

## **Introdução**

Ao longo do ciclo vital da mulher a sua função reprodutora apresenta diversas alterações (orgânicas). Estas sinalizam, no fundo, diferentes fases da sua vida, com a menopausa a ser o evento biológico responsável pelo término da fertilidade na mulher, visto que a sua ocorrência implica a cessação do período menstrual (Ferreira, Chinelato, Castro e Ferreira, 2013; Ferreira, Silva e Almeida, 2015). Os ovócitos são células germinativas femininas ou células sexuais que são produzidas nos ovários, a perda destas células no aparelho reprodutivo da mulher ocorre de forma contínua, começando no útero materno e prolongando-se ao longo de toda a vida. É este fenómeno fisiológico (a perda dos ovócitos) o principal responsável pelo processo da menopausa na mulher (Liu e Case, 2011).

O conjunto de fenómenos causados pela paragem progressiva do funcionamento do ciclo ovárico designa-se por climatério e segundo Sá (1991), do ponto de vista biomédico deste fazem parte três fases: a perimenopausa, a menopausa e a pós-menopausa (Caires, Oliveira e Araújo, 2015). A perimenopausa assinala o momento em que o corpo da mulher sofre mudanças fisiológicas que resultarão na menopausa e pode iniciar-se a partir dos 35 anos e durar de dois a cinco anos (Caires et al., 2015). A menopausa é o processo decorrente do término da atividade folicular do ovário, manifestando-se pela interrupção do ciclo menstrual, tendo esta interrupção (amenorreia) que durar pelo menos doze meses consecutivos. A pós-menopausa diz respeito aos dez anos após a última menstruação (Cabral, 2001).

Ao entrar em menopausa, que deve ser considerada um processo de adaptação, a mulher entra, então, num novo estado biológico (Neves e Neves, 2013). Geralmente, a menopausa ocorre entre os 45 e os 52 anos de idade, mas pode ocorrer mais precocemente, por exemplo, aos 42 anos ou mais tardiamente, após os 55 anos. Porém, a idade média típica para a ocorrência da menopausa são os 51 anos de idade (Teles, Pereira, Souza, Paranaíba e Teixeira, 2012). A Organização Mundial de Saúde (1996, p. 1) define-a da seguinte forma:

A menopausa é a fase da vida de uma mulher em que cessa a capacidade reprodutiva. Os ovários deixam de funcionar e a produção de esteróides e de hormonas peptídicas diminui. Ocorre uma variedade de mudanças fisiológicas no corpo; algumas delas resultam cessação da função ovariana e de fenómenos relacionados com a menopausa, outras são função do processo de envelhecimento. Muitas mulheres experimentam sintomas perto da fase da menopausa, muitos dos quais são passageiros e não colocam qualquer risco para a vida, mas que são, no entanto, desagradáveis e por vezes incapacitantes.

O processo de menopausa pode ter causa natural ou artificial (Cabral, 2001; Lima e Barbosa, 2015). A que ocorre de forma natural caracteriza-se pelo término da atividade reprodutiva na mulher devido ao envelhecimento biológico (Alves et al., 2013). Quanto à menopausa artificial ou induzida esta apresenta cinco formas distintas: a primeira é a *menopausa cirúrgica*, que consiste na remoção dos ovários; a segunda designa-se por *histerectomia simples*, em que se remove o útero; a terceira denomina-se por *histerectomia completa*, em que se remove o útero e os dois ovários; existe, ainda, a *menopausa quimioterápica*, induzida por agentes quimioterápicos; e por fim, a *menopausa radioterápica*, provocada pelo uso excessivo de radiações (Castro, 2001; Alves et al., 2013, Lima e Barbosa, 2015).

A transição do período reprodutivo para o período não-reprodutivo, que caracteriza a menopausa, associa-se à vivência de diferentes sintomas: somáticos, vasomotores, urogenitais e psicológicos. Assim, entre os sintomas prevalentes durante a menopausa temos: dores nas articulações, dores de cabeça, fadiga, suores noturnos, secura vaginal, palpitações, perturbações de humor (ansiedade generalizada e sintomas depressivos/depressão) e do sono, irritabilidade, diminuição da libido, e eventual declínio na vida sexual, sendo a disfunção sexual um dos sintomas mais recorrentes na menopausa (Caires et al., 2015; Neves e Neves, 2013; WHO, 1996). Caires et al. (2015) num estudo sobre a disfunção sexual na pós-menopausa referem que as disfunções sexuais femininas continuam, muitas vezes, a não ser diagnosticadas, particularmente por inibição da paciente.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2014) o grupo das disfunções sexuais “é um grupo heterogéneo caracterizado tipicamente por uma alteração clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou sentir prazer sexual” (p. 507), incluindo, no que diz respeito ao sexo feminino, quadros como a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminina, a perturbação de dor genitopélvica/penetração (para além da disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas). Por outro lado a Classificação Internacional das Doenças - 10 (CID-10; WHO, 1992) refere que a disfunção sexual diz respeito a diferentes manifestações que tornam a pessoa incapaz de participar numa relação sexual como ela desejaria.

Cerejo (2006), realizou um estudo pioneiro em Portugal com o objetivo de determinar a prevalência de disfunção sexual feminina tendo por base a população geral numa amostra de 422 mulheres, entre os 18 e os 65 anos. O autor relatou uma prevalência total de disfunção

sexual de 74,2%. Os tipos de disfunção de ocorrência mais frequente foram as perturbações de orgasmo sem e com coito, do desejo e da excitação.

Como referido, dado que a disfunção sexual é um dos sintomas mais prevalentes associados à menopausa e porque, ao longo da vida, a mulher manifesta mudanças nas respostas sexuais, com vários estudos a mostrarem que a satisfação sexual e a frequência da atividade sexual podem diminuir com a menopausa (Avis, Stellato, Crawford, Johannes e Longcope, 2000; Dennerstein, Dudley e Burger, 2001), a temática da sexualidade (nomeadamente o tópico do desejo sexual) em mulheres que se encontram nesta fase da vida tem vindo a ser explorada em diferentes estudos (Lorenzi e Saciloto, 2006).

O desejo sexual pode ser definido como uma motivação para iniciar, ou responder a uma estimulação sexual que visa proporcionar prazer, este tem um papel fundamental na vivência da sexualidade (Lorenzi e Saciloto, 2006). Castelo-Branco, Huezo e Lagarda (2008) contataram que cerca de 25% das mulheres nos Estados Unidos tinham disfunção sexual (em 63% esta surgia após a menopausa), sugerindo um declínio do desejo sexual associado a esta fase da vida da mulher. Um estudo comparativo sobre o funcionamento sexual das mulheres antes e após a menopausa concluiu que as disfunções sexuais aumentaram de 38% (antes da menopausa) para 72,4% (após a menopausa), sendo que o desejo sexual diminuiu de 62,6% (antes da menopausa) para 49,2% (após a menopausa) (Mashhadian e Abady, 2012). Lorenzi e Sacilota (2006) num estudo que avaliou a atividade sexual em mulheres na menopausa, concluíram que cerca de 60,6% referiram diminuição da atividade sexual após a menopausa e cerca de 25,7% negaram satisfação sexual. Portanto, os investigadores concluíram que quanto maior a idade, mais intensa a sintomatologia respeitante à menopausa, menor a satisfação sexual e menor a frequência da atividade sexual. Haavio-Mannila e Kontula (1997) num estudo realizado com mulheres com idades entre os 18 e os 74 anos verificaram que é por volta dos 30 anos que as mulheres consideram a sua atividade sexual como “muito agradável”, existindo um declínio progressivo até aos 60 anos de idade. Num outro estudo (Fugl-Meyer e Sjogren Fugl-Meyer, 2002) com mulheres com idades entre os 18 e os 74 anos, quer o desejo sexual, quer a satisfação sexual diminuíram com a idade. Num estudo levado a cabo pela investigadora De Paula (2002), citado em Lorenzi e Saciloto, 2006, 86,5% das queixas relacionadas com a sexualidade no climatério ocorreram na pós-menopausa, sendo a dispareunia e a diminuição do desejo sexual as queixas mais frequentes. Ortiz e Corona (2000), ao investigarem o perfil sexual de 100 casais heterossexuais, com as mulheres a encontrarem-se no climatério, constataram uma diminuição da frequência das relações sexuais, sendo as razões centrais a ocorrência de dispareunia e a redução do desejo sexual.

Também Flores e colaboradores (1998), citado em Lorenzi e Saciloto, 2006, num estudo que investigaram a sexualidade de 106 mulheres na fase do climatério, verificaram uma redução de cerca de 60% da frequência sexual decorrente, principalmente, da redução do desejo sexual, sendo esta redução atribuída a eventuais dificuldades no relacionamento conjugal. Mishra e Kuh (2006) numa investigação com 1525 participantes britânicas, referem que, em comparação com mulheres na pré-menopausa, em peri e pós-menopausa revelaram um declínio na sua vida sexual e maior frequência de dificuldades no ato sexual associadas à presença de sintomas somáticos, afrontamentos e suores frios. Fonseca, Penteado, Bagnoli, Assis e Pinotti (2003), citado em Rodrigues (2015), num estudo realizado em Portugal sobre a sexualidade na pós-menopausa, concluíram que cerca de 50% da amostra encontrava-se insatisfeita com a vida sexual, particularmente devido à redução do desejo sexual e à deterioração do desempenho sexual do parceiro.

Se a maioria dos estudos na menopausa parecem indicar o declínio do desejo sexual, para McCoy e Davidson (1985), apesar de se verificar um declínio da atividade e das fantasias sexuais nos anos que se seguem à menopausa, o interesse sexual parece nem sempre se alterar, bem como a frequência do orgasmo que tende a manter-se sem alterações significativas. Sendo que no seu estudo, com uma amostra de 39 mulheres em perimenopausa, verificaram que cerca de 74,2% das mulheres referiram ter frequentemente prazer nas suas relações sexuais e cerca de 6,8% e 41,7% justificaram a diminuição da atividade sexual pela falta de um companheiro ou pela ocorrência de impotência sexual no parceiro. Também os resultados da tese de doutoramento de Vilarinho (2010) confirmam que a satisfação sexual pode manter-se elevada após a menopausa, sendo que cerca de 72% das participantes referiram estar física e emocionalmente satisfeitas com as suas relações sexuais.

