamento está intimamente ligado à forma como sentem todo o relacionamento (Henderson-King & Veroff, 1994).

Byrers e Demmons (1999) acrescentam que, quanto maior a satisfação com o relacionamento, maior será a satisfação sexual. Segundo Young et al., (2000), a investigação também divulga que a satisfação sexual se relaciona com a existência de relações íntimas e com a qualidade dessas relações, sendo que, para a população

feminina, quanto maior o nível de proximidade emocional numa relação, maior a satisfação com o relacionamento sexual.

Delamater (1991, citado por Pechorro et al., 2009) define satisfação sexual como o grau em que a atividade sexual de uma pessoa corresponde aos seus ideais. Davidson, Darling, e Norton (1995) acrescentam que o sentimento de satisfação com a vida sexual encontra-se intrinsecamente relacionado com as experiências sexuais passadas do indivíduo, expectativas atuais, e aspirações futuras.

A satisfação sexual podem ainda ser definida como uma resposta afetiva decorrente da avaliação de cada um relativamente ao seu relacionamento sexual, incluindo a percepção que cada um tem de que as suas necessidades sexuais estão a ser atendidas, bem como as expectativas do parceiro, englobando uma avaliação positiva da relação sexual na sua totalidade (Ashdown, Hackathorn, & Clark, 2011).

Pechorro et al. (2009), por outro lado identificaram com base na literatura por eles revista duas dimensões: satisfação sexual geral (relativa à satisfação da mulher com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais) e satisfação com o seu companheiro. Para estes autores, a satisfação engloba uma componente pessoal e uma componente interpessoal, sendo que, em ambos os casos, dependeria dos desejos da pessoa por determinados tipos e frequências de atividades sexuais, e tipos e comportamentos de companheiros (Pechorro et al., 2009). No geral, a satisfação sexual está estritamente relacionada com a satisfação conjugal (Pechorro et al., 2009). Portanto, os homens e as mulheres que referem estar satisfeitos com os seus relacionamentos conjugais também mencionam estar satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais (Delamater, 1991, citado por Pechorro et al., 2009). No entanto, foram encontradas diferenças entre homens e mulheres referentes à insatisfação sexual (Delamater, 1991, citado por Pechorro et al., 2009): as mulheres com insatisfação sexual atribuem este facto à qualidade emocional das interações sexuais, como: terem menos carinho, afeição e menos amor já os homens atribuem-na à quantidade da atividade sexual, dado que os homens que se declaram insatisfeitos querem mais frequência e variedade de atividades sexuais. Desta forma, a mulher evidencia maior

satisfação sexual através da intimidade com o companheiro (e.g. os aspetos emocionais e interpessoais da atividade sexual), mesmo que tal não inclua o prazer orgásmico.

No mesmo seguimento, Waterman e Chiauzzi (1982) mencionam que o orgasmo desempenha um papel mínimo na satisfação sexual da mulher. Já para Young, Denny, Young e Luquis (2000) o orgasmo é um fator importante na satisfação sexual. Um estudo de Nobre (2006) realizado em Portugal revelou que cerca de 14,7 % das mulheres da população em geral refere ter dificuldade no orgasmo. No entanto, em outro estudo verifica-se que os valores são significativamente superiores, por volta dos 31,6% (Vendeira *et al.*, 2005 citado por Nobre, 2006). Laumann, Paik e Rosen (1999) referem que existe uma tendência para a diminuição orgásmica com o aumento da idade.

Catão (2008) concluiu na sua amostra ( $N=200$ ) que são as mulheres que não fazem medicação apresentam maiores indicadores de orgasmo, quando comparadas com aquelas que utilizam medicação.

Numa investigação, efetuada por Hisasue, Kumamoto, Sato, Masumori, Horita, Kato, Kobayashi, Hashimoto, Yamashita e Itoh (2005), com uma amostra de 5042 mulheres japonesas, com idades compreendidas entre 17 e os 88 anos, não encontraram qualquer relação entre a satisfação sexual e a idade.

Hawton, Gath e Day (1994), numa amostra aleatória retirada da população geral constituída por 436 mulheres dos 35 aos 59 anos, analisaram diversas variáveis de funcionamento sexual, entre as quais a satisfação sexual. Os dados obtidos demonstraram que 61% das mulheres estavam inteiramente satisfeitas, 19% estavam moderadamente satisfeitas, 14% expressaram alguma insatisfação e 6% disseram estar acentuadamente insatisfeitas. Foi encontrada uma forte correlação entre o bem-estar marital e a satisfação sexual.

No estudo realizado por Deeks e McCabe (2001), utilizando uma amostra de 304 mulheres entre os 35 e os 65, investigaram os efeitos da idade, da menopausa e do funcionamento sexual do companheiro no funcionamento sexual dessas mulheres. Os

resultados demonstraram que a satisfação sexual era melhor prevista pela idade e pela menopausa. Assim sendo, as mulheres mais novas tinham maior probabilidade de estarem satisfeitas com o seu relacionamento sexual e tinham também uma maior frequência de coito. As mulheres menopáusicas tinham mais probabilidade de sofrerem de um problema sexual.

Num estudo realizado por Pechorro (2006), com uma amostra de 152 mulheres portuguesas, concluiu-se que existe uma relação significativa entre a satisfação sexual e o comportamento sexual, carícias e preliminares. Este estudo demonstra também que quanto mais idade, mais insatisfeitas sexualmente as mulheres se sentem.

É importante referir que a avaliação do construto de satisfação sexual pode ser operacionalizada por diferentes instrumentos, sendo encarado como um aspecto importante da vida do indivíduo que deve ser considerado quando se avalia a QDV (Bertan & Castro, 2010). Cabra, Canário, Spyrides, Uchôa, Júnior, Amaral e Gonçalves (2012) mencionam que os sintomas climatérios influenciam a QDV das mulheres, sendo a satisfação sexual um marcador indispensável do bem-estar feminino, ao afetar a sexualidade, está comitantemente a comprometer a QDV das mulheres.

De acordo com a revisão da literatura, podem ser inúmeros os fatores subjacentes ao conceito de satisfação sexual. Assim, é importante identificar quais os fatores que se relacionam com a satisfação sexual, a fim de entender melhor como ajudar os indivíduos a construir e manter relações íntimas de sucesso (Ashdown, Hackathorn, & Clark, 2011).

### **2.3. Fatores Associados à Satisfação Sexual**

Ao longo do ciclo de vida, as mulheres apresentam mudanças nas respostas sexuais, havendo alguns estudos que mostram que a satisfação sexual e a frequências da atividade podem diminuir com a transição menopausica (Avis, Stellato, Crawford, Johannes, & Longcope, 2000; Dennerstein, Dudley, & Burger, 2001).

De seguida apresentaremos aspetos ou fatores que determinam a satisfação sexual das mulheres.

Os aspetos não sexuais dos relacionamentos influenciam as experiências sexuais, nomeadamente em termos de experiências sexuais satisfatórias ou não. Assim, a presença de conflitos não resolvidos, a distância emocional experienciada pelos parceiros ou o facto da pessoa não se sentir amada pode afetar a satisfação sexual (Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling, 1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983). A maioria dos estudos tem revelado que a satisfação sexual está estreitamente interligada com a satisfação marital (Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993).

Num estudo realizado com 1148 mulheres portuguesas, com o objetivo de compreender os fatores determinantes da satisfação sexual feminina, chegaram a conclusão que os principais fatores determinantes da satisfação sexual nesta amostra de mulheres eram fatores interpessoais, sendo que nesse estudo intitularam de fatores interpessoais, “sentirem-se desejadas”, “receber atenção do parceiro”, “ser capaz de satisfazer o parceiro” e “sentir que o parceiro gosta do seu corpo” (Carvalho & Leal, 2008, p. 6). Ou seja, são os fatores que dizem diretamente respeito ao parceiro. Tal facto mostra como a sexualidade feminina é muito contextualizada na relação interpessoal. Com menor grau de importância, as mulheres atribuem os fatores de funcionamento físico-sexual: “sentir prazer físico”, “sentir excitação física”, “ter vontade de ter sexo”, “sentir a lubrificação” (Carvalho & Leal, 2008, p. 6). Estes aspetos são mais individuais e relacionados com o próprio prazer e a função sexual das mulheres, contudo, não são os mais valorizados por elas. (Carvalho & Leal, 2008). Assim sendo, as mulheres valorizam mais o contexto relacional e os fatores interpessoais do que os fatores de funcionamento físico-sexual (Carvalho & Leal, 2008).

De modo geral, as mulheres que referem estar satisfeitas com os seus relacionamentos mencionam também estarem satisfeitas com os seus relacionamentos sexuais (Carvalho & Leal, 2008). Alguns estudos demonstram que o que é considerado importante para uma vida sexual satisfatória difere consoante o género, sendo que, para as mulheres, os aspetos emocionais dos relacionamentos sexuais parecem ser um dos aspetos centrais, ao passo que, para os homens, a primazia vai para a frequência sexual (Carvalho & Leal, 2008). Por outro lado, num estudo conduzido por Haavio-Manilla e Kontula (1997), com o objetivo de encontrarem preditores da

satisfação sexual numa amostra de 1992 mulheres e homens finlandeses dos 18 aos 74 anos, obtiveram-se resultados que demonstraram que, nas mulheres, a satisfação sexual se correlacionava direta e positivamente com a idade jovem e com o início precoce da vida sexual, e indiretamente com a educação liberal e não religiosa, escolaridade de nível superior, assertividade sexual, sentimentos recíprocos de amor, atribuição de importância à sexualidade, utilização de materiais sexuais, coito frequente, técnicas sexuais versáteis e obtenção frequente do orgasmo. Os autores provaram ainda que a satisfação sexual global estava relacionada, em níveis idênticos, quer com a satisfação sexual física, quer com a emocional.

Todavia, existem diversos fatores que podem afetar a satisfação sexual feminina, como: o estado de saúde, o bem-estar em geral, a frequência da atividade sexual, a experiência sexual subjetiva, ou fatores ligados ao parceiro e ao relacionamento (Pechorro et al., 2009; Vilarinho, 2010). Outros fatores que podem ser determinantes de satisfação sexual são, a idade, as habilitações literárias, variáveis sociodemográficas e a religião. (Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Farmer, Trapnell, & Meston 2009; Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann 1993; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Hawton, Gath, & Day, 1994).

Relativamente à idade, Haavio-Mannila e Kontula (1997) mencionam que as mulheres inquiridas no seu estudo demonstraram que era por volta dos 30 anos que a mulher considerava a sua atividade sexual como “muito agradável”, havendo um declínio progressivo até aos 60 anos. Na mesma linha, noutra investigação, levada a cabo por Fugl-Meyer e Sjögren Fugl-Meyer (2002) com mulheres dos 18 aos 74 anos, concluíram que a satisfação sexual tendia a diminuir com a idade.

Para Laumann Paik e Rosen (1999), o nível educacional é uma variável que está intimamente ligada a problemas sexuais e à satisfação sexual, sendo que as mulheres menos instruídas, em comparação com mulheres com mais estudos, apresentam maior frequência de problemas de desejo sexual, satisfação sexual e orgasmo (Barrientos, & Páez, 2006). No mesmo seguimento, Vilarinho (2010), numa amostra de 497 mulheres observou que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados os valores de satisfação sexual. As mulheres mais instruídas, poderão usufruir de mais informação

relativamente à sua resposta sexual, poderão possuir mais recursos, quer em termos de Internet, quer de bibliografia, na medida em que apresentam dificuldades ou simplesmente procuram incrementar a qualidade e riqueza das suas experiências sexuais (Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993).

Num estudo que envolveu uma amostra de 5.407 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos, no Chile, concluíram que existe uma associação entre a satisfação sexual e o estado marital nas mulheres mas não nos homens: as mulheres separadas foram as que referiram níveis mais elevados de insatisfação sexual, enquanto as mulheres casadas ou em coabitação descreveram as suas experiências sexuais como sendo mais satisfatórias (Barrientos & Páez, 2006).

A satisfação sexual tem mostrado estar positivamente associadas com outros indicadores da qualidade da relação, incluindo o amor (Aron & Henkemeyer, 1995) e o compromisso ou até mesmo a probabilidade da relação ser durável (Pinney, Gerrard, & Denney, 1987).

Segundo Ashdown et al. (2011), níveis mais elevados de satisfação sexual estão relacionados com maior qualidade e estabilidade do relacionamento.

Contrariamente ao que foi mencionado anteriormente, num estudo levado a cabo por Vilarinho (2010), numa amostra de 497 mulheres, verificou-se as mulheres solteiras apresentam níveis significativamente superiores de satisfação sexual comparadas com as mulheres casadas ou em união de facto.

Young et al. (1998) acrescenta que a sociedade continua a ser dominada pela visão religiosa que a satisfação sexual e os desejos sexuais devem ser reprimidos, uma vez que, historicamente, muitas religiões ensinavam que o sexo é para fins de procriação apenas e fortemente desaprovado de quaisquer comportamentos que fossem realizados com a finalidade única de prazer (Ashdown et al., 2011). Esta rigidez religiosa influencia a satisfação sexual do casal, uma vez que o casal vai atribuir a certos comportamentos sexuais sentimentos de culpa, vergonha, ou mesmo pecado (Ashdown et al., 2011). Diversos estudos apontam para uma relação existente entre a religião e a

satisfação sexual, ao nível físico, mas não psicológico, sendo que as mulheres que diziam não frequentar cultos religiosos há um ano manifestavam maior grau de satisfação sexual a nível físico do que as mulheres que frequentavam a Igreja; o mesmo não foi possível constatar face a satisfação sexual, do ponto de vista psicológico, pois não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que iriam a igreja frequentemente e aquelas que não frequentavam com tanta frequência (Young et al., 1998).

Um estudo, levado a cabo por Ahmadi, Azad-Marzabadi e Ashrafi (2008), com 660 casais heterossexuais, evidenciou mesmo uma correlação positiva significativa entre o grau de fundamentalismo religioso e os problemas de satisfação sexual, sendo que quanto maior o grau de fundamentalismo religioso, maior o nível de insatisfação sexual.

Também a medicação, a perceção acerca do estado de saúde e o estatuto menopáusico, têm mostrado poder influenciar a satisfação sexual das mulheres (Allahdadi, Tostes, & Webb 2009; Michelson, Bancroft, Targum, Kim, & Tepner, 2000; Redelman, 2010).

Vários estudos têm demonstrado uma relação entre a medicação e problemas sexuais, nomeadamente a medicação anti-hipertensora (Duncan, Lewis, Smith, Jenkins, Nichols & Pearson 2001; Grimm, Gandits, & Prineas, 1997), os antiepilépticos (Boro & Haut, 2003) e os diuréticos (Chang, Fine, Siegel, Chesney, Black, & Hulley, 1991). Também os antidepressivos são apontados por vários estudos como tendo um efeito bastante negativo na resposta sexual e satisfação sexual (Michelson, & Bancroft, 2000; Montgomery, Baldwin, & Riley, 2002).

Contrariamente, no estudo de Richters Grulich, Visser, Smith, & Rissel (2003, citado por Vilarinho, 2010), não foi encontrada qualquer relação relativamente a dificuldades sexuais nas mulheres e a toma de medicação para a hipertensão ou para a doença cardiovascular ou ainda o diagnóstico de diabetes ou hiperglicemia.

Alguns estudos têm demonstrado que a apreciação que as mulheres fazem acerca de si próprias, do seu corpo e da sua vida em geral (Andersen & Cyranowski, 1998), como

também da autoestima sexual, ou seja, a imagem que a mulher tem de si enquanto ser sexual, parecem estar intimamente ligadas à satisfação sexual (Hurlbert, Fertel, Singh, Fernandez, Menendez, & Salgado 2005; Oattes & Offman, 2007).

Outros estudos têm demonstrado que, com o climatério, é frequente surgirem queixas de experiências sexuais menos satisfatórias, acompanhadas de relatos de diminuição do desejo sexual, secura vaginal e dispareunia (Nappi & Lachowsky, 2009). Dundon e Rellini (2010) verificaram que os sintomas climatéricos, simultaneamente com o bem-estar psicológico, constituíam importantes preditores da satisfação sexual nas mulheres dos 40 aos 70 anos. Em contraposição existem estudos que mostram que a satisfação sexual pode manter-se elevada durante esta fase (Vilarinho, 2010). Assim, Woloski-Wruble et al. (2010) verificaram numa amostra por conveniência ( $N=127$ ), recrutadas numa clínica de apoio e acompanhamento de mulheres na menopausa, tinham níveis de satisfação sexual superiores à média, comitadamente, uma boa comunicação sexual/íntima com o parceiro, sendo que a principal queixa de menor satisfação reportava para a falta de variedade na sua vida sexual. Verificaram ainda que as mulheres tinham um alto nível de satisfação com a vida (Woloski-Wruble et al., 2010).

Em síntese, há importantes e diferentes fatores relativos à satisfação sexual que são referenciados em diversos estudos, no entanto apenas uma ínfima parte desses estudos procura integrar e considerar simultaneamente as diferentes dimensões biopsicossociais na compreensão da satisfação sexual (Bancroft et al., 2003; Basson, Althof, Davis, Fugl-Meyer, Goldstein, Leiblum, et al., 2004; Wiederman, 1998; Vilarinho, 2010). Assim, é importante termos em atenção que, para que as mulheres se sintam satisfeitas sexualmente, contribuem inúmeros fatores, para além dos fatores sexuais, uma vez que, segundo alguns estudos, estes são classificados pelas mulheres como menos relevantes para a sua satisfação sexual.

