



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**MOTIVAÇÕES PARA A ACTIVIDADE
SEXUAL EM MULHERES NA
PRÉ-MENOPAUSA, PERIMENOPAUSA
E PÓS-MENOPAUSA: UM ESTUDO PORTUGUÊS.**

Daniel da Cruz Neves

Orientadora de Dissertação:

Professora Doutora Ana Carvalheira

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037 / 2007 publicado em Diário da Republica 2ª série de 23 de Março, 2007.

AGRADECIMENTOS

Finalizando a realização deste trabalho passo por agradecer a todas as pessoas que estiveram envolvidas e cujo apoio foi fundamental para atingir este objectivo difícil que é a finalização deste trabalho académico:

Aos colegas da UNI e do ISPA pela troca de experiências, ensino e ajuda prestada. Um especial agradecimento ao Nuno Pimentel, à Nádia (Trin), ao Sérgio e à Maria João que muito apoio me deram ao longo deste tempo.

Um grande obrigado à Luísa (Bin) que desde o início do meu percurso académico me tem apoiado e mesmo estando longe a sua ajuda na finalização desta etapa foi de extrema importância.

Aos professores do ISPA pela sua postura profissional que foi sempre elevada e pela transmissão de conhecimentos que nos passaram.

À Professora Ana Carvalheira agradeço a forma incentivadora, determinada e crítica como orientou todo o trabalho.

Aos meus amigos por toda a compreensão e apoio mesmo nos momentos em que não pude estar com eles.

Aos meus Tios, Tias, Primos, Avó e Ismael pela força e coragem que me deram.

Um especial agradecimento à minha mãe, irmã e sobrinhas por toda a força, confiança, motivação, coragem, carinho e exemplo de determinação que me deram.

E à minha Verinha por toda a ajuda, compreensão, paciência e amor que me deu para seguir em frente e que tornou este trabalho possível.

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo geral avaliar as diferenças nas motivações para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. Os objectivos específicos deste estudo incluem avaliar e comparar as motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres, analisar e comparar as motivações para a actividade sexual em função das variáveis sócio-demográficas, nomeadamente a idade, estado civil, situação relacional, duração do compromisso, orientação sexual, nível educacional, número de filhos, idade dos filhos, onde vivem, religião, etnia, e estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres. A amostra é composta por 100 mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, 100 na perimenopausa e 100 na pós-menopausa. O instrumento inclui cinco questionários: Aspectos de saúde relacionados com a menopausa; Caracterização sócio-demográfica; Female Sexual Function Index de Rosen et al. (2000) – traduzido e adaptado por Nobre (2002); Cues for Sexual Desire Scale de McCall & Meston (2006) – traduzido e adaptado por Carvalheira e Leal (2008); e o Dyadic Adjustment Scale de Spanier (1976) – tradução de Tavares (1990). Esta investigação torna-se pertinente para a comunidade científica, porque a saúde sexual interfere em outras áreas da saúde e do bem-estar do ser humano e a menopausa é um momento particular e importante do ciclo reprodutivo da mulher. Interfere na estrutura psíquica da mulher assim como também nos aspectos na sexualidade, sendo a motivação para a actividade sexual uma questão importante mas surpreendentemente pouco estudada.

Palavras-Chave: Menopausa; Resposta sexual feminina; Mulher.

ABSTRACT

This study aims to assess overall differences in motivations for sexual activity in women who are at the stage of pre-menopause, perimenopause and post-menopause. The specific objectives of this study include evaluate and compare the motivations for sexual activity in the three groups of women, analyze and compare the motivations for sexual activity in terms of socio-demographic variables, including age, marital status, relationship status, length of commitment, sexual orientation, education level, number of children, age of children, where they live, religion, ethnicity and study the relationship (association) between the motivation and relation satisfaction in the three groups of women. The sample consists of 100 women who are at the stage of pre-menopausal, 100 at perimenopause and 100 at post-menopause. The instrument contains five questionnaires: Aspects of health related to menopause; Socio-demographic characteristics; Female Sexual Function Index from Rosen et al. (2000) – translated and adapted by Nobre (2002); Cues for Sexual Desire Scale from McCall & Meston (2006) – translated and adapted by Carvalheira and Leal (2008); and Dyadic Adjustment Scale from Spanier (1976) – translated by Tavares (1990). This research is relevant to the scientific community, because sexual health interfere in other areas of health and welfare of human being and menopause is a private and important moment of the woman's reproductive cycle. Interfere with the psychological structure of women as well as the aspects in the sexuality, being the motivation for sexual activity an important issue but surprisingly little studied.

Keywords: Menopause; Female sexual response; Women.

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	1
Parte 1 – Enquadramento Teórico	4
Capítulo I - Psicologia da Saúde e sexualidade feminina	5
1.1 Psicologia da Saúde	5
1.2 A Sexualidade feminina na Psicologia da Saúde	6
Capítulo II – Sexualidade Feminina	8
2.1 Modelos de Resposta Sexual Humana	8
2.1.1 O Relatório Kinsey	9
2.1.2 O Modelo de Resposta Sexual Humana de Masters & Johnson e Helen Kaplan	9
2.1.3 O Relatório Hite	12
2.2 Modelo de Resposta Sexual Feminina de Rosemary Basson	13
2.3 Desejo e excitação sexual feminina	15
Capítulo III - Motivações para a actividade sexual	18
Capítulo IV – Menopausa	23
4.1 Menopausa	23
4.2 Climatério	24
4.3 Definição de critérios	25
4.4 Prevalência	27

4.5 Etiologia	28
4.6 Sintomatologia	29
4.6.1 Sintomas psicológicos	30
4.6.2 Sintomas somáticos	31
4.6.3 Sintomas genito-urinários	32
4.6.4 Outras alterações	32
4.7 Terapia de Substituição Hormonal	33
4.8 Aspectos psicossociais na menopausa	35
4.8.1 Factores sócio-demográficos	35
4.8.2 Atitudes e representações em relação à menopausa	36
4.8.3 Factores sócio-culturais na menopausa	37
Capítulo V – Sexualidade e menopausa	40
5.1 Resposta sexual na menopausa	40
5.2 Hormonas sexuais na menopausa	42
5.3 Dificuldades e disfunção sexual na menopausa	45
Parte 2 – Projecto de Investigação	47
Capítulo VI – Caracterização do projecto de investigação	48
6.1 Objectivos	48
6.2 Tipo de estudo	48
6.3 Variáveis	49
6.4 Hipóteses	49
6.5 Amostra	49

6.6 Instrumentos	50
6.7 Procedimentos	53
Capítulo VII – Considerações finais	55
Capítulo VIII – Referências	56
Capítulo IX – Anexos	74
<p>Anexo A – Questionário de aspectos de saúde relacionados com a menopausa</p>	
<p>Anexo B – Questionário de caracterização sócio-demográfico</p>	
<p>Anexo C – Female Sexual Function Index (FSFI)</p>	
<p>Anexo D – Cues for Sexual Desire Scale (CSDS)</p>	
<p>Anexo E – Dyadic Adjustment Scale (DAS)</p>	
<p>Anexo F – Carta a solicitar autorização ao Hospital</p>	
<p>Anexo G – Carta de consentimento informado</p>	
<p>Anexo H – Cronograma hipotético</p>	

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Dia da consulta de menopausa nos hospitais	53
--	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Ciclo de resposta sexual feminina de Rosemary Basson (Basson, 2005)	14
FIGURA 2: Estágios do climatério normal da mulher definida pelo STRAW (NAMS, 2002; cit. por França, 2003)	26

Introdução

A menopausa é considerada uma das fases mais complicadas da vida de uma mulher, simplesmente porque desencadeia uma série de alterações desconfortáveis a nível físico, emocional e psíquico, sendo a sexualidade um dos factores preocupantes que deve ser objecto de estudo e de atenção.

A maior parte das mulheres atinge o pico da sua capacidade reprodutiva próximo dos seus vinte anos e a partir desta idade, a função do ovário declina gradualmente. A produção de estrogénio vai diminuindo, os ciclos ovários tornam-se anovulatórios e os períodos menstruais tornam-se irregulares, durando menos tempo até que a ovulação e os períodos menstruais cessam completamente. Esta transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da mulher é um acontecimento denominado climatério que compreende um longo período que começa pela passagem do ciclo ovulatório potencialmente fértil para um período de falência ovariana, incluindo, portanto uma fase pré-menopausa e pós-menopausa. Assim, considera-se como tendo ocorrido a menopausa quando há cessação dos períodos menstruais durante um ano, podendo esta ocorrer naturalmente ou induzida pela cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

A opção deste tema surgiu como uma oportunidade para aumentar os conhecimentos no campo da menopausa do ponto de vista das questões da sexualidade, nomeadamente pelos sentimentos que acarreta a perda da fertilidade, a vivência da feminilidade, pelas mudanças que ocorrem na sexualidade, pelas alterações nos processos de transição na menopausa e pelas expectativas sociais que as mulheres colocam na sua sexualidade.

Deste modo, com este estudo pretende-se analisar as diferenças na motivação para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa, e pós-menopausa. Procura-se ainda analisar e comparar as motivações para a actividade sexual em função das variáveis sócio-demográficas e estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres.

Esta investigação torna-se pertinente para a comunidade científica, nomeadamente para a Psicologia da Saúde e para a Saúde Sexual, porque a saúde sexual interfere em outras áreas da saúde e do bem-estar do ser humano e a menopausa é um momento particular e importante do ciclo reprodutivo da mulher. Interfere na estrutura psíquica da mulher assim como também nos aspectos da sexualidade, sendo a motivação para a actividade sexual uma questão importante mas surpreendentemente pouco estudada. A distinção entre os diferentes

motivos sexuais pode levar a uma melhor previsão do comportamento sexual, contribuindo para uma melhor compreensão dos processos envolvidos na motivação sexual. Saber mais sobre a saúde sexual pode ser o primeiro passo para restabelecer o bem-estar sexual da mulher, melhorar a qualidade de vida e permitir que desfrute novamente de uma relação sexual saudável.

A estrutura desta tese de Mestrado é dividida em duas partes: uma teórica que engloba a pesquisa bibliográfica e outra prática na qual se baseiam os objectivos e os aspectos metodológicos referentes ao projecto de investigação.

Desta forma, a primeira parte desta tese é dividida em quatro capítulos:

No primeiro capítulo abordamos os conceitos principais e objectivos da Psicologia da Saúde como um processo de capacitação para actuar na melhoria da qualidade de vida e no bem-estar psicológico dos sujeitos através do estabelecimento e manutenção de comportamentos saudáveis. Este capítulo também faz referência à sexualidade feminina na Psicologia da Saúde.

No segundo capítulo caracterizamos a Sexualidade Feminina através da apresentação dos modelos lineares de resposta sexual humana, nomeadamente o relatório Kinsey, o modelo de Resposta Sexual Humana de Masters & Johnson e o de Helen Kaplan e por fim o relatório Hite, uma vez que o trabalho destes autores foi de extrema importância para a desmistificação da sexualidade no século XX. Um outro trabalho que fazemos referência e que serve de base para a presente tese é o modelo de Resposta Sexual Feminina de Rosemary Basson que através dos seus contributos propôs um modelo de ciclo de resposta sexual diferente para a mulher, porque a sexualidade feminina é diferente da masculina e os modelos anteriores não consideravam essas diferenças. Ainda neste capítulo iremos fazer breves referências sobre o tema do desejo e excitação sexual feminina.

No terceiro capítulo abordamos as diferentes motivações para a actividade sexual, sendo esta uma questão muito importante, mas pouco estudada.

No quarto capítulo apresentamos uma “breve” caracterização da menopausa. “Breve” porque é praticamente impossível conseguir abranger todos os conceitos inerentes à Menopausa. Deste modo o nosso objectivo neste capítulo é dar a compreender os conceitos que estão interligados à Menopausa, nomeadamente a sua caracterização e definição de critérios, prevalência, etiologia, sintomatologia, terapia de substituição hormonal e os aspectos psicossociais na relação com a menopausa.

No quinto capítulo abordamos a sexualidade e menopausa, caracterizando a resposta sexual na menopausa, o papel das hormonas sexuais na menopausa, assim como também as dificuldades e disfunções sexuais na menopausa.

Após a primeira parte que diz respeito à revisão bibliográfica passamos à caracterização do projecto de investigação. Assim sendo, no sexto capítulo definimos os objectivos do estudo que se baseiam em:

1. Avaliar e comparar as motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres.
2. Analisar e comparar as motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres em função das variáveis sócio-demográficas, nomeadamente a idade, estado civil, situação relacional, duração do compromisso, orientação sexual, nível educacional, número de filhos, idade dos filhos, onde vivem, religião e etnia.
3. Estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres.

Também no sexto capítulo caracterizamos os aspectos metodológicos referentes ao projecto de investigação realizada em função da revisão de literatura efectuada.

No sétimo e último capítulo, é apresentado as considerações finais, assim como também as principais limitações deste estudo.