Segundo Scorsolini-Comim e Santos (2010), a relação conjugal pressupõe uma relação amorosa íntima que é influenciada por diversos fatores, entre os quais a intimidade (física e emocional) e a sexualidade conjugal, que constituem as “colunas” principais da avaliação positiva (da relação) realizada pelo casal. Cada indivíduo apresenta diferentes critérios no que toca à avaliação da sua satisfação com a relação, mas trata-se de uma avaliação subjetiva e pessoal aquela que é feita por ambos os parceiros numa relação conjugal (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin, 2004). O conceito de satisfação conjugal é, realmente, subjetivo, mas implica a satisfação das próprias necessidades e desejos e o corresponder, em maior ou menor escala, ao que o par espera (Norgren et al., 2004). Segundo Mônico (2011) quando nos referimos à satisfação conjugal, falamos em sentimentos prazerosos, de felicidade e de bem-estar geral. Sabe-se que a satisfação conjugal varia de acordo com características de

personalidade, valores, atitudes, momento do ciclo vital da família, presença de filhos, nível de escolaridade, nível socioeconómico, nível cultural, entre outras características (Rizzon, Mosmann e Wagner, 2013; Sardinha, Falcone e Ferreira, 2009). O nível de satisfação conjugal também varia com o decorrer dos anos de partilha e convívio (Norgren et al., 2004). O homem, no geral, apresenta uma visão mais positiva da sua relação conjugal, enquanto que a mulher é mais exigente no que respeita a conjugalidade (Rizzon et al., 2013).

Quanto à satisfação conjugal, na fase da menopausa, todos os casamentos, mesmo os considerados muito bons, sofrem adaptações face às alterações hormonais (Northup, 2006). Mulheres casadas que percepcionem o marido como o seu suporte social podem acreditar que a menopausa será experienciada pelo casal de forma positiva e saudável, minimizando-se as consequências mais negativas que lhe estão associadas (Fielder e Kurpius, 2005).

Existe uma forte associação entre disfunção sexual e insatisfação conjugal sendo que a satisfação sexual tem sido positivamente associada à satisfação conjugal (Pechorro, Diniz e Vieira, 2009; Scorsolini-Comin, e Santos, 2010). Assim, alguns estudos referem que o baixo desejo sexual está associado a uma diminuição dos níveis de intimidade e da satisfação conjugal e, no geral, mulheres satisfeitas com o relacionamento conjugal, também estão satisfeitas com o relacionamento sexual (Pechorro et al., 2009). Dado que fatores biológicos, psíquicos e sociais interferem na sexualidade (Taquette e Vilhena, 2008), muitas mulheres são afetadas pelos mesmos quando percebem a iniciação do processo de menopausa, como a perda do objetivo primário do sexo e a reprodução, o que se pode refletir no exercício da sexualidade (Lorenzi e Saciloto, 2006).

Deeks e McCabe (2001) investigaram os efeitos da idade, menopausa e funcionamento sexual do companheiro, no comportamento sexual de uma amostra de 304 mulheres entre os 35 e os 65 anos. A sua satisfação sexual foi melhor prevista pela idade e pela menopausa: mulheres mais novas tinham maior probabilidade de estar satisfeitas com o relacionamento sexual e mulheres em menopausa tinham mais probabilidade de ter um problema sexual.

No estudo de Nisar e Sohoo (2010), envolvendo 3062 mulheres em pós-menopausa, com idades entre os 40 e os 70 anos, apresenta valores inferiores (por comparação com mulheres em perimenopausa e menopausa) na qualidade de vida, no domínio físico e psicológico, e ao nível das relações conjugais, parecendo existir uma associação entre a menopausa (em particular a pós-menopausa) e alterações ao nível conjugal, com impacto negativo.

A depressão é uma condição psiquiátrica altamente prevalente, estimando-se que atinja cerca de 3% a 5% da população geral (Teng, Humes e Demetrio, 2005). Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), Marques-Teixeira (1998), e Silva, Brito, Chein, Brito e Navarro

(2008), as mulheres apresentam uma taxa de maior prevalência nas perturbações de ansiedade e de depressão, cerca de 21%, duas vezes mais do que os homens. O estudo de Lykins, Janssen e Graham (2006), que relacionou sintomas depressivos, de stresse e ansiedade com o desejo sexual num grupo de 663 mulheres, mostra uma diminuição do desejo sexual na presença de sintomas depressivos, de stresse e/ou de ansiedade. Porém, cerca de 10% das mulheres relataram aumento desse desejo na presença desses mesmos sintomas.

Vários estudos indicam como principais sintomas associados à menopausa e que podem afetar a satisfação conjugal e sexual, ao interferirem com o funcionamento sexual, sendo eles os afrontamentos, aumento de peso e sintomatologia ansiosa e depressiva (Berlezi, Balzan, Cadore, Pillatt e Winkelmann, 2013; Cabral et al., 2012; Pimenta, Leal e Branco, 2007). Danaci, Oruç, Adiguzel e Yildirim (2003) referiram que a menor frequência das relações sexuais nas mulheres no climatério associava-se a maior ocorrência de estados depressivos e de ansiedade. Silva et al., (2008) num estudo com 70 mulheres na fase do climatério, investigaram a escolaridade, situação conjugal, gravidade da depressão, presença e intensidade de sintomas da menopausa (natural ou cirúrgica), antecedentes familiares e história prévia de depressão, episódios depressivos, alteração da função sexual e visão positiva ou negativa da menopausa. Eles encontraram uma elevada prevalência de depressão (cerca de 34,3%) e múltiplos fatores (impacto da menopausa, antecedentes psiquiátricos e visão pessoal sobre a menopausa) associaram-se ao surgimento da depressão.

Lorenzi e Saciloto (2006) referem que a maior prevalência de melancolia e tristeza na fase do climatério associa-se a quadros depressivos, nos quais a diminuição dos níveis de estrogénio causa uma diminuição da secreção de endorfinas cerebrais, favorecendo o aparecimento da depressão. Collins e Landgren (2002) justificam os estados emocionais durante o climatério, como os sintomas depressivos, fadiga, dificuldades de concentração e de memória, precisamente com a redução dos estrogénios. Sarrel (1999) também defende esta hipótese, justificando que as alterações hormonais que ocorrem após a menopausa exercem um papel fulcral na presença de sintomas psicológicos e nas alterações na vida sexual. De facto, alguns autores referem a possibilidade dos períodos de flutuação hormonal (ao longo do ciclo de vida da mulher) estarem associados à diminuição do humor eutímico, nomeadamente períodos como a disforia na fase pré-menstrual, a depressão pós-parto e a perimenopausa (Birkhauser, 2002; Soares, Poitras, e Prouty, 2003). No estudo de Becker, Orr, Weizman, Kotler e Pines (2007) as mulheres que experimentaram humor disfórico nos dias anteriores à menstruação, apresentaram alta probabilidade de ocorrência dos mesmos sintomas na fase da perimenopausa. Silva et al., (2008) encontraram uma elevada prevalência

de depressão e ansiedade em pacientes com menopausa atendidas em ambulatório. Polisseni e colaboradores (2009) observaram uma prevalência significativa (36,8%) de sintomas depressivos e ansiosos em mulheres no climatério. Porém, não encontraram diferenças na ocorrência daqueles sintomas considerando separadamente as três fases do climatério. Fagulha e Gonçalves (2005) verificaram uma diferença significativa na vivência de sintomas depressivos conforme a fase do climatério: aumentaram na fase da pré-menopausa, diminuindo na fase da pós-menopausa. Amore e colaboradores (2004) num estudo realizado em Itália sobre sintomatologia ansiosa e depressiva em 4073 mulheres, constataram que mulheres em pós-menopausa manifestavam sintomas depressivos e ansiosos mais exacerbados, por comparação com mulheres em pré-menopausa.

Por outro lado, a relação estabelecida entre flutuações hormonais e estados emocionais não é livre de controvérsia. Coope (1996) defende que a depressão comum nas mulheres de meia-idade não se encontra diretamente associada às alterações hormonais ocorridas durante o processo da menopausa. Amore e colaboradores (2004) referem que o fator que melhor prediz os sintomas depressivos durante o climatério é a existência de depressão prévia.

Ao nível da vivência da sexualidade, os sintomas de ansiedade podem funcionar como fator predisponente ou como fator inibidor da resposta sexual. Silva (2015) refere que, nas mulheres, o grau de ansiedade leve e o moderado beneficiam a resposta sexual. Já a ansiedade severa inibe a resposta devido ao componente fóbico de fuga ao sexo.

Segundo Wiklund (1998) e Pimenta et al., (2007) apesar de existirem dados que apontam para a associação entre climatério e sintomas depressivos, ansiosos e disfunção sexual, a associação entre menopausa e estes sintomas não tem de associar-se ao processo de menopausa, podendo dever-se a fatores negativos sócio-demográficos ou psicossociais.

Atendendo ao exposto e dada a relevância da menopausa, enquanto processo natural do ciclo vital feminino, passando a mulher cerca de um terço da sua vida em pós-menopausa, este estudo pretende: explorar os níveis de satisfação conjugal, desejo sexual, sintomatologia depressiva, ansiosa e stresse em mulheres em menopausa; comparar estes níveis com os de mulheres que não estão em menopausa; e explorar a associação entre estas variáveis nas duas amostras (mulheres em menopausa e mulheres que não estão em menopausa).

## **2. Métodos**

### **2.1. Amostra**

Na Tabela 1 apresentamos as características sociodemográficas da nossa amostra, que ficou constituída por 133 participantes. A idade média da amostra total (considerando todas

as mulheres, em menopausa ou não) foi de 38,80 ( $DP = 11,92$ ). Como esperado, a amostra de mulheres que não se encontravam em menopausa apresentava uma idade média inferior ( $M = 33,57$ ;  $DP = 7,77$ ) do que a amostra de mulheres em menopausa ( $M = 54,64$ ;  $DP = 7,47$ ). Tendo realizado testes do qui quadrado para a independência para verificar associações entre a variável estar em menopausa ou não (Sim,  $n = 33$ ; 24,8%; Não,  $n = 100$ ; 75,2%) e as variáveis escolaridade, profissão, situação profissional atual, estado civil e ter filhos, verificaram-se associações estatisticamente significativas apenas com as variáveis estado civil e ter filhos. Quanto às variáveis em que não foram verificadas associações significativas, apresentadas na Tabela 1, para a amostra total, verificou-se que a maioria das mulheres tinha como escolaridade a licenciatura ( $n = 56$ ; 42,1%) seguidas daquelas que tinham o ensino secundário ( $n = 34$ ; 25,6%). Relativamente à profissão, a maioria das participantes pertencia à categoria dos Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio ( $n = 20$ ; 15%). Quanto à situação profissional atual, constatou-se que a maioria das mulheres ( $n = 106$ ; 79,7%) encontrava-se a trabalhar.

