



**IspA**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

OSCILAÇÕES EMOCIONAIS NA PERIMENOPAUSA/MENOPAUSA  
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO  
PORTUGUESA DA ESCALA DE DEPRESSÃO NA PERIMENOPAUSA  
(MENO-D)

HELENA ISABEL BONACHO DOS ANJOS ANTUNES QUINTA

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA RAQUEL PAIS BRANDÃO

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA TÂNIA RAQUEL PAIS BRANDÃO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Tânia Raquel Pais Brandão, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## Agradecimentos

A escolha do tema desta dissertação não foi mera casualidade. Compreender, através da minha experiência pessoal, os desafios a que muitas mulheres estão sujeitas com a chegada de uma fase ainda tão ignorada e estranha como é a da perimenopausa, foi, para além de confrontativo, uma tentativa de catarse. Por isso, devo a todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo um agradecimento muito especial - não só por me terem permitido entrar na intimidade das suas emoções, como por me terem ajudado a viver melhor as minhas.

À Professora Doutora Tânia Brandão, que me acompanha desde o 1º semestre da licenciatura - e a quem segui pela objetividade, coerência e clareza do seu ensino - agradeço profundamente por me ter ensinado a fazer investigação, e, acima de tudo, pela confiança e liberdade com que me permitiu tratar este projeto, bem como pela tolerância e toda a disponibilidade demonstradas ao longo deste ano letivo, particularmente tão exigente e hostil.

Um agradecimento muito sentido à minha família nuclear, principalmente à minha incansável mãe pelo seu colo, abraço e ternura, ao meu pai pela “paciência” nas crises, às minhas sobrinhas, Beatriz e Catarina, que nestes últimos 5 anos muito abdicaram da presença da tia, à minha irmã e cunhado; à minha família de coração - o querido Vi, pelo seu contínuo cuidado e desvelo; e à minha família espiritual, que sei tanta força anímica me transmite.

Por toda a amizade e carinho, à Maria, Sónia, Débora, Joaquina e Ralyne, agradeço a força e as palavras com que amiúde me souberam elevar o ânimo.

Às amigas que comigo foram amadurecendo nesta incrível jornada, Aninhas, Cátia, Cristina, Mariana e Margarida, agradeço quer as confidências, quer os mais importantes disparates, as profusas gargalhadas e por partilharem comigo os seus marcos de vida.

Agradeço ainda à Sara e ao Miguel, por nesta reta final me terem cedido o seu precioso tempo, energia e conhecimento, ajudando-me a colocar este questionário em prática, à minha prima Rita Antunes, pela ajuda de última hora na estatística, à Rita Proença, pelo olhar clínico e crítico e pela objetividade na revisão da tese, bem como a todos os Professores e Colegas que fizeram parte do meu percurso académico, e que direta ou indiretamente me foram incentivando e ajudando a tornar alguém melhor.

*“Gracias a la vida que me ha dado tanto // Me dio el corazón que agita su marco // Cuando miro el fruto del cerebro humano // Cuando miro el bueno, tan lejos del malo”*  
(Violeta Parra, 1966).

Dedico toda a minha formação ao Pedro, que me possibilitou estar, sentir, olhar e ser de forma autêntica, apenas eu. E que, nunca me largando a mão, me ajudou a crescer tanto... A ele, a minha admiração e gratidão  $\infty$ . Dele fica o melhor, no superno canto de mim.

## Resumo

Este estudo teve como objetivos traduzir, adaptar e validar para a população portuguesa a Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D) e explorar as relações entre a sintomatologia emocional da perimenopausa/menopausa e indicadores de *distress* psicológico, exaustão emocional, regulação emocional e vinculação. Participaram 276 mulheres (40–60 anos). A análise fatorial confirmatória reproduziu o modelo de cinco fatores (*Self*, Somático, Cognitivo, Sono, Sexual) com ajuste global adequado ( $\chi^2/gf=2.40$ ; CFI = .934; GFI = .939; RMSEA = .071), ainda que dois itens (“pensamento paranoide” e “peso”) tenham apresentado cargas < .50. A fiabilidade foi heterogénea no modelo de cinco fatores, com melhores índices em *Self* e Cognitivo; registaram-se AVE < .50 em várias subescalas e HTMT > .85 entre pares de fatores, sugerindo fraca validade discriminante. Um modelo alternativo de dois fatores (Psicológico e Somático) evidenciou ajuste semelhante, fiabilidade superior (CR,  $\alpha > .70$ ) e HTMT < .85. As dimensões da Meno-D correlacionaram-se positivamente com Depressão, Ansiedade, Stress e *Distress* Psicológico (EADS-21), Exaustão Emocional (CBI-6) e Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE-VR), e relacionaram-se positivamente com vinculação ansiosa e negativamente (fraco) com vinculação evitante (ECR-RS). Conclui-se que a Meno-D apresenta estrutura replicada, utilidade clínica e evidência de validade externa, recomendando-se estudos futuros de invariância, test-retest e refinamento de itens.

**Palavras-Chave:** (Peri)Menopausa; Meno-D; Depressão; *Distress* psicológico; Burnout/Exaustão emocional; Regulação emocional; Vinculação.

## Abstract

This study aimed to translate, adapt and validate the Perimenopausal Depression Scale (Meno-D) for the Portuguese population and examined associations between perimenopausal/menopausal emotional symptoms and psychological distress, emotional exhaustion, emotion regulation, and attachment. Two hundred and seventy-six women (aged 40–60) participated. Confirmatory factor analysis replicated the five-factor model (Self, Somatic, Cognitive, Sleep, Sexual) with adequate fit ( $\chi^2/df=2.40$ ; CFI = .934; GFI = .939; RMSEA = .071), though two items (“paranoid thinking” and “weight”) loaded below .50. Reliability was heterogeneous across subscales (best for Self and Cognitive), with AVE < .50 for several factors and HTMT > .85, indicating limited discriminant validity. An alternative two-factor model (Psychological and Somatic) showed similar fit, higher reliability (CR,  $\alpha > .70$ ), and HTMT < .85. Meno-D dimensions were positively associated with Depression, Anxiety, Stress and Psychological Distress (DASS-21/EADS-21), Emotional Exhaustion (CBI-6), and Emotion Regulation difficulties (DERS-SF/EDRE-VR), and were positively related to anxious attachment but negatively (weakly) to avoidant attachment (ECR-RS). Findings support the replicated structure, clinical utility, and external validity of the Portuguese Meno-D; future studies should address invariance, test–retest reliability and item refinement.

**Keywords:** (Peri)Menopause; Meno-D; Depression; Psychological distress; Burnout/Emotional exhaustion; Emotion regulation; Attachment.

## ÍNDICE

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico .....	3
Perimenopausa e Menopausa.....	4
Sintomas Emocionais, Depressão e <i>Distress</i> Psicológico.....	6
<i>Burnout</i> /Exaustão Emocional .....	8
Regulação Emocional .....	9
Vinculação .....	10
Pertinência do Estudo .....	11
Objetivo.....	12
Método .....	14
<i>Design</i> / Tipo do Estudo.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	15
Questionário Sociodemográfico.....	15
Escala de Sintomas de Depressão na Perimenopausa (Meno-D).....	16
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) .....	16
Inventário de <i>Burnout</i> de Copenhaga (CBI) .....	17
Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida (EDRE-VR).....	17
Escala de Experiências nas Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ECR-RS).....	18
Procedimento .....	18
Tradução, Retroversão e Adaptação da Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D).....	18
Análise dos Dados.....	19
Amostra .....	20
Resultados .....	23
Modelo de cinco fatores (Kulkarni et al., 2018).....	23
Validade de construto .....	23
Fiabilidade.....	23

Modelo de dois fatores (Papazisis et al., 2022) .....	24
Validade de construto .....	24
Fiabilidade.....	25
Validade convergente e discriminante .....	25
Análises das Correlações .....	26
Discussão.....	29
Estrutura fatorial: cinco fatores vs dois fatores.....	30
Fiabilidade e validade (convergente e discriminante) .....	30
Correlações com as variáveis.....	31
Limitações / Recomendações .....	32
Conclusões .....	32
Referências Bibliográficas .....	34
Anexo 1 – Apresentação do Estudo e Consentimento Informado.....	42
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico .....	43
Anexo 3 – Autorização de utilização e validação da Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D) para a população portuguesa .....	45
Anexo 4 – Tabelas de Análise Confirmatória.....	46
Anexo 4.1 - Modelo de cinco fatores (Kulkarni et al., 2018).....	46
Anexo 4.2 - Modelo de dois fatores (Papazisis et al., 2022) .....	48

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - <i>Modelo de cinco fatores da escala MENO-D</i> .....	23
Figura 2 - <i>Modelo de dois fatores da escala MENO-D</i> .....	25

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i> .....	20
Tabela 2 - <i>Fiabilidade e validade do modelo de cinco fatores da MENO-D (N = 276)</i> .....	24
Tabela 3 - <i>Fiabilidade e validade do modelo de dois fatores da MENO-D (N = 276)</i> .....	25
Tabela 4 - <i>Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa, Ansiedade, Stress e Distress Psicológico</i> .....	26

Tabela 5 - <i>Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Exaustão Emocional</i> .....	27
Tabela 6 - <i>Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Regulação Emocional</i> .....	27
Tabela 7 - <i>Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Estilo de Vinculação</i> .....	28

## Introdução

Em condições biológicas esperadas, sabe-se que, aproximadamente a partir dos 40 anos as mulheres iniciam a perimenopausa, uma etapa que antecede o fim da sua fase reprodutiva. Contudo, esta fase, que, com o aumento da esperança média de vida, se prevê ser uma das mais longas do ciclo feminino, é pautada por desinformação, impreparação e inclusivamente estranheza (De Oliveira, 2022). Consta-se que a literacia sobre a menopausa permanece limitada, mesmo em populações com elevado nível educacional, refletindo lacunas na educação em saúde reprodutiva e mental (Brown et al., 2024).

Não raras vezes, as mulheres relatam sentir-se subitamente “diferentes” na sua própria pele, com uma tristeza inexplicável que surge de um dia para o outro, uma irritabilidade persistente, episódios de raiva e flutuações de humor que podem culminar numa sobrecarga emocional com repercussões profundas nos seus relacionamentos, rotinas pessoais e profissionais, mas, acima de tudo, no seu bem-estar geral e na sua saúde mental (Freeman et al., 2014; Avis et al., 2015; Kulkarni et al., 2024). Paralelamente, alterações nos hábitos de sono, labilidade emocional, sintomas depressivos e ansiosos, mas também queixas cognitivas, como a diminuição da concentração e atenção, coexistem com manifestações fisiológicas típicas, como a síndrome vasomotora (SVM) (os conhecidos afrontamentos), alterações geniturinárias e sexuais (Avis et al., 2015; DeAngelis, 2023; Maki et al., 2019).

Esta verdadeira “montanha-russa sintomática” apanha a maioria das mulheres desprevenidas, expondo vulnerabilidades emocionais e acentuando riscos significativos para a estabilidade psicológica (Badawy et al., 2024; Jiang et al., 2025). Estudos longitudinais demonstram que a perimenopausa constitui uma janela de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos, especialmente em mulheres com antecedentes psiquiátricos, dificuldades de regulação emocional ou baixos níveis de suporte social (Freeman et al., 2006; Kuck & Hogervorst, 2024; Maki et al., 2019). As alterações hormonais, em particular a variabilidade dos níveis de estrogénio e progesterona, afetam circuitos cerebrais ligados à emoção, motivação e sono, com impacto direto na regulação emocional e no bem-estar subjetivo (Kulkarni et al., 2024; Herrera-Pérez et al., 2024).

O impacto destas alterações ultrapassa a esfera individual, repercutindo-se na vida familiar, relacional e profissional (Kling et al., 2019). Reconhecer, compreender e antecipar estas manifestações é fundamental para que a menopausa deixe de ser percecionada como colapso do corpo ou do humor e passe a ser entendida como uma etapa de reorganização

identitária e emocional, que exige conhecimento, validação e suporte relacional (Brown et al., 2024; WHO, 2021). Importa trazer aqui este contributo, para que a menopausa possa acrescentar leveza e serenidade em mulheres mais bem preparadas para o seu futuro.

Neste enquadramento, o presente estudo pretende investigar as oscilações emocionais na perimenopausa e menopausa, explorando as relações entre depressão, *distress* psicológico, regulação emocional e estilos de vinculação. Recorreu-se para tal a um conjunto alargado de instrumentos validados (Meno-D, EADS-21, CBI-6, EDRE-VR e ECR-RS), permitindo uma análise estatística abrangente das variáveis emocionais, relacionais e psicométricas envolvidas, e contribuindo para um entendimento mais integrado do impacto psicológico desta fase do ciclo vital feminino e dos fatores de regulação e proteção que favorecem o bem-estar (Gross, 2015; Mikulincer & Shaver, 2016).

Deste modo, a presente investigação estrutura-se em torno de quatro questões orientadoras. A saber:

1. A versão portuguesa da Meno-D apresenta propriedades psicométricas adequadas (estrutura fatorial, fiabilidade e validade convergente/discriminante) para a avaliação da depressão perimenopáusicas em mulheres portuguesas?
2. Como se relacionam os sintomas de depressão na perimenopausa (Meno-D) com os níveis de *distress* psicológico global (EADS-21)?
3. As dificuldades na regulação emocional (EDRE-VR) contribuem para níveis mais elevados de depressão e *distress* psicológico?
4. De que modo os estilos de vinculação (ECR-RS) se associam a maiores níveis de depressão, *distress* psicológico e *burnout*/exaustão emocional em mulheres na perimenopausa/menopausa?

Concomitantemente, a dissertação organiza-se em duas partes.