PARTE 1

ENQUADRAMENTO

TEÓRICO

Capítulo I – Psicologia da Saúde e Sexualidade Feminina

1.1 Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde é o domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia, com vista à promoção e protecção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde (Matarazzo, 1982).

É uma área de intervenção que não só inclui a saúde física e a saúde mental como abrange todo o campo da medicina e o transcende em direcção aos factores sociais, económicos e culturais relacionados com a saúde e a doença (Teixeira, 1992a). Pressupõe a instauração e manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Marin, 1995, cit. por Dias, Duque, Silva & Durá, 2004). É uma psicologia dirigida não só às pessoas doentes, mas a todos os indivíduos, de todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença (Paúl & Fonseca, 2001, cit. por Dias et al., 2004).

Leal (2006), refere que a Psicologia da Saúde actua em três níveis clássicos de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária destina-se a intervir para que o comportamento problema não se desenvolva, devendo esta ser feita ao longo do ciclo de vida, desde a infância à velhice. A prevenção secundária consiste em intervir para modificar o problema, mas que no entanto, não apresentam de forma visível manifestações patológicas e a prevenção terciária visa intervir para modificar o comportamento dos indivíduos que já manifestam patologias, a fim de prevenir a sua reincidência, atrasar a sua evolução e promover a qualidade de vida nestes indivíduos.

Mas intervir segundo Cabete e colaboradores (2003) exige, em primeiro lugar, a consciência de que, em saúde, tal como noutras áreas, nem todos os problemas são fáceis de resolver e de que não existe apenas uma via possível para a sua solução. Por isso, é importante que qualquer profissional que deseje intervir em contexto de saúde-doença domine competências básicas ao nível das várias abordagens terapêuticas possíveis, desde abordagens mais clássicas às mais recentes ou menos convencionais, tentando também integrar factores

biográficos (tais como situação familiar e profissional, acontecimentos indutores de stress e estilos de vida, entre outros) com factores afectivos e estratégias de adaptação postas em marcha perante situações eversivas, e que podem eventualmente contribuir para a saúde ou para a doença (Teixeira & Trindade, 1994).

Podemos sintetizar ao dizer que as principais áreas de interesse da Psicologia da Saúde são a: redução de comportamentos de risco para a saúde; aquisição na infância e adolescência de comportamentos sustentados que visem a manutenção da saúde; modificação de representações e cognições da saúde e da doença; implementação da comunicação entre os técnicos de saúde e as pessoas doentes; estudo e manejo do impacto psicológico da hospitalização e do stress ligado aos mais diversos procedimentos médicos de diagnóstico ou de tratamento; implementação da qualidade de vida das pessoas doentes; estudo da relação entre as condições de saúde (e stress ocupacional) dos próprios técnicos de saúde e a qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, 1992b).

1.2 A Sexualidade feminina na Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde tem sido orientada para o estudo dos comportamentos e atitudes preventivas e promotoras da saúde e bem-estar dos indivíduos, indo ao encontro da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual a saúde é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (Leal, 2006). Não é só um objectivo individual mas um objectivo de cada comunidade nas suas rotinas do dia-a-dia, que inclui aspectos ligados à saúde física mas também à saúde mental e interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 1998).

Segundo a OMS (1975; cit. por Ferreira, Souza & Amorim, 2007), a sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afectada por factores orgânicos, emocionais e sociais, pelo que Basson e colaboradores (2005) referem que a resposta sexual feminina na área da saúde pode ser re-conceptualizada como um modelo circular de sobreposição de fases de variável ordem, influenciada por factores psicológicos, sociais e biológicos. Assim, se se conceber a promoção da saúde em sentido absoluto, ela aplica-se todos os casos em que se pretenda melhorar a saúde, quer se trate de situações em que os indivíduos estão doentes ou não (Pais Ribeiro, 2005). Este é o caso da menopausa porque as

mulheres percebem a sua chegada como a perda do objectivo primário do sexo, a reprodução, o que pode se reflectir no exercício da sexualidade (Chiechi, 1997; Dennerstein, 2006, cit. por Lorenzi & Saciloto, 2006). Os relatórios de dados clínicos providenciam a evidência de que, as mulheres que sofrem de menopausa, natural ou cirúrgica, experimentam frequentemente uma diminuição significativa do desejo sexual e que os estados de menopausa na mulher pode influenciar directa ou indirectamente os níveis de desejo sexual, isto quer dizer, que, o número e o grau dos sintomas de menopausa numa mulher podem afectar o seu bem-estar subjectivo e físico que em troca, pode afectar o desejo sexual e responsividade (McCall & Meston, 2007).

Deste modo, analisar a distinção entre os diferentes motivos sexuais podem levar a uma melhor previsão do comportamento sexual por causa do potencial para identificar recompensas mais específicos em determinadas situações. Em termos mais gerais, a distinção também contribui para uma melhor compreensão dos processos envolvidos na motivação sexual (Hill & Preston, 1996).

Assim, entender esta fase da vida permite não só ajudar a mulher a viver melhor este período, mas todos os anos futuros, pois há ainda capacidade de força e investimento na vida para que se possam operar reestruturações (Fagulha, 2005).

Finalizando, a intervenção da Psicologia da Saúde na sexualidade feminina, visa contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade de vida dos sujeitos e das comunidades, sendo o bem-estar parte integrante da definição de saúde (Leal, 2006).

Resumindo, os autores (Matarazzo, 1982; Leal, 2006) referem que a Psicologia da Saúde tem como objectivo a promoção da saúde, o que inclui a saúde física, mental e interpessoal (Teixeira, 1992a; Matos, Simões, Carvalhosa & Canha, 1998). Esta psicologia é dirigida a todos os indivíduos da população (Dias et al, 2004) e pode ser aplicada a variadas situações em que se pretenda melhorar a saúde (Pais Ribeiro, 2005) como é o caso da sexualidade feminina, uma vez que esta pode ser influenciada por factores psicológicos, sociais e biológicos (Basson et al., 2005).

Capítulo II – Sexualidade Feminina

2.1 Modelos de Resposta Sexual Humana

Gozzo e colaboradores (2000), referem que por razões culturais, o sexo até há algum tempo era visto como algo ligado à reprodução em que o prazer era reprimido por ser considerado pecaminoso ou moralmente condenável. Mas verifica-se que nos dias de hoje o sexo é parte do quotidiano das pessoas não estando limitado apenas à concepção.

Na área da sexualidade existem três autores que foram fundamentais para a desmistificação da sexualidade no século XX, são eles, Alfred Kinsey, pelo seu pioneirismo no uso estatístico com grande amostragem em comportamento sexual e pelo inequívoco mérito de colocar o sexo na pauta de discussões, considerando o sexo como um impulso natural saudável (Sena, 2007). A produção do casal Masters e Johnson que desenvolveram meios para medir e melhorar a experiência sexual, através da análise das mudanças fisiológicas (Ogden, 2004). E o trabalho de Shere Hite que obteve reconhecimento pela sua postura feminista em defesa do prazer sexual e orgástico da mulher, explicando o prazer sexual e usando descrições acerca da estimulação física (Sena, 2007).

Os trabalhos destes autores possuem características comuns e peculiares: todos foram elaborados a partir de uma amostragem Norte-Americana e através de pesquisadores norte-americanos, utilizaram pesquisa estatística sistematizada e representativa, as suas obras foram traduzidos em várias línguas e os seus resultados foram mundialmente popularizados sendo consideradas obras “revolucionárias” sobre a sexualidade, tiveram ressonância e desdobramentos nas áreas das ciências biológicas, ciências da saúde e ciências humanas e como também não poderia deixar de ocorrer, críticas e oposições foram apresentadas (Sena, 2007).

Importa também salientar neste início de século o trabalho de Rosemary Basson que propôs um novo modelo de ciclo de resposta sexual feminina para explicar a motivação sexual da mulher, excitação e orgasmo, criticando as recentes definições de disfunção sexual feminina (Basson et al., 2000, cit. por Both & Everaerd, 2002), mas no entanto, o trabalho desta autora será analisado no próximo sub-capítulo, passando de seguida a aprofundar os trabalhos dos autores que foram acima descritos.

2.1.1 O Relatório Kinsey

As pesquisas sobre o comportamento sexual masculino e feminino da população americana realizadas por Kinsey representaram uma ruptura com os estudos da sexologia clínica do fim do século XIX e início do século XX, focalizados sobre os desvios sexuais, sobre a moral religiosa, a medicina ou a criminologia (Loyola, 2003).

O biólogo Alfred Charles Kinsey elaborou um estudo entre 1938 e 1953 resultando na publicação de dois livros: *Sexual Behavior in the Human Male* e *Sexual Behavior in the Human Female*, que tiveram um enorme impacto sobre a lei e a cultura (Knight, 2003).

Segundo Bancroft (2005), Kinsey queria que o sexo desempenhasse um papel positivo na vida das pessoas, abrindo o debate sobre o comportamento sexual e em muitos aspectos “desmistificando” a sexualidade. Defendia que o impulso sexual era uma força biológica e que a expressão deste impulso para obter prazer era não só aceitável como desejável. Assim, desafiou algumas das preocupações contemporâneas sobre o sexo pré-matrimonial, defendendo que uma vez que os animais não se casam, não poderia haver qualquer diferença entre o sexo antes e depois do casamento. Kinsey enfatizou também as semelhanças entre o comportamento sexual dos homens e das mulheres e afirmou que se o estudo científico pudesse promover vidas sexuais saudáveis, iria então melhorar a qualidade dos casamentos e reduzir as taxas de divórcio. A sua investigação sugeria que uma multiplicidade de expressões sexuais era aceitável, enfatizando assim o papel do prazer sexual, tanto no que respeita à relação sexual como à masturbação nos homens e mulheres (Ogden, 2004).

2.1.2 O Modelo de Resposta Sexual Humana de Masters & Johnson e Helen Kaplan

Segundo Bloch (1999) a abordagem moderna da terapia sexual teve início em 1970 com a publicação do livro de Masters e Johnson (1970) “*Human Sexual Inadequacy*”, que preencheu um vazio para os terapeutas a quem faltava uma abordagem abrangente e sistemática dos problemas sexuais. Em 1975, surgiu o livro de Helen Kaplan, “*The New Sex Therapy*”, combinando as ideias de Masters e Johnson com uma mistura de conceitos psicanalíticos e uma abordagem muito mais flexível e estruturada. Os autores foram pioneiros no estudo da fisiologia sexual humana em laboratório e desenvolveram uma forma sistemática

de olhar para as dificuldades que afectam as várias fases do ciclo da resposta sexual (Polonsky, 2001).

Segundo Sena (2007), Masters decidiu efectuar os seus estudos por julgar o relatório de Kinsey essencialmente sociológico e por ter deixado em aberto importantes questões de natureza fisiológica. O primeiro texto, *Human Sexual Response (A Resposta Sexual Humana)*, publicado em 1966 nos EUA, foi o resultado de investigações laboratoriais das reacções fisiológicas e anatómicas de 694 voluntários. O segundo relatório de Masters & Johnson, *Human Sexual Inadequacy (Inadequação Sexual Humana)*, foi resultado de trabalhos clínicos, tendo sido publicado em 1970, 11 anos após a criação (em 1959) de um programa de pesquisa clínica especializada no tratamento de disfunções sexuais, onde 790 pessoas foram atendidas pelos serviços terapêuticos dos autores. Registaram-se as contracções e secreções corporais, a pulsação e as mudanças na cor dos tecidos e descreveu-se o ciclo da resposta sexual em termos das seguintes fases: 1) excitação; 2) patamar; 3) orgasmo; e 4) resolução. Enfatizaram-se as semelhanças entre homens e mulheres e realçou-se que os casamentos estáveis dependiam de uma vida sexual satisfatória.

Para Masters e Johnson, o prazer sexual podia ser melhorado através da educação e terapia sexual e, mais uma vez, a sua investigação sugeriu que a masturbação era uma componente essencial da sexualidade – o sexo tinha como objectivo o prazer e não a reprodução (Ogden, 2004). A equipa de Masters e Johnson também reconheceu que a disfunção sexual feminina tem impacto no relacionamento, mas a maioria do seu trabalho ainda era estruturada em termos de disfunção do sexo masculino. A terapia era centrada em corrigir os componentes físicos do funcionamento sexual do homem e mudar os equívocos ou inadequações psicológicas da mulher (Bean, 2002).

Em 1979, Kaplan acrescentou o conceito de desejo para o modelo e condensou a resposta em três fases: desejo, excitação e orgasmo (Kaplan, 1979; Berman & Bassuk, 2002, cit. por Arhp, 2008). Kaplan no livro “*The New Sex Therapy*” começou o processo de integração dos princípios psicodinâmicos de casais e individuais com a abordagem direccionada de Masters e Johnson. Tornou-se um impulso dinâmico para as mulheres, incorporando as experiências e etiologias comportamentais nas suas avaliações. As opções de tratamento recomendam nas suas premissas que o meio social, o conhecimento pessoal, a experiência passada e as expectativas actuais influenciam o funcionamento sexual satisfatório (Kaplan, 1974; cit. por Bean, 2002).