Sendo este um conceito tão multifacetado e multidimensional, a satisfação sexual deverá ser entendida, quer pelo seu funcionamento sexual, do ponto de vista fisiológico, quer pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais referidos anteriormente (e.g, confiança, intimidade, comunicação), não

esquecendo fatores de ordem socioeconómica, demográfica e cultural (Carvalho & Leal, 2008).

### **Capítulo III - A Qualidade de Vida da Mulher no Climatério/ Menopausa**

#### **3.1. Definição e Caracterização de Qualidade de Vida**

Segundo Fiedler (2008) é difícil determinar com exatidão o surgimento do construto de QDV, referindo que é um “construto moderno e uma preocupação antiga, pois a ideia de se viver com qualidade já estava presente na antiguidade: Aristóteles em 384 a.C. e 322 a.C. referia-se à associação entre felicidade e bem-estar, Hipócrates, em 460 a.C. e 370 a.C. e Galeno, em 132 d.C. e 200 d.C. afirmavam que o equilíbrio sustenta um corpo saudável (p.2) ”.

É na década de 60 do séc. XX que o conceito de QDV começa a inspirar interesse na comunidade científica (Meneses, 2005). O grande impulsionador do conceito foi o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, que, no seu discurso, referiu “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Abrams, 1974, p. 4). Assim, uma crescente procura para definir este conceito começou a surgir e com ela emergiram inúmeras definições, tendo por base as interpretações de cada indivíduo, influenciadas pelos seus contextos, pelos aspetos que percebe, ou até mesmo pelos quais está a ser influenciado (Ribeiro, 1994).

Foi na década de 80 do séc. XX que se considerou que o conceito de QDV envolvia diferentes perspetivas, entre elas a cultura, a economia e a biologia, isto é, era um conceito multidimensional (Costa, 2010). Na década de 90 para além de referir a sua multidimensionalidade, também concluíram que era subjetiva, uma vez que, cada indivíduo avalia a sua QDV de forma pessoal, nas diferentes dimensões física, psicológica, social, sexual, da sua independência e crenças pessoais (Pais Ribeiro, 2002, 2004).

Assim, ao longo dos tempos e até mesmo na atualidade, o conceito de QDV abrange inúmeras definições conceptualmente diferentes, o que contribui para um dos principais obstáculos à sua discussão científica (Pais-Ribeiro, 2009; Parreira, 2006). Como afirma McGuire (1991, citado por Pais-Ribeiro, 2009, p. 13), "todos têm a sua própria ideia do

que é a QDV, e é nisso que reside o problema". Ou seja, "todos e cada um sabem o que é a QDV" (Ribeiro, 2005, p. 94), daí a dificuldade em discutir cientificamente este obstáculo. Surgem, desta forma, dificuldades em definir a QDV que originam formas diversas de operacionalizá-la (Ogden, 2004).

Algumas das definições baseiam-se na satisfação com as diversas áreas da vida do indivíduo, outras na sensação de bem-estar, e outras vão mais além e referem a dicotomia entre o que o indivíduo deseja ou espera e o que na realidade tem, outras ainda na funcionalidade (Pais-Ribeiro, 2009). Para uma melhor compreensão do conceito, passaremos a descrever algumas das definições propostas por diversos autores.

Cramer (1994, citado por Meneses, 2005) define que a QDV é sinónimo de bem-estar físico, social e mental, excluindo a ideia de apenas ausência de doença, sobrepondo-se à clássica definição de saúde da OMS, a qual defende que a QDV define-se como "a perceção de um indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de um modo complexo pela saúde física da pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com aspetos salientes do seu meio" (Orley, 1994, citado por Meneses, 2005, p.99 e por Seidl & Zannon, 2004, p. 582).

Existem três aspetos fundamentais para este conceito: a subjetividade (relacionada com a perspetiva do indivíduo, considerada idiossincrática ao indivíduo) "a realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo" (Fleck, 2008, p. 25); a multidimensionalidade (refere-se às várias dimensões da QDV: física, psicológica, social, etc.); e a bipolaridade (que aponta para a presença de aspetos positivos e negativos) (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007) e, é necessário que alguns "elementos estejam presentes (ex., mobilidade) e outras ausentes (ex. dor)" (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999 p. 26).

Frisch (1994, citado por Fagulha, Duarte & Miranda, 2000) define QDV como a satisfação que é atingida pelo indivíduo nas áreas que enaltece, corresponde a um juízo que o indivíduo faz do seu contentamento perante a vida.

Calman (1984) descreve a QDV como sendo a diferença entre as expectativas pessoais e o que está a acontecer realmente na vida pessoal.

*The World Health Organization Quality of Life Assessment*<sup>1</sup> (WHOQOL, citado por Meneses, 2005) desenvolveu a natureza hierárquica da abordagem da QDV, consistindo num nível superior, onde existe a avaliação global da QDV, de seguida, apresenta quatro domínios: a saúde física, o domínio psicológico, as relações sociais e o meio; cada domínio divide-se em “facetas” “(e.g. físico – dor, energia, sono; psicológico – pensamento, estima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade; relações sociais – relações pessoais, apoio social e atividade sexual; meio – segurança, lar, finanças, serviços, informação, lazer, meio e transporte)”(p. 41-42); o último nível corresponde aos itens de cada faceta.

Analogamente, Fallowfield (1994, citado por Meneses, 2005) inclui na sua definição também quatro domínios: psicológico, social, ocupacional e físico, que devem ser avaliados por qualquer medida de QDV. Cada domínio está dividido por itens, o domínio psicológico- ansiedade, depressão e ajustamento à doença; social- interesse sexual, relações pessoais, atividades sociais e lazer; ocupacional- capacidade de lidar com as tarefas domésticas e capacidade de desempenhar um trabalho renumerado; físico- sono, apetite, mobilidade funcionamento sexual e dor (Fallowfield, 1994, citado por Meneses, 2005).

No mesmo seguimento, Leidy, Revicki e Genesté (1999) definem a QDV como a perceção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para o indivíduo.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QDV aproxima-se ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, ambiental e social e até mesmo à própria estética.

---

<sup>1</sup> O Grupo da Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) faz parte da OMS e foi criado na década de 90 do sec. XX com o objetivo de fazer crescer o conhecimento na área da QDV e criar instrumentos para a sua avaliação.

“Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar” (p.8)

Fontaine e Barofsky (2001) salientam que a QDV é aceite como um construto multidimensional, englobando sentimentos, emocionais, sociais, físicos e subjetivos de bem-estar, que demonstram uma reação e avaliação subjetiva do indivíduo à saúde ou doença.

Segundo Couvreur (1999), para alguns autores a QDV é retratada como um bem-estar subjetivo, relativamente à forma como cada um se sente fisicamente e psicologicamente na interação com o meio.

No entanto, este é um conceito de difícil definição, pois inclui uma variedade potencial de condições que o afetam: a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas, assim sendo, a investigação foca-se cada vez mais em aspetos específicos da QDV, outrora negligenciados, como a sexualidade (Huguet, Moraes, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2009).

Para concluir, após a apresentação de várias definições do construto de QDV, denota-se que é sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, de várias disciplinas, seja do senso comum, ou até mesmo de abordagens individuais ou coletivas que o tema é debatido (Minayo, Hartz & Buss 2000). No entanto, apesar da dificuldade para definir o construto de QDV e dos diferentes instrumentos com que pode ser operacionalizada, podemos referir que é um construto multidisciplinar, sendo necessário a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aperfeiçoamento metodológico e conceitual (Seidl & Zannon, 2004). Para outros autores (Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Pais-Ribeiro, 2009), QDV é um conceito multifactorial e subjetivo, o que parece estar de acordo com a maior parte das definições; sabemos também, que este construto varia com o tempo e consiste na percepção individual. Pedro (2010) menciona também que o construto é difícil de ser definido, no entanto, os conceitos de bem-estar, satisfação e expectativas no futuro parecem ser transversais às várias definições. Nos últimos anos

verificou-se uma evolução no conceito numa perspectiva centrada na ausência de sintomas de doença para uma perspectiva mais individualista de bem-estar (Pedro, 2010).

### **3.3. Modelos de Qualidade de Vida**

De modo geral, não existem muitos modelos integradores da investigação no âmbito da QDV, contudo é possível identificar determinados modelos teóricos subjacentes ao conceito de QDV (Meneses, 2005). Os modelos que serão representados neste ponto devem ser vistos a título de exemplos.

Hunt (1997, citado por Fleck, 2008) refere os seguintes modelos: “resposta emocional às circunstâncias; impacto da doença nos domínios emocional, ocupacional e familiar; bem-estar pessoal; habilidade para satisfazer as necessidades que a pessoa tem; modelo cognitivo individual” (Fleck, 2008, p. 23). Hunt (1997, citado por Fleck, 2008) considera que apenas os modelos de satisfação das necessidades e o cognitivo individual apresentam uma base racional e empírica para que se possam assumir como instrumentos consistentes.

Fleck (2008) defende que a QDV pode ser agrupada em dois modelos diferentes, assim pode falar-se do modelo da satisfação e do modelo funcionalista. O primeiro modelo prende-se com a relação direta entre a QDV e a satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo (Fleck, 2008). Segundo este autor, uma vez que o sentido de satisfação é uma experiência subjetiva e tendo em consideração que este modelo foi desenvolvido a partir de conceitos como “bem-estar” e “felicidade”, é possível fazer uma associação entre estes aspetos e o nível de expectativa do indivíduo, ou seja, diferentes indivíduos apresentam diferentes níveis de satisfação, consoante as suas expectativas (Fleck, 2008).

Na literatura observamos duas contribuições importantes para o modelo teórico de satisfação, referem-se aos aspetos pelos quais o indivíduo deveria estar satisfeito para ter uma boa QDV (Fleck, 2008). Thomas More (1994, citado por Fleck, 2008) e Maslow (1954, citado por Fleck, 2008) são os primeiros autores que contribuem para este modelo. Estes autores referem que o ser humano para se sentir bem é necessário preencher em primeiro lugar as suas necessidades básicas. Essas necessidades incluem

por exemplo: saúde, nutrição, mobilidade, abrigo, funcionamento sexual, entre outros (Fleck, 2008). Assim sendo, a QDV provem da habilidade e da capacidade dos indivíduos de satisfazerem as suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto às que são aprendidas, e verifica-se uma QDV alta quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades (Fleck, 2008).

A segunda contribuição, designada por abordagem cognitiva individual, considera que a QDV é uma percepção idiossincrática e que, portanto, só pode ser medida individualmente (Fleck, 2008).

O modelo funcionalista defende que para o indivíduo apresentar uma boa QDV é necessário que este desempenhe satisfatoriamente o seu papel social e funções (Fleck, 2008). Assim, para este modelo a doença é um problema que interfere na execução de todos os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade (Mckenna, Whalley, 1998, citado por Fleck, 2008). Este modelo tem sofrido críticas: Albercht e Devlieger (1999, citado por Fleck, 2008) chamam a atenção para o “paradoxo da deficiência”- um indivíduo com deficiências graves e persistentes pode mencionar boa ou até mesmo uma excelente QDV, mesmo quando a maioria dos observadores qualificaria a sua existência como indesejável. Nesta situação, a percepção de uma boa QDV adviria do facto de esse indivíduo estar a conviver de forma satisfatória com as limitações da sua deficiência (Fleck, 2008). Aqui entende-se, portanto, que o modo como se encara a doença e se lida com essas condições interfere bastante com as percepções de QDV (Fleck, 2008).

Depois da revisão da literatura relativamente ao construto de QDV e aos seus modelos subjacentes, é possível afirmar que este se insere na perspetiva do ser humano como “um sistema vivo e ativo que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas e se auto-regula nas variadas respostas com que se relaciona nos ambientes onde se afirma” (Parreira, 2006, p. 43). Como mencionam Pereira e Silva (2001), a QDV é um paradigma que nos tempos de hoje é uma condição que se alcança através da mobilização de diferentes dimensões, que se compensam e harmonizam entre si através da própria interpretação da vida.

### **3.4. Qualidade de Vida no Climatério/Menopausa**

Falar do climatério é mencionar um processo de mudanças emocionais e físicas para a mulher, que é influenciado por múltiplos fatores, a sua história de vida pessoal e familiar, a sua cultura e o ambiente em que está inserida, os costumes, o seu psiquismo entre outros (Freitas, Silva, & Silva, 2004). Desta forma, cada mulher vivencia esta fase de forma diferente, sendo que o climatério vai repercutir-se nos sentimentos e na sua QDV de maneira diferente (Freitas, Silva, & Silva, 2004).

De acordo com Filho e Costa (2008), falar dos sintomas climatéricos relacionados com a QDV ainda é um assunto complexo e controverso, assim sendo, essa relação tem sido alvo de frequentes pesquisas, uma vez que os seus resultados podem colaborar para definir condutas terapêuticas, bem com avaliar a relação custo/benefício do cuidado prestado.

Na sequência das frequentes pesquisas supre referidas, De Lorenzi, Danelon, Saciloto, e Padilha (2005) e De Lorenzi et al., (2005) explicam que os fatores mais relevantes associados à QDV da mulher no climatério passam pelas condições físicas e emocionais, a inserção social, a influência das atitudes, experiências frente a eventos vitais e a percepção que a mulher tem relativamente ao climatério na QDV. Os mesmos autores referem ainda que as mulheres com uma percepção mais negativa relativamente à menopausa tendem a manifestar uma pior QDV, por conseguinte, sintomas climatéricos mais severos.

Nesta etapa, a mulher manifesta vários sinais e sintomas característicos que comprometem a sua QDV, tais como: distúrbio do humor, distúrbios de sono, alterações vasomotoras, atrofia geniturinária, osteoporose, entre outros (Moraes, Vandenberghe & Silveira, 2007; Bacelar-Antunes, 2005).

Algumas mulheres após a menopausa chegam mesmo a ser “atingidas” por coronariopatia, que interfere na sua QDV, limitando o desempenho das atividades da vida diária, capacidades físicas e intensifica as dificuldades emocionais comuns nesta fase (Favarato & Aldrighi, 2001).

Desta forma, é necessário que a mulher conquiste a sua QDV nesta nova fase, uma vez que, é indispensável estar bem com o seu “self” e com a vida, isto é, saber gerir as realizações e frustrações, enfrentar as dificuldades e manter-se emocionalmente equilibrada (Freitas, Silva, & Silva, 2004). É essencial dar importância a um estilo de vida saudável, à sua condição de saúde e bem-estar, para promover um equilíbrio emocional e garantir a QDV (Freitas, Silva, & Silva, 2004).

Cerca 60% a 80% das mulheres referem sintomas somáticos e dificuldades emocionais nos anos que seguem a menopausa, com destaque para ondas de calor, devido às suas implicações negativas para a sua QDV (De Lorenzi *et al.*, 2005).

A literatura existente menciona que existem alterações na perceção de QDV e de bem-estar durante o período de peri e pós-menopausa na mulher (Deeks, 2004). Contudo Short (2003, citado por, Pimenta, Leal & Branco, 2007) refere que não devemos atribuir erradamente ao estado do climatério a responsabilidade exclusiva da diminuição da QDV, na medida que no período da peri e pós-menopausa a mulher encara vários desafios e dificuldade que de certa forma, poderão ter um impacto negativo nesta perceção.

Nos estudos consultados podemos verificar uma certa discrepância mas ao mesmo tempo algumas similaridades relativamente aos resultados obtidos.

Numa amostra de 3.062 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 70 anos, verificou-se que eram as mulheres na pós-menopausa que apresentaram valores inferiores de QDV, nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiental relativamente às mulheres na pré e perimenopausa (Nisar & Sohoo, 2010). Segundo Nisar e Sohoo (2010), estes resultados podem não só estar relacionados com os sintomas menopáusicos desta fase, mas também com o envelhecimento, com a frequência cada vez maior de doenças crónicas, como também o isolamento social, todos estes fatores poderão ter um impacto negativo na QDV na mulher no climatério.

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

Num estudo com 26000 mulheres que se encontravam na menopausa, divididas em dois grupos, um grupo de pacientes histectomatizadas e um grupo com pacientes não histerectomizadas, relativamente à QDV (incluindo itens como vitalidade, saúde mental, satisfação sexual, sintomas depressivos entre outros), verificou-se que não havia melhoras significativas relativamente à QDV a quando comparados os dois grupos, contudo houve poucas melhoras ao nível dos distúrbios do sono e de dores do corpo (Hays et al., 2003; Moraes, Vandenberghe & Silveira, 2007).

Num estudo de De Lorenzi et al. (2005), com 254 mulheres pós-menopáusicas com idade entre 45 e 60 anos, no qual pretendiam identificar fatores indicadores da sintomatologia climatérica, verificaram que mulheres com uma perceção negativa do período da menopausa tendiam a demonstrar uma pior QDV, bem como sintomas mais severos, relativamente às mulheres que possuíam uma perceção mais positiva.