A primeira, compreende o enquadramento teórico, que fundamenta o tema das oscilações emocionais na menopausa e integra uma revisão crítica da literatura científica, com destaque para estudos empíricos de referência.

A segunda, apresenta o estudo empírico e metodológico, centrado na análise da Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D), incluindo o processo de validação psicométrica e a exploração das correlações entre variáveis emocionais e relacionais.

Por fim, são discutidos os resultados e as conclusões do estudo, destacando os contributos teóricos e práticos da investigação, bem como as suas implicações clínicas e sociais no campo da saúde mental feminina.

A relevância clínica e social da menopausa exige um olhar biopsicossocial, integrativo da mulher como um todo (Maki et al., 2019). Assim, o capítulo seguinte aprofunda os fundamentos teóricos e empíricos que sustentam a necessidade de se validarem instrumentos específicos e que incidam nesta multiplicidade de dimensões.

### **Enquadramento Teórico**

A reflexão sobre a transição para o envelhecimento feminino conheceu um marco incontornável com Simone de Beauvoir, em “O Segundo Sexo” (1949/2015), ao denunciar a invisibilidade, o estigma e as narrativas patriarcais que moldaram durante séculos a perceção social da mulher madura. Décadas mais tarde, e apesar de notáveis avanços civilizacionais e científicos, a menopausa permanece ainda hoje mal compreendida e frequentemente estigmatizada, marcada por desinformação e por uma representação social que tende a minimizar a sua complexidade biopsicossocial (De Oliveira, 2022; DeAngelis, 2023).

Um inquérito recente da Fawcett Society (Reino Unido), com mais de 4.000 mulheres na perimenopausa, revelou que 45% nunca discutiram os seus sintomas com um médico, e 31% apenas receberam um diagnóstico adequado após múltiplas consultas (DeAngelis, 2023). Estes dados ilustram a persistência de uma insuficiente literacia em saúde e de limitações na preparação profissional para abordar os componentes fisiológicos, emocionais e psicossociais nesta transição (Lee & Kim, 2024).

Em Portugal, o Consenso Nacional de Menopausa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021) estima que existam 2,5 milhões de mulheres nesta fase, das quais 63% se encontrem em idade ativa e enfrentem desafios físicos e emocionais que podem comprometer o seu desempenho laboral e bem-estar. A prevalência de sintomatologia vasomotora (SVM) ( $\approx 70\%$ ), perturbações do sono (66%), síndrome geniturinária, incluindo atrofia vulvovaginal (27-84%), alterações da função sexual (24%), entre outras, cuja duração do desconforto pode oscilar entre 7 a 10 anos, confirma que o impacto da menopausa transcende o plano fisiológico, afetando dimensões emocionais, cognitivas e relacionais da experiência feminina.

Este documento faz referência ao modelo STRAW+10 – *Stages of Reproductive Aging Workshop +10* (Harlow et al., 2012), enquanto ferramenta essencial que permite caracterizar a

transição reprodutiva de forma consistente e comparável entre estudos. Estes critérios definem dez estádios de classificação, com base em marcadores clínicos e hormonais de envelhecimento ovariano, como a irregularidade menstrual, as variações nos níveis de hormona folículo-estimulante (FSH), inibina B e hormona antimulleriana (HAM), bem como o declínio progressivo do número de folículos antrais (Harlow et al., 2012; Maki et al., 2019; SPG, 2021).

Os critérios STRAW+10 foram determinantes na uniformização do diagnóstico e investigação sobre a menopausa, ao permitir uma interpretação integrada das oscilações hormonais, das suas implicações metabólicas e das repercussões sobre o bem-estar psicológico e físico. Este modelo serviu de base para o desenvolvimento de diretrizes internacionais, entre as quais se destacam as *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Perimenopausal Depression*, publicadas pela North American Menopause Society em conjunto com a National Network of Depression Centers (Maki et al., 2019).

Estas Guidelines reconhecem a perimenopausa como um processo biopsicossocial complexo e uma janela de vulnerabilidade emocional, caracterizada por intensas flutuações hormonais e neuroendócrinas que afetam o humor, a regulação emocional e a qualidade de vida. O documento propõe um modelo clínico integrativo, no qual os critérios do STRAW+10 são articulados com indicadores psicossociais e psiquiátricos, permitindo uma avaliação e intervenção multifatorial e personalizada à depressão da perimenopausa (Maki et al., 2019).

A Escala Meno-D surge com base nestes critérios, com o intuito de rastrear a depressão na perimenopausa em conformidade com este quadro integrativo, distribuindo-a por cinco fatores que tentam replicar e espelhar a experiência vivida pela maioria mulheres nesta fase, e em risco de apresentarem sintomatologia depressiva (Kulkarni et al., 2018; Papazisis et al., 2022).

### **Perimenopausa e Menopausa**

A menopausa é diagnosticada retrospectivamente após doze meses consecutivos sem menstruação, ocorrendo habitualmente entre os 45 e os 55 anos, com idade média de 51 anos. Todavia, este evento não ocorre de forma abrupta: é precedido pela perimenopausa, fase marcada por oscilações hormonais significativas resultantes do declínio progressivo da função ovárica e da produção irregular de estrogénios e progesterona, e na qual é comum assomarem-se vários sintomas que podem persistir após o início da menopausa (Kim et al., 2023; Santoro et al., 2021).

Muito frequentemente surgem perturbações menstruais (diminuição/aumento do fluxo sanguíneo, diminuição/aumento da duração do período, alterações na duração do ciclo, hemorragias irregulares durante o ciclo), mas também: 1) secura vaginal, como resultado da redução da lubrificação vaginal, podendo causar relações sexuais dolorosas; 2) sintomas vasomotores (SVM), com sensação de calor habitualmente no peito, pescoço e rosto, que pode ser acompanhada de vermelhidão da pele e suores noturnos; 3) perturbações urinárias, como incontinência e perdas involuntárias de urina; 4) perturbações do sono, geralmente insónia/privação de sono, o que provoca sensação de fadiga, perturbações da memória e irritabilidade, mas também letargia; 5) alterações da libido e diminuição do desejo sexual; 6) alterações psicológicas, geralmente diminuição da autoestima, ansiedade e depressão (SPG, 2021; Dave et al., 2024).

Embora nem todas experienciem estes sintomas, estima-se que em 20% dos casos surjam num grau intenso, enquanto 60% apresentem apenas sintomas ligeiros e que 20% não reporte qualquer sintoma (Dave et al., 2024).

Os SVM e as perturbações do sono relacionam-se bidirecionalmente com o humor, em que despertares por afrontamentos e sono fragmentado exacerbam ansiedade, irritabilidade e queixas depressivas. Por sua vez, o humor negativo piora a perceção e a gestão do sono (Nowakowski et al., 2009; Baker et al., 2018). Esta tríade sono–SVM–humor é um dos eixos mais consistentes de impacto desta transição na saúde mental e funcionalidade da mulher (Maki et al., 2019; Santoro et al., 2021; Brown et al., 2024).

Numa meta-análise publicada por Mosconi et al. (2024), os autores defendem a necessidade de rastreamentos multidisciplinares mais precoces e eficazes para que se obtenham melhores resultados através de intervenções terapêuticas preventivas, uma vez que a transição para a menopausa envolve o envelhecimento neuroendócrino com modulação ascendente da densidade de recetores de estrogénio (ER) em redes fronto-límbicas e cinguladas, independentemente da idade cronológica. Este perfil relaciona-se com um pior desempenho mnésico, e concomitantemente com sintomas de humor e cognição, sobretudo na pós-menopausa, fornecendo um substrato neurofisiológico mormente para a vulnerabilidade neurológica e flutuações de humor (Mosconi et al., 2024).

## **Sintomas Emocionais, Depressão e *Distress* Psicológico**

Devido às flutuações hormonais, a mulher pode estar sujeita a alterações súbitas dos seus estados emocionais, que, de certo modo, podem afetar e comprometer o seu bem-estar. De tal forma que, por vezes, não se reconhece a si própria, nem às suas emoções nem ao seu comportamento, podendo inclusive o seu humor alterar-se abruptamente. Se for esse o caso, tratam-se de alterações de humor (Born et al., 2008; Mauas et al., 2014).

De acordo com alguns estudos sobre a relação entre o sono e os sintomas emocionais em mulheres na perimenopausa, as perturbações de humor, ansiedade e sono estão relacionados e interagem uns com os outros (Nowakowski et al., 2009; Baker et al., 2018). A irritabilidade é também a principal queixa de humor de até 70% das mulheres durante a perimenopausa, um fenómeno observado transculturalmente e, algumas, podem mesmo sentir um aumento da frequência e intensidade das queixas psicológicas durante este período (Born et al., 2008). As mulheres na pré-menopausa com depressão têm maiores probabilidades de apresentar irritabilidade do que as mulheres na perimenopausa ou na pós-menopausa (Kornstein et al., 2010).

A depressão engloba um conjunto amplo de síndromes psicopatológicas, habitualmente designadas por perturbações depressivas, cuja prevalência ao longo da vida varia entre 1% e 17%, sendo cerca de 70% mais frequente no sexo feminino (Stute et al., 2020, *as cited in* Badawy, 2024). A evidência indica ainda que o risco de desenvolver sintomatologia depressiva aumenta significativamente durante a perimenopausa e na menopausa precoce (Badawy et al., 2024).

Nesta fase de transição, a depressão resulta de uma interação entre flutuações de estradiol, stress (eixo HPA) e circuitos serotoninérgicos (Herrera-Pérez et al., 2024). Vários estudos indicam que as mulheres que sofrem de depressão na perimenopausa podem responder de forma diferente a antidepressivos, em comparação com outras que sofrem de depressão fora desta fase de transição (Kulkarni et al., 2024). Em particular, um estudo observacional de 5 anos, citado por Choi (2001), com 2565 mulheres, entre 45 e 55 anos, revelou que as mulheres com uma perimenopausa mais longa (>27 meses) apresentaram mais sintomas depressivos.

Uma revisão mais recente mostrou que a depressão na perimenopausa estava correlacionada com mais alterações de humor, irritabilidade, queixas somáticas e perturbações do sono do que a perturbação depressiva major em geral (Willi & Ehlert, 2020).

Outro estudo qualitativo (Hendriks et al., 2025) descreve os riscos de sentimentos de desesperança e ideação suicida, frequentemente exacerbados por atrasos no acesso a terapêutica hormonal e por diagnósticos psiquiátricos não contextualizados na menopausa. Verificou também que a depressão nestas mulheres é resistente a antidepressivos, tendo em conta estar potencialmente ligada a flutuações hormonais, com impacto direto na estabilização do humor e regulação emocional, recomendando, por isso, uma abordagem holística.

Embora exista sobreposição com a perturbação depressiva major, vários estudos descrevem na perimenopausa um perfil sintomático relativamente distinto, marcado por irritabilidade/raiva desproporcionadas a stressores menores, labilidade rápida do humor, baixa energia, queixas somáticas e queixas cognitivas (atenção, memória), frequentemente em coexistência com perturbações do sono (Mauas et al., 2014; Willi & Ehlert, 2020; Santoro et al., 2021; Brown et al., 2024).

Entre os vários sintomas, o aumento do risco de depressão durante a menopausa tem sido atribuído à própria vulnerabilidade biológica, nomeadamente numa associação entre a maior variação nos níveis de estradiol e FSH e sintomas depressivos (Badawy et al., 2024).

Não obstante, outro estudo revelou que valores mais elevados de estradiol podem estar associados à redução dos sintomas de depressão em mulheres na perimenopausa, mas não nas que se encontram em pós-menopausa (Maki et al., 2019). Por isso, a eficácia da terapêutica hormonal (TH) na depressão depende do momento (“janela de oportunidade”), do tipo/dose de estrogénios e da presença de tecido reprodutivo, para que haja espaço para novos estrogénios com propriedades antidepressivas. (Herrera-Pérez et al., 2024)

Tal como referido, a irritabilidade é apontada como uma queixa central em muitas mulheres (Born et al., 2008). Esta a labilidade (“on–off”) pode surgir mesmo na ausência de tristeza persistente típica (Willi & Ehlert, 2020). A literatura observa ainda diferenças na resposta terapêutica face a quadros depressivos noutros períodos, sugerindo a utilidade de abordagens que considerem o contexto hormonal (Kornstein et al., 2010; Maki et al., 2019; Kulkarni et al., 2024; Hendriks et al., 2025).

Um dos potenciais fatores de risco para maiores níveis de *distress* psicológico na perimenopausa e menopausa encontra-se, precisamente, num atraso a um diagnóstico atempado de perturbações psiquiátricas. Entre as mais prevalentes listam-se a ansiedade, a depressão subclínica e os episódios depressivos major recorrentes, cuja sintomatologia tende frequentemente a ser subvalorizada ou atribuída, de forma indiscriminada, às alterações

hormonais próprias desta fase, contribuindo para um ciclo de desatenção clínica e sofrimento evitável (Brown, et al., 2024). Ressalva-se a importância de se distinguir entre sintomas depressivos e depressão clinicamente diagnosticável, uma vez que muitos dos instrumentos de autorrelato amplamente utilizados incluem itens que podem ser facilmente inflacionados por queixas somáticas típicas da menopausa, como insónia, fadiga ou alterações do apetite, conduzindo a falsos positivos e a interpretações erróneas do estado emocional (Brown et al., 2024).

Uma investigação de Kling et al. (2019) demonstra que o *distress* psicológico na perimenopausa deve ser compreendido num enquadramento biopsicossocial e relacional, no qual mulheres com sofrimento relacional acumulam outros fatores de vulnerabilidade e níveis mais elevados de ansiedade e depressão, bem como menor suporte emocional. Esta investigação reforça que quer a qualidade da relação quer o suporte relacional funcionam como determinantes significativos, afetando a perceção e intensidade dos sintomas psicológicos.