O modelo de resposta sexual humana de Masters, Johnson e Kaplan foi um primeiro passo importante no estudo científico da função sexual em homens e mulheres, mas no entanto, não ficou particularmente provado ser útil na gestão dos problemas sexuais da mulher (Basson, 2002a) por várias razões: uma vez que assume que homens e mulheres têm a mesma resposta sexual e ao fazê-lo o comportamento normal das mulheres pode ser patológico, que muitas mulheres não avançam progressivamente e sequencialmente através das fases porque não leva em conta as experiências não biológicas como o prazer e satisfação no contexto da relação (Arhp, 2008) e a sua negligência sobre as prioridades e as experiências sexuais das mulheres (Tiefer et al., 2002, cit. por Althof, et al., 2005).

Os modelos não lineares propuseram tornar claro que a resposta sexual feminina não é um espelho da imagem da resposta subjectiva masculina, objectiva ou desenvolvimental. Assim, se um modelo teórico não reflecte adequadamente respostas sexuais das mulheres, das metodologias e medidas baseadas nos resultados deste modelo são poucas as probabilidades de ser bem sucedido em captar os aspectos emocionais / subjectivos e fisiológicos / objectivo da resposta sexual feminina (Althof et al., 2005). Deste modo, Bancroft (1989, cit. por Basson, 2000) menciona quatro aspectos fundamentais da sexualidade feminina na área da saúde subjacentes à necessidade de um modelo diferente:

1. Em comparação com os homens cujas respostas são mais influenciados pela testosterona, as mulheres têm uma menor desejo biológico de ser sexual para libertação de tensão sexual.
2. A motivação das mulheres (ou vontade) para ter uma experiência sexual deriva de uma série de “recompensas” ou “ganhos” que não são estritamente sexuais, sendo estas recompensas adicionais e muitas vezes com mais relevância do que as necessidades biológicas da mulher. Esses prémios não são irrelevantes para os homens mas podem ter menos frequência do que a grande força motivacional. Até certo ponto, os homens experienciam o seu desejo como independentes do contexto.
3. A excitação sexual das mulheres é uma excitação mental subjectiva que pode ser acompanhada ou não da consciencialização das alterações vaso congestivas nos seus genitais e outras manifestações físicas não genitais de excitação. Se não houver consciência genital, pode ser ou não ser um estímulo erótico para a mulher.
4. A libertação do orgasmo de tensão sexual pode ou não ocorrer; quando isso acontecer, ela pode acontecer numa variedade de formas, mesmo a uma mulher.

As complexidades da resposta sexual feminina impedem uma útil gestão de estratégias que são modelados apenas no tradicional ciclo de resposta sexual humana começando com o desejo sexual, em vez de outras motivações. Ambos os parâmetros biológicos e psicológicos que afectam a motivação sexual das mulheres e a estimulação podem ser descritas em modelos alternativos. Estas reflexões podem motivar para começar uma experiência sexual que na maioria das vezes é baseada em relações íntimas (Basson 2003).

2.1.3 O Relatório Hite

Shere Hite iniciou o seu Relatório Hite sobre Sexualidade Feminina afirmando ser a masturbação um dos assuntos mais importantes, uma vez constituir-se fonte fácil de orgasmos para a maioria das mulheres. A facilidade com que as mulheres têm orgasmos pela masturbação contradiz os estereótipos gerais sobre a sexualidade feminina, especificamente aqueles sobre a excitação lenta e sobre a raridade do orgasmo das mulheres (Hite, 1979; cit. por Sena, 2008).

Segundo Sena (2008), Hite organizou as respostas de mulheres com idade entre 14 e 78 anos para lançar o “The Hite Report” (Relatório Hite sobre a Sexualidade Feminina) em 1976 nos EUA e para editar o “The Hite Report on male sexuality” (Relatório Hite sobre a Sexualidade Masculina), em 1981 nos EUA, dispôs de respostas de homens com idade entre 13 e 97 anos. Os relatórios relataram privacidades, expuseram medos e receios, ou seja apresentaram “novas” possibilidades de descobertas e explicações sexológicas. Explorou o que a autora denomina dois grandes mitos sobre a sexualidade feminina: 1) As mulheres interessam-se menos por sexo e orgasmo que os homens; 2) As mulheres demoram muito mais tempo que os homens a ter orgasmo, devido à fragilidade e delicadeza feminina.

A principal conclusão de Hite é que a maioria das mulheres (70%) não atinge o orgasmo em resultado do acto sexual, mas sugere que elas podem aprender a aumentar a estimulação do clítoris durante o acto de modo a melhorar o prazer sexual. A autora descreve os seus dados em termos de as mulheres não apreciarem o sexo com penetração, analisando o sexo no contexto do prazer e não da reprodução (Ogden, 2004).

Em suma, Shere Hite conclui que as dificuldades do orgasmo feminino evidenciam a supremacia genitalizante e mecânica masculina, constituída pela erecção, penetração e

orgasmo, excluindo a mulher da possibilidade de expressão e satisfação. Nas suas palavras, está sacramentado o sexo ser uma actividade par, mas infelizmente com satisfação ímpar (Sena, 2008).

2.2 Modelo de Resposta Sexual Feminina de Rosemary Basson

Rosemary Basson elaborou um modelo que corresponde à base da motivação de intimidade sexual, o processamento de estímulos sexuais à excitação, cognição e apreciação afectiva da excitação (Basson, 2002b), uma vez que os modelos não lineares, que têm sido propostos mais recentemente e que parecem mais apropriados para explicar o funcionamento sexual tornam claro que, a resposta sexual feminina não é uma imagem em espelho da resposta sexual masculina (Basson, 2002; cit. por Pais Ribeiro & Raimundo, 2005)

No início de um relacionamento, a resposta sexual feminina segue o ciclo de desejo, excitação, orgasmo e resolução, tal como descrito pelo modelo tradicional do ciclo da resposta sexual humana. Mas num relacionamento a longo prazo, a situação muda. Nesse ponto, as respostas das mulheres decorrem de necessidades de intimidade e não de uma necessidade física de excitação sexual (Both & Everaerd, 2002). As mulheres necessitam de ser motivadas para serem sexuais e essas motivações são complexas e incluem um aumento da proximidade emocional com o parceiro e algumas vezes o aumento do próprio bem-estar e da auto-imagem (Basson, 2005).

Segundo Both e Everaerd (2002), as mulheres ao sentirem uma oportunidade para serem sexuais, de necessitarem do parceiro ou da consciência de um ou mais benefícios potenciais ou recompensas que são muito importantes para elas (mas não necessariamente sexual), deslocam-se de uma neutralidade sexual para procurar estímulos necessários para iniciar o desejo sexual...o desejo sexual torna-se então responsivo e não um evento espontâneo.

Podemos verificar conforme fig.1 que na fase “inicial” (esquerda) existe neutralidade sexual, mas com motivação positiva. As razões da mulher para impulsionar ou aceitar o sexo incluem um desejo para expressar amor, receber e compartilhar prazer físico, sentir-se emocionalmente mais íntima, agradar o parceiro e aumentar o próprio bem-estar. Isto conduz a uma vontade de encontrar e conscientemente focalizar em estímulos sexuais. Estes

estímulos são processados na mente, influenciada por factores biológicos e psicológicos e o estado resultante é uma estimulação sexual subjectiva e a continuação da excitação permite excitação sexual e prazer para ficar mais intenso, enquanto activa o desejo para o sexo: o desejo sexual, ausente inicialmente, está agora presente, uma vez que a mulher passa a ser subjectivamente excitada / sexualmente excitada. O desejo e excitação coincidem e compõem um ao outro e a satisfação sexual, com ou sem orgasmo, resulta quando a excitação continuar suficientemente por um período de tempo e a mulher pode ficar focalizada e desfrutar a sensação de estimulação sexual, livre de qualquer resultado negativo como a dor (Basson, 2005).

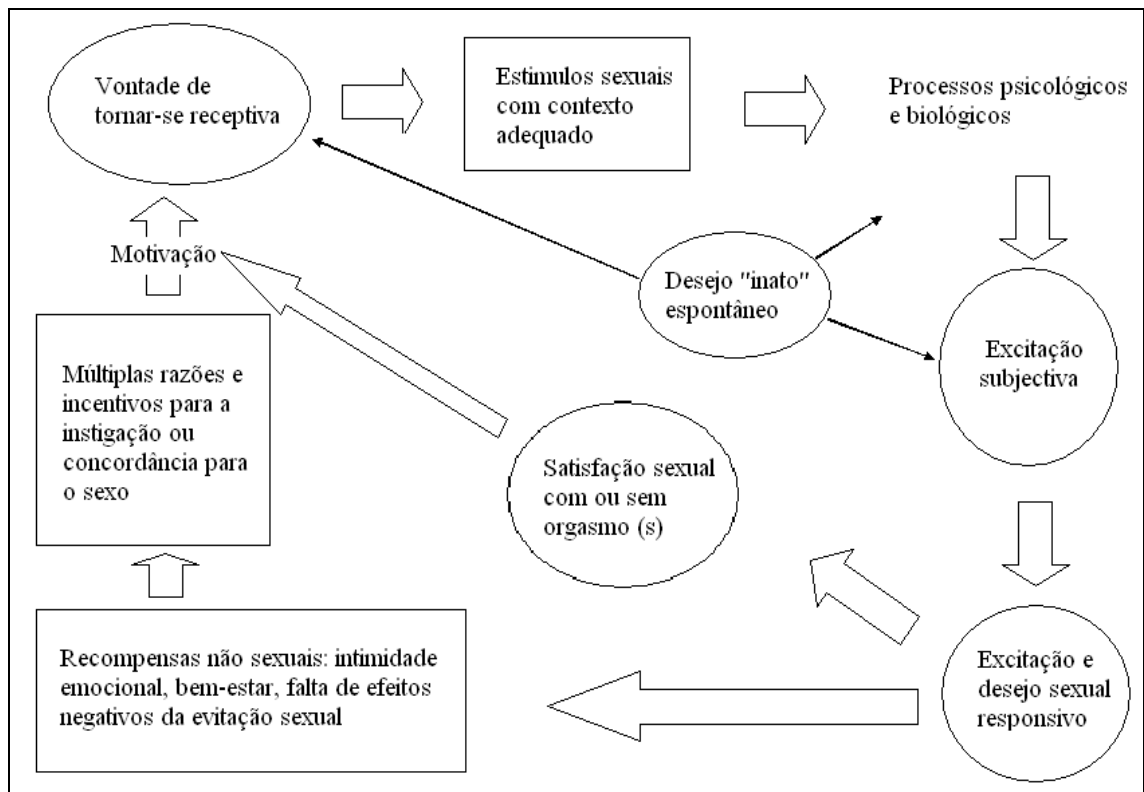


Fig. 1: Ciclo de resposta sexual feminina de Rosemary Basson (Basson, 2005).

O modelo de Basson esclarece que o objectivo da actividade sexual para as mulheres não é necessariamente o orgasmo, mas sim a satisfação pessoal, que se pode manifestar com a satisfação física (orgasmo) e/ou satisfação emocional (Arhp, 2008). A aplicação deste modelo alternativo de resposta sexual feminina, muitas vezes, mais direccionada para as mulheres em relacionamentos de longo prazo, parece aumentar a compreensão da situação da mulher quando relatam preocupações com o baixo desejo sexual (Basson, 2001a).

2.3 Desejo e excitação sexual feminina

Para Chivers (2005), a excitação sexual é um estado emocional iniciado pelo processamento do estímulo exterior (por exemplo, visual, táctil) ou estímulos sexuais internos (por exemplo, a fantasia). Implica uma mente que está sexualmente desperta e que tem registado estímulos sexuais, processando-os a si e aos seus contextos, de modo a permitir a emoção de excitação subjectiva. Esta excitação subjectiva é tolerada, beneficiada e mantém a mente focada em ambos os estímulos e às experiências de estimulação (Basson, 2002c). A excitação sexual subjectiva feminina é complexa e inclui excitação sexual mental, aumento da sensibilidade sexual das áreas genitais e não genitais, a variedade da sensibilização dos genitais, lubrificação vaginal, bom relaxamento muscular vaginal e outras alterações somáticas (Basson et al., 2002).

Basson (2008) refere que a atenção feminina adequada à estimulação sexual e à sua habilidade de permanecer centrada no momento, irá encorajar a excitação subjectiva e essa excitação está variavelmente correlacionada com o pronto congestionamento genital reflexivo. Se este complexo estado de excitação com a excitação mental e várias respostas físicas é acompanhada de emoções e pensamentos positivos, então o desejo sexual, juntamente com uma maior excitação, é experimentado. De salientar que a pesquisa qualitativa indica que a maioria das mulheres não conseguem distinguir claramente entre desejo e excitação. Embora quase todas as mulheres possam falar do desejo em termos de pensamentos e emoções, cerca de 80% podem também incluir sensações físicas não-genitais e cerca de 75% incluem sensações genitais.