Na Tabela 2 apresentamos dados sobre as variáveis com as quais se verificaram associações significativas com a variável estar em menopausa vs. não estar em menopausa. As mulheres em menopausa encontravam-se em maior proporção casadas do que em união de facto ( $\chi^2 = 6,842$ ;  $p = 0,009$ ; 78,8% vs. 21,2%), enquanto que as mulheres que não se encontravam em menopausa apresentaram proporções mais equilibradas nesta variável (53,0% vs. 47,0%). As mulheres em menopausa apresentaram uma proporção maior de respostas “sim” quanto à questão “ter filhos” ( $\chi^2 = 11,175$ ;  $p \leq 0,001$ ; 87,9% vs. 12,1%) do que as que não se encontravam em menopausa (55,6% vs. 44,4%). Testes U de Mann Whitney testaram diferenças nas variáveis duração da relação atual e da relação antes de casar/estar em união de facto, pela variável estar em menopausa ou não (realizamos testes não paramétricos porque a duração da relação atual e da relação antes de casar/estar em união de facto não revelaram distribuição normal no teste de Kolmogorov-Smirnov). As mulheres em menopausa ( $U = 476,000$ ;  $p \leq 0,001$ ) apresentaram uma duração maior da relação atual ( $Md = 336,00$  meses vs.  $Md = 72,00$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à duração da relação antes de casar/estar em união de facto.

**Tabela 1**  
**Caracterização sociodemográfica da amostra**

Em Menopausa	<i>n</i>	%
Sim	33	24,8
Não	100	75,2

	<b>Total</b>	133	100,0
<b>Idade</b>		<b>M (DP)</b>	<b>Intervalo</b>
Idade da amostra total		38,80 (11,92)	20-74
Idade das mulheres sem menopausa		33,57 (7,77)	20-54
Idade das mulheres em menopausa		54,64 (7,47)	35-74
<b>Escolaridade (amostra total)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
1º Ciclo		1	0,8
2º Ciclo		1	0,8
3º Ciclo		12	9,0
Ensino Secundário		34	25,6
Licenciatura		56	42,1
Mestrado		24	18,0
Doutoramento		5	3,8
	<b>Total</b>	133	100,0
<b>Profissão (amostra total) (Classificação Nacional das Profissões)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa		9	6,8
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas		62	6,8
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio		20	15,0
Pessoal Administrativo e Similares		5	3,8
Pessoal dos Serviços e Vendedores		16	12,0
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas		2	1,5
Desempregados		5	3,8
Estudantes		3	2,3
	<b>Total</b>	133	100,0
<b>Situação profissional atual (amostra total)</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
A trabalhar		106	79,7
Desempregada		16	12,0
De baixa/Atestado		6	4,5
Aposentada/Reformada		5	3,8
	<b>Total</b>	133	100,0
<b>Tempo da relação antes de casar (amostra total) a)</b>		<b>M (DP)</b>	<b>Intervalo</b>
		<b>Md</b>	
		38,77 (35,05)	1-156
		24,0	

*n* = frequência; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; a) dados em meses

**Tabela 2**  
**Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação)**

	<b>Casada</b>	<b>União de facto</b>	<b>Total</b>
<b>Sem menopausa</b>	53 (53,0%)	47 (47,0%)	100 (75,2%)
<b>Em menopausa</b>	26 (78,8%)	7 (21,2%)	33 (24,8%)
<b>Total</b>	79 (59,4%)	54 (40,6%)	133 (100%)
	<b>Sem filhos</b>	<b>Com filhos</b>	
<b>Sem menopausa</b>	44 (44,4%)	55 (55,6%)	99 (75%)
<b>Em menopausa</b>	4 (12,1%)	29 (87,9%)	33 (25%)
<b>Total</b>	48 (36,4%)	84 (63,6%)	132 (100%)

Na Tabela 3 apresentamos dados relativos às mulheres em menopausa ( $n = 33$ ). A maioria não se encontrava recentemente em menopausa ( $n = 17$ ; 51,5%), ainda que uma percentagem

muito próxima se encontrasse recentemente em menopausa ( $n = 16$ ; 48,5%). Quanto às mulheres que responderam que a menopausa não ocorreu recentemente, a mesma sucedeu aproximadamente, em média, há nove anos ( $M = 115,53$ ;  $DP = 63,81$ ). Em toda a amostra, oito mulheres encontravam-se há dez anos em menopausa, isto é, na fase do climatério designada de pós-menopausa (dado não apresentado em tabela). Quanto às que responderam que a menopausa ocorrera recentemente, esta sucedeu, em média, há cerca de 2 anos ( $M = 21,00$ ;  $DP = 14,81$ ). A maioria das mulheres respondeu que a menopausa ocorreu naturalmente ( $n = 2$ ; 84,8%) e que o seu desejo sexual diminuiu após a menopausa ( $n = 21$ ; 63,6%). Entre as mulheres que sentiram que o desejo sexual diminuiu com a menopausa, a maioria considerou que tal aconteceu num grau moderado/algum ( $n = 8$ ; 38,1%). Também a maioria considerou que o seu desejo sexual antes de iniciar o processo de menopausa era moderado/algum ( $n = 24$ ; 72,7%). A maioria das mulheres em menopausa referiu que o grau de satisfação conjugal antes da menopausa era moderado/algum ( $n = 15$ ; 45,5%), embora uma percentagem muito próxima tenha referido que esse grau era muito ( $n = 14$ ; 42,4%).

Na Tabela 4 apresentamos dados sobre o desejo sexual e satisfação conjugal, alterações de humor durante o período menstrual e história de humor depressivo em toda a vida que tenha persistido por um período de duas ou mais semanas na amostra total (questões colocadas a todas as participantes). A maioria das mulheres respondeu que o desejo sexual atual era moderado/algum ( $n = 71$ ; 53,4%) e que a satisfação conjugal atual também era moderada/alguma ( $n = 54$ ; 40,6%) (embora uma percentagem próxima tenha respondido que a satisfação conjugal atual era muita;  $n = 48$ , 36,1%). A maioria das mulheres respondeu ter sofrido de alterações do humor (e/ou outras) associadas ao período pré-menstrual e menstrual ( $n = 110$ ; 82,7%), com a maioria a referir que estas se tratavam sobretudo de alterações do humor (irritabilidade, tristeza...) ( $n = 52$ ; 47,3%), ainda que esta percentagem se tenha revelado muito próxima à das que sofriam quer de sintomas emocionais, quer físicos ( $n = 49$ ; 44,5%). A maioria das mulheres respondeu não ter tido um período, na sua vida, de duas ou mais semanas em que manifestaram sintomas depressivos ( $n = 78$ ; 58,6%), ainda que uma percentagem significativa tenha referido ter um episódio dessa natureza ( $n = 55$ ; 41,4%). Ao realizarmos dicotomização das variáveis “atualmente como é o desejo sexual” (pouco+moderado/algum vs. muito+muitíssimo) e “atualmente como é a satisfação conjugal” (nenhum+pouco/moderado/algum vs. muito+muitíssimo) e ao realizarmos testes U de Mann Whitney para verificar se existiam diferenças nestas duas variáveis e nas variáveis alterações de humor pré e durante a menstruação e presença de sintomas depressivos em toda a vida por

estado reprodutivo das participantes (em menopausa vs. sem estar em menopausa) verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos.

**Tabela 3**  
**Dados relativos às mulheres em menopausa**

<b>Recentemente em Menopausa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	16	48,5
Não	17	51,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>Se não há quanto tempo teve a última menstruação a)</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Intervalo</b>
	115,53 (63,81)	32-288
<b>Se sim há quanto tempo teve a última menstruação a)</b>	21,00 (14,81)	2-48
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>A menopausa ocorreu</b>		
Naturalmente	28	84,8
Pós-Cirurgia Ginecológica	5	15,2
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>Sente que o seu desejo sexual diminuiu após a menopausa</b>		
Sim	21	63,6
Não	12	36,4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Se sim em que grau o desejo sexual diminuiu</b>		
Nenhum	1	4,8
Pouco	4	19,0
Moderado / algum	8	38,1
Muito	5	23,8
Muitíssimo	2	9,5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>95,2</b>
Não respondeu	1	4,8
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>
<b>Como era o desejo sexual antes da menopausa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Moderado/algum	24	72,7
Muito	8	24,2
Muitíssimo	1	3,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>
<b>Como era a satisfação conjugal antes da menopausa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhum	1	3,0
Moderado / algum	15	45,5
Muito	14	42,4
Muitíssimo	2	6,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>97,0</b>
Não respondeu	1	3,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Notas: n = frequência; % = percentagem; M = Média; DP = Desvio-padrão; a) em meses

**Tabela 4**  
**Dados relativos ao funcionamento sexual, alterações de humor e humor depressivo em toda a vida (na amostra total: mulheres com e sem menopausa).**

<b>Atualmente como é o desejo sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
--	----------	----------

Pouco	26	19,5
Moderado/algum	71	53,4
Muito	28	21,1
Muitíssimo	7	5,3
<b>Total</b>	132	99,2
Não respondeu	1	0,8
<b>Total</b>	133	100,0
<b>Atualmente como é a satisfação conjugal</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Nenhum	5	3,8
Pouco	10	7,5
Moderado/algum	54	40,6
Muito	48	36,1
Muitíssimo	16	12,0
<b>Total</b>	133	100,0
<b>Alterações de humor pré e durante a menstruação</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Sim	110	82,7
Não	23	17,3
<b>Total</b>	133	100,0
<b>Se sim, quais alterações</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Dores físicas	9	8,2
Sintomas emocionais (tristeza e/ou irritabilidade, e/ou ansiedade, e/ou sintomas depressivos)	52	47,3
Dores físicas e sintomas emocionais	49	44,5
<b>Total</b>	110	82,7
Não respondeu	23	17,3
<b>Total</b>	133	100,0
<b>Duas semanas ou mais (em toda a vida), triste/deprimida/ desanimada</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Sim	55	41,4
Não	78	58,6
<b>Total</b>	133	100,0

*Notas: n = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; M = Média; DP = Desvio-padrão;*

## 2.2.Procedimentos

Começamos por definir o protocolo de instrumentos a serem utilizados, composto por um questionário sociodemográfico, relacional, de saúde e relativo a questões de satisfação conjugal e desejo sexual em mulheres com e sem menopausa (algumas questões variaram conforme o grupo de mulheres) (Apêndice D), pela Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso e Costa, 1996; Anexo 2), o Índice Hurlbert do Desejo Sexual (IHDS; Ferreira, 2013; Anexo 1) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21; Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004; Anexo 3). Foram contactados os autores destes instrumentos a solicitar autorização para os podermos usar no presente estudo (Apêndices A, B, e C), tendo os autores cedido a respetiva autorização (Anexos 1, 2 e 3).