Bauld e Brown (2009), num estudo com 116 mulheres entre os 45 e os 55 anos, referem que níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão se associaram de forma consistente a sintomas de menopausa mais severos, sobretudo no domínio psicológico, incluindo irritabilidade, tristeza, tensão emocional, exaustão e diminuição da satisfação subjetiva com a vida. As autoras sublinham ainda que o *distress* psicológico influencia não apenas as queixas emocionais, mas também exacerba sintomas somáticos, como fadiga, perturbações do sono, dores corporais e dificuldades cognitivas, num ciclo constante entre sofrimento emocional e sintomatologia física.

### ***Burnout/Exaustão Emocional***

Embora tenha sido tradicionalmente conceptualizado como um fenómeno ocupacional (Maslach & Leiter, 2016), abordagens mais atuais consideram-no um estado de exaustão física e emocional generalizada, aplicável a múltiplos contextos da vida (Fonte, 2011). Na perimenopausa, a exaustão não deriva apenas do trabalho, mas do acumular de papéis profissionais, familiares, relacionais e de cuidado (Arar & Erbil, 2023; Gibbons, 2025).

A exaustão emocional é, assim, um efeito acumulado da sobrecarga física, psicológica e relacional, altamente correlacionado com sintomas depressivos. Revisões sistemáticas demonstram que o *burnout* e a depressão partilham uma estrutura emocional comum centrada na anedonia, fadiga e desesperança (Bianchi et al., 2015).

A literatura mais recente converge em mostrar que a transição para a menopausa se associa a fadiga persistente e exaustão emocional com impacto funcional relevante. Em amostras ocupacionais, os sintomas climatéricos (e.g., vasomotores, perturbações do sono, queixas cognitivas) associam-se de forma significativa à dimensão de exaustão emocional do *burnout*, mesmo após controlo de variáveis de contexto (e.g., carga de trabalho, apoio social) (Kiss et al., 2024; Potočnik et al., 2024).

Em paralelo, estudos qualitativos descrevem a exaustão como uma experiência transversal que emerge da interseção entre exigências profissionais e domésticas, reforçando a leitura biopsicossocial do *burnout* nesta fase (Verburgh et al., 2024).

Estes dados replicam-se em estudos mais recentes que analisam onexo menopausa–trabalho, em que mulheres em perimenopausa com sintomas mais intensos reportam níveis mais elevados de *burnout* e maior “necessidade de recuperação” após o trabalho, sugerindo esgotamento energético cumulativo (Converso et al., 2019; Kiss et al., 2024). Tendo em conta que os sintomas da menopausa, nomeadamente os SVM, perturbam o sono, a concentração, a energia e o estado mental, reforçando o círculo sono–humor–fadiga amplamente descrito (Arar & Erbil, 2023).

### **Regulação Emocional**

Gross (2015) define a regulação emocional como o conjunto de processos que permitem monitorizar, modificar e expressar emoções de modo funcional. Durante a perimenopausa, este sistema enfrenta desafios acrescidos devido à instabilidade neuroendócrina que afeta os circuitos pré-frontais e límbicos responsáveis pela modulação emocional (Herrera-Pérez et al., 2024). Esta vulnerabilidade traduz-se em maior dificuldade em gerir stress, menor flexibilidade emocional, propensão à ruminação e tendência para estratégias desadaptativas como supressão, evitamento ou escalada emocional (Mauas et al., 2014).

Durante a perimenopausa, estas estratégias são particularmente desafiadas pela instabilidade fisiológica e pela intensificação das emoções negativas (Maki, 2019).

Enquanto mecanismo processual, permite integrar e explicar a forma como as mulheres respondem às exigências internas (oscilações hormonais, afrontamentos, irritabilidade) e externas (sobrecarga relacional, estigma, exigências laborais) (Gross, 2015; Carvalho et al., 2018). O impacto subjetivo da perimenopausa é frequentemente descrito pelas próprias mulheres como uma sensação de “desalinhamento”, de alteração do self, ou mesmo de perda de coerência emocional (Pimenta et al., 2020; Refaei et al., 2022).

## **Vinculação**

Na vida adulta, a vinculação mantém as suas funções centrais de regulação emocional e procura de segurança, embora se manifeste em contextos diferentes, nomeadamente nas relações amorosas, de amizade e de apoio social (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2019).

A teoria contemporânea reconhece que a qualidade das relações íntimas está intimamente associada ao bem-estar psicológico, funcionando como um sistema de co-regulação emocional (Feeney & Collins, 2015).

Quando as figuras de vinculação são percebidas como disponíveis e sensíveis, o indivíduo tende a desenvolver estratégias seguras de regulação emocional, recorrendo ao outro como base segura em momentos de stress. Pelo contrário, experiências de rejeição, negligência ou crítica podem gerar padrões inseguros de vinculação, que interferem com a autorregulação e aumentam a vulnerabilidade à ansiedade e à depressão (Mikulincer & Shaver, 2019).

De salientar que, a vinculação insegura ansiosa ocorre quando o indivíduo deseja estar próximo dos outros, mas preocupa-se com as reações alheias (Kneough et al., 2018). A vinculação insegura evitativa ocorre quando os indivíduos têm dificuldades de confiar e aproximar-se dos outros (Conradi et al., 2017). As pessoas com vinculação insegura têm geralmente dificuldade em estabelecer relações com os outros e tendem a ser ansiosas ou evitativas (Conradi et al., 2017).

A insegurança na vinculação está relacionada com o desenvolvimento de várias perturbações mentais, sendo que, esta insegurança é considerada uma vulnerabilidade geral a perturbações psicológicas, que pode conduzir a um conjunto de problemas de saúde mental, desde emoções negativas ligeiras a perturbações de personalidade graves. Por outro lado, o fortalecimento da segurança da vinculação pode melhorar significativamente a resiliência psicológica e a saúde mental geral (McGrath et al., 2023). De acordo com Palitsky et al. (2013), as pessoas com vinculação segura apresentam geralmente maior estabilidade emocional, principalmente quando enfrentam depressão, ansiedade e em situações em que a vinculação segura desempenha um papel protetor. Além disso, estudos anteriores confirmaram que o desenvolvimento de vinculação insegura pode ter um impacto depressivo a longo prazo (Conradi et al., 2017; Dagan et al., 2018).

Os fatores de stress interpessoais afetam a depressão e os estilos de vinculação. A maior parte das mulheres com depressão apresentam dificuldades para lidar com os pensamentos, têm

baixa compreensão social e não conseguem regular os seus comportamentos (Koelkebeck et al., 2017). De acordo com Zhu et al. (2016), estas mulheres são inclusivamente incapazes de regular as suas emoções para controlar os estados de humor, não reconhecem alterações nas emoções, pensamentos e estados de espírito (Zhu et al., 2016).

Durante a perimenopausa, a mulher enfrenta mudanças corporais, hormonais e sociais que exigem reajustamentos significativos no sentido de identidade e de autoimagem. A presença de relações de vinculação seguras pode atenuar o impacto emocional destas transformações, ao passo que a insegurança relacional tende a amplificar a perceção de perda e o sentimento de isolamento (Conradi et al., 2017; Gibbons, 2025).

Alguns estudos indicam que mulheres com vinculação ansiosa e insegura apresentam maior reatividade ao stress e disregulação emocional, enquanto as com vinculação evitante manifestam distanciamento emocional e supressão afetiva, ambos associados à depressão na perimenopausa (Bromberger & Epperson, 2018; Mikulincer & Shaver, 2019). Este padrão de vinculação pode ser entendido como um fator de vulnerabilidade transdiagnóstico, que contribui para o *burnout* emocional e para a depressão, através de défices de regulação emocional e da perceção de insuficiente suporte interpessoal, uma vez que estilos de vinculação têm assim consequências biológicas e comportamentais, que afetam a regulação emocional (Fuchs et al., 2019).

### **Pertinência do Estudo**

Desta revisão da literatura emerge, pois, a importância de se introduzir na população portuguesa a Meno-D, enquanto instrumento sensível e eficaz para medir e monitorizar a depressão na perimenopausa, em particular porque compreende várias dimensões específicas a esta fase de transição e que não estão presentes noutras escalas (e.g. Pensamento Paranoide). Este estudo poderá igualmente servir de base a outros que possibilitem examinar as associações práticas desta escala com outros indicadores, tais como o *distress* psicológico, o *burnout* emocional e assim promoverem-se melhores estratégias de regulação emocional.

A maioria das escalas tradicionalmente utilizadas para avaliar depressão, como o *Beck Depression Inventory* (BDI-II) ou o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) não medem adequadamente as alterações somáticas, cognitivas e psicofisiológicas características da depressão na perimenopausa, que apresenta um perfil clínico distinto (Willi & Ehlert, 2020). Nesse sentido, a Meno-D, desenvolvida por Kulkarni et al. (2018), representa um avanço metodológico crucial ao permitir medir sintomas que não são contemplados pelos instrumentos

generalistas. A inexistência de uma versão validada para a população portuguesa justificou, por si só, a necessidade deste estudo, tendo em conta as exigências clínicas e de investigação no domínio da saúde da mulher.

Este estudo reveste-se ainda de grande pertinência do ponto de vista clínico. Os sintomas emocionais da perimenopausa continuam a ser frequentemente desvalorizados ou atribuídos a “alterações normais do ciclo vital”, contribuindo para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão nesta fase (Kulkarni et al., 2024). A validação da Meno-D para uso em Portugal possibilita aos profissionais de saúde mental e da saúde da mulher dispor de um instrumento sensível e clinicamente útil, capaz de detetar precocemente padrões sintomáticos que, facilmente confundíveis com perturbações generalistas. Este contributo torna-se especialmente relevante tendo em conta que a intervenção precoce pode reduzir sofrimento significativo, melhorar o funcionamento relacional e prevenir a deterioração da saúde mental (Brown, et al., 2024; Hendriks et al., 2025).

Simultaneamente, este trabalho assume relevância acrescida por integrar dimensões psicossociais geralmente descuradas em estudos sobre menopausa, nomeadamente a regulação emocional e os estilos de vinculação, apesar de ambas poderem constituir variáveis robustas na explicação de diferenças individuais na adaptação a esta fase. A regulação emocional encontra-se frequentemente comprometida devido à instabilidade hormonal e à reatividade neural exacerbada (Mauas et al., 2014), enquanto a vinculação fornece um quadro interpretativo essencial sobre como as mulheres procuram apoio, lidam com a incerteza e interpretam mudanças corporais e relacionais (Mikulincer & Shaver, 2016; Conradi et al., 2017). A integração destes dois constructos, em articulação com a depressão, o *distress* psicológico e o *burnout* emocional, permite uma leitura mais fina e biopsicossocial da experiência da menopausa.

Ao contribuir para o reconhecimento científico da perimenopausa como fenómeno multidimensional complexo, este estudo alinha-se com os esforços atuais que defendem profissionais mais informados, sensíveis e integrados nas problemáticas associadas ao fim do ciclo de vida reprodutivo feminino (SPG, 2021; WHO, 2021).

### **Objetivo**

Na tentativa de colmatar uma lacuna essencial que se prende com a escassez de instrumentos específicos que visem o estudo aprofundado desta importante fase do ciclo da vida da mulher – a menopausa, o objetivo principal foi o de traduzir, adaptar e validar para a

população portuguesa a **Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D)**, de forma a garantir que seja cultural e linguisticamente apropriada, assim como se mantenha metricamente equivalente ao instrumento original. Em seguida, e uma vez que se propõe construir um estudo de cariz mais abrangente, outro objetivo será o de investigar as “**Oscilações emocionais na perimenopausa/menopausa**”, através da investigação do conjunto de respostas obtidas a todos os questionários (sociodemográfico, Meno-D, EADS-21, CBI-6, EDRE-VR e ECR-RS), levando-se a cabo uma análise criteriosa destes dados para estabelecer correlações estatisticamente significativas entre as diferentes variáveis.

Face à estruturação dos objetivos mencionados, estabelecem-se de seguida um conjunto de 4 questões e correspondentes hipóteses que se propunham aprofundar:

**Questão 1:** A versão portuguesa da Meno-D apresenta propriedades psicométricas adequadas (estrutura fatorial, fiabilidade e validade convergente/discriminante) para a avaliação da depressão na perimenopausa em mulheres portuguesas?

- **Hipótese 1:** A estrutura fatorial da Meno-D (cinco fatores: *Self*, *Somático*, *Cognitivo*, *Sono*, *Sexual*) deve ser confirmada através de análise fatorial confirmatória (AFC), replicando o modelo original de Kulkarni et al. (2018).
- **Hipótese 2:** A escala apresenta boa consistência interna, com  $\alpha$  de Cronbach  $\geq .70$  em cada subescala e no total.
- **Hipótese 3:** A Meno-D correlaciona-se positivamente com as subescalas de Depressão e Stress da EADS-21, demonstrando validade convergente.
- **Hipótese 4:** A Meno-D apresenta correlações moderadas com a subescala de Ansiedade da EADS-21 e com a Exaustão Emocional (CBI-6), demonstrando validade discriminante (i.e., construtos relacionados, mas distintos).

**Questão 2:** Como se relacionam os sintomas de depressão na perimenopausa (Meno-D) com os níveis de *distress* psicológico global (EADS-21)?

- **Hipótese 5:** Maiores níveis de depressão na perimenopausa se associam com os níveis de *distress* psicológico global (média de Depressão, Ansiedade e Stress da EADS-21).
- **Hipótese 6:** As subescalas *Self* e *Sono* da Meno-D apresentam as correlações mais fortes com o *distress* psicológico, refletindo o impacto das dimensões afetivas e fisiológicas do humor nesta fase de vida.