Brito e Makiama (2008) realizaram um estudo em que avaliaram a QDV sexual de mulheres dos 40 aos 60 anos, concluindo que a reposição hormonal pode não estar diretamente relacionada com a QDV sexual da mulher neste período, uma vez que a qualidade sexual não depende somente da produção de hormonas sexuais, mas também é influenciada por aspetos psicossociais, afetividade e satisfação conjugal.

De Lorenzi, Catan, Moreira e Ártico (2009) vão mais longe e referem que o que pode influenciar a mulher neste período é a falta de conhecimento relativamente às mudanças biopsicossociais que esta fase acarreta; assim, é necessário abordar a mulher como um todo e proporcionar orientações para uma melhor QDV.

No estudo de Filho e Costa (2008), com o objetivo de avaliar a QDV de mulheres no climatério numa amostra de 233 mulheres, concluiu-se que as mulheres deste estudo consideravam a sua QDV má.

Brito, Tavares, Macedo, e Gonçalves (2010), num estudo que envolvem 100 mulheres, com o objetivo de avaliar a QDV das mulheres climatéricas, concluíram que das 100 mulheres inquiridas 11% considerava ter uma boa QDV, 61% razoável e 28 % péssima.

Contrariamente ao que foi referido anteriormente, Moilanen, Aalto, Raitanen, Hemminki, Aro e Luoto (2012), numa amostra de 1.165 de mulheres com idades entre 45 e 64 anos, concluíram que a melhoria da QDV esta relacionada com a atividade física, peso estável e níveis de escolaridade mais elevados, mas não com as mudanças das diferentes fases do climatério.

No mesmo seguimento, Lorenzi, Catan, Cusin, Felini, Bassani e Arpini (2009), com uma amostra de 236 mulheres com idades entre os 40 e 65 anos, pretenderam caracterizar a QDV de mulheres climatéricas e chegaram à conclusão que a QDV não é influenciada pelo estado menopausal, colocaram a ênfase de a QDV e a sintomatologia clínica serem influenciados pela perceção e sentimentos que a mulher enfrenta relativamente à menopausa e ao processo de envelhecimento.

Outros estudos realizados com uma amostra de 233 e 370 mulheres com idades compreendidas entre os 40 a 65 anos revelam que a prática de exercício físico contribui para uma melhoria significativa na QDV nas mulheres climatéricas, atuando também na melhoria da auto-estima, reduz a ansiedade e depressão, uma vez que a prática de exercício físico induz a libertação de endorfinas que aumentam a sensação de bem-estar (Filho & Costa, 2008; Gonçalves et al. 2011).

Num estudo que envolveu 481 mulheres com o objetivo de avaliar o impacto da menopausa e algumas variáveis sociodemográficas na QDV concluiu-se que a menopausa provoca uma diminuição da QDV, que é independente da idade e outras variáveis sociodemográficas (Blumel, Castelo-Branco, Binfa, Gramegna, Tacla, Aracena, Cumsille & Sanjuan, 2000).

Perante o que foi mencionado, verificou-se que as mulheres vivenciam o climatério como um processo que direta ou indiretamente afeta o seu bem-estar biopsicossocial e

espontaneamente a sua QDV, assim sendo, esta fase, não deve ser encarada apenas como um conjunto de sintomas (Filho & Costa, 2008; Brito et al, 2010; De Lorenzi et al, 2009; Gonçalves et al. 2011).

A QDV das mulheres que passam pelo período do climatério pode ficar comprometida, quer relativamente aos sintomas decorrentes das alterações hormonais, com também pelas variáveis socioculturais relativas a esta fase (Neto, 2002).

Desta forma, é importante refletir sobre esta temática de QDV no climatérico, para que a mulher nesta fase tenha conhecimento e informação para que o impacto na QDV seja menor (Neto, 2002).

### **3.5. Qualidade de vida e Satisfação Sexual<sup>2</sup>**

A satisfação sexual é um aspeto importante da vida do indivíduo que deve ser considerada quando se avalia a QDV (Bertan & Castro, 2010).

Cabra, Canário, Spyrides, Uchôa, Júnior, Amaral e Gonçalves (2012) mencionam, por exemplo, que os sintomas climatérios influenciam a QDV das mulheres, sendo a satisfação sexual um marcador indispensável do bem-estar feminino, ao afetar a sexualidade, está comitantemente a comprometer a QDV das mulheres.

Já um estudo canadense mostrou que uma parte/quantidade considerável de mulheres que estava na fase de transição ou na pós-menopausa considerava o sexo um

---

<sup>2</sup>A pesquisa bibliográfica sobre este tópico foi efetuada, no dia 24 de Janeiro de 2013, recorrendo à base de dados RCAAP e PUBMED, com as seguintes palavras quality of life and sexual satisfaction; “Quality of life and sexuality” e “quality of life and sexual functioning”. Na base de dados RCAAP, foram encontradas 86 publicações, dessas 86 foram excluídas as que envolviam amostras só de homens e outras que não mencionavam as duas variáveis em estudo, assim foram selecionadas 6 publicações que preenchiam os nossos critérios estabelecidos. Na base de dados PUBMED, foram encontradas 998 publicações, dessas 998 publicações só duas foram utilizadas neste estudo, uma vez que as outras não cumpriam os requisitos em causa.. Não tendo sido identificados estudos que remetam para a QDV e satisfação sexual na mulher no climatério, optou-se por ter em consideração os estudos que se passarão a mencionar.

fator importante para manter a QDV, assim como a qualidade do relacionamento (intimidade e respeito) para a satisfação sexual (Basson, 2006, citado por Brito & Makiana, 2008).

Por sua vez, Ventegodt (1998) estudou uma amostra representativa de cidadãos dinamarqueses, entre os 18 e os 88 anos, e entre outros resultados, verificou que a QDV das pessoas com problemas sexuais era 20% inferior à média das restantes pessoas.

De referir ainda que, numa amostra de 250 mulheres climatéricas com incontinência urinária, Silva (2008) verificou que a incontinência urinária está associada à baixa QDV e tem impacto negativo na satisfação sexual. Pais-Ribeiro e Raimundo (2005) obtiveram os mesmos resultados num estudo com 93 mulheres com incontinência urinária com idades que variavam dos 35 aos 81 anos. Na mesma linha, numa amostra de 80 mulheres com idades compreendidas entre os 27 e 80 anos, verificou-se que maior QDV em mulheres com Incontinência urinaria encontrava-se associada a maior satisfação sexual (Senra, 2012).

Uma outra amostra de 84 sujeitos, portadores de uma doença arterial coronária, apresentaram redução da QDV em vários aspetos, principalmente no aspeto sexual (Souza, 2010).

Já no que diz respeito a um estudo de Bertan e Castro (2010), estes concluíram, com uma amostra de 82 pacientes com cancro, com idades compreendidas entre 20 e 50 anos, que os pacientes que apresentaram maior QDV eram pacientes que apresentaram maior índice de satisfação sexual.

Por fim, outro estudo com uma amostra de 668 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 75 anos demonstrou que as mulheres sexualmente mais funcionais foram as que revelaram níveis mais elevados de satisfação com a vida, o que está de acordo com estudos prévios, sugerindo a importância, para a QDV e bem-estar subjetivo, da pessoa se sentir bem e competente nas suas experiências sexuais (Vilarinho, 2010).

Perante a apresentação da síntese da literatura revista, segue-se a parte empírica do presente estudo.

## **Segunda Parte – Estudo Empírico**

---

## **Capítulo IV- Método**

### **4.1. Pertinência do estudo e da investigação**

O envelhecimento populacional é uma realidade com que os indivíduos se deparam todos os dias; a cada dia que passa, assistem a um aumento progressivo dessa realidade. Segundo De Lorenzi et al. (2009), no decorrer dos anos, uma afluência significativa de mulheres com queixas relacionadas com o climatério têm procurado ajuda nos serviços de saúde. Paralelamente, a assistência ao climatério tem que sofrer alterações de paradigmas, impondo aos profissionais de saúde uma mudança de atitude (De Lorenzi et al., 2009). É necessário inculcar aos profissionais de saúde que o climatério é influenciado por fatores biológicos, psicossociais e culturais, cujo conhecimento é fundamental para uma assistência mais qualificada e humanizada, destacando a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade no sentido de proporcionar um cuidado integral e individualizado, melhorando a satisfação sexual e a QDV destes indivíduos (De Lorenzi et al, 2009; Genazzani, Gambacciani & Simoncini, 2007; Araújo, 2009).

O interesse pelo estudo desta temática surgiu no decorrer do estágio curricular realizado no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E, ao contactar com mulheres que estavam a passar por uma das fases do climatério, apresentando, desta forma, dificuldades a nível sexual e, conseqüentemente, implicações na QDV das senhoras em questão. Assim, foi crescendo o gosto por esta temática. Outra razão da opção por esta temática diz respeito à escassez de estudos em Portugal sobre o climatério/sexualidade e a QDV no âmbito da Psicologia (de acordo com a pesquisa efetuada).

Neste sentido, pareceu pertinente conduzir um estudo de forma a adquirir e aprofundar os conhecimentos sobre esta temática. Com este estudo, pretende-se recolher e fornecer informação detalhada da realidade atual acerca desta temática.

### **4.2. Desenho da investigação**

Assim a presente investigação é de natureza observacional, descritiva, analítica e transversal. É um estudo observacional, no qual o investigador não intervém, apenas observa os fenómenos, isto é, desenvolvem-se procedimentos para descrever os

possíveis acontecimentos que acontecem, espontaneamente, sem a sua intervenção (Pais-Ribeiro, 1999). Os estudos observacionais-descritivos fornecem informação acerca da população em estudo (Pais-Ribeiro, 1999). Os estudos observacionais descritivos transversais evidenciam normalmente um único grupo da população em estudo (mulheres no climatério), na qual os dados são recolhidos num único momento (Pais-Ribeiro, 1999).

No que se refere aos estudos observacionais analíticos, estes possibilitam dar resposta “à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características” (Pais-Ribeiro, 1999, p. 42). O presente estudo é, assim, um estudo analítico transversal na medida em que se procura explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento (Pais-Ribeiro, 1999).

#### **4.3. Objetivos da investigação**

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre a satisfação sexual e a QDV em mulheres no climatério.

Em termos de objetivos específicos pretendeu-se ainda:

- a) Caracterizar a QDV de mulheres no climatério;
- b) Caracterizar a satisfação sexual de mulheres no climatério;
- c) Analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes idades quanto à satisfação sexual;
- d) Analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes estados civis quanto à satisfação sexual;
- e) Analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes níveis de escolaridade quanto à satisfação sexual;
- f) Analisar se existem diferenças entre as mulheres que tomam e as que não tomam medicamentos quanto à satisfação sexual.
- g) Analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à satisfação sexual;
- h) Analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à QDV.

i) Verificar se existe relação entre a QDV e a satisfação sexual em mulheres no climatério.

Neste estudo observacional designamos as variáveis secundárias (idade; estado civil; escolaridade) e variáveis principais (satisfação sexual e qualidade de vida). Segundo Pinto (1990), a variável principal é a “variável cujos valores são em princípio o resultado de variações nos valores de uma variável ou mais variáveis e respetivas condições” (p. 173).

Assim, a satisfação sexual e a QDV constituem-se como variáveis principais na medida em que será nestas que se analisaram as variações da influência das variáveis secundárias.

Paralelamente, existe um outro conjunto de variáveis que consideramos como variáveis clínicas, muito embora estas assumam, igualmente, no presente estudo, o estatuto de variável secundária: fase do climatério (pré-menopausa; perimenopausa e pós-menopausa); medicação.

#### **4.4. Método**

##### **4.4.1. Participantes**

Os participantes da presente investigação foram selecionados através de uma amostragem não probabilística do tipo acidental, isto é, de conveniência (Pais-Ribeiro, 1999), sendo que compareceram às de Consultas Psicologia e/ou Consultas Externas de Ginecologia no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Os critérios de inclusão na amostra foram: idade igual ou superior a 40 anos e estar a passar por uma das fases do climatério.

A amostra é, assim, constituída por 100 senhoras, cuja idade variava entre os 40 (2 senhoras) e os 64 (1 senhora) anos, com média de 49,6 anos ( $DP= 6,1$ ). Mais de metade da amostra referia o meio urbano como lugar de residência e relativamente à escolaridade, a frequência do ensino primário/1º ciclo ou ensino secundário (10º/11º/12º

anos) (cf. Quadro 1). A maioria da amostra trabalhava por conta de outrem (cf. Quadro 1). No que diz respeito ao estado civil a amostra era maioritariamente casada ou vivia em união de facto, e tendo a maioria 2 filhos (cf. Quadro 1). Todos se identificaram como heterossexuais.

Quadro 1 – *Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=100)*

<b>Variáveis</b>	<i>n</i>	%
<b>Meio de Residência</b>		
Rural	37	37,0
<b>Escolaridade</b>		
Nenhum	2	2,0
Ensino Primário/ 1º Ciclo	24	24,0
Ciclo Preparatório/2º Ciclo	9	9,0
Terceiro Ciclo/ 7º/8º/9º	17	17,0
Ensino Secundário/10º/11º/12	29	29,0
Bacharelato	2	2,0
Licenciatura	15	15,0
Mestrado	2	2,0
<b>Atividade Profissional</b>		
Desempregada	31	31,0
Trabalhadora por conta própria	10	10,0
Trabalhadora por conta de outrem	55	55,0
Reformada	4	4,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	4	4,0
União de Facto / Casada	78	78,0
Separada / Divorciada	15	15,0
Viúva	3	3,0

Quadro 1 – *Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=100) (Continuação)*

<b>Variáveis</b>	<i>n</i>	%
<b>Filhos</b>		
Não	9	9,0
Sim	91	91,0
<b>Quantos Filhos</b>		
0 Filhos	9	9,0
1 Filho	30	30,0
2 Filhos	48	48,0
3 Filhos	8	8,0
4 Filhos	3	3,0
6 Filhos	1	1,0
8 Filhos	1	1,0
<b>Orientação Sexual</b>		
Heterossexual	100	100,0

O questionário Sócio-demográfico administrado fazia referência também a variáveis clínicas da amostra (cf. Quadro 2). A maioria referiu ter tido relações sexuais no último mês, maioritariamente com o seu parceiro.

No que se refere às questões relacionadas com a caracterização clínica da amostra (cf. Quadro 2), a maioria estava na fase perimenopausa. No que diz respeito aos sintomas menopáusicos, mais de metade da amostra considerava ter tais sintomas, sendo os principais a alteração de humor; aumento de peso; dores de cabeça; insónias; irritabilidade; afrontamentos e depressão (cf. Anexo A). Verificou-se que menos de metade da amostra inquirida revelou possuir pelo menos uma doença, nomeadamente, Depressão, Diabetes, Hipertensão e Ansiedade (cf. Anexo B). Apesar de menos de metade da amostra considerar que tem pelo menos uma doença, mais de metade dessa mesma amostra não toma medicação, sendo os antidepressivos, ansiolíticos e os antihipertensores os mais utilizados (cf. Anexo C).

Quadro 2 - Caracterização Clínica da Amostra (N=100)

Variáveis	n	%
<b>No último mês teve relações sexuais</b>		
Sim	80	80,0
Não	20	20,0
<b>Atualmente mantém relações sexuais</b>		
Apenas um parceiro sexual	96	96,0
Mais de um parceiro sexual	3	3,0
Sem parceiro	1	1,0
<b>Fase da menopausa</b>		
Pré-Menopausa	12	12,0
Perimenopausa	57	57,0
Pós-Menopausa	31	31,0
<b>Sintomas menopáusicos</b>		
Sim	92	92,0
Não	8	8,0
<b>Doenças</b>		
Não	66	66,0
Sim	34	34,0
<b>Medicação</b>		
Não	65	65,0
Sim	32	32,0
Não se lembra	3	3,0

#### 4.4.2. Material<sup>1</sup>

Para se proceder à recolha de dados da amostra, foram administrados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio-demográfico e clínico (cf. Anexo D); Instrumento de

<sup>1</sup> Por questões éticas, e por indicação da orientadora da presente dissertação, uma cópia das autorizações obtidas e do protocolo de avaliação será facultado em *dossier* à parte apenas aos membros do júri.

avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde Whoqol-bref (cf. Anexo E) e Inventário de Satisfação Sexual Golombok Reust (GRISS) (cf. Anexo F).

**Questionário sócio-demográfico e clínico.** Este questionário foi estruturado especificamente para o presente estudo e serviu para caracterizar as participantes. Foi preenchido pelas mulheres que se encontravam numa das fases do climatério e inclui os itens como: idade, meio de residência, escolaridade, atividade profissional, estado civil, existência ou não de filhos e o seu número, orientação sexual.

As variáveis clínicas foram selecionadas para permitir fazer uma breve caracterização das condições de saúde da mulher no climatério. Inclui os itens: no último mês teve relações sexuais; atualmente mantém relações sexuais com um parceiro ou mais; fase da menopausa; sintomas menopáusicos; doença de que são portadoras; medicação que utilizam.

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (que demora cerca de 5 minutos a preencher) foi construído com base em instrumentos utilizados noutros estudos e de forma a atender aos objetivos específicos do presente estudo.

***World Health Organization Quality of life - versão abreviada.*** WHOQOL-Bref, na sua versão original, foi desenvolvida pelo WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group), em 1994, tendo sido traduzido para Português por Canavaro, Vaz Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes, em 2006 (Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2003). O WHOQOL-Bref consiste numa versão abreviada WHOQOL-100 e surgiu da necessidade de ter um instrumento de administração rápida (Almeida et al., 2003).