Feedback dos órgãos genitais: segundo Basson (2001b), é evidente que, quando os estímulos sexuais são processados para permitir a excitação sexual, esta excitação é não só consciente, mas modifica a neuro-transmissão numa rede de centros supra espinhais (no tronco cerebral e prosencéfalo) incitando assim os centros sexuais genitais para produzir as mudanças genitais da resposta sexual. Como os estímulos sexuais são tratados para permitir a excitação sexual e excitação mental, há uma redução simultânea da saída do tónico inibitório, provavelmente serotoninérgicos, a partir das áreas límbicas para a medula espinhal e entradas excitatórias, provavelmente oxytocinérgico. E em seguida aumenta, produzindo as alterações genitais da resposta sexual.

De acordo com a mesma autora, nas mulheres geralmente falta um conhecimento exacto do ingurgitamento genital, de modo que este estímulo directo de confirmação está ausente. A confirmação indirecta é possível através do aumento intenso do prazer sexual derivado da repetição, a estimulação directa genital. No entanto, a mulher ou parceiro pode não estar ciente de que o seu tecido eréctil não é apenas o eixo corpo do clítoris, mas estende profundamente na vulva sob os lábios e os músculos períneo superficiais, e, variavelmente, em torno da uretra (Basson, 2002b).

Feedback das emoções: Basson (2002b), refere que outra confirmação ou feedback negativo para o sistema límbico vem da resposta emocional. Se as alterações fisiológicas da resposta corporais são acompanhadas por emoções negativas, como culpa, vergonha ingenuidade, vergonha, ou a auto-consciência, o feedback será negativo e vai se opor a experiência da excitação sexual subjectiva e à entrada excitadora para a medula espinhal. Então a mulher que não encontra a estimulação genital subjectivamente emocionante e emocionalmente positiva, provavelmente, diz que sente “nada”.

Feedback da cognição: considerando a auto-visualização positiva, esta irá resultar num processamento dos estímulos sexuais da mulher em excitação e uma vontade de se envolver em novas actividades, que promove mais excitação. A auto-visão mais negativa provavelmente resultará em hesitação, conservadora e talvez embaraço. Estes comentários continuam durante toda a experiência sexual, não só afinando a resposta autónoma nervosa, mas também o afecto, cognição e emoção mental. Maiores níveis de excitação sexuais mentais são capazes de superar as entradas cognitivas negativas (Basson, 2002b).

Resumindo, na área da sexualidade as obras dos autores Alfred Kinsey, Master, Johnson & Kaplan e Shere Hite foram pioneiras para a desmistificação da sexualidade no séc. XX (Sena, 2007; Ogden, 2004), mas no início deste século surge um novo modelo de resposta sexual feminina proposto pela autora Rosemary Basson (2000, 2002b) que deu a sua contribuição ao explicar o novo ciclo de resposta sexual feminina, uma vez que esta não é idêntica à resposta sexual masculina proposta pelos modelos anteriores (Basson, 2000, Both & Everaerd, 2002; Pais Ribeiro & Raimundo, 2005; Althof et al., 2005). Neste modelo as mulheres deslocam-se de uma neutralidade sexual para procurar estímulos necessários para

iniciar o desejo sexual (Both & Everaerd, 2002). O desejo sexual é experimentado se o estado de excitação, a excitação mental e várias respostas físicas for acompanhado de emoções e pensamentos positivos (Basson, 2008).

Capítulo III – Motivações para a actividade sexual

Segundo Hill e Preston (1996), a motivação é um estado de aumento de interesse num determinado objectivo e no que refere à motivação para a actividade sexual, o objectivo é experimentar a satisfação associada com o comportamento sexual. Em termos mais operacionais, a motivação é o processo pelo qual o comportamento é iniciado, mantido e dirigido para uma meta, sendo que o processo consiste na orientação de actividades cognitivas, afectivas e motoras para a sua realização.

Pfaus (1999) refere que a motivação sexual pode ser definida como a força energética que gera o nosso nível de interesse sexual num determinado momento. Dirige as nossas fantasias sexuais e obriga-nos a procurar, assistir e avaliar os incentivos sexuais, regula o nosso nível de excitação sexual e permite-nos masturbar, copular ou participar em outras formas de sexo.

A motivação pode ser encarada como um processo interno construído mediante mecanismos neuroendócrinos, tais como alterações na anatomia cerebral e na função neuroquímica pelas acções das hormonas esteróides. A motivação sexual também é sintonizada pelas nossas experiências e expectativas, padrões de comportamento aprendidos e actividade neural relacionada com a excitação sexual, desejo, recompensa e inibição. Por sua vez, estes aspectos da função sexual dão feedback sobre os mecanismos de motivação, quer para aumentar (como no caso de excitação, desejo ou recompensa) ou diminuir (como no caso de recompensa ou inibição) a expressão de interesse sexual (Scepkowski, Georgescu & Pfaus, 2006).

A um nível endócrino, a motivação sexual é estimulada, mantida e terminada por uma constelação de neurotransmissores e mudanças de receptores, induzida pela progesterona, androgénios, estrogénios e feedback sensorial, que gera mudanças no "estado" periférico e central. Estas mudanças, por sua vez, activam a excitação sexual e o desejo e vinculá-los para a função reprodutora (Scepkowski, Georgescu & Pfaus, 2006).

Na contabilização de alterações na motivação, geralmente muitos teóricos tradicionais mantiveram que os processos motivacionais são estimulados pela percepção de que incentivos desejáveis ou indesejáveis estão disponíveis numa actual situação, que são os objectivos do comportamento motivado. No entanto, para o comportamento ser iniciado em direcção aos incentivos, os indivíduos devem também acreditar que as suas acções irão ser conduzidas

razoavelmente para a realização dos incentivos (Heckhausen, 1991; cit. por Hill & Preston, 1996).

Segundo Ott e colaboradores (2006) a teoria e a pesquisa sugerem que o comportamento sexual é influenciado por motivações positivas para o sexo, que podem ser físicos (o desejo de sentimentos de excitação ou prazer), orientada para o relacionamento (o desejo de intimidade), social (o desejo de aprovação de pares ou de respeito) ou individuais (o desejo de ganhar um sentido de competência e aprender mais sobre si próprio). As razões frequentes visadas para ter sexo, se forem tomadas pelo valor nominal, reflecte o que motiva a maioria das pessoas na maior parte do tempo, nomeadamente a atracção, prazer, carinho, amor, romance, proximidade emocional, excitação, o desejo de agradar, aventura, emoção, experiência, ligação, celebração, curiosidade e oportunidade. Estas são as experiências comuns que podem reflectir um núcleo fundamental universal de motivação sexual humana (Meston & Buss, 2007).

No entanto, de acordo com Meston e Buss (2007), o porquê das pessoas fazerem sexo é uma questão extremamente importante, mas, surpreendentemente pouco estudada. Um dos motivos para a sua relativa negligência é que os investigadores podem simplesmente assumir que as respostas são óbvias: a experiência do prazer sexual, para aliviar a tensão sexual, ou para se reproduzir. Investigações anteriores dizem que as respostas não podem ser tão poucas ou psicologicamente simples.

Mas para Basson (2005) a motivação sexual para as mulheres é muito mais complexa do que simplesmente a presença ou ausência de desejo sexual. A motivação inclui o aumento da proximidade emocional com o seu parceiro e muitas vezes o aumento do próprio bem-estar e auto-imagem para ter a sensação de se sentir atraente, feminina, apreciado, amada e / ou desejado, ou para reduzir seus sentimentos de ansiedade ou culpa sobre a falta de frequência sexual.

Muitas teorias têm vindo a ser desenvolvidas ao longo do tempo sobre a motivação sexual na mulher. Leigh (1989) no seu estudo sobre as razões para o sexo documentou sete motivações para a actividade sexual: puro prazer, para expressar a proximidade emocional, para reproduzir, porque o parceiro quer, para agradar o parceiro, para fazer uma conquista e para aliviar a tensão sexual.

Buss e Schmitt (1993) referiram que numa relação a motivação das mulheres para a actividade sexual pode passar por atingir os seguintes benefícios: livrar de um indesejável

companheiro, mudar de parceiro, para esclarecer qual o parceiro preferido, dissuadir um relacionamento a longo prazo através de infidelidades, aumentar o empenho do companheiro e ter acesso aos círculos sociais que eram de outra forma inacessível.

Hill e Preston (1996) por sua vez documentaram oito razões para motivar o comportamento sexual: para se sentir valorizado pelo parceiro, expressar um valor para o parceiro, obter alívio de stresse, para estimular o parceiro, reforçar a sensação de poder pessoal, experimentar o poder do parceiro, experimentar o prazer e para procriar.

Basson (2000) por seu lado descreveu como as mulheres podem realizar as relações sexuais para as suas recompensas que recebem, como a proximidade emocional, ligação, empenho, amor, carinho, aceitação, tolerância e proximidade.

No estudo de Cain e colaboradores (2003), os autores analisaram as práticas sexuais de 3262 mulheres norte-americanas de varias etnias na perimenopausa com idades compreendidas entre os 42 e os 52 anos que não tinham recebido medicação que afectasse as hormonas reprodutivas e que se tinham empenhado na actividade sexual com um parceiro durante os últimos 6 meses. Os autores verificaram que as razões para as mulheres se envolverem sexualmente foram: para expressar amor, por prazer, porque o parceiro queria, para aliviar a tensão e por último, para engravidar. E as razões para se absterem da actividade sexual foram: a falta de interesse, cansaço ou problemas físicos seus ou do parceiro, ou por não ter um parceiro actual.

Uma lista de 11 estímulos que resultam em desejo sexual foi proposto por Levine (2003; cit. por McCall & Meston, 2006), que incluem: intimidade psicológica; estar a apaixonar; visualizar, ler sobre, ou ouvir as pessoas a descreverem explicitamente o sexo; ver, ler sobre, ou ouvir uma sequência romântica entre duas pessoas; invocar uma fantasia que foi erótica no passado; querer estar grávida; baixas doses de drogas ilícitas; sentir-se iluminada; reparar um relacionamento recentemente perturbado; reclamar um amante errante; e alívio de uma anterior forma de disfunção sexual.

Importa também salientar o trabalho de McCall e Meston (2006) na realização de um instrumento para avaliar as pistas associadas com o desejo sexual, composto por 40 itens e dividido em 4 sub escalas: pistas de amor/ligação emocional, pistas eróticas/explicitas, pistas visuais/proximidade e pistas românticas/implícitas.

Meston & Buss (2007), no seu estudo sobre o porquê de os humanos terem sexo, identificaram 237 razões para as mulheres terem sexo. As razões foram desde o mundano

(e.g., por ser uma boa sensação) às espirituais (e.g., queria se sentir mais perto de Deus), às altruístas (e.g., queria sentir bem consigo próprio), manipulativas (e.g., queria ter uma promoção), para se sentirem poderosas, para impressionar os amigos ou para infligir custos sobre os inimigos (e.g., queria romper um relacionamento da rival).

E por último Borges (2007) que com o seu estudo transversal conduzido com 222 mulheres adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e 19 anos de idade, verificou que as motivações para as adolescentes iniciarem a actividade sexual foram o amor pelo primeiro parceiro sexual e a pressão sentida pelos parceiros. Também neste estudo a autora verificou que os outros motivos para as adolescentes terem a primeira relação sexual foi: a curiosidade, atracção pelo parceiro e porque sentiam a necessidade de perder a virgindade, desvinculando o sexo do sentimento de amor.

Diversos autores referem que as mulheres estão mais motivadas para a actividade sexual por razões emocionais, tais como ficar psicologicamente mais perto do parceiro (Leigh, 1989; Hill & Preston, 1996; Buss, 2003; Meston & Buss, 2007) e expressar afecto numa relação de compromisso com o intuito de aumentar o amor no relacionamento (Hatfield, Sprecher, Pillemer, Greenberger & Wexler, 1988). Dentro dessa relação o sexo pode ser utilizada para intensificar o relacionamento, aumentar o nível de compromisso no âmbito do relacionamento ou transformar um relacionamento de curto prazo numa relação a longo prazo (Greiling & Buss, 2000; Buss, 2003). No entanto, também dentro desse contexto, pode haver vários motivos para se ter relações sexuais, por exemplo, o sexo pode ser usado para recompensar um parceiro ou como um favor em troca de algo que o parceiro tenha feito, ou o sexo pode ser usado para punir um parceiro como, por exemplo, quando alguém está envolvido num caso de retaliação, de modo a vingar-se sobre o parceiro por ter cometido alguma violação dentro do relacionamento (Greiling & Buss, 2000).

Segundo Meston e Buss (2007), a mulher também pode querer acabar com a relação através da infidelidade, uma vez que no contexto de um relacionamento romântico é uma das razões mais citadas para a dissolução da relação no mundo. Ter relações sexuais com outro parceiro e em seguida revelar esse facto ao parceiro é realmente um bom meio para provocar uma ruptura.