**Questão 3:** As dificuldades na regulação emocional (EDRE-VR) contribuem para níveis mais elevados de depressão na perimenopausa e *distress* psicológico?

- **Hipótese 7:** Dificuldades na regulação emocional (scores elevados na EDRE-VR) correlacionam-se positivamente com os níveis de depressão (Meno-D) e stress (EADS-21).
- **Hipótese 8:** A dificuldade em compreender e aceitar as emoções é o preditor mais forte da depressão na perimenopausa, entre as dimensões da EDRE-VR.

**Questão 4:** De que modo os estilos de vinculação (ECR-RS) se associam com os níveis de depressão, *distress* e *burnout* emocional em mulheres na perimenopausa/menopausa?

- **Hipótese 9:** O estilo de vinculação ansioso associa-se positivamente à depressão (Meno-D) e ao *distress* psicológico (EADS-21).
- **Hipótese 10:** O estilo evitante associa-se negativamente à capacidade de regulação emocional (EDRE-VR), funcionando como fator de risco indireto para sintomas depressivos.
- **Hipótese 11:** Mulheres com menores níveis de vinculação ansiosa e evitante apresentam níveis significativamente mais baixos na Meno-D, EADS-21 e CBI-6.

Nos capítulos seguintes descreve-se o delineamento empírico concebido para testar estas hipóteses de modo sistemático e rigoroso.

## Método

### *Design* / Tipo do Estudo

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação do Ispa – Instituto Universitário, e, quer a validação da escala, quer o estudo, são do tipo não experimental, quantitativo e transversal.

### Participantes

Após finalização da tradução/retroversão da escala Meno-D e otimização dos questionários de autopreenchimento, construídos no programa *Qualtrics XM*, a recolha da amostra decorreu entre os meses de julho e outubro de 2025, seguindo o método de amostragem não probabilística por conveniência e tipo *Snowball*. Assim, a disseminação foi feita através de redes sociais, grupos formais e informais de mulheres acima de 40 anos e referentes à menopausa, mas também clínicas médicas, especialistas em ginecologia, psiquiatria, senologia

e consulta/unidade da mulher, incluindo outras plataformas e meios que se consideraram convenientes e que garantissem um número mínimo elegível de participantes, para garantir robustez estatística.

Todas as participantes tiveram conhecimento dos propósitos do estudo e anuíram à sua participação voluntária através do consentimento informado, onde igualmente se prestavam esclarecimentos sobre a garantia de confidencialidade, assim como se fornecia o contacto da Linha de Apoio Psicológico do SNS, se sentissem desconforto emocional durante o preenchimento. No final deste incluía-se o contato de email da investigadora responsável, para o caso de surgirem dúvidas (**Anexo 1**).

De modo a cumprir os requisitos estabelecidos no estudo, os participantes são exclusivamente mulheres: **1)** com idades entre os 40 e 60 anos; de **2)** nacionalidade portuguesa; que **3)** soubessem ler e escrever em português; e que **4)** soubessem utilizar a internet.

Excluíram-se todos questionários que não cumpriam os requisitos definidos acima, mais ainda mulheres: **i)** sujeitas a tratamentos/medicação hormonais (avaliado via autorrelato); **ii)** sujeitas a cirurgias de remoção do(s) ovário(s) ou útero (avaliado via autorrelato); **iii)** sujeitas a tratamentos oncológicos, ou diagnóstico de cancro (avaliado via autorrelato); **iv)** com diagnóstico de *burnout* ou doença mental grave (avaliado via autorrelato); **v)** estar a receber acompanhamento psicológico associado a sintomas de *burnout* (avaliado via autorrelato); **vi)** ter história de problemas de abusos de substâncias e/ou álcool (avaliado via autorrelato).

## **Instrumentos**

O questionário completo abarcou a aplicação de 6 instrumentos de autorrelato, previamente selecionadas pela sua pertinência face aos objetivos em análise no presente estudo, e com base na sua consistência psicométrica.

O tempo de aplicação estimado foi entre 10 a 15 minutos.

### ***Questionário Sociodemográfico***

O questionário sociodemográfico possibilitou o levantamento de informações caracterizadoras das participantes em estudo, como a idade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, mas ainda perguntas que pretendiam aferir o grau de satisfação com os seus relacionamentos (e.g. “*Em que medida está satisfeita com a sua relação atual?*”); sobre despiste de eventuais situações clínicas e / psicológicas com gravidade (e.g. “*Tem diagnóstico*

médico de problemas de saúde física (p. ex. doença crónica, autoimune, etc.) e/ou mental (p. ex. depressão, ansiedade, etc.)?"; e, por fim, variáveis específicas à menopausa (e.g. "Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica (p. ex. remoção do(s) ovário(s), útero)?; Está a tomar alguma medicação, produtos naturais ou de outro género, para os sintomas da menopausa?"). No **Anexo 1** apresentam-se os 15 itens que compõem este questionário.

### ***Escala de Sintomas de Depressão na Perimenopausa (Meno-D)***

A *Scale for Perimenopausal Depression* (Meno-D) (Kulkarni et al., 2018), que neste estudo se pretende validar para a população portuguesa, é uma medida de autorrelato, ou de avaliação clínica, e que mede a gravidade dos sintomas de depressão na perimenopausa e na menopausa. Cada um dos 12 itens encontra-se organizado por sintomas, de A a L, é classificado numa escala de *Likert* de 0 a 4, podendo a pontuação total variar de 0 a 48, e estabelecer entre 20 e 24 pontos uma depressão leve; entre 25 e 32 pontos uma depressão moderada; e, a partir de 33 pontos uma depressão grave que requer tratamento psicológico especializado. A consistência interna, avaliada através da fiabilidade composta (CR), obteve valores superiores a .70, indicativos de boa consistência interna. A análise fatorial identificou cinco subescalas ou fatores: *Self*, Sexual, Somático, Cognitivo e Sono, cada um com boa fiabilidade. O primeiro fator, "Self", inclui os itens de autoestima (D), isolamento (E), pensamento paranoide (B) e ansiedade (F), e permite avaliar a existência de pensamentos de suspeição, sentimentos de culpa, autoestima reduzida (pior autoestima), menor interesse em socializar e sentimentos de ansiedade; o segundo fator, "Sexual", refere-se a alterações da libido e do interesse sexual (J) bem como a diminuição da energia (A); o terceiro fator, "Somático", reflete os sintomas somáticos (G), incluindo eventuais dores físicas e alterações de peso (I); o quarto fator, "Cognitivo", inclui quaisquer alterações subjetivas de memória (K) e de concentração (L); o quinto e último fator, "Sono", permite registar aumentos da irritabilidade (C) e perturbações do sono (H).

### ***Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)***

Para a validação convergente dos itens relacionados com os sintomas de depressão presentes na Meno-D, utilizou-se a versão portuguesa da *Depression, Anxiety, and Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004). Esta escala de autorrelato engloba 21 itens, respondidos numa escala *Likert* de 0 a 4, que refletem, respetivamente, a intensidade dos sintomas, de "não se aplicou nada a mim" a "aplicou-se a mim a maior parte

das vezes”, distribuídos em três subescalas de 7 itens cada: depressão (e.g. “*Senti-me desanimada e melancólica*”), ansiedade (e.g. “*Senti-me quase a entrar em pânico*”) e stress (e.g. “*Senti que por vezes estava sensível*”). No estudo de validação, a consistência interna avaliada pelo alfa de Cronbach, mostrou valores aceitáveis para as três subescalas: .85 para depressão, .74 para ansiedade e .81 para stress (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Complementarmente, e, através do cálculo da média entre estas três variáveis, determinou-se a medição do *Distress Psicológico* (Brandão, 2024).

### ***Inventário de Burnout de Copenhaga (CBI)***

O *Copenhagen Burnout Inventory* (Borritz & Kristensen, 2004; versão portuguesa: Fonte, 2011) utilizou-se exclusivamente para avaliar a dimensão de *burnout* pessoal (ou exaustão emocional), que reflete o cansaço físico, mental e emocional de carácter global, aplicável a múltiplos contextos, e cuja mensuração se obtém através da média das respostas a 6 dos itens (2, 4, 7, 9, 10, 11) deste inventário (e.g. “*Com que frequência se sente emocionalmente exausta*”). Numa escala de *Likert* em que “*Sempre*” corresponde a uma pontuação de 100, “*Frequentemente*” a 75, “*Às vezes*” a 50, “*Raramente*” a 25 e, “*Nunca/Quase nunca*” a 0, valores superiores ou iguais a 50 subentendem um nível elevado de exaustão emocional. Na versão nacional (Fonte, 2011), apresenta excelentes características psicométricas ( $\alpha = .91$ ), com correlações inter-itens a variar entre .63 e .86.

### ***Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida (EDRE-VR)***

Esta escala é a versão reduzida do original *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa: Coutinho et al., 2020; DERS-SF; Kaufman et al., 2015; versão portuguesa: Moreira et al., 2022), concebida para avaliar as dificuldades na regulação emocional. É uma medida de autorrelato multidimensional, composta por 18 itens, distribuídos por 6 subescalas de 3 itens cada, a saber: (1) Consciência emocional (Consciência) – avalia a desatenção e a falta de perceção/atenção aos próprios estados emocionais (itens 2, 8, 10); (2) Não aceitação das respostas emocionais (Não Aceitação) – reflete reações secundárias negativas perante emoções desagradáveis, tais como culpa ou vergonha (itens 12, 25, 29); (3) Objetivos – mede a dificuldade em manter o foco e concluir tarefas durante estados emocionais intensos (itens 13, 18, 26); (4) Estratégias – avalia a perceção de acesso limitado a estratégias eficazes de regulação emocional em momentos de vulnerabilidade (itens 16, 28, 35); (5) Impulsos – examina dificuldades no controlo de comportamentos impulsivos perante emoções negativas (itens 14, 32, 27); (6) Clareza – mede a confusão ou dificuldade em

compreender os próprios estados emocionais (itens 4, 5, 9) (Coutinho et al. 2010; Moreira et al., 2022). A maioria das afirmações começa com a frase “*Quando estou chateada...*”. As participantes classificaram o grau em que cada afirmação se aplica a si usando uma escala *Likert* de cinco pontos, de 1 (quase nunca, 0 a 10%) a 5 (quase sempre, 91 a 100%). As classificações são somadas para produzir subpontuações e, entre as subpontuações, para obter uma pontuação global, com pontuações mais altas indicando um maior grau de dificuldade em regular as emoções, à exceção da subescala Consciência, que é codificada inversamente (valores mais elevados indicam menores dificuldades). No estudo de validação da versão reduzida original, o instrumento revela bons índices de consistência interna, com alfas de Cronbach a registar entre .77 e .89 (Moreira et al., 2022).

### ***Escala de Experiências nas Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ECR-RS)***

O questionário *Experiences in Close Relationships - Relationship Structures* (Fraley et al., 2011; Versão Portuguesa: Moreira et al., 2015) mede as diferenças individuais na vinculação. É uma escala de autorrelato composta por 9 itens, que são classificados numa escala de *Likert* que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Inclui duas subescalas: ansiedade da vinculação, composta por 3 itens (e.g. “*Preocupo-me frequentemente que o(a) meu(minha) companheiro(a) não goste realmente de mim*”), que avalia até que ponto os indivíduos estão (in)seguros em relação à disponibilidade e capacidade de resposta dos outros; e evitamento da vinculação, composta por 6 itens (e.g. “*Prefiro não mostrar ao(à) meu(minha) companheiro(a) como me sinto lá no fundo*”), que mede até que ponto os indivíduos se sentem desconfortáveis por estarem próximos/dependerem dos outros. A consistência interna global, obtida nos estudos de validação para a população portuguesa, foi de .91 na subescala de ansiedade e de .88 na de evitamento.

### **Procedimento**

#### ***Tradução, Retroversão e Adaptação da Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D)***

Na sequência do parecer e consentimento da Comissão de Ética do ISPA, e da obtenção da autorização ao pedido para tradução e adaptação da escala Meno-D, realizado via correio eletrónico pela representante dos autores (Dr<sup>a</sup> Jayashi Kulkarni, do Monash Alfred Psychiatry Research Centre, em Melbourne, Austrália) (vide **Anexo 3**), deu-se início ao processo de tradução-retroversão para português, de acordo com as etapas e recomendações propostas por Gjersing, Caplehorn e Clausen (2010), seguidamente pormenorizadas.

Inicialmente, 3 investigadores fluentes em português e inglês desenvolveram cada qual traduções independentes. Depois, e tendo como ponto de partida as traduções iniciais, um quarto investigador bilingue, em reunião com os 3 investigadores, deu seguimento a uma tradução conciliadora das anteriores. Foi logo após estabelecida uma etapa de pré-teste, em 14 mulheres (M= 50.36 anos), e os seus comentários e considerações, nomeadamente, problemas de compreensão, construção frásica, linguagem e sugestões, foram incorporados na versão final. Aplicou-se em seguida numa outra amostra de 15 mulheres (M= 46.44 anos), de forma a confirmar-se a completa compreensão e adaptabilidade desta versão. Finalmente, foi realizada uma retroversão do instrumento para inglês, por um quinto elemento bilingue (tradutor certificado). Esta retroversão foi enviada aos respetivos autores, que, após análise, validaram a adaptação e tradução portuguesa e autorizaram a sua utilização neste estudo.

### ***Análise dos Dados***

Na análise estatística dos dados, foram utilizados os softwares *IBM SPSS Statistics* versão 30.0, *AMOS* versão 25, e *JASP* versão 0.95.3.0.