Destina-se a avaliar a QDV de indivíduos adultos, sendo composto por 26 itens e organizado em 4 domínios: Físico (7 itens), Psicológico (6 itens), Relações Sociais (3 itens) e Ambiente (8 itens), são constituídos por 24 facetas; inclui ainda uma faceta sobre QDV em geral (única com 2 itens); cada uma das restantes facetas é avaliada por apenas uma questão (Fleck, 2000).

As questões da WHOQOL-Bref possuem quatro tipos de escalas de respostas do tipo de Likert de 5 pontos (Fleck, 2000; Canavarro et al., 2007): intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

Segundo Canavarro et al. (2007), o tempo do seu preenchimento é de aproximadamente 5 minutos. A cotação pode ser feita manualmente ou através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*; cada pergunta é cotada de 1 a 5, para as questões números 3, 4 e 26, as pontuações são invertidas (WHOQOL Group, 1997). Assim, os resultados de cada domínio são calculados através da média dos resultados das questões que o constituem, sendo esta média multiplicada por 100 (variando os resultados entre 0 e 100), de modo a que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os do WHOQOL-100 (Fleck, 2000; Canavarro et al., 2007). Os valores são interpretados de forma linear, isto é, resultados mais elevados correspondem a uma melhor QDV (Canavarro et al., 2007).

Segundo Ribeiro (1999), uma boa consistência interna deve exceder o valor de 0,80 no alfa de Cronbach; contudo, aceitam-se valores acima de 0,60, quando as escalas têm um número reduzido de itens. De uma forma mais específica, Almeida e Freire (2008) definem que um coeficiente entre 0,65 e 0,70 é minimamente aceitável, entre 0,70 e 0,80 respeitável e entre 0,80 e 0,90 muito bom.

Relativamente às qualidades psicométricas no estudo original, pode-se referir primeiramente que foram inquiridos 604 indivíduos: 315 da população normal e 289 doentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Instituto Português de Oncologia e de vários Centros de Saúde de Coimbra (Canavarro et al., 2007).

Os resultados demonstraram que este instrumento apresenta boas características psicométricas (fidelidade e validade) (Canavarro et al., 2007). Em relação à fidelidade, traduz as notas obtidas pelos avaliadores, quando avaliam as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes e os resultados são semelhantes (Pais-Ribeiro, 1999). A consistência interna do WHOQOL-Bref para os domínios, para as 26 questões e cada domínio individualmente foi avaliada pelo coeficiente de fidelidade de Cronbach (cf. Quadro 3). O coeficiente de Cronbach mostra valores indicadores de uma

boa consistência (Canavarro et al., 2007). O valor mais baixo e que devemos tomar em conta é do domínio de Relações sociais, no entanto, este valor poderá estar relacionado com o facto deste domínio se basear somente em três itens, que é um número relativamente menor ao número de itens que fazem parte dos outros domínios (Canavarro et al., 2007; Pais-Ribeiro, 1999).

Quadro 3 – *Consistência Interna do WHOQOL-Bref*

<b>Dimensões do WHOQOL-Bref</b>	<b>Valor de alfa original (Canavarro et al., 2007)</b>	<b>Valor de alfa no presente estudo</b>
Domínio Físico	0,87	0,84
Domínio Psicológico	0,84	0,85
Domínio Relações sociais	0,64	0,70
Domínio Ambiente	0,78	0,80
26 Questões	0,92	0,94

Para o presente estudo, foram calculados os valores de alfa de Cronbach, e dessa forma percebe-se que, tal como no estudo de validação, apenas o domínio de relações sociais apresenta um valor minimamente aceitável (0,70). Contudo, e analisando os *alfas* dos outros domínios, bem como, a totalidade das questões do instrumento, verificamos que o instrumento tem uma boa consistência interna, uma vez que os *alfas* variam entre 0,80 e 0,94.

Relativamente ao teste-reteste, os resultados sugerem “uma boa estabilidade temporal, o intervalo foi de 3 a 5 semanas. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, os coeficientes de correlação variam entre 0,65 e 0,85, não se observando diferenças nas duas aplicações do instrumento” (Canavarro et al., 2007, p. 90). Em relação à validade discriminante, o WHOQOL-Bref “discrimina bem

os indivíduos da população normal dos indivíduos com patologia médica associada” (Canavarro et al., 2007, p. 90).

Relativamente à validade, esta “refere-se ao que o teste mede e o quão bem o faz. É a garantia que o teste dá que mede o que se propõe a medir” (Pais-Ribeiro, 1999, p.113). No que diz respeito à validade de construto, “os quatro domínios correlacionam-se de forma estatisticamente significativa entre si e com a faceta geral da qualidade de vida, avaliada pelas duas primeiras questões” (Canavarro et al., 2007, p. 92).

Relativamente à correlação com outros instrumentos, nomeadamente com o *Beck Depression inventory* (BDI, versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) e pelo *Brief Symptom Inventory* (BSI, versão portuguesa de Canavarro, 1999), verifica-se que todos os domínios do WHOQOL-Bref apresentam coeficientes de correlação significativos com o BDI e o BSI, isto é, uma melhor pontuação na medida de QDV encontra-se associada a menores resultados na depressão e nos indicadores psicopatológicos. É de ressaltar que o BSI e o BDI apresentam coeficientes de correlação significativamente mais elevados com o domínio Psicológico (-0,71 e, -0,69) “o que é consistente com as variáveis avaliadas” (Canavarro et al., 2007, p. 94).

**Inventário de Satisfação Sexual Golombok Reust (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). 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); a versão utilizada neste caso é a versão feminina.

Este inventário é composto por 28 questões de auto-resposta, 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 7 subescalas relativas à: não atividade (2 itens); não comunicação (2 itens); insatisfação (4 itens); evitamento (4 itens); não sensualidade (4

itens); anorgasmia (4 itens) e vaginismo (4 itens) (Golombok & Rust, 1986). Desta forma, é possível calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de insatisfação sexual (resultante do somatório das dimensões específicas), com os resultados mais elevados indicando piores índices de satisfação sexual (Vilarinho & Nobre, s/d). Cada questão é cotada de 0 a 4 para os itens 1, 3, 6, 7, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28, para os itens 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 19, 21, 26, 27 a pontuação é invertida (Vilarinho & Nobre, s/d).

O tempo de administração é cerca de 5 a 10 minutos (Golombok & Rust, 1986). No que diz respeito às qualidades psicométricas do instrumento, os resultados encontrados no estudo de Vilarinho e Nobre (s/d), revela um nível de consistência interna para o total do inventário, com um índice de Cronbach de 0,89, que segundo Pais-Ribeiro (1999) e Moreira (2004) possui uma boa consistência interna, o que demonstra que existe intercorrelações entre todos os itens do teste e, através do método de *split half* (replicando o procedimento original dos autores), um coeficiente de Spearman-Brown de 0,88. Os valores de consistência para as subescalas do *GRISS*, segundo Vilarinho e Nobre (s/d) são também aceitáveis (desde 0,53, na subescala Anorgasmia, até 0,75, na subescala Evitamento, e um valor médio de *alfa* de 0,59).

Para o presente estudo foram calculados os valores de alfa de Cronbach (cf. Quadro 4), verificou-se que, relativamente ao total do inventário, este apresenta uma boa consistência interna (0,92). Quanto às subescalas, na escala Anorgasmia o valor é muito baixo (0,35), ou seja, não apresenta uma boa consistência interna; este valor poderá ter a ver com o facto de a subescala ter um número de itens muito baixo (4 itens) (Pais-Ribeiro, 1999). No que concerne aos outros alfas, verificou-se que variam entre o aceitável (0,57) e uma boa consistência interna (0,84).

Quadro 4 – *Consistência Interna do Inventário de Satisfação Sexual de Golombok e Rust (GRISS)*

<b>Subescalas</b>	<b>Valor de alfa no estudo de tradução e validação portuguesa (Vilarinho &amp; Nobre 2006)</b>	<b>Valor de alfa no presente estudo</b>
Não atividade	0,71	0,57
Não comunicação	0,21	0,61
Insatisfação	0,70	0,76
Evitamento	0,75	0,84
Não sensualidade	0,61	0,80
Anorgasmia	0,53	0,35
Vaginismo	0,62	0,62
Total do inventário	0,89	0,92

Os valores do coeficiente de Pearson no teste-reteste ( $n = 40$ ) com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações), mostram-se significativos ( $p < 0,001$ ), quer para o total do inventário ( $r=0,91$ ), quer para as subescalas ( $r$  entre 0,72 e 0,91), sendo indicadores de uma muito boa estabilidade temporal do *GRISS* (Vilarinho & Nobre, (s/d).

A validade convergente do questionário foi sustentada com base em estudos correlacionais com a Medida Global da Satisfação Sexual (Lawrance & Byers, 1998, citado por Vilarinho, 2010) e com a dimensão Satisfação do *FSFI* (Rosen et al., 2000). Encontram-se valores estatisticamente significativos ( $p < 0,001$ ), para os coeficientes de correlação momento-produto de Pearson entre o índice total do *GRISS* e o *GMSEX* ( $r=0,42$ ), e entre o índice total do *GRISS* e a dimensão Satisfação do *FSFI* ( $r=0,63$ ). A validade discriminante do índice total do *GRISS* foi estabelecida em relação à dimensão Hostilidade do *BSI* (Derogatis, 1982, citado por Canavarro, 1999), sendo que as

medidas se revelaram independentes (índice total do *GRISS* e dimensão Hostilidade:  $r = -0,07$ ,  $p = 0,41$ ; subescala Insatisfação feminina e dimensão Hostilidade:  $r = -0,06$ ,  $p = 0,48$ ).

#### **4.4.3. Procedimento**

Numa primeira instância foi solicitado, através de um email, autorização para utilizar os instrumentos em causa para a recolha de dados. Desta forma, contactamos a Prof. Doutora Sandra Vilarinho para obter autorização para usar o *GRISS* e à Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro para obter autorização para usar o *WHOQOL-Bref*, sendo ambos os pedidos autorizados.

Após a autorização de utilização dos instrumentos procedemos à submissão do projeto de investigação à direcção da FCHS-UFP, que o remeteu para a respetiva Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Desta forma, foi explicado todo o processo de investigação e anexados, os instrumentos e o consentimento informado a ser utilizado.

Depois da aprovação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, foi solicitada a autorização à instituição em que se realizou o estudo, que neste caso é o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Neste projeto de investigação tivemos o cuidado de referir os princípios definidos no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, a seguir.

Desta forma, na realização de uma investigação devemos ter o cuidado de proteger os direitos e liberdade dos entrevistados. Segundo Fortin (1999, p. 113), “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais” que devemos ter em consideração. No decorrer da investigação foi tido sempre em conta a proteção dos indivíduos com base no Código Ético e Deontológico.

Na tentativa de respeitar todos os princípios, foi explicado as senhoras que eram livres de participar e que podiam desistir a qualquer momento, sem qualquer

consequência. Após esta explicação e as explicações relativas ao estudo propriamente dito, foi entregue e preenchido o consentimento informado.

Garantimos a confidencialidade e o anonimato, que salvaguarda a identidade do indivíduo na medida em que os consentimentos informados e os questionários foram colocados em envelopes separados pelas próprias participantes, fazendo com que não seja possível associar o consentimento informado ao respectivo questionário (anónimo) preenchido, salvaguardando assim qualquer tipo de associações.

Neste contexto, a amostra foi recrutada nas Consultas de Psicologia e nas Consultas Externas de Ginecologia, após terem obtido toda a informação sobre o estudo, os técnicos que asseguraram estas consultas convidaram as senhoras entre os 40 e os 65 anos a participar no estudo em causa, indicando-lhes onde se deviam dirigir para obter informação adicional e, após o fornecimento do consentimento informado, participar no estudo. Os inquéritos foram administrados através da modalidade de autopreenchimento, no entanto em determinadas situações, nomeadamente no que se refere a dificuldades físicas ou associadas ao nível de instrução do respondente, foram lidas as questões e assinaladas as respostas (administração pelo investigador).

Posteriormente, os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 21.0.

## Capítulo V- Resultados

Os resultados que serão apresentados de seguida, de acordo com os objetivos que foram anteriormente mencionados, referem-se às análises estatísticas levadas a cabo baseadas nos dados recolhidos.

Quanto ao **primeiro objetivo** formulado, caracterizar a qualidade de vida em mulheres no climatério, foi utilizada, análise estatística descritiva.

Assim, pode-se verificar que o domínio das Relações Sociais foi aquele que em média, obteve maior pontuação sendo que a Faceta Geral apresentou a média mais baixa (cf. Quadro 5). Em nenhum dos scores o valor médio foi inferior ao ponto médio.

Em termos médios, podemos observar que os domínios Físico, Psicológico e Ambiental apresentam valores próximos, no entanto, a dispersão verificada no domínio Ambiental é menor. O domínio Psicológico foi o único que apresentou o valor mínimo e os restantes domínios apresentaram o valor máximo excepto o domínio Ambiental.

Em resumo, os dados apresentados no Quadro 5 mostram que a QDV das mulheres é melhor ao nível das Relações Sociais e menos boa ao nível da Faceta Geral, podendo globalmente ser considerada moderada.

Quadro 5. *Caracterização da Qualidade de Vida de mulheres no Climatério*

(N=100)

Faceta geral e domínios	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Faceta Geral*	13	100	60,63	19,654
Físico*	4	100	63,64	18,445
Psicológico*	0	100	64,50	18,779
Relações Sociais*	8	100	69,75	16,652
Ambiental*	25	94	62,75	14,445

\*Escala de *scores* transformados dos domínios do WHOQOL-BREF de 0-100 onde 0 é “pouca QdV” e 100 é “boa QdV” (Canavarro et al., 2007)

Em relação ao **segundo objetivo**, caracterizar a satisfação sexual de mulheres no climatério, foi utilizada análise estatística descritiva.

Os dados do Quadro 6 informam acerca do índice de satisfação sexual nas mulheres no climatério. Verifica-se que a Anorgasmia apresenta o pior índice de satisfação, seguido do Vaginismo. Além disso, podemos ver que as mulheres atribuem melhor pontuação ao item Não comunicação e Não atividade, o que leva a concluir que nestes dois fatores elas estão relativamente satisfeitas, quando comparamos com os restantes indicadores do estudo. O valor mínimo foi atingido em todas as subescalas excepto no total. O valor máximo foi atingido nas subescalas Não atividade, Não Comunicação, Não Sexualidade e Vaginismo. Relativamente ao Total pode-se referir que as mulheres encontram-se globalmente satisfeitas sexualmente.

Quadro 6: *Caracterização da satisfação sexual na mulher no climatério*

	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Não atividade	0	8	3,79	2,032
Não comunicação	0	8	3,40	2,190
Insatisfação	0	16	5,35	3,592
Evitamento	0	15	4,57	3,796
Não sensualidade	0	16	4,15	3,789
Anorgasmia	0	12	6,03	2,605
Vaginismo	0	16	5,37	3,439
GRISS_Total	6	97	38,53	19,045

Escala de *scores* das subescalas: Não atividade e Não Comunicação variam entre (0-8); Insatisfação, Evitamento, Não sensualidade, Anorgasmia e Vaginismo variam entre (0-16) e o Total varia entre (0-112) valores mínimos correspondem a “melhores índices de satisfação sexual” e valores máximos “piores índices de satisfação sexual”.

Relativamente ao **terceiro objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres de diferentes idades quanto à satisfação sexual, foi utilizado *t* de *student* para diferenças entre grupos.

Foram considerados dois grupos distintos relativamente às idades das mulheres, de modo a construir grupos de indicadores com efetivos equilibrados, em que: Grupo 1 – 40 a 48 anos; Mulheres mais novas; Grupo 2 – 49 a 64 anos, Mulheres mais velhas<sup>2</sup>. Nas subescalas Não atividade, Não comunicação, Insatisfação, Evitamento, Anorgasmia, Vaginismo e Total as variâncias eram homogêneas, para a subescala não sensualidade as variâncias não eram homogêneas.

Pode-se verificar, no Quadro 7, que as mulheres do Grupo 2 (mais velhas) estão mais insatisfeitas relativamente a todos os indicadores de satisfação sexual (cf. as médias dos grupos).

Pela análise do valor de *p* verifica-se ainda que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres constituídos em função da idade, relativamente a subescala Não atividade, Insatisfação, Evitamento e Total). Relativamente às restantes subescalas, Não comunicação, Não sensualidade, Anorgasmia e Vaginismo podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres (cf. Quadro 7).