Ainda noutra perspectiva, as mulheres podem usar sexo como uma forma de guardar o parceiro. Isso poderia funcionar numa das várias maneiras possíveis. Primeiro, cumprir a função de parceiro sexual pode dissuadir o parceiro de procurar noutro lugar a gratificação

sexual. Em segundo lugar, esta utilização estratégica da sexualidade pode enviar sinais aos potenciais caçadores do parceiro, talvez, ao tornar o parceiro menos aberto a ligações extra-par (Schmitt & Buss, 2001; Schmitt, 2004).

Mais geralmente, considerando também a nível extra-conjugal, o sexo pode ser encarado como um recurso, algo que uma pessoa tem para dar e algo que outra pessoa possa querer. Como um recurso, o sexo pode ser trocado por outros meios. A troca de sexo por dinheiro, como no caso da prostituição, é um exemplo óbvio. O sexo pode ser trocado por favores, privilégios especiais, para um emprego preferido, ou mesmo para qualquer recurso (Meston & Buss, 2007).

Resumindo, a motivação consiste na orientação de actividades cognitivas, afectivas e motoras para atingir um objectivo (Hill & Preston, 1996) e tem um papel fulcral na actividade sexual, podendo ser definida como a força energética que gera o nosso nível de interesse sexual num determinado momento (Pfaus, 1999).

A motivação para a actividade sexual tem sido pouco estudada porque muitos dos investigadores assumem que as respostas são óbvias e que essas motivações podem ser a atracção, prazer, carinho, amor, romance, proximidade emocional, excitação, o desejo de agradar, aventura, emoção, experiência, ligação, celebração, curiosidade e oportunidade (Meston & Buss, 2007). Mas para Basson (2005) a motivação sexual para a mulher é muito mais complexa, sendo esse facto constatado pelas muitas teorias que têm vindo a ser desenvolvidas para tentar encontrar essas razões (Leigh, 1989; Buss & Schmitt, 1993; Hill & Preston, 1996; Basson, 2000; Cain et al., 2003; McCall & Meston, 2006; Meston & Buss, 2007; Borges, 2007).

No entanto, para diversos autores (Hatfield et al., 1988; Leigh, 1989; Hill & Preston, 1996; Buss, 2003, Meston & Buss, 2007) muitas das razões para a mulher ter relações sexuais está ligado a factores emocionais tais como expressar amor ou intensificar um compromisso psicológico.

Capítulo IV – Menopausa

4.1 Menopausa

Segundo Mori e Coelho (2004), o termo Menopausa foi cunhado pelo ginecologista francês C.P.L. Gardanne a partir de estudo realizado, em 1812, sobre esta fase da vida.

A Menopausa é um evento fisiológico que acontece universalmente a todas as mulheres que alcançam a meia-idade (Amore, Donato, Berti, Palareti, Chirico, Papalini & Zucchini, 2006) e constitui uma fase de reformulações nas relações consigo mesmo e com os outros, decorrente de alterações biológicas e relacionais que ocorrem neste período (Fagulha & Gonçalves, 2005). De acordo com Bulcão e colaboradores (2004) ocorrem também alterações hormonais marcantes que interferem na estrutura psíquica feminina, como os aspectos envolvidos na sua sexualidade.

A menopausa não é uma doença, mas no entanto tem sido tratada como tal por muitos profissionais da saúde fortemente influenciados pelas propagandas da indústria farmacológica (Trien, 1994; cit. por Mori & Coelho, 2004). A menopausa é sim um processo natural que ocorre como parte do envelhecimento, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelas fases do grupo de trabalho Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) como a “cessação definitiva dos períodos menstruais, que ocorre naturalmente ou induzida pela cirurgia, quimioterapia ou radioterapia” (Castelo-Branco, Palacios, Calaf, Vazquez & Lanchares, 2005, p.61).

Apesar de a palavra “menopausa” assinalar o último sangramento menstrual, é frequentemente utilizado para os cerca dos 10 longos anos de período climatério (Ozturk, Eraslan, Mete & Ozsener, 2006), em que o bem-estar e a qualidade de vida influenciados pelos sintomas climatéricos (Jokinen, Rautava, Makinen, Ojanlatva, Sundell & Helenius, 2003) tornam a mulher consciente da possibilidade do aparecimento de uma série de doenças (Ferrer, Neyro & Estevez, 2005) e de alterações do nível de funcionamento sexual com baixo desejo sexual sendo o problema sexual mais geralmente informado entre mulheres na pós-menopausa (McCall & Meston, 2007).

A maioria das mulheres experimenta a menopausa por volta dos 50 anos de idade (Polit & Larqcco, 1980) e os factores que podem afectar o aparecimento da menopausa, incluem a

genética, raça, hábitos geográficos de cada região, nível socioeconómico e educacional (Sierra et al., 2005; cit. por Chedraui, Hidalgo, Chavez, Morocho, Alvarado & Huc, 2006).

A menopausa pode também representar uma libertação que abre novas oportunidades à mulher, finalizadas as tarefas de cuidado dos filhos, o que permite uma experiência mais positiva. Têm mais tempo para si próprias, para poderem pensar em si, em vez de se porem sempre em último lugar, o que lhes permite maior autenticidade e mais consciência do seu valor (Fagulha & Gonçalves, 2005)

Segundo Green e Holte (1998), a investigação na menopausa está a ser conduzida à escala internacional que envolve uma variedade de disciplinas, sendo que cada uma traz uma perspectiva diferente sobre o assunto, tentando compreender os efeitos independentes e interactivos das alterações sociais, psicológica e biológica durante a menopausa (Mattews, 1992).

4.2 Climatério

Segundo Mori & Coelho (2004), os profissionais da área da saúde têm utilizado o termo climatério em vez do nome já consagrado menopausa, para se referirem a este momento da meia-idade feminina. A palavra climatério deriva do grego e tem como significado período de crise ou mudança. A preocupação com esse tema remonta a Aristóteles que, já observava que as mulheres após os 50 anos não mais geravam filhos, sendo que Hipócrates dava o nome climatério a passagens críticas relacionadas às várias fases da vida (Reno Júnior, 2002; cit. por Esper, 2005).

Deste modo a menopausa é definida como a “última menstruação e o climatério como o período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva” (Pedro, Pinto-Neto, Costa-Paiva, Osis & Hardy, 2003, p.736).

Reserva-se a expressão síndrome do climatério ao conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estar físico e emocional, resultante da insuficiência estrogénica, destacando-se, a curto prazo: ondas de calor, insónia, irritabilidade e depressão; a médio prazo: atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno; a longo prazo: alterações cardiovasculares e perda de massa óssea (Luca, 1994; cit. por Mendonça, 2004).

O climatério possui significado especial para a mulher porque desponta na segunda metade da vida, iniciando um novo ciclo fisiológico a partir de transformações lentas, causando um profundo repensar na vida da mulher (Cavalcanti, 2006), levando com frequência, a desmotivação, baixa auto-estima, medo e sensação de vazio (Fonseca, Cavalcanti, Bagnoli, Paixão, Penteado, Cardoso & Baracat, 2008). Esta fase está relacionada a uma elevada prevalência de sintomas psicológicos e perda da qualidade de vida (Blümel, Castelo-Branco, Cancelo, Córdova, Binfa, Bonilla, Muñoz, Vergara & Sarrá, 2004).

Scowitz, Santos & Silveira (2005), sintetizam que o climatério compreende uma fase pré-menopausa, que começa em torno dos quarenta anos de idade e se estende até o início dos ciclos menstruais irregulares e/ou de sintomatologia atribuível à falência ovariana, com duração variável; uma fase peri-menopausal, que se inicia anteriormente à menopausa, com o começo dos sintomas e se estende até o primeiro ano após a menopausa; e uma fase pós-menopausa, que se inicia após a parada da menstruação e se estende até os 65 anos de idade.

4.3 Definição de critérios

Segundo França (2003) em 2001, numa reunião realizada no Utah (EUA), a Organização Mundial de Saúde e o Council of Affiliated Menopausa Societies (CAMS) propuseram uma nova nomenclatura para o envelhecimento reprodutivo, que denominaram como “The Stages of Reproductive Aging Workshop” (STRAW), baseada nos ciclos menstruais, factores bioquímicos e endocrinológicos, sinais e sintomas de outros órgãos e do sistema reprodutivo e anatomia do útero/ovário. A base para este sistema de estágios é o Período Menstrual Final (PMF), que podemos considerá-lo também com o nome de menopausa. De acordo com a figura 2, o STRAW é dividido em sete estágios, sendo que cinco estágios (-5 a -1) que precedem o PMF e outros dois que o seguem (2 e 1), havendo variabilidade de duração de cada estágio.

Estágios	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
	Terminologia	reprodutivo (pré-menopausa)			transição menopausal		pós-menopausa
	inicial		tardio	inicial	tardio	inicial	tardio
				perimenopausa			
Duração	variável			variável		1 ano	até o fim da vida
Ciclo menstrual	variável a regular	regular		duração variável (>7 dias diferente do normal)	falha ≥2 ciclos e intervalo de amenorréia ≥ 60 dias	Amenorréia 12 meses	inexistente
Nível de hormônio foliculo estimulante (FSH)	Normal		↑	↑		↑	

Fig. 2: Estágios do climatério normal da mulher definida pelo STRAW (NAMS, 2002; cit. por França 2003).

Deste modo a OMS (1996) recomenda a utilização dos termos:

Pré-menopausa: Equivale às fases -5 à -3 e é considerada como o período total reprodutivo, anterior à menopausa (Vigeta & Brêtas, 2004).

Transição da menopausa: É o termo relacionado ao que na prática equivale à perimenopausa, corresponde às fases -2 e -1 e termina doze meses após o último período menstrual, é definida por alterações endócrinas e do ciclo menstrual (Vigeta & Brêtas, 2004). O termo “perimenopausa” foi descrito pela Organização Mundial da Saúde em 1996 como “o período imediatamente anterior à menopausa e os primeiros anos após o último período menstrual”. É considerada um período de maior risco para o surgimento de perturbações mentais, particularmente a depressão (Soares & Almeida, 2000). Segundo Soares e Cohen (2001), a perimenopausa começa geralmente com uma idade média de 45.5 a 47.5 anos e tem uma duração média de 4 anos, até a ocorrência da menopausa. Stewart e colaboradores (1992; cit. por Veras & Nardi, 2005) referem que os estudos clínicos têm demonstrado que a prevalência de queixas físicas e psíquicas é maior nos três a quatro anos antes da interrupção total da menstruação, ou seja, na perimenopausa.

Menopausa: De acordo com Vigeta e Brêtas (2004), a menopausa é o evento da pausa permanente da menstruação, que é resultante da perda da actividade folicular dos ovários e só é reconhecido retrospectivamente após um ano de amenorreia, sem outra causa patológica ou

psicológica que se encontra assinalado no quadro na fase 0 que corresponde também como já foi dito ao Período Menstrual Final.

Pós-menopausa: É usualmente reconhecida após 5 anos de amenorreia, e compreende a fase 1 e 2 que corresponde ao período após o evento da menopausa, independente de a menopausa ter sido natural ou induzida e prolonga-se até uma idade avançada. Compreende-se que esse limite se dê por meio da homeostase hormonal que ocorre na velhice, quando a carência de estrogénio fica compensada pela perda progressiva dos receptores de estrogénios (Vigeta & Brêtas, 2004)

Soules e colaboradores (2001), afirmam que nem todas as mulheres saudáveis irão seguir este padrão. A maioria das mulheres normais irá progredir a partir de uma fase para a outra, mas haverá pessoas que andam para a frente e para trás entre as fases ou saltam uma fase completa.

4.4 Prevalência

Considerando o Instituto Nacional de Estatística em 2005, a média da população feminina na menopausa atingia os dois milhões em Portugal e existiam 17,3% de mulheres com mais de 65 anos, indicando assim que cerca de 1/5 da população portuguesa era constituída por mulheres na pós-menopausa (Mendes, 2005).

Byyny (1996; cit. por Favoratto, 2000) por sua vez, refere que no início deste século, apenas 6% das mulheres atingiram a menopausa e estima-se que no ano 2025, 23% da população dos países desenvolvidos estará com mais de 60 anos e com o avanço da medicina e da melhoria generalizada das condições de vida, a expectativa de vida das mulheres estende-se para além dos 80 anos de idade, o que significa que muitas delas poderão viver 25 ou 30 anos após a menopausa, ou seja, cerca de um terço da sua vida será passada sob as condições sociais e hormonais características deste período (Castelo Branco et al., 2005; Sociedade Portuguesa de Menopausa, 2006), assim como passarão a sobreviver um tempo suficiente para poder experimentar mudanças nos seus corpos, o que muitas de gerações anteriores não conseguiram vivenciar (Vigeta & Brêtas, 2004).