Antes de proceder aos testes inferenciais, foi efetuada uma análise descritiva da amostra, englobando o cálculo de frequências, percentagens, médias ( $\mu$ ), e desvios-padrão ( $\sigma$ ) para a caracterização das variáveis sociodemográficas e dos resultados obtidos nos questionários.

Quanto à Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D), em primeiro lugar, foi analisada a normalidade univariada dos 12 itens da escala. Todos os itens apresentavam valores absolutos de assimetria e de curtose inferiores a 3 e 8, respetivamente (Kline, 2023), sugerindo uma distribuição aproximadamente normal.

A estrutura fatorial da escala foi verificada através de uma análise fatorial confirmatória, com método de estimação de máxima verosimilhança. Como indicadores de qualidade do ajuste do modelo, foram usados o  $\chi^2/\text{gl}$  (rácio de qui-quadrado para graus de liberdade), o GFI (*Goodness of Fit Index*), o CFI (*Comparative Fit Index*), o TLI (*Tucker Lewis Index*) e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Considerou-se um bom ajuste do modelo para um valor de  $\chi^2/\text{gl}$  entre 1 e 3 (Bollen, 1989), valores de CFI e GFI superiores a .90 (Blunch, 2012; Kline, 2023) e valores de RMSEA inferiores a .08 (Hair et al., 2019).

A fiabilidade foi analisada através do cálculo do CR (*Composite Reliability*) e alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), com valores superiores a .70, indicadores adequados de consistência interna (Field, 2017; Fornell & Larcker 1981; Hair et al. 2019).

Para analisar a validade convergente foram considerados os pesos fatoriais e o valor calculado de AVE (*Average Variance Extracted*), atendendo ao valor de corte recomendado de .50 (Hair et al., 2014).

A análise da validade discriminante foi realizada através do utilizado o HTMT (*heterotrait-monotrait ratio of correlations*), considerando-se valores inferiores a .85 como indicadores de validade discriminante (Henseler et al., 2015).

Para a análise da relação entre a Meno-D e as restantes escalas, foi previamente verificada a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas, através dos valores de assimetria e curtose, estando cumprida. Como tal, foi utilizado o Coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ). De acordo com os critérios de Cohen (1988), a intensidade das correlações foi considerada fraca quando o coeficiente de correlação ( $r$ ) foi inferior a .30, moderada entre .30 e .50, e forte quando superior a .50. Foram considerados estatisticamente significativos resultados com valor de  $p$  inferior a .05.

Definidos os objetivos, a amostra, os instrumentos e o procedimento analítico, apresentam-se de seguida os resultados obtidos, com destaque para a estrutura fatorial e para a fiabilidade interna do instrumento.

### ***Amostra***

Obtiveram-se 503 respostas ao questionário, sendo que 8 foram excluídas por terem idades superior ou inferior aos parâmetros elegíveis, 11 por serem de outras nacionalidades, 64 por relatarem doenças oncológicas, doenças crónicas e neurológicas degenerativas, doença mental grave (nomeadamente, perturbação bipolar, POC), e doenças endócrinas (hipotiroidismo, hipertiroidismo e tiroidite de Hashimoto), outras 9 também relataram sintomas de *burnout*. As restantes respostas excluídas, e a grande maioria, abrangeram mulheres que assinalaram uma menopausa não natural ou sujeitas a cirurgias de remoção do(s) ovário(s) ou útero, bem como outras que indicaram tomar medicação para gestão dos sintomas da menopausa, dada a eventualidade de contaminação e enviesamento nos resultados.

Considerados os critérios de exclusão, chegou-se a uma amostra final de 276 mulheres. Em seguida, na Tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas das participantes.

### **Tabela 1**

#### *Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M(DP), intervalo</i>
Idade (Anos)			50.26(4.98), 40-60
Nacionalidade			
Portuguesa	276	100.0	
Grau de Escolaridade			
Inferior ao 12º ano	13	4.7	
Ensino Secundário (12º ano)	57	20.7	
Licenciatura	138	50.0	
Mestrado	55	19.9	
Doutoramento	13	4.7	
Situação Laboral			
Ativa	248	89.9	
Desempregada	16	5.8	
Reformada	2	0.7	
Trabalhadora-estudante	10	3.6	
Estado Civil			
Solteira	30	10.9	
Casada/União de facto	187	67.8	
Divorciada/Separada	54	19.6	
Viúva	5	1.8	
Relação Romântica			
Não	92	33.3	
Sim	184	66.7	
Duração da Relação Romântica (Anos)			18.78(10.35), 1-45
Satisfação com a Relação Romântica			
Nada satisfeita	5	2.6	
Pouco satisfeita	19	9.9	
Satisfeita	77	40.3	
Muito satisfeita	90	47.1	
Filhos			
Não	47	17.0	
Sim	229	83.0	
Número de filhos			2.03(±0.95), 0-4
Diagnóstico Médico			
Não	188	68.1	
Sim	88	31.9	
Vivência de Situação Traumática			
Não	104	37.7	
Sim	172	62.3	
Acompanhamento Psicológico			

Não	238	86.2	
Sim	38	13.8	
Duração do Acompanhamento Psicológico (Anos)			3.24(4.87), 1-25
Menopausa (12 Meses sem Menstruação)			
Não	190	68.8	
Sim	86	31.2	
Idade à Data da Última Menstruação			50.00(3.47), 40-56
Apoio Médico para Gestão dos Sintomas da Menopausa			
Não	187	67.8	
Sim	89	32.2	

A amostra totalizou 276 mulheres, com nacionalidade portuguesa e com uma média de idades de aproximadamente 50 anos (DP=4.98). A maioria das participantes possuía habilitações literárias ao nível da licenciatura (50%) ou do ensino secundário (20.7%) e encontrava-se em situação profissional ativa (89.9%). Cerca de dois terços das mulheres encontravam-se numa relação romântica (66.7%), há em média 19 anos (DP=10.35), relatando níveis moderados (47.1%) a elevados (40.3%) de satisfação com a mesma, e possuem em média 2 filhos. Aproximadamente um terço das mulheres reportou ter um diagnóstico de doença física ou mental não grave (31.9%), sendo a perturbação de ansiedade e perturbação depressiva os mais prevalentes. Apesar de muitas declararem ter vivido situações traumáticas (na sua generalidade luto, aborto e desemprego) (62.3%), são poucas as que revelam ter acompanhamento psicológico (13.8%). Quanto à menopausa, a vasta maioria relata ainda não ter atingido esta fase (68.8%). Aproximadamente um terço das participantes procurou ajuda médica para gestão dos sintomas (32.2%).

Na nossa amostra, a escala Meno-D assinalou 5 casos de depressão “grave”, com relevância clínica (pontuação  $\geq 34$ ); 22 de depressão “moderada” (pontuação entre 25 e 33); e 27 de depressão “leve” (pontuação entre 20 a 24).

## Resultados

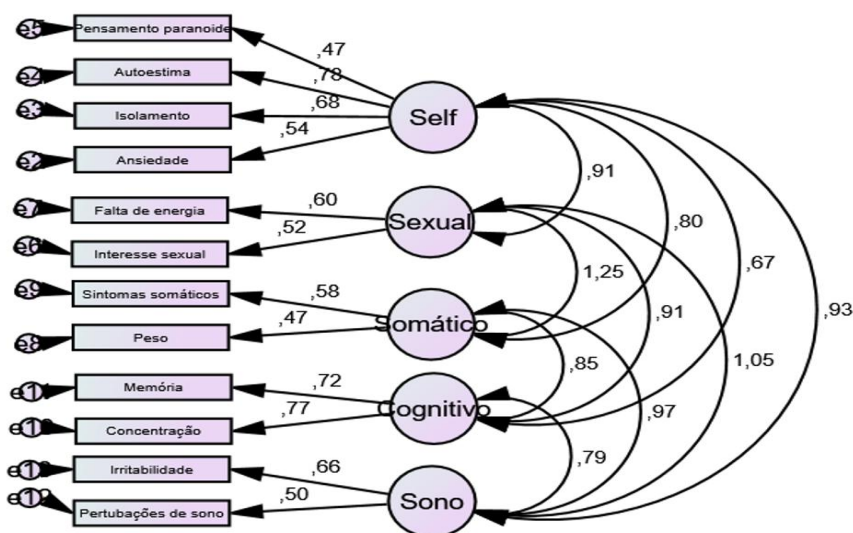
### Modelo de cinco fatores (Kulkarni et al., 2018)

#### Validade de construto

A análise fatorial confirmatória com os 12 itens organizados nos cinco fatores sugeridos por Kulkarni et al. (2018) revelou um bom ajuste do modelo:  $\chi^2(44) = 105.80$ ,  $p < .001$ ,  $\chi^2/ gl = 2.40$ , CFI = .934, GFI = .939 e RMSEA = .071. Todos os coeficientes padronizados revelaram ser estatisticamente significativos ( $p < .001$ ), variando entre .47 e .78. Salienta-se que apenas os itens “Pensamento paranoide” e “Peso” apresentam pesos fatoriais inferiores a .50 (Figura 1).

#### Figura 1

Modelo de cinco fatores da escala MENO-D



#### Fiabilidade

Em termos de fiabilidade (Tabela 2), verificou-se que apenas as subescalas *Self* e *Cognitivo* apresentaram consistência interna adequada, com valores de alfa de Cronbach e CR iguais ou superiores a .70., sendo que as restantes subescalas revelaram valores muito baixos. O modelo apresentou também resultados fracos em termos de validade convergente e discriminante, indicados por valores de AVE inferiores a .50, com apenas a subescala *Cognitivo* a apresentar um valor adequado, e valores de HTMT na sua maioria superiores a .85, respetivamente.

**Tabela 2***Fiabilidade e validade do modelo de cinco fatores da escala MENO-D (N = 276)*

Validade discriminante (HTMT)							
Fatores	Self	Sexual	Somático	Cognitivo	AVE	CR	$\alpha$
Self	--	--	--	--	.40	.72	.70
Sexual	.94	--	--	--	.32	.48	.48
Somático	.82	1.27	--	--	.28	.43	.43
Cognitivo	.67	.92	.86	--	.56	.71	.71
Sono	.90	1.05	1.03	.83	.34	.51	.50

Tendo em consideração estes resultados, optou-se por testar o modelo de dois fatores, conforme proposto por Papazisis et al. (2022), na validação do mesmo instrumento para a população grega.

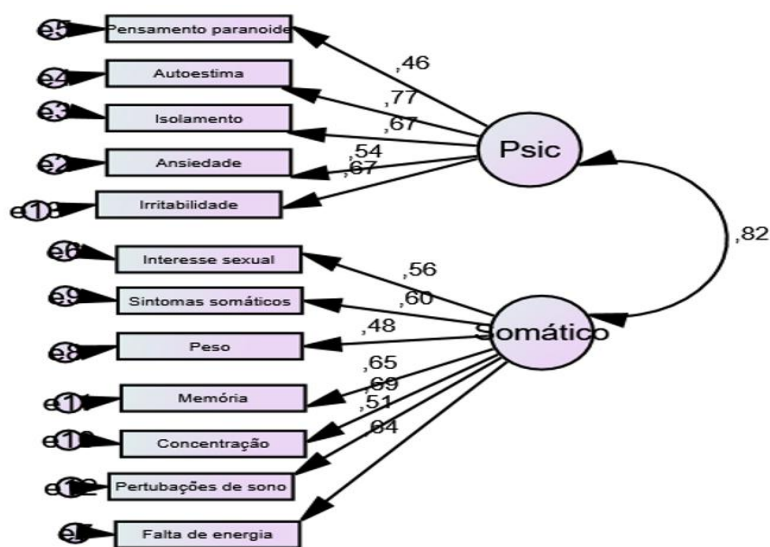
### **Modelo de dois fatores (Papazisis et al., 2022)**

#### ***Validade de construto***

Os resultados da análise fatorial confirmatória do modelo de dois fatores sugeridos por Papazisis et al. (2022) foram semelhantes aos do modelo anterior, indicando um bom ajuste do modelo:  $\chi^2(53) = 130.22, p < .001, \chi^2/ gl = 2.46, CFI = .918, GFI = .929$  e  $RMSEA = .073$ . Todos os coeficientes padronizados foram estatisticamente significativos ( $p < .001$ ), variando entre .46 e .77. Tal como no modelo de cinco fatores, apenas os itens “Pensamento paranoide” e “Peso” apresentam pesos fatoriais inferiores a .50 (Figura 2).

**Figura 2**

*Modelo de dois fatores da escala MENO-D*



**Fiabilidade**

Relativamente à análise de fiabilidade (Tabela 3), verificou-se que ambas as subescalas apresentaram uma boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach e CR superiores a .70. Constatou-se, assim, que o modelo de dois fatores se revela superior em termos de fiabilidade.

**Tabela 3**

*Fiabilidade e validade do modelo de dois fatores da MENO-D (N = 276)*

Validade discriminante (HTMT)					
Fatores	Psicológico	Somático	AVE	CR	$\alpha$
Psicológico	--	--	.40	.76	.75
Somático	.77	--	.35	.79	.78

**Validade convergente e discriminante**

No que diz respeito a validade convergente, para o modelo de cinco fatores observa-se que apenas a subescala Cognitivo apresenta um valor de AVE adequado, superior a .50, indicador de validade convergente (Hair et al., 2014). Por outro lado, embora no modelo de

dois fatores ambas as subescalas apresentem valores de AVE inferiores a .50, considerando que o CR é superior a .60 para ambos, assume-se que a sua validade convergente é adequada, como sugerido por Fornell e Larcker (1981).

Quanto à validade discriminante, verifica-se que o modelo de cinco fatores apresenta na sua maioria valores de HTMT superiores ao recomendado .85, indicadores de pobre validade discriminante, enquanto, que, o modelo de dois fatores revela um valor inferior a .85, o que constitui evidência de validade discriminante para este modelo.