Definimos os critérios de inclusão para recolha da amostra pretendida: mulheres adultas, com 18 anos ou mais, casadas ou em união de facto, em menopausa ou não. Para facilitar a recolha dos dados, inserimos o protocolo de questionários numa plataforma online. A

amostra deste estudo foi, então, uma amostra não probabilística, de conveniência (Pais Ribeiro, 2010). Na recolha dos dados foi garantida a confidencialidade dos dados e todas as participantes deram o seu consentimento informado (Apêndice E) para participar no estudo, sendo ainda informadas acerca dos objetivos do estudo e do seu caráter voluntário. A recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2016.

## **2.2. Instrumentos**

### **2.2.1. Questionário sociodemográfico, relacional, de saúde e sobre questões de satisfação conjugal e desejo sexual**

Através deste questionário recolheram-se dados sociodemográficos e relacionais (comuns em ambas as amostras: idade, sexo, escolaridade, profissão, situação escolar/profissional atual, estado civil, filhos, duração da relação), de saúde (duração da menopausa; tipo de menopausa; história de alterações do humor no período pré-menstrual e menstrual; história de sintomas depressivos em toda a vida) e relativos à satisfação conjugal e desejo sexual. Relativamente a estas últimas questões, questionámos sobre o desejo sexual e a satisfação conjugal atualmente, e no caso das mulheres em menopausa, estas foram questionadas, também, acerca destes aspetos antes de ocorrer a menopausa. (Apêndice D).

### **2.2.2. Índice Hurlbert do Desejo Sexual (IHDS, Ferreira, 2013) (Anexo 1)**

Este Índice foi desenvolvido por Apt e Hurlbert em 1992 e, em 2013, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pascoal, Narciso e Pereira (2012). O Índice é constituído por 25 itens, em que a resposta a cada item é realizada com base numa escala do tipo de Likert que vai de 0 a 4, em que 0 corresponde a “Sempre”, o 1 corresponde a “Maioria das Vezes”, 2 a “Algumas Vezes”, 3 “Raramente”, e o 4 corresponde a “Nunca”. No estudo de Ferreira (2013), que ofereceu contributos para a validação deste índice para a população portuguesa, foram encontradas quatro dimensões relativas ao desejo sexual do indivíduo: *impulso forte* (itens 3, 8, 12, 13 e 18), *desejo relacional* (itens 1, 7, 19 e 20), *fantasias* (itens 6, 9, 10 e 17) e *pensamentos e comportamentos evitantes* (itens: 2, 4, 5, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24 e 25).

Importa referir que o item 6 deve ser cotado de forma invertida (Ferreira em 2013 não o refere no seu trabalho, mas a autora do presente trabalho, ao analisar o conteúdo dos itens verificou tratar-se de um item invertido). A escala de cotação dos itens deste instrumento conduz a que nas dimensões *impulso forte*, *desejo relacional* e *fantasias* quanto maior a pontuação, menor o desejo sexual e a que na dimensão *pensamentos e comportamentos evitantes* quanto maior a pontuação, maior o desejo sexual. Segundo Ferreira (2013), o índice

total apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,95$ ) e uma boa estabilidade teste-reteste. No presente estudo obtivemos a seguinte consistência interna para cada dimensão: *impulso forte*,  $\alpha = 0,92$  (muito boa, Pestana e Gageiro, 2008); *desejo relacional*,  $\alpha = 0,88$  (boa, Pestana e Gageiro, 2008); *fantasias*,  $\alpha = 0,76$  (razoável, Pestana e Gageiro, 2008) e *pensamentos e comportamentos evitantes*,  $\alpha = 0,92$  (muito boa, Pestana e Gageiro, 2008). Para o índice total foi obtido um alfa de Cronbach de 0,683 (fraca, Pestana e Gageiro, 2008).

### **2.2.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso e Costa, 1996) (Anexo 2)**

Esta escala foi criada em 1996 pelas autoras Isabel Narciso e Maria Emília Costa. A presente escala parte do pressuposto de que a satisfação conjugal resulta de uma avaliação subjetiva e pessoal da relação conjugal. Assim, o instrumento pressupõe uma auto-avaliação da satisfação e permite indicar a satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal. É constituído por 44 itens, com a resposta a cada um dos itens a ser realizada com base numa escala de Likert de 5 pontos, mais especificamente: 1) Nada Satisfeito; 2) Pouco Satisfeito, 3) Satisfeito, 4) Muito Satisfeito, e por fim, 5) Totalmente Satisfeito. Esses mesmos itens estão organizados em duas grandes dimensões: cinco escalas correspondem à dimensão *Amor* e outras cinco à dimensão *Funcionamento Conjugal*. A dimensão *Amor* está relacionada com os sentimentos que os elementos do casal nutrem um pelo o outro bem como pela relação e esta dimensão subdivide-se, então, em cinco áreas: Sentimentos e Expressão de Sentimentos (SES: sentimento que cada elemento tem pelo outro, forma como cada um expressa o que sente pelo outro, admiração que cada um sente pelo outro), Sexualidade (SEX: frequência e qualidade das relações sexuais, ao desejo sexual que cada indivíduo sente pelo outro, bem como ao prazer que cada um sente nas relações sexuais), Intimidade Emocional (IE: apoio emocional, confiança, partilha de interesses e atividades, atenção aos interesses do outro), Continuidade da Relação (C: área respeitante ao futuro, expectativa de cada sujeito relativamente ao futuro do relacionamento) e Características Físicas e Psicológicas (CFP: concepção que cada um tem quanto ao aspeto físico, particularidades e hábitos do outro). Por outro lado, a dimensão *Funcionamento conjugal* está relacionada com a organização das relações no subsistema conjugal e familiar, subdividindo-se em cinco áreas: Funções Familiares (FF: engloba a gestão financeira, tarefas domésticas, decisões e deveres), Tempos Livres (TL: termos de quantidade e qualidade), Autonomia (AUT: autonomia e privacidade de cada elemento), Rede Social /Relações Extrafamiliares (REF: relações com os amigos, com a família de origem e com a profissão de cada um), e Comunicação e Conflito (CC:

frequência, qualidade e assunto de conversa, frequência de conflitos e sua resolução) (Narciso e Costa, 1996). Após a análise fatorial, apuraram alfas de Cronbach de 0.90 para ambas as dimensões, valor indicador de elevada consistência interna (Narciso e Costa, 1996).

Narciso (2010) apresentou os dados de uma recente análise fatorial, fazendo parte da dimensão *Amor* as áreas *Sexualidade* (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28; alfa de Cronbach/ $\alpha$  = 0,93) e *Intimidade Emocional* (itens: 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44;  $\alpha$  = 0,96). Já da dimensão *Funcionamento conjugal* fazem parte as áreas *Funções Familiares* (itens 1, 2, 3 e 4;  $\alpha$  = 0,84), *Tempos Livres* (itens 5 e 6;  $\alpha$  = 0,70), *Autonomia* (itens 10,11, 12, 13;  $\alpha$  = 0.82), *Comunicação e Conflitos* (itens 14; 15; 16; 17; 18; 21; 22;  $\alpha$  = 0.91) e *Rede Social/Relações extrafamiliares* (itens 7, 8 e 9;  $\alpha$  = 0.73). O alfa de Cronbach para a Satisfação Conjugal Global mostrou ser de 0.97. No presente estudo obtivemos a seguinte consistência interna: *Sexualidade* ( $\alpha$  = 0,93, muito boa) e *Intimidade Emocional* ( $\alpha$  = 0,98, muito boa). Já da dimensão *Funcionamento conjugal* fazem parte as áreas *Funções Familiares* ( $\alpha$  = 0,86, boa), *Tempos Livres* ( $\alpha$  = 0,80, boa), *Autonomia* ( $\alpha$  = 0,82, boa), *Comunicação e Conflitos* ( $\alpha$  = 0,96, muito boa) e *Rede Social/Relações extra-familiares* ( $\alpha$  = 0,75, razoável). O alfa de Cronbach da escala total foi de 0,98 (muito boa) (todas as interpretações dos alfas de acordo com Pestana e Gageiro, 2008).

#### **2.2.4. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS-21, Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) (Anexo 3)**

Esta escala foi desenvolvida por Pais Ribeiro, Honrado e Leal em 2004 e organiza-se em 3 dimensões: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stresse*, com cada dimensão incluindo 7 itens, perfazendo um total de 21 itens. Segundo Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004), cada dimensão inclui vários conceitos. A dimensão *Depressão* (itens: 13, 10, 21, 17, 3, 16 e 5) engloba conceitos como disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse, anedonia e inércia. A dimensão *Ansiedade* (itens: 2, 4, 19, 7, 9, 15 e 20) aborda conceitos como excitação do Sistema Autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. A dimensão *Stresse* (itens: 1, 12, 8, 18, 6, 11 e 14) inclui conceitos como dificuldade em relaxar, excitação nervosa, “estar” facilmente agitado/chateado, irritabilidade/reações exageradas e impaciência.

Cada item do presente instrumento consiste numa frase, uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, pedindo ao sujeito que responda se a afirmação se aplicou a ela “na semana passada”. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, apresentadas numa escala do tipo Likert com quatro opções: 0) Não se aplicou nada a mim;

1) Aplicou-se a mim alguma vezes; 2) Aplicou-se a mim muitas vezes; e 3) Aplicou-se a mim a maioria das vezes. Este instrumento pode ser aplicado a indivíduos com mais de 17 anos de idade. Os resultados são determinados pela soma dos resultados dos sete itens de cada domínio, fornecendo assim três notas, uma por cada sub-escala. Pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). A consistência interna da EADS-21 mostrou ser boa, apresentando valores de alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,85$  para a dimensão Depressão, de  $\alpha = 0,74$  para a Ansiedade e de  $\alpha = 0,81$  para o Stresse (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). Neste estudo obtivemos os seguintes valores de consistência interna: Depressão,  $\alpha = 0,90$  (muito boa); Ansiedade,  $\alpha = 0,82$  (boa); Stresse,  $\alpha = 0,86$  (boa) (valores interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, 2008).