---

<sup>2</sup> Face à dispersão dos efetivos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

Quadro 7: *Diferença entre Mulheres de Diferentes Idades quanto à Satisfação Sexual*<sup>3</sup>  
(N=100)

	Mulheres mais novas (N=46)		Mulheres mais velhas (N=54)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Não actividade	3,76	2,155	3,81	1,943	0,144	97	0,886
Não comunicação	2,91	2,304	3,81	2,019	2,079	97	0,04
Insatisfação	5,09	3,377	5,57	3,780	0,667	97	0,506
Evitamento	3,80	3,402	5,20	4,016	1,855	97	0,067
Não sensualidade	3,20	3,050	4,94	4,173	2,332	97	0,022
Anorgasmia	5,36	2,756	6,59	2,351	2,41	97	0,018
Vaginismo	4,24	3,142	6,31	3,419	3,112	97	0,002
GRISS_Total	33,51	17,613	42,70	19,339	2,452	97	0,16

O Quadro 8 apresenta os resultados relativos ao **quarto objetivo**: analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes estados civis quanto à satisfação sexual tendo-se recorrido a teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney*<sup>4</sup>, estando os indivíduos divididos em dois grupos, sendo: Grupo 1 – Sem parceiro<sup>5</sup> e o Grupo 2 – Com parceiro. Pode ver-se, de acordo com o Quadro 8, que as mulheres sem parceiro estão mais insatisfeitas no que diz respeito a todos os indicadores de satisfação sexual.

No Quadro 8 pode-se ainda ver que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que concerne à Insatisfação, à Anorgasmia, ao Vaginismo e do Total.

<sup>3</sup> Face à dispersão dos efetivos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

<sup>4</sup> Os testes não paramétricos são utilizados quando não se encontram reunidas as condições básicas dos procedimentos estatísticos, o pressuposto da normalidade ou da homogeneidade de variâncias, a natureza escalar das variáveis e quando a amostra apresenta uma dimensão reduzida (Perreira,2008). Quando tais condições se encontram reunidas, o mais indicado é a utilização dos testes paramétricos; quando tais condições não se encontram reunidas, o indicado são os testes equivalentes, ou seja, os testes não paramétricos (Perreira,2008).

<sup>5</sup> Ainda que a informação sobre o estado civil não dê a certeza absoluta sobre a existência ou não de parceiro.

Pelos resultados fornecidos no Quadro 8, nas subescalas Não atividade, Não comunicação, Evitamento e Não sensualidade, pode-se concluir que, relativamente às subescalas, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com parceiro e sem parceiro.

Quadro 8: *Diferenças entre Mulheres com diferentes Estados Civis quanto à Satisfação Sexual.*<sup>6</sup>

	Sem Parceiro		Com Parceiro		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	(N=22)		(N=78)				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	<i>M</i>			
Não atividade	21	53,50	78	49,06	745,500	-0,640	0,522
Não comunicação	21	58,81	78	47,63	634,000	-1,608	0,108
Insatisfação	21	63,00	78	46,50	546,000	-2,347	0,019
Evitamento	21	60,55	78	47,16	597,500	-1,907	0,056
Não sensualidade	21	59,36	78	47,48	622,500	-1,693	0,090
Anorgasmia	21	65,45	78	45,84	494,500	-2,798	0,005
Vaginismo	21	67,24	78	45,36	457,000	-3,113	0,002
GRISS_Total	21	63,88	78	46,26	527,000	-2,496	0,013

No que diz respeito ao **quinto objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes níveis de escolaridade quanto à satisfação sexual foi utilizado *t* de *student* para diferenças entre grupos.

Na análise das diferenças entre mulheres com diferentes níveis de escolaridade, foram criados dois grupos com base nas habilitações literárias: Grupo 1 – 1º Ciclo, 2º Ciclo e 3º Ciclo; Grupo 2 – Ensino secundário, Bacharelato, Licenciatura e Mestrado.

<sup>6</sup> Face à dispersão dos efetivos, pelos grupos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

Podemos concluir, através dos resultados do Quadro 9, que são as mulheres com menores níveis de escolaridade aquelas que se encontram mais insatisfeitas sexualmente.

Através do teste de Levene, pode concluir-se que apenas na subescala Não comunicação as variâncias não eram iguais. Pela análise do valor de  $p$  conclui-se que, não existe evidência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres com diferentes níveis de escolaridade, na subescala Evitamento (cf. Quadro 9).

Para as restantes subescalas, pode ver-se ainda no Quadro 9 que existem diferenças entre os dois grupos de mulheres.

Quadro 9: *Diferença Mulheres de Diferentes níveis de Escolaridade*<sup>7</sup>(N=100)

	Grupo 1 (N=52)		Grupo 2 (N=49)		$t$	$gl$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
Não Atividade	4,18	1,913	3,36	2,131	1,992	95	0,049
Não comunicação	3,84	1,931	2,96	2,413	1,995	95	0,049
Insatisfação	6,12	3,378	4,40	3,651	2,404	95	0,018
Evitamento	5,14	3,665	3,83	3,886	1,709	95	0,091
Não sensualidade	5,06	3,728	3,09	3,670	2,627	95	0,010
Anorgasmia	6,52	2,443	5,40	2,676	2,147	95	0,034
Vaginismo	6,40	3,162	4,26	3,473	3,183	95	0,002
GRISS_Total	43,92	16,922	32,19	19,661	3,155	95	0,002

No que respeita ao **sexto objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres que tomam e não tomam medicamentos quanto à satisfação sexual, utilizamos o  $t$  de *student* para diferenças entre grupos.

<sup>7</sup> Face à dispersão dos efetivos, pelos grupos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados

No que concerne à satisfação sexual das mulheres que tomam e não tomam medicamentos, o teste de Levene permite afirmar a homogeneidade das variâncias.

São as mulheres que tomam medicamentos que estão mais insatisfeitas ao nível sexual (cf. Quadro 10).

Para as subescalas Não comunicação, Insatisfação, Anorgasmia e Total (cf. Quadro 10) verifica-se que existem evidência para afirmar as diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que tomam e as que não tomam medicamentos, quanto à insatisfação sexual.

Quadro 10: *Diferença entre Mulheres que tomam e não tomam Medicamentos quanto à Satisfação Sexual (N=100)*

	Não tomam		Tomam		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	medicamentos		medicamentos				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Não atividade	3,63	2,035	4,16	2,096	1,194	94	0,236
Não comunicação	2,92	1,913	4,34	2,509	3,086	94	0,003
Insatisfação	4,72	3,155	6,38	4,233	2,157	94	0,034
Evitamento	4,16	3,721	5,06	3,951	1,102	94	0,273
Não sensualidade	3,50	3,177	4,91	4,475	1,776	94	0,079
Anorgasmia	5,56	2,624	6,75	2,436	2,140	94	0,035
Vaginismo	5,03	3,413	5,69	3,440	0,886	94	0,378
GRISS_Total	34,80	17,749	44,09	20,150	2,312	94	0,023

No que concerne ao **sétimo objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à satisfação sexual, utilizamos *t* de *student* para diferenças entre grupos.

As participantes foram agrupadas em dois grupos<sup>8</sup>, são eles: Grupo 1 – Perimenopausa; Grupo 2 – Pós-menopausa. O teste de Levene permite concluir que,

<sup>8</sup> Face à dispersão dos efetivos, pelos grupos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

para as subescalas Insatisfação, Evitamento, Não sensualidade e Total, as variâncias não são homogêneas.

Através do quadro 11, podemos observar que são as mulheres na fase da pós-menopausa as que se encontram menos satisfeitas, relativamente a todos os indicadores de satisfação sexual.

O valor de  $p$  do teste *t-student* leva-nos a concluir que apenas nas subescalas Não atividade e Não comunicação não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres (cf. Quadro 11).

Conclui-se assim que nas subescalas Insatisfação, Evitamento, Não sensualidade, Anorgasmia, Vaginismo e Total existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres, constituídos com base na fase do climatério na qual se encontravam.

Quadro 11: *Diferença entre Mulheres de Diferentes Fases do Climatério quanto à satisfação sexual*<sup>9</sup>( $N=100$ )

	Perimenopausa		Pós-menopausa		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	(N=57)		(N=31)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Não atividade	3,80	1,930	3,87	2,094	0,151	85	0,880
Não comunicação	3,09	1,947	3,90	2,343	1,735	85	0,086
Insatisfação	4,68	2,936	6,42	4,272	2,243	85	0,028
Evitamento	4,05	3,083	5,87	4,303	2,279	85	0,025
Não sensualidade	3,39	2,977	6,13	4,660	3,339	85	0,001
Anorgasmia	5,52	2,449	7,23	2,247	3,206	85	0,002
Vaginismo	4,77	3,406	6,68	2,993	2,612	85	0,011
GRISS_Total	34,66	15,776	47,16	21,007	3,137	85	0,002

<sup>9</sup> Face à dispersão dos efetivos, pelos grupos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

Em relação ao **oitavo objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à QDV. Recorreu-se ao teste o *t* de *student* para diferenças entre grupos.

As mulheres foram repartidas em dois grupos, sendo Grupo 1 – Perimenopausa e Grupo 2 – Pós-menopausa.

O teste de Levene, para a homogeneidade das variâncias permitiu concluir que apenas no domínio Psicológico o pressuposto não foi verificado.

No Quadro 12, podemos verificar ainda que são as mulheres na fase da perimenopausa aquelas que têm melhor QDV.

Para os domínios Físico e Relações Sociais verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres nas diferentes fases da menopausa (cf. Quadro 12).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação aos restantes indicadores de QDV.

Quadro 12: *Diferentes Fases do Climatério quanto à Qualidade de Vida*<sup>10</sup> (N=100)

Faceta geral e Domínios	Perimenopausa (N=57)		Pós-menopausa (N=31)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
	Faceta Geral	64,69	17,055	57,26			
Físico	67,23	15,422	60,02	16,989	2,02	86	0,046
Psicológico	68,42	14,898	61,16	19,376	1,961	86	0,053
Relações Sociais	73,10	12,699	65,86	17,395	2,236	86	0,028
Ambiental	65,13	13,295	60,89	13,902	1,408	86	0,163

<sup>10</sup> Face à dispersão dos efetivos, pelos grupos, foi feito um reagrupamento dos participantes, de modo a construir grupos de indivíduos com efetivos equilibrados.

Por último, o Quadro 13 reflete os resultados relativos ao **nono objetivo**, verificar se existe relação entre a QDV e a satisfação sexual em mulheres no climatério, para tal recorreremos ao coeficiente de correlação de Pearson<sup>11</sup>.

Ao observar o Quadro 13, verifica-se que algumas correlações são estatisticamente significativas. Para a subescala da Não atividade verifica-se uma correlação linear estatisticamente significativa com todos os indicadores de QDV, exceto o domínio Psicológico. Para a subescala Não comunicação as correlações lineares estatisticamente significativas, verificou-se com todos os indicadores de QDV exceto com a Faceta Geral.

Verifica-se que a Insatisfação, o Evitamento, a Não sensualidade, a Anorgasmia, o Vaginismo e o Total estão correlacionados de modo linear e estatisticamente significativos com todos os indicadores de QDV das mulheres.

A correlação verificada entre as subescalas de Satisfação Sexual e os indicadores de QDV é negativa. No entanto, a pontuação atribuída às subescalas da satisfação sexual variam em sentido invertido, ou seja, quanto maior a pontuação dada pela mulher inquirida, menor é o nível de satisfação sexual. Logo, de uma forma geral, conclui-se, com base nos valores da correlação de Pearson, que quanto melhor for a QDV maior será a satisfação sexual das mulheres no climatério avaliadas.

---

<sup>11</sup> Os resultados correlacionais focalizam-se nas relações existentes entre as variáveis. As relações são medidas em termos de intensidade, pelo que o coeficiente de correlação entre duas variáveis pode variar entre -1.00 e +1.00, sendo que o valor zero significa ausência de correlação. Uma correlação perfeita é aquela que se aproxima da unidade. As correlações, neste sentido, podem ser positivas (+1.00) quando ambas se orientam no mesmo sentido, ou negativas (-1.00), quando se orientam em sentidos contrários (Almeida & Freire, 2007).

Quadro 13: *Relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação Sexual em Mulheres no Climatério (N=100)*

	Faceta	Domínio	Domínio	Domínio	Domínio
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiental
Não actividade	<i>r</i> -0,255	-0,329	-0,183	-0,279	-0,271
	<i>p</i> 0,011	0,001	0,07	0,005	0,007
Não comunicação	<i>r</i> -0,153	-0,274	-0,320	-0,341	-0,250
	<i>p</i> 0,13	0,006	0,001	0,001	0,013
Insatisfação	<i>r</i> -0,323	-0,403	-0,309	-0,436	-0,282
	<i>p</i> 0,001	0,000	0,002	0,000	0,005
Evitamento	<i>r</i> -0,430	-0,370	-0,438	-0,520	-0,387
	<i>p</i> 0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Não sensualidade	<i>r</i> -0,373	-0,325	-0,361	-0,394	-0,274
	<i>p</i> 0,000	0,001	0,000	0,000	0,006
Anorgasmia	<i>r</i> -0,381	-0,421	-0,390	-0,350	-0,324
	<i>p</i> 0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Vaginismo	<i>r</i> -0,309	-0,366	-0,364	-0,409	-0,277
	<i>p</i> 0,002	0,000	0,000	0,000	0,006
GRISS_total	<i>r</i> -0,447	-0,480	-0,493	-0,538	-0,407
	<i>p</i> 0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

## Capítulo VI- discussão

Este capítulo é reservado à discussão dos resultados apresentados anteriormente. Assim, para cada um dos objetivos de estudo definidos e analisados anteriormente, realizou-se a respectiva apreciação crítica e interpretação dos resultados obtidos, em função da revisão bibliográfica realizada.

Neste sentido, o **primeiro objetivo** passava por caracterizar a QDV de mulheres no climatério. Perante a análise realizada anteriormente verificamos que as mulheres obtiveram valores mais elevados, indicadores de melhor QDV no domínio das Relações Sociais seguido do domínio Psicológico, Físico e Ambiental. Observando as médias dos domínios, deparamo-nos com médias razoáveis, o que nos leva a concluir que, no geral, as mulheres no climatério consideram possuir uma QDV moderada. Os resultados obtidos neste estudo divergem, parcialmente dos dados encontrados por De Lorenzi et al, (2005), Filho e Costa (2008), Brito, et al (2010), Blumel, et al (2000) uma vez que consideravam que o climatério provocava uma diminuição da QDV, Contudo, os resultados deste estudo, vão ao encontro do estudo realizado por Moilanen et al. (2012), que evidenciam que a QDV não está relacionada com o climatério, mas com a prática de exercício físico, peso estável e com níveis de escolaridade elevado.

Os resultados divergentes em diferentes estudos podem ser explicados pela mudança hormonal e pela perda progressiva da função ovárica, que conduzem a uma panóplia de alterações e sintomas de carácter multiorgânico que a curto, médio ou a longo prazo, interferem na QDV feminina, afetando a saúde física, mental, bem como a atividade quotidiana, ao nível laboral, relacional e afetivo (Schindler, 2006).

Nesta etapa, a mulher manifesta vários sinais e sintomas característicos que podem comprometer a sua QDV, nomeadamente: problema de sono, alterações vasomotoras, perturbações de humor, atrofia geniturinária osteoporose, entre outros (Moraes, Vandenberghe & Silveira, 2007; Bacelar-Antunes, 2005). Contudo, devemos ter em conta que várias manifestações clínicas e a sua gravidade variam de mulher para mulher, sendo influenciadas por fatores biopsicossociais que determinam o impacto

deste período de mudança na mulher que experiencia este período (Nappi & Lachowsky, 2009).

De modo geral, estes resultados contrariam algumas sugestões da literatura. Este facto pode dever-se à nossa amostra ser maioritariamente jovem e instruída. A idade é um fator importante, uma vez que a experiência menopausal varia com a idade em que os sintomas começam a ser percebidos pela mulher, por sua vez, mulheres mais instruídas irão perceber e atuar mais rapidamente nos sintomas que comprometam a sua QDV (Filho & Costa, 2007; Laumann *et al.*, 1999; Rosen *et al.*, 1993).

O **segundo objetivo** implicava caracterizar a satisfação sexual em mulheres no climatério. Os principais resultados encontrados revelam que é nas subescalas Anorgasmia e Vaginismo que as mulheres relatam mais insatisfação sexual em comparação com as sub-escalas Não Comunicação e Não Actividade, em relação às quais, se afirmam mais satisfeitas. Relativamente ao Total podemos verificar que as mulheres se encontram satisfeitas sexualmente. Este resultado vai ao encontro de estudos levados a cabo por Woloski-Wruble *et al.* (2010) e Hawton, Gath e Day (1994), que referem que a satisfação sexual pode manter-se elevada durante a transição menopausica. Contudo, existem estudos que não corroboram totalmente estes resultados. Nappi e Lachowsky (2009), *p.e.*, referem que as mulheres que se encontram no climatério sentem insatisfação sexual.

Relativamente aos valores das subescalas Anorgasmia e Vaginismo, pode-se referir que estes resultados poderão estar intimamente ligados à idade da amostra, pois Laumann, Paik e Rosen (1999), mencionam que à medida que a idade vai aumentando existe uma tendência para a diminuição orgásmica. No que diz respeito à subescala Vaginismo poderá estar relacionada com a fase do climatério que a mulher se encontra, pois para Catão (2008), as mulheres que se encontram na fase pós-menopausa apresentam vaginismo em comparação com as mulheres na perimenopausa.

Paralelamente, a nossa amostra demonstrou melhores resultados nas subescalas Não Comunicação e Não Actividade o que poderá refletir que as mulheres inquiridas possuem uma boa capacidade de comunicação com o companheiro, procuram intimidade e

poderá existir atração erótica entre o casal (Catão, 2008). Poderá também estar relacionado com uma boa intimidade emocional, uma vez que, para a mulher é necessário, primeiramente, uma intimidade emocional para “construir” uma ligação íntima (Catão, 2008).