### Análises das Correlações

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de correlação entre a depressão na perimenopausa (Meno-D), depressão, ansiedade e o *distress* psicológico (EADS-21). Verificam-se correlações positivas, moderadas a fortes, estatisticamente significativas entre o nível de depressão na perimenopausa e o *distress* psicológico, em todas as subescalas e pontuação total (todos  $p < .001$ ). Assim, níveis mais elevados de depressão na perimenopausa estão associados com níveis superiores de depressão, stress, ansiedade e *distress* psicológico total.

**Tabela 4**

*Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa, Ansiedade, Stress e Distress Psicológico*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Self		.54***	.46***	.49***	.55***	.74***	.50***	.65***	.72***
2. Sexual			.57***	.54***	.51***	.50***	.35***	.50***	.52***
3. Somático				.47***	.47***	.43***	.46***	.51***	.52***
4. Cognitivo					.49***	.55***	.46***	.56***	.59***
5. Sono						.50***	.42***	.57***	.57***
6. Depressão							.64***	.73***	.90***
7. Ansiedade								.69***	.84***
8. Stress									.92***
9. <i>Distress</i> psicológico									

\*\*\*  $p < .001$

Na Tabela 5 são apresentados os resultados das análises de correlação entre a depressão na perimenopausa (Meno-D) e a exaustão emocional (CBI-6). Foram encontradas

correlações positivas, moderadas a fortes, estatisticamente significativas entre o nível de depressão na perimenopausa, em todas as subescalas, e a exaustão emocional (todos  $p < .001$ ), pelo que níveis mais elevados de depressão na perimenopausa estão associados com níveis superiores de exaustão emocional.

**Tabela 5**

*Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Exaustão Emocional*

	1	2	3	4	5	6
1. Self		.54***	.46***	.49***	.55***	.60***
2. Sexual			.57***	.54***	.51***	.60***
3. Somático				.47***	.47***	.47***
4. Cognitivo					.49***	.55***
5. Sono						.48***
6. Exaustão emocional						

\*\*\*  $p < .001$

No que diz respeito à correlação entre a depressão na perimenopausa (Meno-D) e a regulação emocional (EDRE-VR), registam-se correlações positivas, fracas a fortes, estatisticamente significativas entre o nível de depressão na perimenopausa, em todas as subescalas, e a regulação emocional (todos  $p < .05$ ). Assim, níveis mais elevados de depressão na perimenopausa estão associados a maiores dificuldades de regulação emocional. Apenas a correlação entre a subescala Sono da Meno-D e a subescala Consciência do EDRE-VR mostrou não ser estatisticamente significativa, mas próxima da significância ( $p = .054$ ). Salienta-se ainda que a subescala Consciência foi a que apresentou correlações mais fracas com todas as subescalas da Meno-D (Tabela 6).

**Tabela 6**

*Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Regulação Emocional*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Self		.54***	.46***	.49***	.55***	.38***	.38***	.28***	.20**	.55***	.39***
2. Sexual			.57***	.54***	.51***	.30***	.37***	.22***	.12*	.45***	.29***
3. Somático				.47***	.47***	.26***	.31***	.23***	.14*	.35***	.18**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4. Cognitivo					.49***	.47***	.55***	.43***	.16*	.52***	.32***
5. Sono						.32***	.34***	.35***	.12	.36***	.28***
6. Não aceitação							.47***	.37***	.11	.55***	.37***
7. Objetivos								.46***	.09	.61***	.43***
8. Impulsos									.15*	.53***	.25***
9. Consciência										.18**	.28***
10. Estratégias											.47***
11. Clareza											

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A Tabela 7 apresenta os resultados das análises de correlação entre a depressão na perimenopausa (Meno-D) e o estilo de vinculação (ECR-RS). Verificam-se correlações negativas fracas estatisticamente significativas entre a vinculação evitante e as subescalas self ( $p = .002$ ), sexual ( $p = .003$ ) e cognitivo ( $p = .009$ ), indicando que níveis mais elevados nestas dimensões estão associados a uma pontuação inferior em termos de vinculação evitante. Por outro lado, foram encontradas correlações positivas, fracas a moderadas, estatisticamente significativas entre a vinculação ansiosa e todas as subescalas da Meno-D (todos  $p < .05$ ), exceto a subescala Sexual ( $p = .086$ ), pelo que níveis mais elevados de depressão na perimenopausa estão associados a uma pontuação superior em termos de vinculação ansiosa. A pessoa significativa identificada pela vasta maioria das participantes foi a do(a) Companheiro(a) (130; 47.1%).

**Tabela 7**

*Correlações entre Depressão na (Peri)Menopausa e Estilo de Vinculação*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Self		.54***	.46***	.49***	.55***	-.19**	.31***
2. Sexual			.57***	.54***	.51***	-.19**	.11
3. Somático				.47***	.47***	-.07	.15*
4. Cognitivo					.49***	-.16**	.25***
5. Sono						-.11	.23***
6. Vinculação evitante							-.28***

7. Vinculação ansiosa

---

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

De referir que estas análises de correlação foram também realizadas com as duas subescalas constituintes do modelo de dois fatores da Meno-D, psicológico e somático, e os resultados obtidos foram semelhantes, registando-se correlações positivas estatisticamente significativas entre as duas subescalas e o *distress* psicológico, exaustão emocional, regulação emocional e vinculação ansiosa, e correlações negativas estatisticamente significativas com a vinculação evitante (todos  $p < .05$ ).

A análise estatística permitiu confirmar a adequação do modelo de cinco fatores e a consistência interna de parte das subescalas. No capítulo seguinte, estes resultados são discutidos à luz da literatura e das implicações clínicas para a prática em contexto de menopausa.

### Discussão

O presente estudo traduziu, adaptou e avaliou psicometricamente a Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D) para a população portuguesa, explorando ainda as relações entre a sintomatologia emocional e indicadores de *distress* psicológico, exaustão emocional, regulação emocional e vinculação evitante e ansiosa. A análise fatorial confirmatória (AFC) replicou a estrutura de cinco fatores proposta no instrumento original, com índices de ajuste globais adequados ( $\chi^2/gf = 2,40$ ; CFI = .934; GFI = .939; RMSEA = .071) e pesos fatoriais padronizados significativos, salientando-se, contudo, dois itens com cargas inferiores a .50 (Pensamento Paranoide e Peso).

Ao nível da fiabilidade e validade, a estrutura de cinco fatores evidenciou heterogeneidade: apenas as subescalas *Self* e Cognitivo apresentaram consistência interna e fiabilidade composta satisfatórias ( $\alpha$  e CR  $\geq .70$ ), observando-se AVE inferior a .50 na maioria das subescalas e valores HTMT frequentemente acima de .85, o que aponta para validade discriminante limitada. Em contraste, um modelo alternativo de dois fatores (Psicológico e Somático) revelou ajuste semelhante, fiabilidade composta superior (CR  $> .70$ ) e HTMT  $< .85$ , sugerindo melhor separação entre os dois domínios latentes.

Externamente, as subescalas da Meno-D apresentaram correlações positivas e significativas com Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-21), com destaque para magnitudes mais elevadas com Depressão e com o índice de *Distress* Psicológico. Verificaram-se ainda associações positivas com Exaustão Emocional (CBI-6) e com dificuldades de Regulação Emocional (EDRE-VR). No domínio relacional (ECR-RS), a vinculação ansiosa correlacionou-se positivamente com a Meno-D (excetuando a subescala Sexual), enquanto a vinculação evitante apresentou correlações negativas fracas com Self, Sexual e Cognitivo.

### **Estrutura fatorial: cinco fatores vs dois fatores**

A replicação da estrutura de cinco fatores (Self, Somático, Cognitivo, Sono e Sexual) preserva a granularidade clínica proposta no instrumento original (Kulkarni et al., 2018), permitindo uma leitura de perfil sintomático diferenciada. A proximidade conceptual entre alguns domínios (i.e., *Self*, Sono e Cognitivo) poderá, todavia, contribuir para AVE reduzidas e HTMT elevadas, sugerindo sobreposição substantiva na amostra avaliada (Henseler et al., 2015). Em contrapartida, o modelo de dois fatores (Papazisis et al., 2022) agrega dimensões correlatas em pólos Psicológico e Somático, com maior parcimónia, melhor fiabilidade composta e validade discriminante, mantendo um ajuste global comparável.

Este duplo enquadramento poderá sugerir um uso complementar, podendo considerar-se a utilidade do modelo de cinco fatores numa intervenção individual e mais personalizada, uma vez que permite uma discriminação mais fina da sintomatologia, e inclusive servir como co-adjuvante de diagnóstico clínico, ao passo que a solução de dois fatores (Psicológico e Somático) oferece parcimónia e melhor validade discriminante, e, como tal, melhores vantagens psicométricas e estabilidade métrica para objetivos de rastreio e comparações entre estudos.

### **Fiabilidade e validade (convergente e discriminante)**

Os resultados de fiabilidade e validade convergente indicam uma sustentação parcial da estrutura em cinco fatores: CR e  $\alpha$  adequados em Self e Cognitivo, mas AVE < .50 em várias subescalas (Hair et al., 2014). No modelo de dois fatores, embora a AVE permaneça ligeiramente abaixo do ponto de corte em ambos os domínios, a CR > .60 permite aceitar validade convergente suficiente quando conjugada com evidência de validade externa robusta (Fornell & Larcker, 1981). Em paralelo, a validade discriminante é claramente superior no modelo de dois fatores, com HTMT = .77 abaixo do limiar recomendado (Henseler et al., 2015).

## Correlações com as variáveis

As correlações com a EADS-21 confirmam a ligação entre a Meno-D e o espectro de Depressão/Ansiedade/Stress, com particular incidência para a Depressão e para o *Distress* Psicológico. Estes dados são coerentes com as normas e diretrizes clínicas, que reconhecem a fase da perimenopausa como janela de vulnerabilidade afetiva, e recomendam um rastreio mais dirigido a sintomas emocionais (Maki et al., 2019).

A associação positiva entre a Meno-D e a Exaustão Emocional (CBI-6) reforça a importância de se considerar esta dimensão de esgotamento de recursos pessoais na formulação clínica e no planeamento da intervenção psicológica.

A nível da regulação emocional (EDRE-VR), as dimensões instrumentais de Objetivos, Impulsos, Estratégias e Clareza mostram relações mais fortes com a Meno-D do que a dimensão Consciência, podendo sugerir dificuldades em agir ao serviço de metas, gerir impulsos e aceder a estratégias que podem ser particularmente relevantes para o sofrimento emocional nesta fase (Gross, 2015; Palitsky et al., 2013). Não obstante, o modelo processual da regulação emocional considera cada etapa do processo gerador de emoções como um alvo potencial de regulação emocional (Gross & Thompson, 2007; Gross, 2015). Deste modo, entende-se que a consciência e a compreensão das emoções parecem constituir um passo fundamental para a implementação subsequente de estratégias de regulação emocional.

A vinculação ansiosa (ECR-RS) associou-se de forma positiva (fraca a moderada) às dimensões da Meno-D. Neste aspeto, a literatura demonstra que existe compatibilidade com hipervigilância afetiva e ruminação (Conradi et al, 2017). Por sua vez, a vinculação evitante apresenta correlações negativas fracas com alguns domínios (*Self*, Sexual, Cognitivo), padrão congruente com estratégias desativadoras que podem reduzir o relato subjetivo de sintomas sem implicar necessariamente menor experiência de mal-estar (Conradi et al., 2021).

A evidência aqui obtida é convergente com outros estudos que descrevem a perimenopausa como um período de maior labilidade afetiva, incluindo perturbações do sono com impacto no humor e sintomatologia depressiva (Nowakowski et al., 2009; Bouwmans, et al, 2017; Baker et al., 2018; Brown et al., 2024). A preservação da estrutura de cinco fatores, em linha com Kulkarni et al. (2018), apoia a utilidade de se estreitar especificamente algumas queixas (e.g., *Self* e Sono), ao passo que a solução de dois fatores, próxima do que foi reportado na validação para a população grega (Papazisis et al., 2022), oferece melhor robustez métrica.

Apesar de não ter sido possível determinar, através do nosso estudo, umnexo causal entre a vivência de situações traumáticas e uma maior incidência de sintomatologia depressiva, a literatura a este respeito, nomeadamente um estudo longitudinal levado a cabo ao longo de 3 anos nos Países Baixos (Blonski et al., 2015), observou igualmente que eventos negativos não foram associados a alterações de curta duração na sintomatologia depressiva. Em contrapartida, a eventos positivos seguiu-se uma diminuição significativa dos sintomas depressivos, um e dois meses após a sua ocorrência. Esta investigação robustece a necessidade de se introduzirem rastreios mais eficazes e precoces de depressão, para que as intervenções terapêuticas promovam experiências de vida positivas (Blonski et al., 2015; Conradi et al, 2017).

### **Limitações / Recomendações**

A discussão crítica dos resultados permitiu reconhecer as potencialidades e limitações do estudo. Em termos práticos, recomenda-se a utilização da Meno-D como instrumento de triagem e monitorização, idealmente combinada com outras escalas, tendo em conta a coerência das associações observadas.

Contudo, a leitura e extrapolações clínicas deve ser cautelosa nas subescalas com fiabilidade mais baixa e nos itens com cargas reduzidas, privilegiando decisões informadas por outros indicadores e através de entrevista clínica. Esta, aliás, pode ter sido uma das maiores limitações do nosso estudo, já que a estrutura do questionário da escala se adequa melhor a um manuseamento clínico.