### **2.3. Análise estatística**

Depois de recolhidos os dados (na plataforma online) estes foram inseridos e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences, versão 19.0. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão e assimetria. O teste de Kolmogorov-Smirnov mostrou que, na amostra total, todas as variáveis (EADS-21, EASAVIC e IHDS, à exceção da pontuação da dimensão *fantasias* do IHDS) não apresentavam distribuição normal. Apesar da amostra de mulheres que estavam em menopausa ser  $> 30$ , dada a ausência de distribuição normal na maioria das variáveis na amostra total e à diferença de  $n$  entre a amostra de mulheres em menopausa e de mulheres que não estavam em menopausa, optamos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Foi usado o nível de significância ( $p$ ) de 0,05. Realizaram-se testes do qui-quadrado para a independência para explorar associações entre o estado reprodutivo das mulheres (estar vs. não estar em menopausa) e a escolaridade, profissão, situação profissional atual, estado civil e ter/não ter filhos e testes U de Mann Whitney para testar diferenças por estado reprodutivo das mulheres nas variáveis duração da relação atual e da relação antes de casar/da união de facto. Através destes mesmos últimos testes e depois de dicotomizar as variáveis “atualmente como é o desejo sexual” e “atualmente como é a satisfação conjugal” testaram-se diferenças nestas variáveis pelo estado reprodutivo das mulheres (fez-se o mesmo com as variáveis alterações do humor pré e durante a menstruação e existência de sintomas depressivos em toda a vida). Os mesmos testes permitiram explorar diferenças em todas as dimensões do estudo (satisfação conjugal, desejo sexual e sintomatologia depressiva, ansiosa e stresse) por estado reprodutivo. Em função das diferenças encontradas, recorrendo a correlações de Pearson testaram-se associações entre todas as variáveis na amostra total (à exceção do *desejo relacional* e *fantasias* por revelarem

diferenças por estado reprodutivo das mulheres). Para avaliar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); e 0,50 (elevada).

### 3.Resultados

Na Tabela 5 apresentamos as medianas e amplitudes interquartílicas das dimensões de sintomatologia (EADS-21), satisfação conjugal (EASAVIC) e desejo sexual (IHDS) e os testes de U de Mann-Whitney que exploraram diferenças nestas dimensões entre as mulheres em menopausa e as que não se encontravam em menopausa. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos apenas nas dimensões *desejo relacional* e *fantasias* (IHDS): as mulheres em menopausa apresentaram valores mais elevados nas duas dimensões (IHDS cota-se de 0/sempr e 4/nunca: quanto mais baixa a pontuação, maior o *desejo relacional* e as *fantasias*) (*desejo relacional*:  $U = 1206,000$ ,  $p = 0,020$ ; em menopausa,  $Md = 8,0$  e  $AIQ = 4,5$ ; sem menopausa,  $Md = 7,0$  e  $AIQ = 4,0$ ; *fantasias*:  $U = 1124,000$ ,  $p = 0,006$ ; em menopausa,  $Md = 9,0$  e  $AIQ = 4,0$ ; sem menopausa,  $Md = 7,0$  e  $AIQ = 4,0$ ).

**Tabela 5**  
**Testes U de Mann-Whitney: comparação entre mulheres em menopausa e sem menopausa**

	Em Menopausa				U	p
	Não		Sim			
	Md	AIQ	Md	AIQ		
EADS-21 – Depressão	1,0	4,0	1,0	5,5	1619,500	0,869
EADS-21 – Ansiedade	1,0	3,0	1,0	3,0	1565,500	0,647
EADS-21 – Stresse	5,0	5,0	4,0	6,0	1531,000	0,533
EASAVIC – Funções Familiares	17,0	6,0	17,0	6,0	1623,000	0,956
EASAVIC – Tempos Livres	7,0	3,0	8,0	5,0	1495,500	0,417
EASAVIC - Autonomia	18,0	4,0	18,0	4,0	1549,500	0,598
EASAVIC – Comunicação e Conflitos	32,0	11,0	31,0	12,5	1502,500	0,442
EASAVIC – Sexualidade	29,0	8,0	26,0	10,5	1362,500	0,134
EASAVIC – Intimidade Emocional	86,5	22,0	84,0	32,0	1547,000	0,591
EASAVIC – Rede Social	13,0	4,0	13,0	5,0	1502,500	0,439
EASAVIC Total	204,0	51,0	204,0	69,0	1517,000	0,540
IHDS – Impulso forte	11,0	5,0	11,0	6,0	1350,500	0,117
IHDS – Desejo relacional	7,0	4,0	8,0	4,5	1206,000	<b>0,020</b>
IHDS –Fantasias	7,0	4,0	9,0	4,0	1124,000	<b>0,006</b>
IHDS – Pensamentos e Comportamentos evit.	32,0	12,75	30,0	14,5	1379,500	0,159

*Md* = mediana; *AIQ* = amplitude inter-quartílica; *U* = teste U de Mann-Whitney; *p* = nível de significância; EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal ; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21; IHDS = Índice Hurlbert do Desejo Sexual; IHDS – Pensamentos e Comportamentos evit. = pensamentos e comportamentos evitantes.

Nas Tabelas 6 a 10 apresentamos as correlações entre as dimensões da EADS-21, EASAVIC e IHDS na amostra total, excluindo o *desejo relacional* e *fantasias*, por existirem diferenças estatisticamente significativas nestas dimensões por estado reprodutivo. A

depressão e a ansiedade associaram-se de forma estatisticamente significativa e positiva entre si e com o stresse (magnitudes grandes) (Tabela 6).

**Tabela 6**  
**Correlações entre as dimensões da EADS-21 - amostra total**

	EADS-21 Ansiedade	EADS-21 Stresse
EADS-21 Depressão	0,536**	0,656**
EADS-21 Ansiedade	-	0,644**
EADS-21 Stresse		

\* $p \leq 0,005$ ; \*\* $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21.

O impulso forte (IHDS) associou-se de forma estatisticamente significativa e negativa com os pensamentos e comportamentos evitantes (magnitude moderada) (uma pontuação maior no impulso forte reflete níveis menores de desejo sexual e uma pontuação maior nos pensamentos e comportamentos evitantes reflete maiores níveis de desejo sexual) (Tabela 7).

**Tabela 7**  
**Correlação entre impulso forte e pensamentos e comportamentos evitantes - amostra total**

	IHDS - Pensamentos e comportamentos evitantes
IHDS Impulso forte	-0,476**

\* $p \leq 0,005$ ; \*\* $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; IHDS = Índice Hurlbert do Desejo Sexual.

Todas as dimensões da EASAVIC se correlacionaram de forma estatisticamente significativa positiva (magnitudes grandes) entre si e com a pontuação total (Tabela 8).

**Tabela 8**  
**Correlações entre as dimensões da EASAVIC (satisfação conjugal), na amostra total**

Dimensões da EASAVIC	TL	AUT	CC	SEX	IE	RS	EASAVIC total
Funções familiares (FF)	0,6007**	0,638**	0,773**	0,626**	0,780**	0,569**	0,828**
Tempos livres (TL)	-	0,585**	0,697**	0,633**	0,666**	0,583**	0,742**
Autonomia (AUT)	-	-	0,650**	0,553**	0,705**	0,578**	0,754**
Comunicação e conflitos (CC)	-	-	-	0,754**	0,898**	0,630**	0,935**
Sexualidade (SEX)	-	-	-	-	0,836**	0,578**	0,866**
Intimidade emocional (IE)	-	-	-	-	-	0,717**	0,981**
Rede social (RS)	-	-	-	-	-	-	0,745**
EASAVIC total	-	-	-	-	-	-	-

\* $p \leq 0,005$ ; \*\* $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

Verificamos que, na amostra total, a ansiedade não se associou de forma estatisticamente significativa a todas as dimensões de satisfação conjugal (e à pontuação total) e ao impulso forte do desejo sexual. Porém, associou-se aos pensamentos e comportamentos evitantes da

IHDS de forma estatisticamente significativa e negativa (magnitude pequena). Lembramos que nesta dimensão quanto maior a pontuação maior o nível de desejo sexual. Já a *depressão* associou-se com todas as dimensões de satisfação conjugal (e à sua pontuação total) de forma negativa (amplitudes moderadas a grandes) e, também, de forma estatisticamente significativa e negativa aos *pensamentos e comportamentos evitantes* (magnitude moderada) (nesta dimensão, quanto maior a pontuação, maior o desejo sexual) e positiva à dimensão *impulso forte* (IHDS) (magnitude pequena) (nesta dimensão, quanto maior a pontuação, menor o desejo sexual). O *stresse* associou-se de forma negativa a todas as dimensões de satisfação conjugal (e à sua pontuação total) (magnitudes pequenas a moderadas) à exceção da dimensão *autonomia*. Também mostrou estar associado, de forma estatisticamente significativa e negativa aos *pensamentos e comportamentos evitantes* (magnitude moderada) (nesta dimensão, quanto maior a pontuação, maior o desejo sexual) (Tabela 9).

**Tabela 9**  
**Correlações entre as dimensões da EASAVIC (satisfação conjugal) e IHDS (desejo sexual) e da EADS-21 (sintomas depressivos, ansiosos e stresse) na amostra total**

	<i>EADS-21</i> <i>Depressão</i>	<i>EADS-21</i> <i>Ansiedade</i>	<i>EADS-21</i> <i>Stresse</i>
<i>EASAVIC Funções familiares</i>	-0,492**	NS	-0,376**
<i>EASAVIC Tempos livres</i>	-0,474**	NS	-0,332**
<i>EASAVIC Autonomia</i>	-0,355**	NS	NS
<i>EASAVIC Comunicação e conflitos</i>	-0,532**	NS	-0,330**
<i>EASAVIC Sexualidade</i>	-0,499**	NS	-0,256**
<i>EASAVIC Intimidade emocional</i>	-0,538**	NS	-0,270**
<i>EASAVIC Rede Social</i>	-0,394**	NS	-0,200**
<i>EASAVIC total</i>	-0,558**	NS	-0,310**
<i>IHDS Impulso forte</i>	0,207**	NS	NS
<i>IHDS Pensamentos e comportamentos evitantes</i>	-0,450**	0,171*	-0,305**

\* $p \leq 0,005$ ; \*\*  $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; *EADS-21* = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21; *EASAVIC* = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

Verificamos que o *impulso forte* (IHDS) não se relacionou de forma estatisticamente significativa com todas as dimensões da EASAVIC (e sua pontuação total). Os *pensamentos e comportamentos evitantes* (IHDS) relacionaram-se de forma estatisticamente significativa positiva com todas as dimensões da EASAVIC (e sua pontuação total) (magnitudes que variaram entre pequenas a grandes; de acentuar a magnitude grande com a *sexualidade* da EASAVIC e a magnitude moderada com a *intimidade emocional* da EASAVIC).

**Tabela 10**  
**Correlações entre as dimensões da EASAVIC e dimensões Impulso forte e Pensamentos e comportamentos evitantes do IHDS (desejo sexual), na amostra total**

Dimensões da EASAVIC	IHDS	
	Impulso forte	Pensamentos e comportamentos evitantes

<b>Funções familiares (FF)</b>	NS	0,293**
<b>Tempos livres (TL)</b>	NS	0,278**
<b>Autonomia (AUT)</b>	NS	0,265**
<b>Comunicação e conflitos (CC)</b>	NS	0,379**
<b>Sexualidade (SEX)</b>	NS	0,555**
<b>Intimidade emocional (IE)</b>	NS	0,408**
<b>Rede social (RS)</b>	NS	0,290**
<b>EASAVIC total</b>	NS	0,432**

\* $p \leq 0,005$ ; \*\* $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal ; IHDS = Índice Hurlbert do Desejo Sexual.