4.5 Etiologia

Segundo Queiroz (1998), a menopausa, é um fenómeno fisiológico que se deve à redução gradual do funcionamento dos ovários. Estas glândulas deixam, assim, de libertar óvulos, mensalmente, e de produzir hormonas femininas, os estrogénios. Portanto, o organismo deixa de estar exposto aos habituais níveis elevados de estrogénio e assim, se cria um novo ambiente hormonal que se designa por hipoestrogenismo e como consequência, o revestimento do útero (o endométrio) fica privado da sua fonte normal de estimulação” (Brewer, 1999).

Myers & Huffman (2000; cit. por Araújo, 2007) referem que a etiologia da menopausa não é totalmente compreendida, mas acredita-se que esta ocorre no final do período reprodutivo da mulher devido a alterações no hipotálamo na hipófise e nos ovários, o que resulta na perda hormonal de estrogénios e progesterona. Os baixos níveis de estrogénio e progesterona também modificam a distribuição de gordura corporal, favorecendo maior deposição no abdómen (Reubinoff et al., 1995; Comuzzie et al., 1996; cit. por Wygoda, Filippo Jr., Gomes & Clapauch, 1999).

Segundo Sellman (1996; cit. por Biffi, 2003), a menopausa pode ser iniciada por alterações no hipotálamo e na hipófise e não nos ovários. Estudos actuais têm demonstrado que o climatério provavelmente não é desencadeado pelos ovários, mas sim pelo cérebro, pois tudo indica que tanto a puberdade quanto a menopausa são eventos accionados pelo cérebro.

Precedendo a menarca (o primeiro período da menstruação), o hipotálamo, região cerebral que comanda a produção das hormonas sexuais, modula a acção da glândula hipófise, fazendo com que esta produza a hormona luteinizante (LH) e folículo estimulante (FSH), os quais estimularão os ovários a produzir as hormonas femininas (estrogénio e progesterona).

Segundo a OMS (Reyna, 2004), a menopausa pode ocorrer em média entre os 47 e os 50 anos de idade da mulher mas os limites de idade para o climatério e menopausa são ainda bastante controversos devido a factores ambientais de carácter intra-individual e intra-cultural (Favoratto, 2000), mas no entanto Brewer (1999) refere que a nível diagnóstico, uma análise ao sangue para medir os níveis de FSH e LH na glândula pituitária pode demonstrar se a menopausa está a aproximar.

Os potenciais factores determinantes da idade da menopausa podem diferir em populações com características diferentes que influenciam a idade de ocorrência (Parazzini et

al., 1992; cit. por Pedro, et al., 2003), destacando o estado sócio-económico, a etnia, o uso de contraceptivos orais, a idade da menarca, os antecedentes familiares; e outros factores, como, o estado nutricional, as grandes altitudes e o tabagismo (Aldrighi, Alecrin, Oliveira & Shinomata, 2005).

Estudando o tabagismo, Frackiewicz e Cutler (2000) afirmam que os fumadores e ex-fumadores têm um início antecipado da perimenopausa e menopausa. Os estudos mostraram que a idade de instalação da menopausa é antecipada de 12 a 18 meses e pode antecipar também as doenças relacionadas com o estrogénio, como a osteoporose e as doenças cardiovasculares (Speroff et al., 1994; cit. por Aldrighi et al., 2005).

Algumas das doenças aliadas a alterações na capacidade respiratória ocasionadas pelo aumento da idade cronológica, podem também contribuir ainda mais para a diminuição dos níveis de actividade física (Silva, Costa-Paiva, Neto, Braga & Moraes, 2006). Muitos autores têm sugerido que a actividade física e o exercício físico estão relacionados com a menor prevalência de sintomas climatéricos (Mendito et al., 1995; Avis et al., 1997; cit. por Binfa, Castelo-Branco, Blümel, Cancelo, Bonilla, Muñoz, Vergara, Izaguirre, Sarrá & Ríos, 2004). Os estudos indicam que as mulheres climatéricas que praticam regularmente exercícios físicos tendem a ter um melhor humor, menor défice de memória e menos sintomas somáticos, uma vez que o exercício físico estimula a secreção de endorfinas hipotalâmicas, substâncias estas envolvidas na termorregulação hipotalâmica, reduzindo os sintomas vasomotores. Promove o fortalecimento muscular, a manutenção da mobilidade articular e da capacidade respiratória, além de menor acumulo de gordura. A actividade física contribui ainda para a melhora da imagem corporal, aumentando a auto-estima feminina (Stevenson et al., 1997; Lorenzi et al., 2005).

4.6 Sintomatologia

Lobo (2001; cit. por Palácios, Tobar & Menendez, 2002) refere que a menopausa é um tempo de ajuste psicológico como também de mudanças físicas e anatómicas e que a origem de sintomas é considerada como o resultado da interacção complexa de privação de estrogénio, e das influências biossocioculturais.

Segundo Bossemeyer (1999; cit. por Sousa, Sousa, Silva & Filizola, 2000), entre as manifestações na menopausa que ocorrem a curto prazo incluem-se os sintomas vasomotores e neuropsíquicos, acrescentando-se a estes, a médio prazo, sintomas de atrofia vaginal, constituindo, o conjunto desses sintomas, a chamada “síndrome climatérica” que é constituída por um conjunto de manifestações clínicas experimentadas pelas mulheres no período da menopausa (Sherwin, 1993; cit. por Appolinário, Meirelles, Coutinho, & Póvoa, 2001). Esta síndrome pode ser considerado um período ou “janela de vulnerabilidade” durante o qual as mulheres têm um elevado risco para sintomas de humor depressivo (Dennerstein & Soares, 2007), mas no entanto a frequência e intensidade de sintomas variam entre pessoas na mesma população (Malacara, Cetina, Bassol, Gonzalez, Cacique, Vera-Ramirez & Nava, 2002).

4.6.1 Sintomas psicológicos

Para Lorenzi e colaboradores (2005) as dificuldades cognitivas, instabilidade emocional e humor depressivo têm sido relacionados ao climatério.

A depressão é um dos sintomas que foi estudado na menopausa e os recentes estudos longitudinais de base populacional sugeriram que uma transição para a menopausa normal parece não aumentar o risco de depressão numa mulher. No entanto, demonstrou-se que a transição para a perimenopausa é um momento de crescente vulnerabilidade de episódios depressivos, principalmente entre as mulheres com uma história de perturbação de humor (Burt et al., 1998; Schmidt, 1997; cit. por Harlow, Wise, Otto, Soares & Cohen, 2003).

Um outro sintoma que está relacionado é a baixa auto-estima porque pode contribuir para a aceitação cultural dos estereótipos negativos sobre a menopausa, às suas dificuldades em lidar com mudanças corporais e a sua sensibilidade à sintomatologia menopáusicas (Kaufert, 1982; cit. por Reynolds, 2002)

Uma nova variável que tem sido estudada é a deterioração mental. Elsabagh e colaboradores (2006) elaboraram um estudo em que verificaram que num grupo (n = 326) de mulheres na pós-menopausa com idades compreendidas entre os 52-63 anos, a memória episódica não variou com o estado de menopausa durante a transição ou início dos anos da pós-menopausa. Os resultados deste estudo sugeriram que pode haver uma taxa diferencial de declínio em diferentes funções cognitivas na pós-menopausa, com funções executivas deteriorando-se mais rapidamente do que a memória e talvez apenas demonstrando um

declínio da memória nos anos posteriores. Isto é importante porque contrasta com as frequentes denúncias de deterioração da memória pelas mulheres na perimenopausa e pós-menopausa.

4.6.2 Sintomas somáticos

Segundo Simões e Baracat (1999; cit. por Mori & Coelho, 2004), na menopausa os sintomas neuropsíquicos são os primeiros a surgir e estão representados principalmente pelas perturbações vasomotoras. A deficiência estrogénica na menopausa provoca sintomas climatéricos, como calores, sudorese nocturna, insónia e secreção vaginal. Pelo menos 75% de todas as mulheres têm estes sintomas na menopausa e 50% continuaram a ter por mais 5 anos (Oldenhave et al., 1993; cit. por Evi, Pekkarinen, Sintonen, Tiitinen & Valimaki, 2006).

Um sintoma comum que surge na menopausa é os afrontamentos. Estes ocorrem sobre uma base crónica, que pode durar 15 anos ou mais (Kronenberg, 1990; cit. por Reynolds, 1999). São vistos como stressantes por causa de muitos factores e podem ser vividos como um problema social (Reynolds, 2000).

Segundo Soares (2006), os afrontamentos são sensações transitórias de dissipação de calor através da pele, acompanhadas de sudorese, palpitações, náusea, tonturas, dores de cabeça e alterações de sono, enquanto que os calores nocturnos (afrontamentos durante o sono), por sua vez, constituem uma causa comum de insónia em mulheres na menopausa, embora muitas delas não percebam a sua ocorrência ou tenham uma melhor avaliação de sua gravidade. Podem ocorrer espontaneamente, mas no entanto, sabe-se que podem ser desencadeados pelos alimentos calóricos, bebidas alcoólicas, alguns medicamentos e temperatura do meio ambiente e, particularmente, por situações de stress físico ou emocional. A presença dessas perturbações é acompanhada de taquicardia e ansiedade. Essas situações destabilizam as mulheres, determinam a disfunção no seu ritmo de sono-vigília, predispoem-nas à fadiga e à irritabilidade, expõem-nas a respostas de ampla labilidade emocional (Simões & Baracat, 1999; cit. por Mori & Coelho, 2004).

Segundo Campos e colaboradores (2005) a ocorrência de insónia em mulheres com mais de 30 anos varia de 26 a 45% e os estudos epidemiológicos mostraram um aumento da sua incidência após a menopausa para valores entre 28 e 63%. Este facto também é constatado por Ballinger (1990; cit. por Callegari, Buttarelli, Cromi, Diurni, Salvaggio & Bolis, 2006),

uma vez que este autor observou que a perturbação do sono e preocupações hipocondríacas estão entre os principais sintomas durante o período pós-menopausa.

Cawood e Bancroft (1996, cit. por Fielder & Kurpius, 2005) ao estudarem o estado da menopausa, sintomatologia menopáusicas e vários aspectos do funcionamento sexual nas mulheres na meia-idade, relataram que os afrontamentos, suores nocturnos, secura vaginal, e menor interesse em sexo, foram significativamente correlacionadas com cada fase menopáusicas, com mulheres na pós-menopausa relatando a pior sintomatologia.

4.6.3 Sintomas genito-urinários

Estes sintomas caracterizam-se pela incontinência urinária, dor durante a relação sexual que pode ser causada por secura ou atrofia dos tecidos da vagina, podendo igualmente ocorrer infecções e processos inflamatórios (Brewer, 1999; Mendes, 2005). Mais de metade das mulheres experimenta secura vaginal e falta de lubrificação após a menopausa de forma suficientemente grave para precisar de tratamento (Brewer, 1999).

Segundo Lorenzi e colaboradores (2005), a queda dos níveis de estrogénio resulta na diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, causando dispareunia e dificultando a actividade sexual. Tais ocorrências trazem desconfortos à mulher, afectando, inclusive a sua vida sexual e o relacionamento conjugal e familiar (Silva, 2004).

4.6.4 Outras alterações

Existem outras alterações físicas na mulher ao longo desta fase, que envolvem o surgimento de alopecia (queda de cabelo), secura da pele e perda de tónus epidérmico, dores musculares, fraqueza (Mendes, 2005), fracturas ósseas devido a osteoporose (Netto et al., s.d.; Frackiewicz & Cutler, 2000; Mendes, 2005), , subida de colesterol, enxaquecas (cefaleias) (Queiroz, 1998), aumento de peso (Queiroz, 1998; Lins & Sichieri, 2001), doenças cardiovasculares (Queiroz, 1998; Frackiewicz & Cutler, 2000), tendência para o aumento de pressão arterial (Queiroz, 1998; Frackiewicz & Cutler, 2000), diabete, hipotiroidismo e cancro (Frackiewicz & Cutler, 2000).

A voz da mulher na menopausa também tem sido estudada. Segundo Machado e colaboradores (2005) a voz da mulher na menopausa apresenta algumas especificidades pouco

conhecidas à grande maioria dos profissionais de saúde. Boulet e Oddens (1996; cit. por Machado et al., 2005) aplicaram questionários na Bélgica, Holanda e Áustria a 72 cantores clássicos entre 40 e 74 anos e reconheceram que ocorrem mudanças na voz por volta dos 50 anos, principalmente para as mulheres. Durante a menopausa as mulheres apresentaram rouquidão, compressão do registro, menor flexibilidade das pregas vocais e estabilidade vocal reduzida, relacionando aos problemas de emissão vocal, controle da voz, efeitos sobre as pregas vocais e manutenção dos registros agudos.