No entanto, os resultados deste estudo podem dever-se a inúmeros fatores. As mulheres inquiridas no presente estudo, revelam-se sexualmente satisfeitas, este resultado poderá dever-se ao facto de se sentirem satisfação marital (Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland 1993). Em contrapartida, os conflitos não resolvidos, a distância emocional experienciadas pelos parceiros ou o facto da pessoa não se sentir amada pode afetar a satisfação sexual (Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling, 1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983; Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993). Outros fatores predominantes e que podem estar relacionados com a satisfação sexual são os fatores interpessoais, isto é, “sentirem-se desejadas”, “receber atenção do parceiro”, “ser capaz de satisfazer o parceiro”, “sentir que o parceiro gosta do seu corpo” (Carvalho & Leal, 2008, p. 6); estes fatores são mais importantes para a mulher do que os fatores de funcionamento físico-sexual, daí a nossa amostra pontuar valores médios menos elevados na sub-escala Não-comunicação e similarmente valores menos elevados no Total, o que revela que existe uma boa comunicação entre o casal relativamente aos seus problemas sexuais.

Outros fatores que podem ser determinantes de satisfação sexual são a idade, as habilitações literárias e outras variáveis sociodemográficas (Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Farmer, Trapnell, & Meston 2009; Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann 1993; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Hawton, Gath, & Day, 1994). Desta forma, será discutido de seguida se as variáveis sociodemográficas estarão relacionadas com a satisfação sexual das mulheres estudadas.

O **terceiro objetivo** consistiu em analisar se existem diferenças entre as mulheres de diferentes idades quanto à satisfação sexual. Embora não se encontrem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Não Atividade, Insatisfação, Evitamento e Total, a tendência é que de acordo com os resultados obtidos nas subescalas Não comunicação, Não sensualidade, Anorgasmia e Vaginismo (escalas em que existe

diferenças estatisticamente significativas) é o grupo das mulheres mais velhas, dos 49 aos 64, que apresentam-se mais insatisfeitas sexualmente, do que o grupo das mulheres dos 40 aos 48 anos. Este resultado sugere concordância com alguns dos estudos que referem tendência para a diminuição das experiências sexuais satisfatórias com o aumento da idade (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Pechorro, 2006; Deeks & McCabe, 2001; Fugl-Meyer e Sjögren Fugl-Meyer, 1999). À semelhança do estudo de Laumann, Paik e Rosen (1999), o presente estudo mostrou que existe uma tendência para a diminuição orgásmica com o aumento da idade.

Contudo, os resultados não significativos nas subescalas Não atividade, Insatisfação, Evitamento e na escala Total apontam de certa maneira para resultados obtidos por Hisasue et al (2005), que não encontraram nenhuma relação entre a satisfação sexual e a idade. No entanto, como podemos verificar na maioria dos estudos analisados, e no presente estudo, é notório que são as mulheres mais velhas que se sentem mais insatisfeitas sexualmente (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Pechorro, 2006; Deeks & McCabe, 2001; Fugl-Meyer e Sjögren Fugl-Meyer, 1999).

De acordo com o nosso estudo, nas mulheres, a satisfação sexual tende a diminuir conforme a idade vai aumentando, e esta diminuição pode estar relacionada com a ausência de um parceiro funcional (Vilarinho, 2010). Há medida que a mulher vai envelhecendo, o seu corpo sofre alterações, o que despoleta na mulher uma mescla de sentimentos negativos relativamente à apreciação que faz acerca de si próprias, do seu corpo e da sua vida em geral (Andersen & Cyranowski, 1998), como também da autoestima sexual, ou seja, a imagem que a mulher tem de si enquanto ser sexual parece estar intimamente ligada à satisfação sexual (Hurlbert et al. & Offman, 2007). O que poderá explicar, o facto de existir diferenças estatisticamente significativas relativamente à subescala Não sensualidade, isto é, a mulher poderá perder o desejo de tocar e ser tocada devido aos fatores mencionados.

Outro fator que pode estar intimamente ligado com a idade é a existência de perturbações genitourinárias, que surgem, também, devido ao hipoestrogenismo que vai aumentando à medida que a mulher vai envelhecendo e que despoleta uma série de complicações a nível genital, como, por exemplo, o vaginismo, diminuição de

lubrificação, dispareunia, anorgasmia, entre outros, que fazem com que a mulher se sinta menos satisfeita sexualmente devido a estas complicações que surgem com a idade (Bacelar-Antunes, 2005; Northrup, 2009; Silva et al., 2009).

O facto das mulheres mais velhas se sentirem mais insatisfeitas na subescala Não Comunicação, poderá estar relacionado com falta de partilha da intimidade sexual com o parceiro e por conseguinte serem mulheres com menor satisfação sexual, Anorgasmia, Vaginismo e Não-Sensualidade, derivado às suas crenças disfuncionais nesta temática (Vilarinho, 2010).

No que diz respeito ao **quarto objetivo**, analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes estados civis quanto à satisfação sexual, embora não haja diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Não atividade, Não comunicação, Evitamento e Não sensualidade os principais resultados obtidos nas subescalas Insatisfação, Anorgasmia, Vaginismo e no Total, mostram e apontam diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com parceiro e as mulheres sem parceiro (relembra-se no entanto que a informação sobre o estado civil não dá a certeza absoluta sobre a existência ou não de parceiro), sendo que as primeiras apresentaram níveis significativamente superiores de satisfação sexual. Estes resultados vão ao encontro dos estudos que assinalam que as mulheres com parceiro sentem-se mais satisfeitas sexualmente em caparação com as mulheres sem parceiro (Barrientos & Páez, 2006; Ashdown et al, 2011).

Para entender a sexualidade no casal, é necessário ter em atenção três aspetos importantes, 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 (López & Fuertes, 1999).

Pechorro et al. (2009), por outro lado, acrescentam, duas dimensões: satisfação sexual geral (relativa à satisfação da mulher com os tipos e frequência dos seus comportamentos sexuais), e satisfação com o seu companheiro. Desta forma, a satisfação engloba uma componente pessoal e uma componente interpessoal, e que depende dos desejos da pessoa por determinados tipos e frequências de atividades

sexuais, e tipos e comportamentos de companheiros (Pechorro et al., 2009). De acordo com a revisão bibliográfica realizada, verificamos, numa forma geral que a satisfação sexual esta estritamente relacionada com a satisfação conjugal (Pechorro et al., 2009). Portanto as mulheres que referem estar satisfeitas com os seus relacionamentos conjugais também mencionam estar satisfeitas com os seus relacionamentos sexuais (Delamater, 1991, citado por Pechorro et al., 2009).

As mulheres com insatisfação sexual mencionam que é devido à qualidade emocional das interações sexuais, como: terem menos carinho, afeição e menos amor (Delamater, 1991, citado por Pechorro et al., 2009). Desta forma, a mulher evidencia maior satisfação sexual através da intimidade com o companheiro (e.g. os aspetos emocionais e interpessoais da atividade sexual), mesmo que tal não inclua o prazer orgásmico (Delamater, 1991, citado por Pechorro et al., 2009; Young, et al., 2000).

No entanto, nos 2 scores (Anorgasmia e Vaginismo) não foi encontrada literatura neste sentido, em futuros estudos seria importante analisar estes valores.

Com o **quinto objetivo** pretendemos analisar se existem diferenças entre as mulheres com diferentes níveis de escolaridade quanto à satisfação sexual. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas do inventário de satisfação sexual, excepto na subescala Evitamento. Com o nosso estudo observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados os valores de satisfação sexual, tendência que tem vindo a ser sublinhada por diversos estudos (Laumann et al., 1999; Barrientos & Páez, 2006; Vilarinho, 2010).

Este resultado pode estar relacionado com o facto das mulheres mais instruídas, de modo geral, usufruírem, presumivelmente, de mais informação relativamente à sua resposta sexual, possuírem mais recursos, quer em termos de Internet, quer através de bibliografia, na medida em que apresentem dificuldades ou simplesmente procurem incrementar a qualidade e riqueza das suas experiências sexuais (Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993). Esta instrução acaba por libertar estas mulheres de crenças disfuncionais em matéria de sexualidade (Catão, 2008), facilitando a comunicação entre o casal e a partilha com o seu companheiro das vicissitudes da relação sexual.

Em relação à subescala Evitamento, podemos referir que embora as mulheres mais instruídas tenham mais informação, no entanto se evitam a relação sexual tal como as mulheres menos instruídas talvez percecionem esta subescala em específico da mesma forma. Contudo, não foi encontrada literatura no sentido de reflectir sobre o porque de não haver diferenças, neste sentido, em estudo futuros será importante explorar este resultado. Contudo não foi encontrada literatura neste sentido, em estudo futuros será importante explorar este resultado.

Relativamente ao **sexto objetivo**, analisamos se existem diferenças entre as mulheres que tomam e as que não tomam medicamentos quanto à satisfação sexual. Concluímos que são as mulheres que tomam medicamentos que estão mais insatisfeitas ao nível sexual, relativamente às mulheres que não tomam medicação. Foram encontradas protanto diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: Não comunicação, Insatisfação, Anorgasmia e Total. Relativamente à subescala Não comunicação não foi encontrada literatura nesse sentido. Os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados anteriormente revistos por Allahdadi, Tostes e Webb (2009); Michelson, Bancroft, Targum, Kim e Tepner, (2000); Redelman (2010); Michelson e Bancroft, (2000) e Montgomery, Baldwin, e Riley (2002). À semelhança do estudo de Catão (2008) verificamos que são as mulheres que não fazem medicação que tem maior ausência de Vaginismo, quando comparadas com aquelas que fazem medicação (embora a diferença não atinga a significância estatística) Verificamos, ainda, que são as mulheres que não fazem medicação que apresentam maiores indicadores de orgasmo, quando comparadas com aquelas que utilizam medicação, resultados que vão ao encontro dos referidos no estudo de Catão (2008).

Alguns autores referem que existe medicação que, pelos seus efeitos secundários, pode relacionar-se com problemas sexuais, como é o caso dos antidepressivos ou anti-hipertensores (Arrington et al., 2004, citado por Vilarinho, 2010; Croog et al., 1986, citado por Vilarinho, 2010; Townsend, 2006, citado por Vilarinho, 2010). Outros fármacos que podem interferir com a resposta sexual feminina são os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, antidepressivos heterocíclicos, agentes bloqueadores de dopamina, anti hipertensores, narcóticos e sedativos hipnóticos (Clayton & Shen, 1998; Hale et al., 2005; Taylor, Rudkin, & Hawton, 2005).

O **sétimo objetivo** propunha analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à satisfação sexual. Os resultados revelaram que são as mulheres na fase da pós-menopausa em comparação com as mulheres na fase da perimenopausa as que se encontram menos satisfeitas sexualmente, tal como outros estudos assinalara (Mishra & Kuh, 2006; Barentsen et al., 2001). Foram encontradas portanto diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: Insatisfação, Evitamento, Não Sensualidade, Amorgasmia, Vaginismo e total, contudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas: Não comunicação e Não atividade, no entanto, não foi encontrada literatura neste sentido, seria importante explorar em futuros estudos. À semelhança do estudo de Catão (2008), o presente estudo mostrou que a ausência de Vaginismo é mais evidente nas mulheres da perimenopausa do que naquelas que se encontram na pós-menopausa.

Mishra e Kuh (2006) referem que a mulher que se encontra na fase de pós-menopausa apresenta um declínio na satisfação sexual, que pode ser consequência de sintomatologia psicológica (e.g., consumo de tabaco e vida percecionada como stressante), bem como sintomas somáticos, suores frios e secura vaginal.

Para Dundon e Rellini (2010) os sintomas menopáusicos são muito importantes, juntamente com o bem-estar psicológico, enquanto preditores da satisfação sexual, nesta fase do climatério.

Outro fator que pode ser justificativo deste resultado poderá ter a ver com o facto de a mulher nesta fase percecionar algumas expectativas negativas referentes a esta fase do seu ciclo de vida (Hayslip & Panek, 1993, citado por Catão, 2007), ou ainda devido às perturbações neurovegetativas (calores) e às perturbações genitourinárias (Bacelar-Antunes, 2005).

Na fase pós-menopausa, as mulheres apresentam queixas como a dispareunia, diminuição da lubrificação, ardência pós-coital, anorgasmia, vaginismo (Bacelar-Antunes, 2005). Referem, também, a existência de uma diminuição do prazer sexual e até mesmo a ocorrência de uma impossibilidade da sua realização (Bacelar-Antunes, 2005). Todas estas queixas culminam em relações sexuais difíceis e dolorosas e a

mulher perante esta eventualidade inibe-se pelo facto de não retirar satisfação nas suas práticas sexuais (Bacelar-Antunes, 2005).

No que concerne ao **oitavo objetivo** pretendemos analisar se existem diferenças entre as mulheres em diferentes fases do climatério quanto à QDV. Os resultados demonstraram que são as mulheres na fase da perimenopausa aquelas que tinham melhor QDV, o que acaba por ir ao encontro dos estudos realizados por Nisar e Sohoo (2010), que evidenciara que são as mulheres na pós-menopausa que apresentam valores inferiores de QDV, nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiental relativamente às mulheres na perimenopausa, no presente estudo só se verificou diferenças estatisticamente significativas no domínio físico e domínio de relações sociais. Ou seja, embora nos outros domínios não se apresentem resultados estatisticamente significativos, o domínio físico e domínio de relações sociais apontam para q que as mulheres na fase da perimenopausa são as que têm melhor qualidade de vida.

Um estudo de Moilanen, Aalto, Raitanen, Hemminki, Aro e Luoto (2012) não corrobora o que foi mencionado anteriormente, salientando que a melhoria da QDV está relacionada com a atividade física, peso estável e com níveis de escolaridade mais elevados, mas não com as mudanças das diferentes fases do climatério.

Para Nisar e Sohoo (2010), a diminuição da qualidade de vida à medida que a mulher vai envelhecendo está relacionada não só com os sintomas menopáusicos desta fase (e.g., afrontamentos, insónias, atrofia genitourinária), mas também com o envelhecimento, com a frequência cada vez maior de doenças crónicas, como também o isolamento social, todos estes fatores poderão ter um impacto negativo na QDV da mulher no climatério (Blake, 2006; Bacelar-Antunes, 2005; Chaby, 2005; Stearns et al., 2002).

De Lorenzi et al. (2005) acrescentam alguns condicionamentos que poderão estar associados à QDV da mulher no climatério, como, por exemplo, a condição física e emocional, a inserção social, a influência das atitudes, experiências frente a eventos vitais e a perceção que a mulher tem relativamente à menopausa na QDV. Favarato e

Aldrighi (2001) acrescentam a doença coronariopatia, que interfere na QDV, limitando o desempenho das atividades da vida diária, capacidades físicas e intensificando as dificuldades emocionais comuns em mulheres pós-menopáusicas.

É importante referir que, para haver uma melhoria da QDV na fase pós-menopausa, é necessário dar importância a um estilo de vida saudável, à condição de saúde e bem-estar, sentir-se bem com o seu “self” e com a vida, isto é, saber gerir as realizações e frustrações, enfrentar as dificuldades e manter-se emocionalmente equilibrada para promover um equilíbrio emocional e garantir a QDV (Freitas, Silva, & Silva, 2004).

É necessário ter em atenção o facto de o número de participantes na fase perimenopausa ser muito superior ao número de participantes na fase pós-menopausa, o que nos sugere prudência na interpretação destes resultados.

Por fim, verificar se existe relação entre a QDV e a satisfação sexual em mulheres no climatério constituiu-se o **nono objetivo** deste estudo. Os resultados a este nível revelam que quanto melhor for a QDV maior será a satisfação sexual das mulheres no climatério. Os resultados obtidos vão ao encontro de estudo realizados por Basson (2006), citado por Brito & Makiana (2008), Silva (2008); Pais-Ribeiro e Raimundo (2005), Senra (2012), Bertan e Castro (2010) e Vilarinho (2010).

De facto existem fatores que estão diretamente ou indiretamente relacionados com estas duas variáveis, são eles: a reposição hormonal, aspetos psicossociais, afetividade e a satisfação conjugal (Brito & Makiana, 2008).

Cabra et al., (2012), mencionam por exemplo, que os sintomas climatérios influenciam a QDV das mulheres, sendo a satisfação sexual um marcador indispensável do bem-estar feminino, ao afetar a sexualidade, está comitantemente a comprometer a QDV das mulheres.

Bertan e Castro (2010) vão ao encontro dos resultados da nossa investigação e referem que a satisfação sexual é um aspeto importante da vida do indivíduo que deve ser considerada quando se avalia a sua QDV (Bertan & Castro, 2010).

Na revisão da literatura verificamos alguns condicionamentos como, incontinência urinária, doença arterial coronária, até mesmo o cancro, que poderão estar associados à baixa QDV e conseqüentemente poderão ter impacto negativo na satisfação sexual (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005; Silva, 2008; Bertan & Castro, 2010; Souza, 2010; Senra,2012). São alguns fatores que poderão estar na base da relação entre estas duas variáveis.