Apesar da maioria das mulheres na nossa amostra apresentar níveis de escolaridade acima da média, ainda assim, não é certo que a sua leitura tenha sido claramente interpretada e que as respostas obtidas não tenham em conta fatores de desejabilidade. Além do mais, este estudo foi conduzido com recurso a um questionário online, o que pode igualmente gerar um viés de amostragem ao excluir mulheres em situação de pobreza digital, pese embora na validação para a população grega (Papazisis et al., 2022) este aspeto ter sido apontado como um dos mais positivos do estudo, em simultâneo com o número da amostra (N>500).

### **Conclusões**

Este estudo apresenta a tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Meno-D para a população portuguesa. O modelo de cinco fatores foi replicado com ajuste global adequado, ainda que dois itens revelem cargas inferiores a .50, e a solução de dois fatores mostre maior fiabilidade e melhor validade discriminante com um ajuste semelhante. As correlações com depressão, ansiedade, stress, exaustão emocional e dificuldades de regulação emocional

sustentam a validade externa do instrumento. A Meno-D revela-se, assim, útil para perfilização sintomática e monitorização longitudinal da sintomatologia depressiva perimenopáusicas, recomendando-se estudos de invariância, test-retest, responsividade e refinamento de itens em futuras investigações.

Em coerência com a literatura, observaram-se associações robustas entre a Meno-D e indicadores de depressão, ansiedade, stress e *distress* global, bem como com exaustão emocional e dificuldades de regulação emocional (Maki et al., 2019; Brown et al., 2024; Gross, 2015). As relações com a vinculação acrescentam uma leitura relacional útil, na qual perfis ansiosos se associam a maior sintomatologia, enquanto padrões evitantes podem reduzir o relato subjetivo em alguns domínios (Conradi et al., 2021).

Em termos de contributo, esta versão da Meno-D pretende ampliar o espólio de avaliação clínica e de investigação sobre a depressão na perimenopausa, já que, em estudos similares, é igualmente recomendável a utilização de instrumentos específicos que possibilitem a monitorização adequada da sintomatologia relacionada à perimenopausa e a distúrbios de humor, para que o tratamento seja mais eficaz (Chetan et al., 2024).

A articulação entre a avaliação psicométrica, literacia em saúde e intervenção psicológica dirigida continua a ser central para que a menopausa seja encarada como transição acompanhada de reconhecimento, cuidado e suporte (Maki et al., 2019; Pimenta et al., 2020).

De forma a reforçar a validade construtiva e a utilidade clínica do instrumento, sugerem-se, no entanto, futuras investigações que incluam replicações confirmatórias, estudos de invariância, análises de estabilidade temporal e eventual refinamento linguístico de itens com cargas fatoriais reduzidas. Deve-se também alargar a sua aplicação em estudos longitudinais, que permitam não só aferir esta problemática em maior profundidade, como, acima de tudo, monitorizar o seguimento clínico, possibilitar uma intervenção articulada e multidisciplinar, e, finalmente, permitir o ajuste de planos terapêuticos.

## Referências Bibliográficas

- Arar, M. A., & Erbil, N. (2023). The effect of menopausal symptoms on women's daily life activities. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 22(1), 6-15.  
<https://doi.org/10.5114/pm.2023.126436>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., & Thurston, R. C. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063>
- Badawy, Y., Spector, A., Li, Z., & Desai, R. (2024). The risk of depression in the menopausal stages: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 357, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.041>
- Baker, F. C., De Zambotti, M., Colrain, I. M., & Bei, B. (2018). Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nature and science of sleep*, 73-95. <https://doi.org/10.2147/NSS.S125807>
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Blonski, S. C., Conradi, H. J., Oldehinkel, A. J., Bos, E. H., & de Jonge, P. (2016). Associations between negative and positive life events and the course of depression: a detailed repeated-assessments study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 175-180. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000445>
- Blunch, N. J. (2012). *Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS statistics and AMOS*.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. John Wiley & Sons.
- Born, L., Koren, G., Lin, E., & Steiner, M. (2008). A new, female-specific irritability rating scale. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33(4), 344-354.
- Bouwman, M. E., Conradi, H. J., Bos, E. H., Oldehinkel, A. J., & de Jonge, P. (2017). Bidirectionality between sleep symptoms and core depressive symptoms and their

- long-term course in major depression. *Psychosomatic Medicine*, 79(3), 336-344.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000407>
- Brandão, T. (2024). Perceived Emotional Invalidation, Psychological Distress and Relationship Satisfaction in Couples: An Actor–Partner Interdependence Mediation Analysis. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941241279372>
- Bromberger, J. T., & Epperson, C. N. (2018). Depression during and after the perimenopause: impact of hormones, genetics, and environmental determinants of disease. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 663.  
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.007>
- Brown, L., Hunter, M. S., Gordon, J. L., Joffe, H., & Hickey, M. (2024). Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 403, 969–983.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5)
- Chetan, R., Seshadri, J.G., Agrawal, P. (2024). Psychological Problems and Menopause. In: Garg, R. (eds) *Management of Menopause*. Springer, Singapore.  
[https://doi.org/10.1007/978-981-96-0239-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-981-96-0239-1_5)
- Choi, M. W. (2001). Menopause and mood: Are they connected? *Female Patient*, 26(8), 62-63. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/menopause-mood-are-they-connected/docview/204390937/se-2>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Conradi, H. J., Bos, E. H., Kamphuis, J. H., & de Jonge, P. (2017). The ten-year course of depression in primary care and long-term effects of psychoeducation, psychiatric consultation and cognitive behavioral therapy. *Journal of affective disorders*, 217, 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.064>
- Conradi, H. J., Noordhof, A., & Kamphuis, J. H. (2021). Satisfying and stable couple relationships: Attachment similarity across partners can partially buffer the negative effects of attachment insecurity. *Journal of marital and family therapy*, 47(3), 682-697. <https://doi.org/10.1111/jmft.12477>
- Converso, D., Viotti, S., Sottimano, I., Loera, B., Molinengo, G., & Guidetti, G. (2019). The relationship between menopausal symptoms and burnout. A cross-sectional study

- among nurses. *BMC women's health*, 19(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0847-6>
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 236, 274-290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Dave, A., Patel, D. J., Shrivastava, D., Chaudhari, K., & Manchanda, R. (2024). Considerations in Premature Menopause: A Review. *Cureus*, 16(9), e69744. <https://doi.org/10.7759/cureus.69744>
- DeAngelis, T. (2023, September 1). Menopause can be rough. Psychology is here to help. *Monitor on Psychology*, 54(6). <https://www.apa.org/monitor/2023/09/easing-transition-into-menopause>
- De Beauvoir, S. (2015). *O Segundo Sexo – Volume I*. Quetzal
- De Oliveira, C. M. (2022). *Descomplicar a Menopausa*. Influência, Penguin Random House Grupo Editorial Portugal.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Boorman, D. W., & Zhang, R. (2014). Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry*, 71(1), 36–43. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2819>
- Fuchs, N. F., & Taubner, S. (2019). Exploring the interplay of attachment style and attachment-related mood on short-term change in mentalization: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 144, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.037>
- Gibbons, R. (2025). The menopause transition: a call for a holistic approach. *BJPsych Bulletin*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjb.2025.17>
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC medical research methodology*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). The Guildford Press.

[https://www.researchgate.net/publication/303248970\\_Emotion\\_Regulation\\_Conceptual\\_Foundations](https://www.researchgate.net/publication/303248970_Emotion_Regulation_Conceptual_Foundations)

- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology, 2*(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review, 19*(2), 113–147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships–Relationship Structures questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment, 23*(3), 615–625. <https://doi.org/10.1037/a0022898>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2014). *Multivariate data analysis (8<sup>th</sup> ed.)*. Pearson Education, New Jersey
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., & de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: Addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause, 19*(4), 387–395. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511–524. <https://doi.org/10.4324/9781351153683-17>
- Hendriks, O., McIntyre, J.C., Rose, A.K., Crockett, C., Newson, L. & Saini, P. (2025). The mental health challenges, especially suicidality, experienced by women during perimenopause and menopause: A qualitative study. *Women's Health, 21*(1-12). <https://doi.org/10.1177/17455057251338941>.
- Herrera-Pérez, J. J., Hernández-Hernández, O. T., Flores-Ramos, M., Cueto-Escobedo, J., Rodríguez-Landa, J. F., & Martínez-Mota, L. (2024). The intersection between menopause and depression: overview of research using animal models. *Frontiers in Psychiatry, 15*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1408878>.
- Kiss, P., Depypere, H., De Meester, M., Vingerhoets, I., Van Hoecke, M., & Braeckman, L. (2024). Need for recovery after work and associated risk factors in working

- menopausal women. *Maturitas*, 187, 108054.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108054>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Koelkebeck, K., Liedtke, C., Kohl, W., Alferink, J., & Kret, M. E. (2017). Attachment style moderates theory of mind abilities in depression. *Journal of affective disorders*, 213, 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.021>
- Kornstein, S.G., Young, E.A., Harvey, A.T., Wisniewski, S. R., Barkin, J. L., Thase, M. E., ... & Rush, A. J. (2010). The influence of menopause status and postmenopausal use of hormone therapy on presentation of major depression in women. *Menopause*, 17(4):828-839. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181d770a8>
- Kuck, M. J., & Hogervorst, E. (2024). Stress, depression, and anxiety: psychological complaints across menopausal stages. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1323743. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323743>
- Kulkarni, J., Gurvich, C., Mu, E., Molloy, G., Lovell, S., Mansberg, G., ... & Szoeka, C. (2024). Menopause depression: Under recognised and poorly treated. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(8), 636-640. <https://doi.org/10.1177/00048674241253944>
- Kulkarni, J., Gavrilidis, E., Hudaib, A. R., Bleeker, C., Worsley, R., & Gurvich, C. (2018). Development and validation of a new rating scale for perimenopausal depression-the Meno-D. *Translational psychiatry*, 8(1), 123. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0172-0>
- Lee, H., & Kim, J. (2024). Core contents for a menopausal health literacy intervention for South Korean middle-aged women: an e-Delphi study. *BMC Nursing*, 23, 509. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02179-2>
- Maki, P. M., Kornstein, S. G., Joffe, H., Bromberger, J. T., Freeman, E. W., Athappilly, G., ... & Board of Trustees for The North American Menopause Society (NAMS) and the Women and Mood Disorders Task Force of the National Network of Depression Centers. (2019). Guidelines for the evaluation and treatment of perimenopausal depression: summary and recommendations. *Journal of Women's Health*, 28(2), 117–134. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.27099>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, *15*(2), 103-111.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4911781/pdf/WPS-15-103.pdf>
- Mauas, V., Kopala-Sibley, D.C. & Zuroff, D.C. (2014). Depressive symptoms in the transition to menopause: the roles of irritability, personality vulnerability, and self-regulation. *Archives of women's mental health*, *17*, 279-289. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0434-7>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *25*, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Mueller, S. C., De Franceschi, M., Brzozowska, J., Herman, A. M., Ninghetto, M., Burnat, K., ... & Marchewka, A. (2024). An influence of menopausal symptoms on mental health, emotion perception, and quality of life: a multi-faceted approach. *Quality of Life Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03641-z>
- Nowakowski, S., Meliska, C. J., Fernando Martinez, L., & Parry, B. L. (2009). Sleep and menopause. *Current neurology and neuroscience reports*, *9*(2), 165-172.  
<https://doi.org/10.1007/s11910-009-0025-6>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição 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*(2), 229-239.  
<http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Palitsky, D., Mota, N., Afifi, T. O., Downs, A. C., & Sareen, J. (2013). The association between adult attachment style, mental disorders, and suicidality: findings from a population-based study. *The Journal of nervous and mental disease*, *201*(7), 579-586.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829829ab>
- Papazisis, G., Tsakiridis, I., Apostolopoulou, A., Papaefstathiou, E., Bellali, T., Liozidou, A., ... & Dagklis, T. (2022). The Greek translation and validation of the electronic version of the Meno-D rating scale for post-menopausal depression. *Health Informatics Journal*, *28*(2), <https://doi.org/10.1177/14604582221080100>.
- Pimenta, F., Ramos, M. M., Silva, C. C., Costa, P. A., Maroco, J., & Leal, I. (2020). Self-regulation model applied to menopause: A mixed-methods study. *Climacteric*, *23*(1), 84–92. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1640196>

- Potočník, K., Steffan, B., & Zheng, S. (2025). Managing menopause transition in the workplace: The double-edged sword of flexible work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 98(2), e70032. <https://doi.org/10.1111/joop.70032>
- Refaei, M., Mardanpour, S., Masoumi, S. Z., & Parsa, P. (2022). Women's experiences in the transition to menopause: a qualitative research. *BMC Women's Health*, 22(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01633-0>
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1-15. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa764>
- Sociedade Portuguesa de Menopausa [SPM]. (2021). Consenso Nacional sobre Menopausa. *Loures Gráfica, Sociedade de Artes Gráficas, Lda.* <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Tedesco, K., & da Silveira, M. M. (2021). Autoestima, autoimagem, qualidade de vida e de saúde de mulheres na pós-menopausa. *Espaço para a Saúde*, 22. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e788>
- Tosun, H., Bal, N. G., & Kulkarni, J. (2022). Psychometric Testing of the Perimenopausal Depression Scale-Turkish Version. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(1), 7-20.
- Verburgh, M., Verdonk, P., Muntinga, M., van Valkengoed, I., Hulshof, C., & Nieuwenhuijsen, K. (2024). “But at a certain point, the lights literally went out”: A qualitative study exploring midlife women’s experiences of health, wellbeing, and functioning in relation to paid work. *Work*, 77(3), 799-809. <https://doi.org/10.3233/WOR-220567>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Midlife and health: Menopause as a public health priority*. WHO Regional Office for Europe
- Willi, J., & Ehlert, U. (2020). Symptoms assessed in studies on perimenopausal depression: a narrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100559. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100559>
- Zhu, W., Wang, C. D., & Chong, C. C. (2016). Adult attachment, perceived social support, cultural orientation, and depressive symptoms: A moderated mediation model. *Journal of counseling psychology*, 63(6), 645.