4.7 Terapia de Substituição Hormonal

Atribuindo a menopausa como “doença”, a terapia de substituição hormonal (TSH) tornou-se importante durante as três décadas anteriores (Cheng, Wang, Wang & Fuh, 2005). É um meio eficaz de prevenir e tratar as complicações de sintomas pós-menopausa a longo prazo, como a osteoporose (Lam, Leung, Haines, Kwok & Chung, 2003) e de melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da mulher (Speroff, 1994; NAMS, 1998; cit. por Zahar, Aldrighi, Neto, Conde, Zahar & Russomano, 2005).

Considerando Brewer (1999), os objectivo e as metas a longo prazo da TSH são: devolver os níveis naturais de estrogénio, que deixou de ser fabricado pelos ovários; evitar uma menopausa prematura em mulheres que extraíram os ovários; alívio e diminuição dos sintomas da menopausa como os afrontamentos, os suores nocturnos e as alterações de humor; redução da secura vaginal e de incontinência urinária; prevenção e redução do risco de doença coronária, cardiovasculares; prevenção e redução do risco da osteoporose; reduzir possivelmente o risco de demência senil; e melhoria da actividade sexual.

Segundo Marinho e colaboradores (2001), as evidências derivadas de estudos clínicos aleatórios mostram que o uso de estrogénio previne a perda óssea em pacientes saudáveis na pós-menopausa, principalmente se iniciado logo após a menopausa. Leva também a um pequeno ganho de massa óssea em mulheres com osteoporose e reduz o risco em cerca de 50% de fracturas ósseas, em mulheres na pós-menopausa, particularmente as de coluna vertebral.

Jones e colaboradores (1999), referem que todas as mulheres não só deveriam considerar TSH como uma essencial substituição de hormonas, mas também como um tipo de medicina preventiva.

Hagen e colaboradores (1982; cit. por Demétrio & Filho, 2000) estudaram os efeitos no tratamento sequencial de estrogénios (estradiol e estriol) e progesterona num ciclo de 28 dias, em 119 mulheres que se encontravam na perimenopausa e menopausa, com queixas moderadas sobre sintomas de menopausa e a conclusão a que chegaram foi que a TSH com estrogénios/progesterona, além dos seus efeitos benéficos sobre os afrontamentos e a insónia, também alivia vários outros sintomas de climatério.

Mas, segundo Saurel e Blondel (1996; cit. por Silva, 1999) apesar da grande aceitabilidade do tratamento hormonal substitutivo, por parte da comunidade médica, as suas alegadas vantagens são objecto de controvérsia porque permanece incerto o impacto da terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa, pois encontra-se ligada a um certo número de efeitos secundários. Os possíveis efeitos secundários da TSH que podem aparecer são: náuseas e vómitos; sensibilidade e aumento do volume dos seios; hemorragias irregulares; dores de cabeça; tonturas; câibras nas pernas ou dores musculares; aumento do tamanho das fibromas uterinos; reacções cutâneas; perda de cabelo; aumento da penugem facial e corporal; síndrome pré-menstrual; aumento de peso; possível aumento de risco de cancro da mama. Na maior parte dos casos, os efeitos secundários da TSH são menores, ocorrem no início do tratamento e diminuem após as primeiras semanas (Brewer, 1999)

Jones e colaboradores (1999) referem que a decisão sobre se a mulher deve ou não seguir a TSH envolve um julgamento muito pessoal e subjectivo. O importante é estar na posse de toda a informação necessária, para se poder fazer uma escolha consciente. A relação risco/benefício, varia nitidamente entre os indivíduos e a discussão detalhada de todos os assuntos deve ser precisa antes da mulher tomar uma decisão. Mas no entanto se as mulheres não desejarem seguir o TSH, elas têm acesso a uma grande série de terapias complementares, tais como a acupunctura, aromaterapia, homeopatia, para além das alterações alimentares e de estilo de vida que devem realizar (Brewer, 1999).

4.8 Aspectos psicossociais na menopausa

Segundo Stepke (1998; cit. por Gonçalves, 2005) a etapa climatérica constitui um período de adaptabilidade em relação às mudanças na vida da mulher, que se expressa tanto biológica como socialmente, e geralmente, durante este processo, a mulher se torna mais vulnerável e susceptível a problemas nas relações interpessoais que mantêm. Diante de diversidade de possibilidades de viver este processo, as características do sistema social predominante no ambiente onde está inserida influenciam a forma como, social e clinicamente a mulher expressará o climatério e a forma como vivência essas alterações está relacionada com as suas crenças, com o seu nível sócio-cultural e à condição biopsíquica pessoal de enfrentar os problemas do dia-a-dia (Nievas, 2005). Segundo Amore e colaboradores (2006), psicologicamente, as mulheres têm de lidar com uma mudança interna hormonal, a perda do potencial reprodutivo e a transição para as fases posteriores da vida e socialmente têm de enfrentar muitos problemas, incluindo os filhos sair de casa, doença física do self, parceiro ou os pais, os cuidados a membros da família e stresse conjugal relacionado com a transição para a meia-idade.

Todas estas mudanças que ocorrem na mulher e ao longo da sua vida diária podem criar consideravelmente stresse em algumas mulheres, afectando a sua identidade, auto-estima e as relações sociais e familiares. Para outras, isto pode marcar o começo de relações mais preenchidas e novos desafios para o crescimento psicológico positivo (Matthews, 1992),

4.8.1 Factores sócio-demográficos

São numerosos os factores que determinam as percepções da mulher e as suas convicções sobre a menopausa, nomeadamente o estatuto da menopausa, sociedade, educação, ocupação, físico, saúde emocional e sintomas gerais (Cheng et al., 2005). Segundo Fagulha (2005), o estudo destas variáveis tem tido um enorme desenvolvimento na identificação das atitudes em relação à mulher (nos seus papéis feminino e materno), nos seus hábitos de vida e saúde, na sua história relacional, nomeadamente na sua função muito particular de “gestora” e responsável das relações familiares e intergeracionais.

Outras variáveis tais como habilitações literárias, estatuto profissional, suporte social (Amore et al., 2006) e a idade, podem contribuir com variações significantes ao nível dos

sintomas da menopausa (Kakkar et al., 2007). Lorenzi e colaboradores (2005) também constataram que a sintomatologia climatérica, é menos intensa entre as mulheres com menos anos completos de estudo.

A nível nacional através de um estudo de Fagulha e Gonçalves (2005) os autores chegaram à mesma conclusão e evidenciaram que as mulheres casadas e com o nível educacional baixo possuem uma menor sintomatologia da menopausa.

A nível de relação matrimonial num estudo de Fielder & Kurpius (2005) relacionado com o casamento, o stresse e a menopausa, os autores mencionaram que existe um aumento da sintomatologia da menopausa, quando existe uma maior insatisfação com o casamento, uma maior percepção de conflito na relação e uma menor percepção do apoio social.

4.8.2 Atitudes e representações em relação à menopausa

As mulheres de meia-idade têm uma atitude variada para com o climatério, isto é, podem ter uma atitude positiva face à fase transitiva que se aproxima ou uma influência negativa na qualidade de vida com o resultado de sintomas da menopausa (Kakkar et al., 2007).

No estudo de Hvas (2006), as mulheres expressaram variadas e multifacetadas visões acerca da menopausa de onde aspectos positivos pareceram exceder em valor à experiência mais negativa que é principalmente relacionado a mudanças corporais e perdas.

Segundo Abreu (1992; cit. por Favoratto, 2000) as reacções emocionais no climatério são variáveis. De facto, muitas mulheres vivenciam esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos, entendendo-o como início de uma nova etapa, ou seja, a de amadurecimento existencial que lhes permitirão uma vida com maior segurança e confiança; outras porém, vivenciam-no de forma negativa e apresentam vários sintomas e queixas psíquicas, destacando-se a irritabilidade, ansiedade, depressão e as disfunções sexuais (alterações do desejo, da excitação e do orgasmo).

4.8.3 Factores sócio-culturais na menopausa

De acordo com a WHO (1996, cit. por Anderson, Yoshizawa, Gollschewski, Atogami & Courtney, 2004), a multiplicidade de sintomas tem sido associada com a menopausa em diferentes culturas e diferentes grupos étnicos parecem ver e experimentar a menopausa de maneira muito diferente (Loh, Khin, Saw, Lee & Gu, 2005). Idealmente as listas de sintoma de menopausa devem ser baseadas na experiência local e reflectir no idioma local, mas também permitir comparação epidemiológica (Lock, 1998; cit. por Melby, 2005).

Lolas (1998; cit. por Lorenzi et al., 2005) refere que nas sociedades orientais, nas quais a menopausa é factor de valorização feminino, visto o envelhecimento estar associado à sabedoria e experiência, os sintomas climatéricos tendem a ser menos intensos ou mesmo ausentes. No entanto, nas culturas ocidentais, em que a juventude feminina e a beleza são excessivamente valorizadas, a menopausa é frequentemente percebida de forma negativa, estando associada ao envelhecimento e a maior proximidade da morte. Entre essas mulheres, a sintomatologia climatérica é frequentemente mais intensa.

Em várias culturas, as mulheres vêem o fim da sua idade fértil como uma perda significativa que deteriora a sua auto-estima. Vários pesquisadores consideram esta atitude como um determinante importante para o surgimento de ondas de calor e alterações de humor. De acordo com esta perspectiva, diversas culturas tradicionais do Japão, de Taiwan, da Indonésia e Yucata, são relatadas por ter sintomas mínimos vasomotores (Lock, 1998; cit. por Malacara et al., 2002).

Estudando as mulheres hispânicas, Bell (1995, cit. por Sommer, Avis, Meyer, Ory, Madden, Kagawa-Singer, Mouton, Rasor & Adler, 1999) encontrou atitudes geralmente positivas semelhantes aos reportados por mulheres não hispânicas, mas a menopausa foi percebida como potencialmente perturbador acompanhado pela irritabilidade e depressão.

Em 2001, Avis e colaboradores (2001; cit. por Lorenzi et al., 2005) demonstraram que as mulheres norte-americanas de etnia caucasiana tendem a apresentar mais queixas psicossomáticas, ao passo que as afro-americanas, mais sintomas vasomotores.

Num estudo de Gold e colaboradores (2000; cit. por Lorenzi et al., 2005) os autores avaliaram a associação entre factores demográficos e relacionados ao estilo de vida com a sintomatologia referida por 16.065 mulheres climatéricas de diferentes grupos raciais. E em comparação com a raça caucasiana, as mulheres japonesas e chinesas apresentaram menos

sintomas, ao passo que as mulheres afro-americanas apresentam piores sintomas vasomotores, maior ressecamento vaginal e menos dificuldades com o sono. As mulheres hispânicas, por sua vez, referiram mais palpitações, perda urinária, secura vaginal e deficit da memória.

Resumindo, a menopausa é definida pela OMS e pela STRAW como a cessação definitiva dos períodos menstruais que ocorre naturalmente ou é induzida pela cirurgia, quimioterapia ou radioterapia (Soules et al., 2001; Castelo-branco et al., 2005), sendo o termo correcto no que diz respeito ao período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva designado de climatério (Pedro et al., 2003; Mori & Coelho, 2004).

Na fase do climatério o organismo deixa de estar exposto aos habituais níveis de estrogénio, podendo surgir um conjunto de sinais e sintomas chamada de síndrome climatérica que podem provocar mal-estar físico e emocional (Brewer, 1999; Wygoda et al., 1999; Appolinário et al., 2001; Mendonça, 2004; Silva, 2004). Podem surgir sintomas a nível psicológico (Reynolds, 2002; Harlow et al., 2003; Lorenzi et al., 2005; Elsabagh et al., 2006), somático (Reynolds, 1999, 2000; Fielder & Kurpius, 2005; Campos et al., 2005; Callegari et al., 2006; Evi et al., 2006; Soares, 2006), genito-urinárias (Brewer, 1999; Mendes, 2005; Fielder & Kurpius, 2005; Evi et al., 2006) e outras alterações (Netto et al., s.d.; Queiroz, 1998; Frackiewicz & Cutler, 2000; Lins & Sichieri, 2001; Mendes, 2005)

Para minimizar as complicações destes sintomas existe a Terapia de Substituição Hormonal que é um meio eficaz de prevenir, melhorar as condições de saúde e qualidade de vida da mulher (Brewer, 1999; Demétrio & Filho, 2000; Lam et al., 2003; Cheng et al., 2005; Zahar et al., 2005), mas apesar de todas as vantagens, os seus efeitos secundários ainda são objecto de controvérsia (Brewer, 1999; Jones et al., 1999; Silva, 1999).