## Conclusão

O climatério pode ser interpretado como um processo de transformações físicas e emocionais. Esta fase na vida da mulher é influenciada por múltiplos fatores: a cultura, os costumes, o ambiente onde está inserida e também pela sua história de vida pessoal e familiar e por particularidades pessoais e pelo psiquismo (Freitas, Silva, & Silva, 2004). Contudo, é um conjunto de construções/ representações sociais sobre a capacidade reprodutiva, a menstruação, a fertilidade, a sexualidade e o envelhecimento que influenciam a vivência do climatério e não somente as características do próprio acontecimento (Pelcastre-Villafuerte, Garrido-Latorre, & León-Reyes, 2001).

O presente estudo teve como objetivo avaliar a satisfação sexual e a QDV da mulher no climatério.

Relativamente aos objetivos inicialmente propostos e que orientaram a presente investigação, pensamos que foram atingidos, na medida em que ficou clara a relação entre as variáveis satisfação sexual e QDV, bem como as variações destes dois construtos em função de variáveis como a idade, estado civil, escolaridade, fases do climatério e medicação.

Podemos referir, de uma forma geral, que foram encontrados os seguintes resultados:

- No geral, as mulheres no climatério consideravam possuir uma QDV moderada, sendo os domínios relações Sociais e Psicológico os mais pontuados/ “melhores”;
- As mulheres, no geral, sentiam-se satisfeitas sexualmente, tendo pontuações mais elevadas nas subescalas Não comunicação e Não atividade;
- As mulheres mais velhas, dos 49 aos 64, apresentaram-se mais insatisfeitas sexualmente, relativamente ao grupo das mulheres, dos 40 aos 48 anos;
- As mulheres com parceiro evidenciaram estar mais satisfeitas sexualmente, comparativamente com as mulheres sem parceiro;
- As mulheres com níveis de escolaridade mais altos sentiam-se mais satisfeitas sexualmente, em comparação com as mulheres menos instruídas;

- As mulheres que tomavam medicamentos referiram sentir-se mais insatisfeitas sexualmente, relativamente às mulheres que não tomavam medicação.
- As mulheres na pós-menopausa, em comparação com as mulheres na fase da perimenopausa encontravam-se menos satisfeitas sexualmente.
- Eram as mulheres na fase da perimenopausa aquelas que tinham melhor QDV, em comparação com as mulheres na pós-menopausa;
- Concluímos ainda que, quanto melhor QDV maior a satisfação sexual das mulheres no climatério.

Os principais resultados desta investigação, realizada a partir de uma amostra de 100 participantes, apoiaram, em geral, as predições deste estudo e mostraram-se consistentes com as pesquisas previamente elaboradas nesta área. Além disso, permitiram observar a associação entre as variáveis QDV e satisfação sexual, indicando que quanto melhor for a QDV, maior será a satisfação sexual.

Não obstante, após a reflexão sobre estes resultados e a análise dos resultados encontrados na literatura, pode-se utilizar esta informação a nível preventivo, uma vez que na administração dos questionários verificou-se que as mulheres encontravam-se pouco informadas relativamente às fases do climatério. Deste modo seria pertinente, através de uma psicoeducação, realizada nas consultas de especialidade, por panfletos, ou até mesmo ações de formação esclarecer/informar, preparar e apoiar, quer psicologicamente, quer fisicamente, as mulheres para esta nova etapa de vida e efetivamente, por conseguinte explorar formas alternativas de promover a sua QDV. Assim sendo, era importante uma abordagem multidisciplinar (e.g., médicos ginecologistas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros) para a criação de programas de intervenção na saúde, envolvendo a mulher em consultas de terapia individual ou em grupo, terapia de casal ou familiar.

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

Uma das limitações deste estudo refere-se ao tamanho reduzido da amostra, bem como a sua heterogeneidade, impossibilitando as generalizações. Seria pertinente em futuros estudos a amplificação da amostra, bem como uma amostra/grupos mais homogêneos no que concerne à idade; estado civil; fases da menopausa, visando a criação de planos de intervenção junto das mulheres no climatério.

A natureza transversal desta investigação impõe que as conclusões retiradas sobre a QDV e a satisfação sexual na mulher no climatério sejam compreendidas no seu contexto estatístico limitado. A realização de um estudo longitudinal permitiria acompanhar as mulheres antes de entrarem na pré-menopausa até à pós-menopausa para verificar qual a relação entre as variáveis mencionadas ao longo do estudo.

O fato do protocolo ser de autoadministração, pode indicar uma determinada vulnerabilidade a enviesamentos, como, por exemplo, a resposta ao acaso (e.g., escolher sempre a alternativa central, ou os dois extremos alternadamente), ou a tendência central (e.g., utilização da alternativa central) (Morreira, 2004). Estes dois estilos de resposta poderiam acontecer maioritariamente no inventário de satisfação sexual, uma vez que algumas questões são de difícil compreensão e ambíguas.

Para ir de encontro a um dos objetivos do presente estudo foi necessário recorrer a testes não paramétricos, devido à existência de uma grande diferença no número de sujeitos dos grupos estado civil. A utilização destes testes é uma desvantagem, pois não encontram tantas diferenças entre os dados, quando realmente existem. Para usarmos os testes paramétricos era necessário aumentar o número de participantes nos restantes grupos.

Depois de explorada esta temática surgem novas ideias que poderiam ser úteis para futuras investigações. Seria então pertinente explorar outras variáveis importantes, e que segundo a literatura se encontram relacionados com a satisfação sexual e a QDV, destacando-se a religião; sintomas menopáusicos; meio de residência; doenças; atividade física, auto-estima, qualidade do relacionamento conjugal, bem como o funcionamento sexual dos cônjuges.

Outra sugestão refere-se à análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e a QDV, uma vez que relativamente a este grupo “etário” os estudos podem ser escassos.

A realização desta investigação foi muito gratificante, nomeadamente derivado do facto desta temática ser, tanto quanto possível aprofundar, pouco abordada nas investigações em Portugal, o que acaba por constituir um aspeto inovador e diferenciador. Contudo, devido a este aspeto foi um desafio a realização desta investigação devido à escassez de bibliografia que envolvesse a QDV e a satisfação sexual, que exigiu da nossa parte empenho e dedicação relativamente à exploração desta temática, que por si só contribui de forma positiva para o enriquecimento académico e pessoal.

Deste modo, parece-nos evidente a necessidade de se fazer mais investigação nesta área, de forma a que os resultados obtidos ajudem na adaptação da mulher nesta fase de desenvolvimento, na promoção de uma vida sexualmente satisfatória e com repercussões na (boa) QDV.

## Referências Bibliográfica

- AdeKunle, A. O., Fawole, A.O., & Okunlola, M.A. (2000). Perceptions and Attitudes of Nigerian Women about the Menopause. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 20(5), 525-530.
- Ahmadi, K., Azad-Marzabadi, E. & Ashrafi, S. M. N. (2008). The Influence of Religiosity on Marital Satisfaction. *Journal of Social Sciences*, 4(2), 103-110.
- Aldrighi, J., Aldrighi C. & Aldrighi, A. (2002). Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med*, 59(4),15-21.
- Alexander, J., Dennerstein, L., Woods, N., Kotz, K., Halbreich, U., Burt, V., & Richardson, G. (2007). Neurobehavioral impact of menopause on mood. *Expert Rev Neurother*, 7(11), 81-91.
- Allahdadi, K., Tostes, R. & Webb, R. (2009). Female sexual dysfunction: Therapeutic options and experimental challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry*, 7(4), 260-269.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, M., Silva, M. & Araújo, M. (1998). Grupo vida: adaptação bem-sucedida e envelhecimento feliz. *RASPP*, 1(2), 23-28.
- 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).
- Andersen, B. & Cyranowski, J. (1998). Women's sexuality: Behaviors, responses, and individual differences. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(6), 891-906.

- Antunes, S., Marcelino, O., & Aguiar, T. (2003). Fisiopatologia da menopausa, *Rev Port Clin Geral*, 19, 353-7.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Araújo, M. (2009). Envelhecimento: afetividade, sexualidade e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 20(1), 150-159.
- Aron, A. & Henkemeyer, L. (1995). Marital satisfaction and passionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(1), 139-146.
- Ashdown, B., Hackathorn, J. & Clark, E. (2011). In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences*, 2(1), 40-57.
- Avis, N. E., & McKinlay, S. M. (1991). A longitudinal analysis of women's attitudes towards the menopause: Results from the Massachusetts women's health study. *Maturitas*, 13, 65-79.
- Avis, N., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C. & Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, 7(5), 297-309.
- Bacelar-Antunes, A. (2005). *Como viver a sua menopausa*. Gondomar: Xerazade.
- Bancroft, J., Loftus, J. & Long, J. (2003). Distress about sex: A national survey on women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193- 208.
- Barrientos, J. & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-368.

- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., et al (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 24-34.
- Bee, H. (1997) *O ciclo vital*. Porto alegre: artes médicas.
- Bertan, F. & Castro, E. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Revista salud & sociedad*, 1(2), 76 – 088.
- Blake, J. (2006). Menopause: evidence-based practice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 20(6), 799-839.
- Blumel, J., Castelo-Branco, C., Binfa, L., Gramegna, G., Tacla, X., Aracena, B., Cumsille, M. & Sanjuan, A. (2000). Quality of life after the menopause:a population study. *Maturitas*, 34(1), 17-23.
- Boro, A. & Haut, S. (2003). Medical comorbidities in the treatment of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(2), 2-12.
- Bottel, M. L., Domínguez, S. V. & Piñero, J. P. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa del climaterio (II). *Revista Cubana Obstet Ginecol*, 27(1), 22-27.
- Brito, N., Tavares, N., Macedo, L. & Gonçalves, B. (2010). Avaliação da qualidade de vida de pacientes climatéricas em uma unidade de saúde. *Rev para med*. 23(2), 1-7.
- Brito, R. & Makiama, S. (2008). Terapia de Reposição Hormonal e Qualidade da Vida Sexual de Mulheres no Climatério. *Interação em Psicologia*, 12(2), 245-253.
- Bromberger, J., Matthews, K., Kullerm, L., Wingm, R., Meilahnm, E.,& Plantinga P. (1997). Prospective study of the determinants of age at menopause. *Am J. Epidemiol*, 145(2), 124-133.

- Bromberger, J., Meyer, P., Kravitz, H., Sommer, B., Cordal, A., Powell, L., Ganz, P., & Sutton-Tyrrell, L. (2002). Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health, 91*(9), 1435-1442.
- Brown, J. P., Gallicchio, L., Flaws, J. A. & Tracy, J. K. (2009). Relations among menopausal symptoms, sleep disturbance and depressive symptoms in midlife. *Maturitas, 62*(2), 184-189.
- Bullinger, M. Anderson, R. & Cella D. (1993). Developing and a evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Research, 2*(6), 451-459.
- Byers, E. S. & Demmons, S. (1999). Sexual Satisfaction and Sexual Self-Disclosure Within Dating Relationships. *Journal of Sex Research*. Disponível em [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m2372/is\\_2\\_36/ai\\_54882520/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_2_36/ai_54882520/). Consultado a 12 de Janeiro de 2013.
- Cabra,P., Canário, A., Spyrides,M., Uchôa,S., Júnior, J., Amaral, A. & Gonçalves, A. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet, 34*(7), 329-34.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Medical Ethics Journal, 10*(3), 124-127.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Orgs.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. in L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica*.

- Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade masculina pós-lesão vertebro-medular*. Dissertação de Doutoramento em Medicina, não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto.
- Carvalheira, A. & Leal, I. (2008). Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Rev Int Androl*, 6(1),3-7.
- Catão, L. I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia-idade: Avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia de Licenciatura em Psicologia, não publicada. Universidade Fernando Pessoa: Porto.
- Chaby, L. (1995). *A Menopausa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Chang, S., Fine, R., Siegel, D., Chesney, M., Black, D. & Hulley, S. (1991). The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Archives of Internal Medicine*, 151(12), 2402-2408.
- Chornesky, A. (1998). Multicultural Perspectives on Menopause and the Climacteric. *Journal of Women & Social Work*, 13(1), 31-47.
- Christopher, F. & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 999-1017.
- Clayton, D., & Shen, W. (1998). Psychotropic drug-induced sexual function disorders: Diagnosis, incidence and management. *Drug Safety*, 19(4), 299-312.
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry*, 63(4), 385-390.

- Costa, J. (2010). *Qualidade de vida na mulher em quimioterapia por cancro da mama: estudo Prospetivo*, dissertação de mestrado para obtenção do grau de mestre em oncologia, não publicada. Universidade do porto: Porto.
- Costa, J., Melo, A., Perfeito, A., Castro, A., Morgado, A., Gomes, A., et al. (2006). *Dicionário da Língua Portuguesa 2006*. Porto: Porto Editora.
- Couvreur, C. (1999). *Qualidade de vida arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.
- Craig, G., & Baucum, D. (2002). *Human development*. (9th ed.). New jersey: prentice hall.
- Cramer, D., & Xu, H. (1996). Predicting age at menopause. *Maturitas*, 23 (3), 319-326.
- Davidson, J. & Darling, C. (1988). The sexually-experienced woman: Multiple sex partners and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research*, 24, 141–154. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375641>. Consultado a 9 de Janeiro de 2013.
- Davidson, J., Darling, C. & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behaviour and sexual satisfaction revisited. *The Journal of Sex Research*, 32(3), 235-243.
- Davis, J. & Petretic-Jackson, P. (2000). The impact of childhood sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.
- De Lorenzi, D, Baracat, E., Saciloto B. & Padilha, Jr. I. (2006) Fatores Associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras*, 52(5), 312-317.
- De Lorenzi, D., Catan, L., Cusin, T., Felini, R., Bassani, F. & Arpini (2009). Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da região sul. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 9(4), 459-466.

- De Lorenzi, D., Catan, L., Moreira, K. & Ártico, G. (2009). Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Rev. bras. Enferm*, 62(2), 287-293.
- De Lorenzi, D., Danelon, C., Saciloto, B. & Padilha, I. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 27(1), 7-11.
- Deeks, A. A. (2004). Is this menopause? Women in midlife – psychological issues. *Australian Family Physician*, 33(11), 889-893.
- Deeks, A., & McCabe, M. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *The Journal of Sex Research*, 38(3), 219-225.
- Delanoe, D. (1997). Les Représentations de la Ménopause: un enjeu des rapports sociaux d'âge et de sexe. *Contraceptilite Fertilité Sexualite*, 25(11), 853-860.
- Dennerstein, L., Dudley, E. & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76(3), 456-460.
- Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe, J., Dudley, E., & Burger, H. (2002) Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril*, 77(4), 42-8.
- Donnelly, D. (1993). Sexually inactive marriages. *Journal of Sex Research*, 30(2), 171-179. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3812615?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21101555932751>. Consultado a 9 de Janeiro de 2013.
- Duarte, C., Santos, C. & Gonçalves, A. (2002). A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, 23(3), 35-48.
- Duncan, L., Lewis, C., Smith, C., Jenkins, P., Nichols, M. & Pearson, T. (2001). Sex, drugs, and hypertension: A methodological approach for studying a sensitive subject. *International Journal of Impotence Research*, 13(1), 31-40.

- Dundon, C. & Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 896-904.
- Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia*, 19(1-2), 19-38.
- Fagulha, T., Duarte, M. E. & Miranda, M. J. (2000). A “ qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica?. *Psychologica*, 25, 5-17.
- Farmer, M., Trapnell, P. & Meston, C. (2009). The relation between sexual behavior and religiosity subtypes: A test of the secularization hypothesis. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 852-865.
- Favarato, M. & Aldrighi, J. (2001). A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. *Rev Ass Med Brasil*, 47(4), 339-45.
- Fernandes, A. L. R. V. (2007). *Sexualidade em mulheres entre 40 e 65 anos e com onze anos ou mais de escolaridade: estudo de base populacional*. Tese de Doutorado em Tocoginecologia, não publicada. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas: São Paulo.
- 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).
- Ferreira, F. X. (2008). *Sexualidade na menopausa: Um estudo exploratório*. Monografia em psicologia, não publicada. Universidade do Vale do Itajaí: Santa Catarina.
- Fiedler, P.T. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Dissertação de Doutorado, não publicada. Universidade de São Paulo: São Paulo.

- Filho, C., & Papaléo N. (1994) *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu.
- Filho, E. & Costa, A. (2008). Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(3), 113-120.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 33-38. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci\\_artext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232000000100004&script=sci_artext) [Consultado em 17/03/2012].
- Fleck, M.P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 21(1), 19-28.
- Fontaine, K. R. & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2(3), 173-182.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação da concepção à realidade*. Lisboa: Lusociência.
- Freitas, F. (2010). *Rotinas em Ginecologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, K., Silva, A. & Silva R. (2004). Mulheres vivenciando o climatérico. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 121-128.
- Fugl-Meyer, A. & Sjögren Fugl-Meyer, K. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487– 493.

- Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Gannon, L. & Ekstrom, B. (1993). Attitudes toward menopause: The influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 275-288.
- Genazzani, A, Gambacciani, M. & Simoncini, T. (2007). Menopausia y envejecimiento, calidad de vida y sexualidad. Declaración de posición del taller de expertos de la Sociedad Internacional de Menopausia. *Revista del climaterio*, 11(61), 32-42.
- Gil-Antuñano, S. (2000). *Menopausia? 100 Perguntas más frecuentes*. Madrid: EDIMSA.
- Ginsburg, J. (1991). What determines the age at the menopause? *British Medical Journal*, 302(6788) 1288-1289.
- Golombok, S. & Rust, J. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Gonçalves, A., Canário, A., Cabral, P., Silva, R., Spyrides, M., Giraldo, P. & Jr. J. (2011). Impacto da atividade física na qualidade de vida de mulheres de meia-idade: estudo de base populacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33(12), 408-413.
- Gott M, & Hinchliff S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract*, 20(6), 690-695.
- Grimm, R., Gandits, G. & Prineas, R. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of mild hypertension study. *Hypertension*, 29(1), 8-14.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. (1997). Correlates of Increased Sexual Satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.

- Hale, T., Hannan, J., Heaton, J., & Adams, M. (2005). Common therapeutic strategies in the management of sexual dysfunction and cardiovascular disease. *Current Drug Targets . Cardiovascular & Haematological Disorders*, 5(2), 185-195.
- Hawton, K., Gath, D. & Day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynaecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, 23(4), 375-395.
- Hays, J., Ockene, J. K., Brunner, R. L., Kotchen, J. M., Manson, J. E., Patterson, R. E., Aragaki, A. K., Shumaker, S. A., Brzyski, R. G., Lacroix, A. Z., Granek, I. A. & Valania, B. (2003). Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *New England Journal of Medicine*, 348(9), 1839-1854.
- Henderson-King, D. & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social & Personal Relationships*, 11(4), 509-534.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., Sato, Y., Masumori, N., Horita, H., Kato, R., Kobayashi, K., Hashimoto, K., Yamashita, N. & Itoh, N. (2005). Prevalence of Female Sexual Dysfunction Symptoms and its Relationship to Quality of Life: A Japanese Female Cohort Study. *Urology*, 65, 143-148.
- Huffman, S., & Myers, J. (1999). Counseling women in midlife: an integrative approach to menopause. *Journal of Counseling & Development*, 77(3), 258-266.
- Huget, P. R., Morais, S. M., Osis, M. J. D., Pinto-Neto, A. M. & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67.
- Hunter, M. S. (1990). Somatic experience of the menopause: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 52, 357-367.

- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symptoms. Psychosocial aspects. Baillieres. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7(1), 33-45.
- Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Fernandez, F., Menendez, D. & Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(1/2), 15-30.
- Keck, C. (2005). Predictive Factors to Determine Age of Onset of Menopause. *Menopause*, 3, 48-50.
- Kluthcovsky, A. & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de vida: Aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava*, 1(1), 13-15.
- Lara, L., Usechea, B., Silva, J., Ferriani, R., Reis, R., Sá, M., Carvalho, B., Carvalho, M., & Silva, A. (2009). Sexuality during the climacteric period. *Maturitas*, 62(2), 127-33.
- Laumann, E., Paik, A. & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Leydy, N. K., Revicki, D. A. & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2(3), 113-127.
- 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)

- Martins, A. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Porto.
- Meneses, F. R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa e Fundação para a Ciência e tecnologia.
- Meneses, R. F. (2005). *Promoção da Qualidade de Vida de doentes crónicos: Contributos no contexto das Epilepsias Focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Meneses, R. F., Ribeiro, J. P. & Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. I: Dificuldades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 61-88.
- Michelson, D. & Bancroft, J. (2000). Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: A randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 239.
- Michelson, D., Bancroft, J., Targum S., Kim Y. & Tepner R. (2000). Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: A randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 239-243.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência e Saúde Colectiva*, 5(1), 1-13.
- Ministério da saúde (2008). *Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa*. Brasília: Editora MS.

- Mishra, G. & Kuh, D. (2006). Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. *Menopause*, 13(6), 880-890.
- Moilanen, J., Aalto, A., Raitanen, J., Hemminki, E., Aro, A., & Luoto, A. (2012). Physical activity and change in quality of life during menopause -an 8-year follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(8), 2-7.
- Montgomery, S., Baldwin, D. & Riley, A. (2002). Antidepressant medications: A review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *Journal of Affective Disorders*, 69(3), 119-140.
- Moraes, V., Vandenberghe, L. & Silveira, N. (2007). Humor, atenção concentrada e qualidade de vida no climatério: um estudo no brasil central. *Psicologia, saúde & doenças*, 8(2), 221-237.
- Moraes, V., Vandenberghe, L. & Silveira, N. (2007). Humor, atenção concentrada e qualidade de vida no climatério: um estudo no brasil central. *Psicologia, saúde & doenças*, 8(2), 221-237.
- Moreira, J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Lisboa: Almedina.
- Mori, M. & Coelho, V. (2004). Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), pp.177-187.
- Mori, M. E. & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 177-187.
- Morokoff, P. & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research*, 30(1), 43-53.
- Murray, M. (1998). *Menopausa: uma abordagem natural*. (M. Winckler, Trad.) Rio de Janeiro: Campos (Obra original publicada em 1994).

- Nappi, R. E. & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2) 138-141.
- Nappi, R. E. (2007). New attitudes to sexuality in the menopause: clinical evaluation and diagnosis. *Climacteric*, 10(2), 105-108.
- Nappi, R., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2), 138-141.
- Nelson, H.D. (2008). Menopause. *Lancet*, 371(9614),760-770.
- Neto, J. (2002). *Mulheres no climatérico: nível de informação, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia: Ribeirão Preto.
- Nisar, N., & Sohoo, N. A. (2010). Severity of Menopausal symptoms and the quality of life at different status of Menopause: a community based survey from rural Sindh, Pakistan. *Int. J. Collaborat. Res. Internal Med Public Health*, 2(5), 118–130.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.
- Northrup, C. (2009) *Corpo de Mulher – Sabedoria de Mulher*. Lisboa: Editora Sinais de Fogo.
- Oattes, M. & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 16(3/4), 89-100.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Manuais Universitários 11. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, D. M., Jesus, M. C. P. & Merighi, M. A. B. (2008). Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 519-526.

- Oliveira, D. M., Jesus, M. C. P. & Merighi, M. A. B. (2008). Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 519-526.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Genebra: World Health Organization.
- Pais Ribeiro, J. L. (1994). A importância da Qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 2-3(12), 179-191.
- Pais Ribeiro, J. L. (2002). A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde. *Revista de Gastrenterologia & Cirurgia*, XIX(103), 159-173.
- Pais Ribeiro, J. L. (2004). Quality of Life is a Primary End-Point in Clinical Settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Palacios, S., Tobar, A., & Menendez, C. (2002). Sexuality in the climacteric years. *Maturitas*, 43(1), 69-77.
- Papalia, D., Olds, S., & Felman, R. (2000). *Desenvolvimento humano*. (D. Bueno, Trad.) (7th ed.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1998).
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida*. Lisboa: Monitor.
- Pechorro, P. (2006). *Funcionamento sexual e ciclo-devida em mulheres portuguesas*. Tese de Mestrado, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

- Pedro, L. (2010). *Implicações do otimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Lisboa: Edições Colibri.
- Pelcastre-Villafuerte, B., Garrido-Latorre, F. & León-Reyes, V. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43(5), 408-414.
- Pereira, A. (2008). *Spss guia prático de utilização análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pereira, A. M. S. & Silva, C. (2001). *Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of student's health behaviours*. In 10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching. Faro: Universidade de Algarve, Campus de Gambelas.
- Pérez, M. G., La Rosa, L. C. & Durán, R. S. P (1996). Factores que influyen en la edad de la menopausia natural. *Revista Cubana Endocrinol*, 8(3), 217-222.
- Perrocho, P., Dinis, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(XXVII):,99-108.
- Pimenta, F., Leal, I. & Branco J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3(XXV),455-466.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura, *Análise Psicológica* 3(XXV), 455-466.
- Piñero, J., Veá, H. & Despaigne, D. (2007). El climaterio y la menopausia como expresión del envejecimiento femenino. *GEROINFO*, 2(1), 1-13.
- Pinney, E., Gerrard, M. & Denney, N. (1987). The Pinney Sexual Satisfaction Inventory. *Journal of Sex Research*, 23(2), 233-251.

- Porter, C., & Rees, M. (2002). Menopause, climacteric and premature ovarian failure. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 12, 212-217.
- Redelman, M. (2010). What if the 'sexual headache' is not a joke?. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(1), 40-44.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família - perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Renaud, C., Byers, E. S., & Pan, S. (1997). Sexual and Relationship Satisfaction in Mainland China. *Journal of Sex Research*, 34(4), 399-410.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L., Meneses, R. F., Meneses, I. & GRU.PO-QVD. (1998). Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Diabetes Tipo 1. *Análise Psicológica*, 16(1), 91-100.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosen, R., Taylor, J., Leiblum, S. & Bachmann, G. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(3), 171-188.
- Santos, L., & Campoy, M. (2008). Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. *O Mundo da Saúde*, 32(4), 486-494.
- Schenk, J., Pfrang, H. & Rausche, A. (1983). Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Archives of Sexual Behaviour*, 12(1), 31-42.

- Schindler, A. E. (2006). Climacteric symptoms and hormones. *Gynecol Endocrinol*, 22(3), 151-154.
- Scott, L, D. (2002). Sexuality & older women: exploring issues while promoting health. [Review]AWHONN Lifelines, 6(6), 520-525.
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Senra, C. (2012). *Qualidade de Vida, Satisfação Sexual, Morbilidade Psicológica e Coping em Mulheres com Incontinência Urinária*. Dissertação de mestrado em psicologia, não publicada. Universidade do Minho: Minho.
- Serrão, C. (2008). (Re)pensar o climatério feminino. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 15-23.
- Sierra, B., Higalco, L., & Chedraui, P. (2005). Measuring climacteric symptoms in na Ecuadorian population with Greene Climacteric Scale. *Maturitas*, 51(3), 236-245.
- Silva, D., & Silva, J. (1999). *Terapêutica hormonal de substituição - Na prática clínica*. Lisboa: Organon Portuguesa, Ltda.
- Silva, M. (2008). *Satisfação sexual e auto-conceito na mulher com incontinência urinária*. Dissertação de Mestrado em Ciência da Saúde, não publicada. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Silva, R. M., Araújo, C. B. & Silva, A. R. V. (2003) Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Revista Brasileira em Promoção à Saúde*, Fortaleza, 16(1-2), 28-33.
- Silva, R., Araújo, C. & Silva, A. (2007). Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. *Promoção da saúde*, 16(1-2), 28-33.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2004). *Consenso & Estratégias para a saúde da mulher na pós-menopausa*. [Em linha].

- Disponível em <http://www.spginecologia.pt/index.php?sc=visModP&cod=25&id=4>.  
Consultado em 26 de Outubro de 2012.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa. (2006). Estudo de Mercado – SPM. [Em linha].  
Disponível em <http://www.spmenopausa.pt/download/MenopausaEstudo.pdf>.  
Consultado em 26 de Outubro de 2012.
- Souza, A. (2005). Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 2(1), 87-94.
- Souza, C. (2010). *Impacto da capacidade física sobre a qualidade de vida sexual em portadores de doença arterial coronária*. Dissertação de mestrado em Psicologia, não publicada. Universidade do Estado de Santa Catarina: Florianópolis.
- Stearns, V., Ullmer, L., Lopez, J. F., Smith, Y., Isaacs, C., & Hayes, D. (2002) Hot flushes. *Lancet*, 360(9348), 1851-61.
- Taylor, M., Rudkin, L., & Hawton, K. (2005). Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: Systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 88, 241–254.
- Valença, C. & Germano, R. (2010). Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev. Rene. Fortaleza*, 1(1), 161-171.
- Valença, C., Filho, J. & Germano, R. (2010). Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde Soc*, 19(2), 273-285.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 295-307.

- Vigeta, S. & Brêtas, A. (2004). A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal, *Cad. Saúde Pública*, 20(6), 1682-1689.
- Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Dissertação de doutoramento em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra: Coimbra.
- Vilarinho, S. M. & Nobre, P. J. (manuscrito em preparação). Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust & Golombok, 1986): Psychometric properties of the Portuguese experimental version.
- Waterman, C. K., & Chiauuzzi, E. J. (1982). The Role of Orgasm in Male and Female Sexual Enjoyment. *The Journal of Sex Research*, 18(2), 146-159.
- Whoqol Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Whoqol Group (1998). Development of the World Health Organization Whoqol-bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Wiederman, M. (1998). The state of theory in sex therapy. *Journal of Sex Research*, 35(1), 88-99.
- Woloski-Wruble, A., Oliel, Y., Leefsma, M. & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual Activities, Sexual and Life Satisfaction, and Successful Aging in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2401-2410.
- Woloski-Wruble, A., Oliel, Y., Leefsma, M. & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual Activities, Sexual and Life Satisfaction, and Successful Aging in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2401-2410.

- World Health Organization Quality Of Life Group (1997). *measuring quality of life the world health organization quality of life: Instruments* World Health Forum.
- World Health Orgazination. (2004). Sexual health- a new focus for WHO. *Progress in reproductive heath research*, 67, 1-8.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual Satisfaction Among Married Women. *American Journal of Health Studies*. Disponível em [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0CTG/is\\_2\\_16/ai\\_72731720/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_2_16/ai_72731720/). Consultado 9 de janeiro de 2013.
- Young, M., Luquis, R., Denny, G. & Young, T. (1998). Correlates of Sexual Satisfaction in Marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality*. Disponível em [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_go1966/is\\_n2\\_v7/ai\\_n28710627/](http://findarticles.com/p/articles/mi_go1966/is_n2_v7/ai_n28710627/). Consultado em 9 de Janeiro de 2013.

**ANEXOS**

---

## Anexo A – Síntomas Menopáusicos

Quadro 2 – *Sintomas Menopáusicos (N=100)*

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Principais sintomas menopáusicos</b>		
<b>Afrontamentos</b>		
Sim	38	38,0
Não	62	62,0
<b>Alterações de Humor</b>		
Sim	52	52,0
Não	48	48,0
<b>Alterações de Pele</b>		
Sim	2	2,0
Não	98	98,0
<b>Aumento de Peso</b>		
Sim	40	40,0
Não	60	60,0
<b>Cessão completa da menstruação</b>		
Sim	27	27,0
Não	73	73,0
<b>Depressão</b>		
Sim	32	32,0
Não	68	68,0

Quadro 2 – *Sintomas Menopáusicos (N=100) (Continuação)*

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Dificuldades de Concentração</b>		
Sim	24	24,0
Não	75	75,0
<b>Diminuição dos níveis de energia</b>		
Sim	28	28,0
Não	72	72,0
<b>Dificuldade nas relações sexuais (secura e prurido sexual)</b>		
Sim	26	26,0
Não	74	74,0
<b>Dores de cabeça</b>		
Sim	40	40,0
Não	60	60,0
<b>Insónias</b>		
Sim	40	40,0
Não	60	60,0
<b>Irritabilidade</b>		
Sim	38	38,0
Não	62	62,0
<b>Menstruação irregular</b>		
Sim	29	29,0
Não	71	71,0

Quadro 2 - *Sintomas Menopáusicos (N=100) (Continuação)*

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Modificação dos Hábitos Sexuais</b>		
Sim	17	17,0
Não	83	83,0
<b>Perda de Memória</b>		
Sim	19	19,0
Não	81	81,0
<b>Seios Sensíveis e inchados</b>		
Sim	20	20,0
Não	80	80,0

## Anexo B – Quadro de Doenças

**Quadro 2 – Doenças (N=100)**

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Doenças quais</b>		
Anemia	1	1,0
Ansiedade	2	2,0
Artroses	1	1,0
Asma	1	1,0
Bronquite	1	1,0
Cancro no colo do útero	1	1,0
Colesterol	1	1,0
Depressão/Coluna	1	1,0
Depressão	4	4,0
Depressão/ Lombalgia/Cervicalgia/Hipertiroidismo	1	1,0
Depressão/ Problemas de coluna/Úlcera nervosa	1	1,0
Depressão/Ansiedade/tendinite	1	1,0
Depressão/Epilepsia/ Tiroide	1	1,0
Diabete/doença das articulações	1	1,0
Diabetes	3	3,0
Diabetes/ Hipertensão	1	1,0
Doença psiquiátrica	1	1,0
Dores nos ossos	1	1,0
Esclerodermia	1	1,0
Gastrite/hipertensão/Hérnia Lombar	1	1,0
Hematoma na medula do joelho	1	1,0
Hipertensão	2	2,0
Hipertensão/colesterol/Insónia	1	1,0
Hipotiroidismo/hipertensão	1	1,0
Lúpus	2	2,0
Problemas na coluna/Dores de cabeça	1	1,0
Quistos nos ovários/ Reumatismo	1	1,0

## Anexo C - Quadro de Medicação

**Quadro 2 – Medicação (N=100)**

Variáveis	<i>n</i>	%
<b>Antidepressivo</b>		
Sim	13	13.0
Não	87	87.0
<b>Antidislipémicos</b>		
Sim	5	5.0
Não	95	95.0
<b>Antidiabéticos</b>		
Sim	2	2.0
Não	98	98.0
<b>Analgésicos</b>		
Sim	2	2.0
Não	98	98.0
<b>Ansiolíticos</b>		
Sim	9	9.0
Não	91	91.0
<b>Antiarrítmicos</b>		
Sim	1	1.0
Não	99	99.0
<b>Antihipertensores</b>		
Sim	7	7.0
Não	93	93.0