## **Anexo 1 – Apresentação do Estudo e Consentimento Informado**

Convidamo-la a participar neste estudo que tem por objetivo investigar o papel de variáveis psicossociais na explicação de diferenças individuais **nas oscilações emocionais experimentadas pelas mulheres na perimenopausa/menopausa**.

Este estudo é coordenado pela Professora Doutora Tânia Brandão (WJCR – ISPA). A sua participação é voluntária. O estudo é dirigido **a mulheres com idades compreendidas entre 40 e 60 anos de idade**.

Consiste no preenchimento de um questionário online (duração aproximada de 10-15 minutos). Pedimos-lhe que preencha o questionário individualmente e, preferencialmente, quando estiver sozinha. Não existem respostas certas ou erradas. Os dados serão confidenciais e usados apenas para fins estatísticos, analisados como um todo.

Não se esperam custos ou riscos para si associados à participação neste estudo. No entanto, caso sinta algum tipo de desconforto emocional poderá contactar a linha de apoio psicológico do Sistema Nacional de Saúde através do n.º 808 24 24 24. Além disso, poderá desistir a qualquer momento do estudo enquanto estiver a efetuar o preenchimento do questionário online. Após submeter a sua resposta, dado o carácter anónimo do estudo, já não será possível eliminar os seus dados.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário. Uma síntese dos resultados globais do estudo será disponibilizada através das redes sociais do ISPA (<https://www.facebook.com/ispamedia>). Prevê-se que os resultados obtidos sejam igualmente apresentados em congressos e publicações científicas. A apresentação dos dados será sempre feita de forma global de modo a manter o anonimato das participantes. Os dados serão preservados até 5 anos após as publicações, sendo depois eliminados de forma definitiva.

Se tiver dúvidas poderá contactar a investigadora Professora Doutora Tânia Brandão ([tbrandao@ispa.pt](mailto:tbrandao@ispa.pt)).

Declaro que tenho **mais do que 40 anos** e aceito participar no estudo:

- Sim: prossegue para preenchimento do questionário
- Não: termina participação do estudo

## Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ (anos)

2. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

3. Qual é a sua situação profissional neste momento (pode escolher mais do que uma opção)?

- Ativa/Trabalha
- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Trabalhadora-Estudante

4. Qual é a sua escolaridade?

- Inferior ao 12º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Qual é o seu estado civil:

- Solteira
- Casada / União de facto. Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (diferencie meses ou anos)?
- Divorciada / Separada. Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (diferencie meses ou anos)?
- Viúva. Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (diferencie meses ou anos)?

6. Atualmente, está numa relação romântica?

- Sim, há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (diferencie meses ou anos)?
- Não

6.1. Em que medida está satisfeita com a sua relação?

- Nada satisfeita
- Pouco satisfeita
- Satisfeita
- Muito satisfeita

7. Tem filhos?

- Sim. Quantos? \_\_\_\_\_
- Não

8. Tem diagnóstico médico de problemas de saúde física (p. ex. doença crónica, autoimune, etc.) e/ou mental (p. ex. depressão, ansiedade, etc.)?

- Sim. Qual ou quais? \_\_\_\_\_
- Não

**9. Vivenciou alguma situação traumática (p. ex. luto, aborto, divórcio, desemprego)?**

- Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

**9.1. Há quanto tempo vivenciou essa situação (diferencie meses ou anos)?**

\_\_\_\_\_

**10. Atualmente está a ter acompanhamento psicológico?**

- Sim, há quanto tempo (diferencie meses ou anos)? \_\_\_\_\_  
 Não

**10.1. Por que motivo está a ter acompanhamento psicológico (opcional)?**

\_\_\_\_\_

*Em relação à sua menopausa:*

**1. Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação?**

- Sim \*  
\*exceto se utiliza contraceptivo que interrompa/iniba a sua menstruação (p. ex. DIU - dispositivo intrauterino hormonal)  
 Não

**1.1. Se respondeu sim, que idade tinha quando teve a sua última menstruação?**

\_\_\_\_\_ (anos)

**2. Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica (p. ex. remoção do(s) ovário(s), útero)?**

- Sim  
 Não  
 Ainda não estive 12 meses sem a menstruação

**3. Teve algum problema hormonal que interfira diretamente com a menstruação?**

- Sim  
 Não

**4. Procurou ajuda médica (isto é, consultou médico ginecologista ou de clínica geral) para gerir os sintomas da menopausa?**

- Sim  
 Não

**5. Está a tomar alguma medicação, produtos naturais ou de outro género, para os sintomas da menopausa?**

- Sim  
 Não

## **Anexo 3 – Autorização de utilização e validação da Escala de Depressão na Perimenopausa (Meno-D) para a população portuguesa**

**Re: Validation to the Portuguese population of the Meno-D | Request for authorization**


---

**De** Jayashri Kulkarni <jayashri.kulkarni@monash.edu>

**Data** sex, 13/12/2024 23:28

**Para** Helena Isabel Bonacho dos Anjos Antunes Quinta <31548@alunos.ispa.pt>

**Cc** Tânia Raquel Pais Brandão <tbrandao@ispa.pt>; Emmy.Gavrilidis@monash.edu <Emmy.Gavrilidis@monash.edu>; caroline.gurvich@monash.edu <caroline.gurvich@monash.edu>

 3 anexos (2 MB)

2024\_MENO-D.pdf; MENO- D Information.pdf; MENO-D Publication 2018.pdf;

**\*ALERTA\*: mensagem de e-mail com origem externa ao ISPA!**

Recomenda-se a MÁXIMA cautela quanto ao seu conteúdo e endereço do remetente, em particular ao seguir hiperligações ou ao abrir anexos.

Dear Helena and Tania

We are delighted that you wish to translate our MENO-D questionnaire into Portuguese and use it in your research I attach the information about MENO-D

Please send us a copy of the translated scale when finished and cite our validation paper in your work. I have included a copy also

Best wishes

Jayashri KULKARNI

**Professor Jayashri KULKARNI AM**

MBBS MPM FRANZCP PhD FAHMS

Director

HER Centre Australia, Monash University

Director

Multidisciplinary Alfred Psychiatry research centre (MAPrc), Alfred Health

Head

Monash University School of Translational Medicine, Department of Psychiatry

Level 4,

607 St Kilda Rd, Melbourne

Vic 3004

Australia

## Anexo 4 – Tabelas de Análise Confirmatória

### Anexo 4.1 - Modelo de cinco fatores (Kulkarni et al., 2018)

#### Model Fit Summary

##### CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	34	105,797	44	,000	2,404
Saturated model	78	,000	0		
Independence model	12	1004,867	66	,000	15,225

##### RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,058	,939	,892	,530
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,387	,436	,334	,369

##### Baseline Comparisons

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	,895	,842	,936	,901	,934
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

##### Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,667	,596	,623
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

##### NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	61,797	35,457	95,839
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	938,867	839,983	1045,172

**FMIN**

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	,385	,225	,129	,349
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	3,654	3,414	3,054	3,801

**RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation**

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,071	,054	,089	,022
Independence model	,227	,215	,240	,000

**AIC**

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	173,797	177,171	296,891	330,891
Saturated model	156,000	163,740	438,391	516,391
Independence model	1028,867	1030,058	1072,312	1084,312

**ECVI**

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	,632	,536	,756	,644
Saturated model	,567	,567	,567	,595
Independence model	3,741	3,382	4,128	3,746

**Hoelter's critical N**

Model	HOELTER .05	HOELTER .01
Default model	158	179
Independence model	24	27

## Anexo 4.2 - Modelo de dois fatores (Papazisis et al., 2022)

### Model Fit Summary

<b>Chi-square test</b>			
<b>Model</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Baseline model	1008.521	66	
Factor model	130.693	53	< .001

*Note.* The estimator is ML. The test statistic is standard. The standard error method is standard.

### Additional fit measures

<b>Fit indices</b>	
<b>Index</b>	<b>Value</b>
Comparative Fit Index (CFI)	0.918
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.897
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.897
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.870
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.699
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.839
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.919
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.918

<b>Information criteria</b>	
	<b>Value</b>
Log-likelihood	-4543.09
Number of free parameters	25.00
Akaike (AIC)	9136.19
Bayesian (BIC)	9226.70
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	9147.43

<b>Other fit measures</b>	
<b>Metric</b>	<b>Value</b>
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.073
RMSEA 90% CI lower bound	0.057
RMSEA 90% CI upper bound	0.089
RMSEA p-value	0.009
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.053
Hoelter's critical N ( $\alpha = .05$ )	150.925
Hoelter's critical N ( $\alpha = .01$ )	169.614
Goodness of fit index (GFI)	0.929
McDonald fit index (MFI)	0.869

**Other fit measures**

Metric	Value
Expected cross validation index (ECVI)	0.655

**Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test**

Indicator	MSA
Meno-D_02	0.783
Meno-D_04	0.849
Meno-D_05	0.891
Meno-D_03	0.889
Meno-D_06	0.894
Meno-D_07	0.907
Meno-D_10	0.896
Meno-D_09	0.845
Meno-D_11	0.854
Meno-D_12	0.881
Meno-D_01	0.920
Meno-D_08	0.903
Overall	0.879

**Bartlett's test of sphericity**

X <sup>2</sup>	df	p
987.2	66	< .001

**Parameter estimates**

**Factor loadings**

Factor	Indicator	Std. estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Psicológico	Meno-D_02	0.457	0.054	8.491	< .001	0.352	0.563
	Meno-D_04	0.774	0.034	23.073	< .001	0.708	0.840
	Meno-D_05	0.669	0.041	16.451	< .001	0.590	0.749
	Meno-D_03	0.670	0.041	16.496	< .001	0.591	0.750
	Meno-D_06	0.536	0.049	10.836	< .001	0.439	0.633
Somático	Meno-D_07	0.604	0.045	13.522	< .001	0.517	0.692
	Meno-D_10	0.562	0.047	11.846	< .001	0.469	0.655
	Meno-D_09	0.480	0.052	9.160	< .001	0.377	0.582
	Meno-D_11	0.648	0.042	15.523	< .001	0.566	0.729
	Meno-D_12	0.693	0.039	17.979	< .001	0.617	0.768
	Meno-D_01	0.645	0.042	15.390	< .001	0.563	0.727
	Meno-D_08	0.515	0.050	10.214	< .001	0.416	0.613

**Factor variances**

Factor	Std. estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Psicológico	1.000	0.000			1.000	1.000
Somático	1.000	0.000			1.000	1.000

**Factor Covariances**

						95% Confidence Interval	
		Std. estimate	Std. Error	z-value	p	Lower	Upper
Psicológico	↔ Somático	0.817	0.038	21.37	<.001	0.742	0.892

**Residual variances**

Indicator	Std. estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Meno-D_02	0.791	0.049	16.050	<.001	0.694	0.887
Meno-D_04	0.401	0.052	7.711	<.001	0.299	0.502
Meno-D_05	0.552	0.054	10.137	<.001	0.445	0.659
Meno-D_03	0.551	0.054	10.118	<.001	0.444	0.658
Meno-D_06	0.713	0.053	13.455	<.001	0.609	0.817
Meno-D_07	0.635	0.054	11.746	<.001	0.529	0.741
Meno-D_10	0.684	0.053	12.817	<.001	0.579	0.789
Meno-D_09	0.770	0.050	15.330	<.001	0.672	0.868
Meno-D_11	0.581	0.054	10.742	<.001	0.475	0.686
Meno-D_12	0.520	0.053	9.756	<.001	0.416	0.625
Meno-D_01	0.584	0.054	10.802	<.001	0.478	0.690
Meno-D_08	0.735	0.052	14.184	<.001	0.634	0.837

**Average variance extracted**

Factor	AVE
Psicológico	0.398
Somático	0.349

**Heterotrait-monotrait ratio**

Psicológico	Somático
1.000	
0.774	1.000

**Reliability**

	<b>Coefficient <math>\omega</math></b>	<b>Coefficient <math>\alpha</math></b>
Psicológico	0.769	0.748
Somático	0.782	0.783
total	0.852	0.852

**Modification Indices**

**Cross-loadings**

		<b>Mod. Ind.</b>	<b>EPC</b>
Somático	→ Meno-D_04	9.274	-0.674
Psicológico	→ Meno-D_11	8.579	-0.900
Psicológico	→ Meno-D_01	6.408	1.120
Somático	→ Meno-D_06	5.545	0.608

**Residual covariances**

		<b>Mod. Ind.</b>	<b>EPC</b>
Meno-D_11	↔ Meno-D_12	17.864	0.170
Meno-D_02	↔ Meno-D_09	10.256	-0.177
Meno-D_02	↔ Meno-D_04	9.819	0.119
Meno-D_05	↔ Meno-D_03	9.461	-0.144
Meno-D_02	↔ Meno-D_08	9.111	-0.126
Meno-D_06	↔ Meno-D_08	7.205	0.150
Meno-D_04	↔ Meno-D_06	6.996	-0.139
Meno-D_10	↔ Meno-D_09	6.951	0.225
Meno-D_06	↔ Meno-D_07	5.269	0.141
Meno-D_05	↔ Meno-D_12	4.964	0.103
Meno-D_04	↔ Meno-D_03	4.783	0.095
Meno-D_01	↔ Meno-D_08	4.268	-0.115
Meno-D_07	↔ Meno-D_01	4.140	0.127
Meno-D_09	↔ Meno-D_08	4.019	0.123