Na Tabela 11 apresentamos as correlações entre as dimensões do IHDS *desejo relacional* e *fantasias* com as dimensões da EASAVIC e EADS-21 nas mulheres que não estavam em menopausa e na Tabela 12 as mesmas correlações nas mulheres em menopausa. Quanto às mulheres que não estavam em menopausa, o *desejo relacional* correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e negativa com todas as dimensões da EASAVIC (magnitudes pequenas a grandes – de acentuar a magnitude grande com a *sexualidade*) e de forma estatisticamente significativa e positiva com a *depressão* (magnitude moderada) e o *stresse* (magnitude pequena). As *fantasias* não se associaram de forma estatisticamente significativa com todas as dimensões da EASAVIC à exceção da *sexualidade* (associação negativa; magnitude pequena) e da *depressão* (EADS-21) (magnitude pequena).

**Tabela 11**

**Correlações entre as dimensões do IHDS *desejo relacional* e *fantasias* e as dimensões da EADS-21 e da EASAVIC nas mulheres sem menopausa**

	<b>IHDS <i>Desejo relacional</i></b>	<b>IHDS <i>Fantasias</i></b>
<b>EASAVIC Funções familiares</b>	-0,278**	NS
<b>EASAVIC Tempos livres</b>	-0,232**	NS
<b>EASAVIC Autonomia</b>	-0,228**	NS
<b>EASAVIC Comunicação e conflitos</b>	-0,312**	NS
<b>EASAVIC Sexualidade</b>	-0,526**	-0,210*
<b>EASAVIC Intimidade emocional</b>	-0,384**	NS
<b>EASAVIC Rede Social</b>	-0,235*	NS
<b>EADS-21 Depressão</b>	0,456**	0,218**
<b>EADS-21 Ansiedade</b>	NS	NS
<b>EADS-21 Stresse</b>	0,223**	NS

\* $p \leq 0,005$ ; \*\* $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal ; IHDS = Índice Hurlbert do Desejo Sexual ; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21.

Quanto às mulheres que se encontravam em menopausa, o *desejo relacional* correlacionou-se de forma estatisticamente significativa e negativa com as dimensões da EASAVIC *comunicação e conflitos*, *sexualidade* e *intimidade emocional* (magnitudes moderadas) e de forma estatisticamente significativa e positiva com a *depressão* (magnitude moderada). As *fantasias* associaram-se de forma estatisticamente significativa e negativa com

as dimensões da EASAVIC *autonomia e comunicação e conflitos* (magnitudes moderadas) e de forma negativa com a dimensão da EASAVIC *rede social* (magnitude moderada).

**Tabela 12**  
***Correlações entre as dimensões da IHDS desejo relacional e fantasias e as dimensões da EADS-21 e da EASAVIC nas mulheres em menopausa***

	<i>IHDS - desejo relacional</i>	<i>IHDS - fantasias</i>
<i>EASAVIC Funções familiares</i>	NS	NS
<i>EASAVIC Tempos livres</i>	NS	NS
<i>EASAVIC Autonomia</i>	NS	-0,381*
<i>EASAVIC Comunicação e conflitos</i>	-0,425*	-0,377*
<i>EASAVIC Sexualidade</i>	-0,491**	NS
<i>EASAVIC Intimidade emocional</i>	-0,360*	NS
<i>EASAVIC Rede Social</i>	NS	-0,374**
<i>EADS-21 Depressão</i>	0,363**	NS
<i>EADS-21 Ansiedade</i>	NS	NS
<i>EADS-21 Stresse</i>	NS	NS

\* $p \leq 0,005$ ; \*\*  $p \leq 0,001$ ; NS = não significativo; IHDS = Índice Hurlbert do Desejo Sexual ; EASAVIC = Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal ; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21.

#### **4. Discussão**

Eram principais objetivos deste estudo explorar os níveis de satisfação conjugal, desejo sexual e sintomatologia depressiva, ansiosa e stresse em mulheres em menopausa, e comparar estes níveis com os de mulheres que não estão em menopausa. Pretendíamos, ainda, explorar a associação entre as variáveis referidas nas duas amostras (separadamente). Quanto a este último objetivo, dado apenas existirem diferenças entre as duas amostras em duas dimensões do desejo sexual, algumas das associações aqui discutidas (entre variáveis) serão analisadas relativamente à amostra total (mulheres em menopausa ou não). Porém, antes de discutir os nossos principais objetivos atentemos em alguns aspetos mais descritivos da(s) amostra(s).

Analisando algumas características sociodemográficas da(s) nossa(s) amostra(s), verificou-se, como expetável, uma diferença estatisticamente significativa, ao nível da idade, com as mulheres em menopausa (por oposição às mulheres que ainda estão em período fértil), a apresentar uma média superior (média de idades nas mulheres em menopausa = 54,64/DP = 7,47). Esta média revela ser um valor muito próximo da idade média e intervalo típico de idades apontados nos estudos para ocorrência da menopausa (Teles et al., 2012; Ferreira et al., 2013). Verificou-se, também, que no grupo de mulheres em menopausa existia uma maior proporção de mulheres casadas *versus* em união de facto, relativamente às mulheres que não estavam em menopausa (nestas últimas, verificou-se um maior equilíbrio em termos de proporção de mulheres casadas e em união de facto, existindo, então, mais mulheres em união de facto). Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) referem

que, no período entre 2001 e 2011, aumentou significativamente o número de uniões de facto, tanto nos casais com filhos como sem filhos. Igualmente, também pela idade da amostra das mulheres em menopausa, o resultado relativo a um maior número de filhos na amostra de mulheres em menopausa era expectável. Acresce a este dado o facto de, atualmente, apesar da média de idades da amostra de mulheres que não estavam em menopausa ser de 33,57, as mulheres serem mães cada vez mais tarde (Jornal de Notícias, 2016). Consideramos relevante discutir a percentagem/prevalência de mulheres em que a menopausa ocorreu naturalmente (84,8%) por oposição com a percentagem de mulheres em que ocorreu de forma artificial (15,2%). Apesar da nossa amostra não poder ser considerada representativa da população portuguesa em geral, por se tratar de uma amostra por conveniência, o acesso a este dado epidemiológico, ainda que apenas exploratório, parece-nos relevante, até porque não encontramos estudos (nacionais e internacionais) que relatem a prevalência dos dois tipos de menopausa, dado que nos parece relevante, do ponto de vista das implicações clínicas (físicas e mentais). Gostaríamos de ter tido um número maior de mulheres em menopausa para podermos analisar os dados (diferenças e associações) atendendo ao tipo de menopausa.

Importa agora discutir os principais resultados relativos aos objetivos centrais do nosso estudo, nomeadamente a diferença entre as duas amostras (mulheres em menopausa versus as que não estavam em menopausa) nas variáveis centrais do estudo: desejo sexual, satisfação conjugal e sintomas depressivos, ansiosos e stresse. Quando, no questionário sociodemográfico e relativo a algumas questões gerais clínicas, de saúde e sobre satisfação conjugal e desejo sexual, questionamos o nível de satisfação conjugal e desejo sexual verificamos não existirem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras. Porém, testes U de Mann Whitney (usados para comparar as duas amostras nas diferentes dimensões da EASAVIC, IHDS e EADS-21) mostraram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *desejo relacional* e *fantasias* do IHDS. Hipotetizamos que a diferença de resultados obtidos através das questões elaboradas pela autora *versus* dos resultados obtidos através do IHDS pode ser explicada, eventualmente, pela especificidade dos itens do IHDS, visto serem mais especificamente direcionados para avaliar o desejo sexual, do que as questões gerais desenvolvidas pela autora. Importa referir que, no que toca às dimensões *impulso forte*, *pensamentos* e *comportamentos evitantes* (IHDS) e *sexualidade* (EASAVIC), o nível de significância quase atingiu a significância estatística, parecendo apontar para a possibilidade de, no caso de, no futuro, obtermos uma amostra maior (no que toca às mulheres em menopausa) e alcançarmos um maior equilíbrio de *n* entre amostras, talvez se verificassem diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis.

Independentemente de não terem sido encontradas diferenças entre as amostras nas variáveis centrais do estudo, focando as questões elaboradas pela autora (sobre o nível de desejo sexual após a menopausa), a maioria das mulheres em menopausa afirmou ter ocorrido uma diminuição do desejo sexual (38,1% referiu que o desejo sexual diminuiu de forma moderada e 33,3% respondeu que o mesmo diminuiu muito/muitíssimo). Os resultados do nosso estudo vão ao encontro da grande maioria de estudos realizados sobre a temática. Cerejo (2006), num estudo pioneiro realizado em Portugal, com mulheres com e sem menopausa, determinou que 74,2% da sua amostra apresentava disfunções sexuais, nomeadamente diminuição do desejo sexual. Lorenzi e Sacilota (2006) verificaram, num estudo com mulheres em menopausa, que quanto maior a idade, menor a satisfação sexual e menor a frequência da atividade sexual. No estudo de Fugl-Meyer e Siogren Fugl-Meyer (2002), com mulheres entre os 18 e os 74 anos, quer o desejo sexual, quer a satisfação sexual tendeu a diminuir com a idade. No estudo conduzido em Portugal por Fonseca e colaboradores (2003), citado em Rodrigues (2015), a propósito da sexualidade na pós-menopausa, os autores concluíram que cerca de 50% da amostra do estudo encontrava-se insatisfeita com a sua vida sexual, destacando como principal queixa a redução do desejo sexual. É importante problematizar que nem todos os estudos encontrados são consensuais a este nível, no sentido em que Vilarinho (2010) na sua dissertação de doutoramento, verificou que a satisfação sexual pode manter-se elevada após a menopausa, sendo que cerca de 72% das participantes do seu estudo referiram estar fisicamente e emocionalmente satisfeitas com as suas relações sexuais.

Quanto ao nível de sintomas depressivos, ansiosos, de stresse e satisfação conjugal (total e específicos por dimensões) a inexistência de diferenças estatisticamente significativas surpreendeu a autora que esperava encontrar níveis diferentes por estado reprodutivo. Amore e colaboradores (2004) referem que o fator que melhor prediz sintomas depressivos durante o climatério é a depressão prévia, excluindo a hipótese destes sintomas se acentuarem com e pela ocorrência da menopausa. Porém, em oposição, Silva e colaboradores (2008) encontraram uma alta prevalência de depressão e ansiedade em pacientes em menopausa.

Ao cruzar todas as dimensões de todos os instrumentos entre si na amostra total, visto não existirem diferenças significativas na maioria das variáveis, encontraram-se resultados expectáveis: quanto maior o nível de sintomas depressivos, maior o nível de sintomas de ansiedade e stresse (bem como quanto maior o nível de sintomas de ansiedade, maior o nível de stresse). Este resultado vai ao encontro do estudo de validação da EADS-21 (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004), utilizada neste trabalho, e de um número significativo de estudos

nacionais e internacionais (e.g. Jansson Frojmark e Lindblom, 2008) que apontam para a relação significativa (até comórbida) entre aquelas sintomatologias. Outro resultado esperado foi a associação negativa entre duas dimensões “antagónicas” do IHDS: quanto maior o *impulso forte*, menor os *pensamentos e comportamentos evitantes*. Apesar de Ferreira (2013) apenas apresentar a validação para a população portuguesa do IHDS e não explorar correlações entre as dimensões que encontrou, este resultado é compreensível, visto que quanto maior o *impulso* (sexual) (e.g. “tenho um enorme apetite sexual”), mais se espera que seja menor o nível de *pensamentos e comportamentos evitantes* (face às relações sexuais) (e.g. “tento evitar ter relações sexuais com o/a meu/minha companheiro/a”).

Em relação às escalas de satisfação conjugal, verificamos uma relação significativa e positiva entre si, entre todas, o que vai ao encontro, no geral, do estudo original da escala EASAVIC (Narciso e Costa, 1996). Era, de facto, expetável que as diferentes escalas de satisfação conjugal se encontrassem correlacionadas, no sentido em que a satisfação em diferentes escalas da vida de um casal, tendencialmente, pode influenciar a satisfação noutras escalas dessa mesma satisfação. No fundo, escalas que dizem respeito à dimensão do *Funcionamento conjugal* relacionam-se positivamente com as escalas da dimensão *Amor* (e vice-versa). Adicionalmente, a relação negativa entre o nível de sintomas depressivos e o nível de satisfação conjugal (todas as escalas) era igualmente esperada. Alguns estudos (Berlezi et al., 2013; Cabral et al., 2012; Pimenta et al., 2007) indicam que uma das principais sintomatologias que pode afetar a satisfação conjugal e sexual é a depressiva. Verificou-se, também, que quanto maior a ansiedade e maior o nível de stresse, maior o nível de *pensamentos e comportamentos evitantes*. Estudos apontam que, ao nível da sexualidade, a ansiedade pode funcionar tanto como fator predisponente, como fator inibidor da resposta sexual, dependendo do seu nível. Silva (2015) refere que, nas mulheres, tanto o grau de ansiedade leve como o moderado beneficiam a resposta sexual, enquanto a ansiedade severa inibe essa resposta, devido ao componente fóbico de evitamento das relações sexuais. Igualmente, encontrou-se que, quanto maiores os níveis de stresse, menores serão os níveis de satisfação conjugal (à exceção da escala autonomia), resultado este expectável visto que vários estudos mostram, na população geral, que o stresse é um fator que influencia a satisfação com a vida (Sadir, Bignotto e Lipp, 2010; Teng, et al., 2005). O resultado relativo à associação entre todas as dimensões da EASAVIC (acentuamos a correlação grande com a *sexualidade*) e a dimensão *pensamentos e comportamentos evitantes* do IHDS, no sentido em que quanto maior a satisfação conjugal, menor o nível de *pensamentos e comportamentos evitantes* (ao nível sexual) parece-nos mais um resultado expectável, visto que se as mulheres

estão satisfeitas com a sua relação conjugal, isso tenderá a influenciar a esfera sexual, diminuindo a probabilidade de evitarem ter relações sexuais.

Na discussão das correlações entre as únicas dimensões do IHDS em que encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras (*desejo relacional* e *fantasias*) e as dimensões da EASAVIC e da EADS-21, analisemos separadamente os resultados, conforme o estado reprodutivo. Em mulheres que não se encontravam em menopausa, quanto maior a satisfação conjugal (todas as escalas da EASAVIC), maior o *desejo relacional*. As correlações maiores que encontramos foi entre *desejo relacional*, *sexualidade* e *intimidade emocional* (EASAVIC; a primeira, uma correlação grande e a segunda, moderada). Este resultado faz sentido: se o *desejo relacional* avalia o desejo da pessoa estar sexualmente com o companheiro/parceiro, quanto mais a pessoa estiver satisfeita com a *sexualidade* (em casal) e quanto mais sentir *intimidade emocional* (por avaliar sentimentos de proximidade ao outro) com o companheiro/parceiro, mais *desejo relacional* (sexual) irá vivenciar. Este dado é sobretudo relevante quanto ao sexo feminino. Segundo Cordova e colaboradores (2005), a habilidade emocional diz respeito à capacidade de identificar, comunicar e expressar emoções, e esta parece ser sobretudo importante a determinar a satisfação conjugal das mulheres (i.e. a habilidade emocional do parceiro/companheiro parece ser mais importante a determinar a satisfação conjugal das mulheres do que a habilidade das mulheres a determinar a satisfação conjugal dos homens) (Narciso e Costa, 1996). Ainda na amostra de mulheres que não estavam em menopausa, quanto menores os níveis de stresse e depressão maior revelou ser o *desejo relacional* (correlação moderada). Vários estudos (Silva, 2015; Lykins et al., 2006) mostram que quanto maiores os níveis de stresse, ansiedade e depressão, menores os níveis de desejo sexual e satisfação conjugal. Adicionalmente, quanto maior o nível na *sexualidade* (EASAVIC), maior o nível das *fantasias* (IHDS). Este resultado era expectável, porque a mulher vai fantasiar mais por se sentir satisfeita sexualmente na sua relação. Porém, a correlação encontrada foi pequena, levantando a hipótese de outras variáveis poderem explicar as *fantasias* sexuais, como a imaginação, capacidade mental em fantasiar e inibição cognitiva. Verificámos, ainda, que quanto maiores os níveis de sintomas depressivos, menor os níveis nas *fantasias*, i.e., menor a disposição e capacidade mental para fantasiar. Segundo Reynaert, Zdanowicz, Janne e Jacques (2010), no geral, as fantasias e a imaginação estão diminuídos nos quadros depressivos, o que poderá afetar fortemente a vivência da sexualidade.

No que toca aos resultados correlacionais, nas mulheres em menopausa, quanto maior o nível nas escalas *comunicação e conflitos*, *sexualidade* e *intimidade emocional* (EASAVIC)

maior o *desejo relacional* (IHDS). As escalas *sexualidade e intimidade emocional* pertencem à dimensão Amor. Em mulheres em menopausa as escalas que determinam o *desejo relacional* parecem, então, ser mais de carácter emocional, parecendo ser menos relevantes as escalas relativas ao funcionamento do casal. Porém, a escala *comunicação e conflitos* (pertencente à dimensão Funcionamento conjugal) correlacionou-se com o *desejo relacional* eventualmente por ser uma escala que aponta, também, mesmo que indiretamente, para aspetos emocionais/comunicacionais, nomeadamente a forma como o casal comunica e gere emocionalmente conflitos. Como expectável, e como verificámos na amostra de mulheres que não estavam em menopausa, maiores níveis de sintomas depressivos associaram-se a menores níveis de *desejo relacional* (Berlezi et al., 2013; Lykins et al., 2006). Quanto às correlações entre as *fantasias* (IHDS) e as escalas da EASAVIC, o facto de níveis menores de *autonomia* (EASAVIC) se associarem a menores níveis de *fantasias* parece indicar que, em mulheres em menopausa, um casal que viva a relação de forma mais emaranhada (esta é a amostra de mulheres em menopausa, com idades mais avançadas, altura em que o casal se pode “fechar sobre si”) terá mais dificuldades em fantasiar. Ao estarem constantemente envolvidos na vida um do outro, podem não sentir a falta um do outro, condicionando a necessidade de fantasiar um com outro. Quanto ao facto de níveis menores na *rede social* (EASAVIC) se associarem a menores níveis de *fantasias*, é possível que com o avançar da idade (tratam-se de mulheres com idades mais avançadas), os elementos do casal podem não investir tanto na sua rede social, direccionando a vida para o cônjuge, mais uma vez. Este foco excessivo no parceiro pode reduzir a capacidade (e até a necessidade) de fantasiar. Por fim, o facto de níveis menores de *comunicação e conflitos* (EASAVIC) se associarem a menores níveis de *fantasias* pode dever-se ao facto do défice na capacidade de comunicar e gerir conflitos poder influenciar negativamente a capacidade, necessidade e vontade de fantasiar com o parceiro. A comunicação assegura a construção e evolução do relacionamento, permitindo esclarecer, resolver conflitos e a união do casal (Narciso e Costa, 1996).

No que toca às limitações deste estudo, o tipo de estudo (transversal) impede inferências de causalidade (estabelecer relação de causa/efeito entre as variáveis). Outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra reduzida de mulheres em menopausa (apesar de superior a 30). No futuro seria interessante realizar o mesmo estudo comparativo aumentando o tamanho desta amostra, o que também permitiria analisar o impacto da idade em mulheres em menopausa, quanto ao desejo sexual, e explorar as variáveis estudadas em fases diferentes do processo de menopausa, visto que diferentes estudos (Caires et al., 2015; Mishra e Kuh, 2006; Nisar e Sohoo, 2010) referem maior prejuízo do desejo sexual em mulheres em pós-

menopausa, por oposição às que estão em menopausa. Mulheres em pós menopausa apresentaram valores inferiores relativamente a diversos domínios da sua vida *versus* mulheres em menopausa, nomeadamente o desejo sexual (Nisar e Sohoo, 2010).

Entre os focos de interesse para estudos futuros, seria interessante explorar e comparar amostras de casais em que as respetivas mulheres estejam em menopausa vs. sem estarem em menopausa, quanto ao desejo sexual e satisfação conjugal, explorando, também, as percepções do sexo masculino. Mesmo que não se incluíssem os homens do casal em estudos futuros, seria interessante questionar as mulheres acerca do impacto de problemas de natureza sexual no parceiro no seu desejo sexual e satisfação conjugal. Pechorro e colaboradores (2009), referem que a insatisfação sexual pode resultar de disfunções sexuais na própria pessoa ou companheiro e influenciar a satisfação conjugal. Um estudo futuro poderia incluir, também, a avaliação de eventuais diagnósticos de disfunção sexual e de problemas médicos, permitindo analisar detalhadamente o impacto dos mesmos no desejo sexual e satisfação conjugal. O estudo de Cerejo (2006), em Portugal, encontrou uma prevalência de disfunção sexual feminina de 74,2%. Abdo (2009), validou um instrumento com o objetivo desenvolver uma versão feminina do quociente sexual e que alberga os vários domínios da função sexual da mulher. O autor refere a necessidade de melhor quantificar a disfunção sexual feminina.

Atendendo a que as mulheres em menopausa apresentaram menores níveis de *desejo relacional e fantasias*, os profissionais de saúde (e.g. médicos ginecologistas) poderão, de forma mais atenta, explorar a presença de disfunção sexual na mulher e parceiro, e de doenças de natureza física e mental que possam afetar o desejo sexual.

## **5. Referências Bibliográficas**

- Abdo, C. (2009). Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual na mulher. *Diagnóstico Tratamento*, 14(2), 89-1.
- Alves, E. R. P., Calazans, J. C. C., Ferreira, A.Y.M, Leite, G. O., Barboza, K. K. S., Dias, M. D. (2013). Association Between Record Gynecological-Obstetrics and Climacteric Symptoms. *Revista Enfermagem UFSM*, 3(3), 490-499. Doi: 10.5902/2179769210567.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Amore, M., Donato, P. D., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C., e Aloysio, D. D. (2004). Psychological status at the menopausal transition: an italian epidemiological study. *Maturitas*, 48, 115-124.

- Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C. e Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54.
- Avis, N., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C. e Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, 7(5), 297-309.
- Becker, D., Orr, A., Weizman, A., Kotler, M., & Pines, A. (2007). Depressed mood through women's reproductive cycle: correlation to mood at menopause. *Climateric*, 10, 46-50. Doi.org/10.1080/13697130601174374
- Berlezi, E. M., Balzan, A., Cadore, B. F., Pillatt, A. P. e Winkelmann, E. R. (2013). Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e na associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira Geriatria & Gerontologia*, 16(2), 273-283
- Birkhäuser, M. (2002). Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? *Maturitas*, 41(1), 3-8.
- Cabral, M. M. C. (2001). Situando a Menopausa: Tempo, Nomenclatura e Tipologia. *Revista Interlocuções*, 1(1), 65-85.
- Cabral, P. U. L., Canário, A.C.G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. C., Amaral, R. L. G. e Gonçalves, A. K. S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, 34(7), 329-334.
- Caires, C .S., Oliveira, A. C. F., e Araújo, E. N. P. (2015). Pós-Menopausa, Disfunção Sexual e Personalidade: Explorando Alguns Conceitos. *Ciências Biologia, Saúde*, 17(3), 206-210.
- Castelo-Branco, C.; Huezó, M. L.; Lagarda, J. L. B. (2008). Definition and diagnosis of sexuality in the XXI Century. *Maturitas*, 60, 50-58
- Cerejo, A. C. (2006). Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 22(6), 701-720. Retirado de: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10303/10039>.
- Collins, A., e Landgren, B. M. (2002). Longitudinal research on the menopause-methodological challenges. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81, 579-580.
- Coope, J. (1996). Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas*, 23, 159-168.
- Cordova, J., Gee, C., e Warren, L. (2005). Emotional Skillfulness in marriage: intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2(24), 218-235.
- Danaci, A. E., Oruç, S., Adigüzel, H., Yildirim, Y. (2003). Relationships of sexuality with psychological and hormonal features in the menopausal period. *West Indian Med Journal*, 52(1), 27-30.

- Deeks, A., e McCabe, M. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *The Journal of Sex Research*, 38, 219-225.
- Dennerstein, L., Dudley, R., e Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility*, 76(3), 456-460. Retirado de: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(01\)01978-1/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(01)01978-1/pdf)
- Diário de Notícias (s.d.). *Portuguesas são mães cada vez mais tarde*. Acedido em 25, setembro, 2016, em <http://www.dn.pt/sociedade/interior/portuguesas-sao-maes-a-partir-dos-30-anos-5154167.html>
- Fagulha, T., e Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia*, 19, 19-38.
- Ferreira, I. C. C., Silva, S. S., Almeida, R. S. (2015). Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. *Ensaio Científicos*, 19(2), 60-64.
- Ferreira, L. C. N. T. (2013). Intimidade e Desejo Sexual nas Relações de Casal: O Paradoxo da Diferenciação Conjugal. *Universidade de Lisboa e Universidade de Coimbra, Doutoramento em Psicologia Clínica, psicologia da família e intervenções familiares, Lisboa e Coimbra*. Retirado de: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9925/1/ulsd067104\\_td\\_Luana\\_Ferreira.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9925/1/ulsd067104_td_Luana_Ferreira.pdf)
- Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R., e Ferreira, M. E. C. (2013). Menopausa: Marco Biopsicossocial do Envelhecimento Feminino. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 410-419.
- Ferreira, P. M. M., Narciso, I. S. B., Pereira, N. M., e Ferreira, A. S. (2013). Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 691-700. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n4/09.pdf>.
- Fielder, K. e Kurpius, S. (2005). *Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys* (Vol. 19). Lisboa: Edições Colibri.
- Fugl-Meyer, A. e Sjogren Fugl-Meyer, K. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research*, 14, 487-493. Retirado de: <http://www.nature.com/ijir/journal/v14/n6/full/3900914a.html>
- Haavio-Mannila, E. e Kontula, O. (1997). Correlates of Increased Sexual Satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.
- Hurlbert, D., Singh, D., Menendez, D., Fertel, E. R., Fernandez, F., e Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of

- women with hypoactive sexual desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 15–31.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2011).
- Jansson Frojmark, m. Lindblom K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal Psychosomatic Research*, 64(4), 443-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.016
- Lima, I. F., e Barbosa, R. M. S. P. (2015). O Trinômio Menopausa, Atividade Física no Envelhecimento e Imagem Corporal. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, 1(5), 36-58.
- Liu, K. e Case, A. (2011). Advanced Reproductive Age and Fertility. *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 269, 1165-1175.
- Lorenzi, D.R.S., Baracat, E.C. e Saciloto, B., Jr.I.P. (2006). Fatores Associados à Qualidade de Vida após Menopausa. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(5), 312-7. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a17v52n5.pdf>.
- Lykins, A. D., Janssen, E., Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43, 136-143.
- Mishra, G., e Kuh, D. (2006). Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. *Menopause*, 13(6), 880-890. doi:10.1097/01.gme.0000228090.21196.bf
- Mônego, B. G. (2011). A teoria triangular do amor de Sternberg e o modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia-USF*, 16(1), 97-105. Doi.org/10.1590/S1413-82712011000100011.
- McCoy, N. L., Davidson, J. M. (1985). A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas*, 7(2), 203-10.
- Narciso, I., e Costa, M. (1996). Amores Satisfeitos, mas não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Narciso, I. (2010). Dados não publicados (cedidos pela autora).
- Neves, T. B. e Neves, F. B. (2013). Atividade Física e Sintomas Psicológicos da Menopausa. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 14(1), 205-214. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36226540015.pdf>.
- Nisar, N., e 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. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(5), 118-130. Retirado de: <http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v02-n05-01.pdf>

- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. e Sharlin, S. A. (2004). Satisfação Conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a20v09n3.pdf>
- Ortiz, M. D., Corona, E. O. (2000). Perfil de las relaciones sexuales y sus condicionantes en el climatério. *Perinatol Reprodução Humana*, 14(3), 160-167.
- Pascoal, P. M. Narciso, I., e Pereira, N. M. (2012). Emotional intimacy is the best predictor of sexual satisfaction of men and women with sexual arousal problems. *International journal of impotence research*, 25(2), 51-5.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Legis Editora.
- Pais Ribeiro J. L., Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuições para o estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (EADS) de 21 Itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 229-239. Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>.
- Pestana, M. H., e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5a Ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimenta, F., Leal, I., e Braco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 25(3), 455-466. Doi: 10.14417/ap.457
- Polisseni, A. F., Araújo, D. A. C., Polisseni, F., Junior, C. A. M., Polisseni, J., Fernandes, E. S. e Guerra, M. O. (2009). Depressão e Ansiedade em Mulheres Climatéricas: Fatores Associados. *Revista Brasileira Ginecologia*, 31(1), 28-34. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a06>.
- Reynaert, C., Zdanowicz, N., Janne, P. e Jacques, D. (2010). *Depression and Sexuality*. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 111-113. Retirado de: [http://www.hdbp.org/psychiatria\\_danubina/pdf/dnb\\_vol22\\_sup/dnb\\_vol22\\_sup\\_111.pdf](http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol22_sup/dnb_vol22_sup_111.pdf)
- Rizzon, A. L. C., Mosmann, C. P., e Wagner, A. (2013). A Qualidade Conjugal e os Elementos do Amor: um estudo correlacional. *Contextos Clínicos*, 6(1), 41-49. Doi: 10.4013/ctc.2013.61.05.
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M. e Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45), 73-81. Retirado de: <http://oaji.net/articles/2014/655-1401456199.pdf>

- Sardinha, A. e Falcone, E.M.O. (2009). As relações entre a Satisfação Conjugal e as Habilidades Sociais percebidas no Cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a13v25n3>.
- Sarrel, P. M. (1999). Psychosexual effects of menopause: role of androgens. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 180, 319-324. doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70727-1
- Scorsolini-Comin, F. e Santos, M. A. (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-531. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a15v26n3>.
- Silva, M. M., Brito, L. M. O., Chein, M. B. C., Brito, L. G. O., e Navarro, P. A. A. S. (2008). Depressão em mulheres climatéricas: Análise de mulheres atendidas ambulatoriamente em um hospital universitário no Maranhão. *Revista de Psiquiatria*, 30(2), 150-154.
- Silva, F. R. C. (2015). Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, 20(4), 157-160. Retirado de: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-150.pdf#page=31>.
- Soares, C. N., Poitras, J. R., e Prouty, J. (2003). Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during menopause. *Drugs and Aging*, 20(2), 85-100.
- Taquette, S. R. e Vilhena, M. M. (2008). Uma Contribuição ao Entendimento da Iniciação Sexual Feminina na Adolescência. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 13 (1), 105-114. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a12.pdf>.
- Marques-Teixeira, J. (1998). A Depressão e a Mulher na Sociedade Moderna. *Psiquiatria em Revista*, 11(3), 5-54.
- Teles, T. O., Pereira, K. F., Souza, V. R., Paranaíba, J. S., e Teixeira, C. S. (2012). Consequências do Climatério e Menopausa na Sexualidade: Um Estudo no Centro do Atendimento Integrado à Saúde de Rio Verde-Goiás. *Revista Saúde e Biologia*, 7(3), 45-51.
- Teng, C. T., Humes, E. C., e Demetrio, F. N. (2005). Depressão e Comorbilidades Clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- WHO Scientific Group on Research on the Menopause in the 1990s (1996). Research on the menopause: report of WHO Scientific Group. Geneva: WHO technical report series.
- Wiklund, I. (1998). Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. *Maturitas*, 29, 41-50.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization, Geneva.

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afeto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Tese de doutoramento. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.