Mas na forma como a mulher vivência a menopausa, há que levar em conta determinados aspectos psicossociais, uma vez que o ambiente onde está inserida influencia socialmente e clinicamente a forma como esta experiência o climatério (Gonçalves, 2005; Nievas, 2005). De salientar a importância dos estudos sobre os factores sócio-demográficos que determinam as percepções e as convicções da mulher na menopausa (Cheng et al., 2005; Fagulha, 2005; Fagulha & Gonçalves, 2005; Fielder & Kurpius, 2005; Lorenzi et al., 2005; Amore et al., 2006; Kakkar et al., 2007), os estudos sobre atitudes e representações das mulheres em relação à menopausa (Favoratto, 2000; Hvas, 2006; Kakkar et al., 2007) e os estudos sobre factores sócio-culturais, uma vez que diferentes culturas e grupos étnicos

parecem ver e experimentalar a menopausa de maneira diferente (Malacara et al., 2002; Anderson et al., 2004; Loh et al, 2005; Lorenzi et al., 2005)

Capítulo V – Sexualidade e Menopausa

5.1 Resposta sexual na menopausa

Segundo Mendonça (2004; cit. por Oliveira et al., 2008), no período da menopausa uma das maiores causas de sofrimento psíquico na mulher ocidental é a alteração da sua imagem de mulher construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude e na fertilidade. As mulheres nesse período notam alterações na sua resposta sexual que pode envolver o desejo sexual/interesse, excitação, orgasmo, gozo, ou frequência da actividade sexual (Koch, Mansfield, Thureau & Carey, 2005).

No estudo de Laumann e colaboradores (2006, cit. por Basson, 2007), os autores verificaram que as mulheres até aos 70 anos de idade mostraram maior prevalência de redução de desejo em função do estado de menopausa e o envelhecimento, aumentando de 22% no grupo de pré-menopausa para 32% no grupo na pós-menopausa. Num outro estudo de Mishra e Kuh (2006; cit. por Pimenta, Leal & Branco, 2007) os autores referem que em comparação com mulheres na pré-menopausa, as participantes em perimenopausa e pós-menopausa manifestavam um declínio na vida sexual que se relacionava com sintomatologia psicológica, vida percebida como stressante e consumo de tabaco e relatavam com mais frequência dificuldades no acto sexual associadas à presença de sintomas somáticos, afrontamentos e suores frios.

Na opinião de Palácios e colaboradores (2002), a sexualidade na menopausa é multivariada e determinada através de variáveis intrínsecas e extrínsecas e a meia-idade da mulher é uma fase multifacetada do desenvolvimento, caracterizada por transições importantes que se não forem bem elaboradas, podem alterar significativamente a vida sexual da mulher /casal (Lopes et al., 2000 cit. por Lopes, 2004), pelo que todos os factores psicológicos, físicos (incluindo hormonal) e relacional devem ser levados em conta (Dennerstein, Randolph, Taffe, Dudley & Burger, 2002). Do ponto de vista biológico, um facto relevante é que a chegada da menopausa resulta na perda do objectivo primário do sexo - a reprodução - e este facto repercutirá, com maior ou menor intensidade, no exercício da sexualidade, dependendo de aspectos psicológicos e culturais (Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis & Pinotti, 2004).

Antunes (1999) refere que, o prazer sexual que a mulher na menopausa possa ter é dependente de vários factores, para além da redução dos níveis hormonais.

Um dos factores é a idade porque é significativamente associada com uma diminuição do desejo sexual das mulheres e esta pode ser mediada, pelo menos em parte, por certas crenças cognitivas que a sexualidade se deteriora com a idade (Camacho & Reyes-Ortiz, 2005; cit. por Brotto & Luria, 2008). Segundo Dennerstein e colaboradores (2001), o envelhecimento e a duração da relação são conhecidos por afectar o funcionamento sexual das mulheres, pelo que existe uma tendência em assumir que as mulheres mais velhas são sexualmente menos activas e que a sexualidade diminui, especialmente após a menopausa (Mattar et al., 2008). Esse facto também constatado num outro estudo de Dennerstein e colaboradores (2006, cit. por Wylie et al., 2007), em que os autores referiram que existe um declínio marcado no interesse sexual, orgasmo, e frequência de actividade sexual entre mulheres em redor da meia-idade.

Kaplan (1990, cit. por Mattar et al., 2008) por sua vez, num estudo de revisão sobre sexo e envelhecimento concluiu que a maioria das mulheres fisicamente saudáveis permanecem sexualmente activas numa idade avançada. No entanto, as mudanças fisiológicas associadas com o processo de envelhecimento, conjugadas com o aumento na prevalência de doenças em idade mais avançada, desempenham um papel significativo na patogenia de distúrbios sexuais e diminuição do desejo sexual.

Existem no entanto outros factores que podem estar associados à diminuição da actividade sexual na menopausa. No projecto Melbourne Women's Midlife Health (Dennerstein et al., 2001; cit. por Brotto & Luria, 2008), a função sexual foi comparada entre três grupos de mulheres, um grupo que estava no momento da transição menopáusicas, um grupo com idades equiparadas na pré-menopausa e outro grupo na pós-menopausa também com idades equiparadas. As mulheres que passaram pela natural transição da menopausa tiveram um decréscimo significativo de desejo, excitação, orgasmo e frequência de actividades sexuais e um aumento de secura vaginal / dispareunia (Dennerstein et al., 2001; cit. por Dennerstein et al., 2006). Os factores psicossociais relacionados com atitudes e estatuto do parceiro foram mais preditivas da função sexual do que qualquer variável biológica ou hormonal (Brotto & Luria, 2008).

Dennerstein e Alexander (2003), referem que existe uma série de outras possíveis explicações para a deterioração do funcionamento sexual, nesta fase da vida, nomeadamente

incluem o tempo de relacionamento, o envelhecimento cronológico, outros problemas de saúde física, perda do parceiro, saúde do parceiro, uso de medicação e os muitos stressores psicossociais associados à meia-idade.

Por sua vez, Basson (2006) menciona que a própria reacção da mulher à infertilidade permanente, o significado da menopausa para ela e para o seu parceiro, o seu actual sentimento em direcção ao parceiro e a severidade dos stressores de vida modulam a sua sexualidade. A autora também salienta outros factores, nomeadamente, sentimentos positivos pelo parceiro, tanto no geral e no momento de interacção sexual, saúde mental e passado positivo de experiências sexuais. Refere também que a mudança de parceiro é um factor aparentemente protector devido às expectativas positivas para o relacionamento actual.

5.2 Hormonas sexuais na menopausa

O papel dos factores hormonais no funcionamento sexual feminino tem sido alvo de muita discussão (Dennerstein, Koochaki, Barton & Graziottin, 2006). Segundo Mendelsohn e Karas (1999; cit. por Davis, Guay, Shifren & Mazer, 2004), as hormonas endógenas que potencialmente influenciam a sexualidade feminina incluem estrogénios, androgénios, progesterona, prolactina, oxitocina e glucocorticosteróides. Estas interagem com inúmeros neuroquímicos dentro do sistema nervoso central e periférico. Os factores que determinam o resultado dessas complexas interacções incluem os níveis absolutos de cada hormona, o seu conteúdo receptor absoluto, a presença e os níveis específicos de proteínas co-activador e co-repressor que modificam a resposta transaccional e a subida ou descida da regulação dos níveis de receptores de outras hormonas.

Segundo Sarrel (2000) as alterações na função sexual que ocorrem nas mulheres incluem alteração da fisiologia da resposta sexual, o desenvolvimento de disfunções sexuais e as mudanças no nível do desejo sexual. Estas mudanças ocorrem coincidente com decréscimos na produção hormonal ovariana e com evidências biológicas dos efeitos da deficiência hormonal. Há razão para acreditar que as alterações na função sexual são, pelo menos em parte devido à deficiência hormonal.

Passamos de seguida a caracterizar as hormonas sexuais: estrogénios, androgénios, testosterona e progestogénios:

Estrogénio: O estradiol é a hormona de interesse da pré-menopausa pertencente à classe das hormonas conhecida como estrógenios. As mulheres na pós-menopausa têm uma pequena quantidade de estradiol circulante, mas parece não funcionar como uma hormona circulante. Em vez disso, é sintetizada num número de sites periféricos a partir da adrenal e ovários prohormonas onde suas acções são a nível local (Simpson, Misso, Hewitt, Hill, Boon, Jones, et al., 2005; cit. por Brotto & Luria, 2008).

Brotto e Luria (2008) consideram que os níveis de estrogénio na menopausa não são ligados à ocorrência de afrontamentos. Estão relacionados com os sintomas urogenitais, tais como a secura vaginal e sensibilidade genital.

Androgénios: O termo “andrógeno” é geralmente aplicado à classe dos esteróides produzidos pelas gónadas e as adrenais em ambos os sexos, e que produzem efeitos de virilização. Estes incluem a testosterona, Dehydroepiandrosterone (DHEA) e sulfato Dehydroepiandrosterone (DHEAS). O papel dos androgénios na manutenção da saúde global, humor e função sexual durante e após a menopausa tem sido objecto de investigação por mais de 50 anos, mas ainda não é claro quais são as repercussões que se seguem a seguir a um declínio nos níveis androgénicos. As alterações mais comuns associadas com baixos níveis de andrógenos em mulheres incluem a perda de pêlos púbicos e axilares, o aumento de alterações vasomotores e insónia, perda de massa óssea e muscular, substituição de músculo com tecido adiposo, aumento da prevalência de depressão e dores de cabeça e uma diminuição da qualidade de vida (Brotto & Luria, 2008).

Pensa-se que as alterações na função sexual estão relacionadas com baixos níveis de andrógenos e incluem: um declínio na motivação sexual, fantasia e diversão; diminuição da excitação sexual; e diminuição da vasocongestão vaginal em resposta a estímulos eróticos (Bachmann, 2002; cit. por Brotto & Luria, 2008).

Os estudos médicos têm mostrado que a deficiência androgénica, bem como os factores psicológicos, pode levar a um menor desejo sexual, e vice-versa, e que a queixa mais comum das mulheres com deficiência de androgénio é a diminuição da libido (Davis, 1998; cit. por Guay, 2001). Anders e colaboradores (2005) também afirmam que os factores psicossociais e androgénicos influenciam o desejo sexual feminino. Num outro estudo de Guay & Jacobson (2002), os autores constataram que das mulheres que foram estudadas, 70%

com queixa da diminuição do desejo sexual tinha deficiência de androgénio, quando comparado com grupo normal de controlo.

Testosterona: A testosterona é considerada por alguns como a hormona do desejo sexual e motivação para as mulheres (Myers, Dixen, Morrisette, Carmichael, & Davidson, 1990; cit. por Brotto & Luria, 2008). Leiblum e Backman (1991; cit. por Basson, 1999) referem que tanto o estradiol e a testosterona são capazes de exercer influências directa e indirectamente sobre o cérebro e que a testosterona em oposição a qualquer estrogénio foi encontrado ser positivamente associada com o desejo sexual e também está envolvida na excitação sexual da mulher para estímulos físicos, visuais e mentais nas suas experiências de orgasmo. O pico de testosterona é atingido na terceira década e depois declina com a idade, pelo que as mulheres com quarenta anos têm aproximadamente metade do nível de circulação de testosterona em comparação com as mulheres com vinte anos (Dennerstein, 2003).

Segundo McCoy e Davidson (1985; cit. por Kingsberg, 2007), reduzidos níveis de testosterona em mulheres na pós-menopausa estão associadas com a perda da libido, diminuição da actividade sexual, diminuição do sentimento de bem-estar físico e fadiga. Rako (1999; cit. por Sarrel, 2000) por sua vez sintetiza que os sinais e sintomas de deficiência de testosterona incluem uma perda global de desejo sexual, falta de fantasias e sonhos sexuais, diminuição da sensibilidade clitoral à estimulação sexual, diminuição da capacidade de excitação e orgasmo, diminuição da energia sexual e sensação de bem-estar, perda do tonos muscular, escalpe do cabelo seco ou a pele seca. Shifren e colaboradores (2000, cit. por Basson, 2005) verificaram que de 75 mulheres com menopausa cirúrgica com idades compreendidas entre os 31-56 anos participando num estudo clínico de testosterona versus placebo, aquelas em que foram administradas testosterona em substituição do estrogénio, relataram um aumento da frequência da actividade sexual, prazer sexual e intensidade de orgasmo.

Progesterona: a progesterona é secretada pelo corpo lúteo dos ovários em cada mês após a ovulação. As perturbações ovulatórias e, portanto, baixos níveis de progesterona, são típicos da perimenopausa, e a progesterona não é produzida após a menopausa. A progesterona tem sido associada com a depressão e é conhecida por ter potentes propriedades anestésicas e por atenuar a excitabilidade cerebral. Infelizmente, em comparação com a

investigação sobre estrogénios e androgénios, muito menos se sabe sobre o papel da progesterona na sexualidade da mulher na menopausa, portanto, firmes conclusões não podem ser tiradas (Brotto & Luria, 2008).

5.3 Dificuldades e disfunção sexual na menopausa

Segundo Castelo-Branco e colaboradores (2005), durante o climatério, existe um aumento significativo na disfunção sexual, seguido por uma deterioração da qualidade de vida destas mulheres.

A disfunção sexual feminina (DSF) pode ser um problema médico complexo e desafiador. É caracterizado pela diminuição da conduta sexual, aversão ao sexo, falta de excitação, incapacidade de chegar a orgasmo e dor durante as relações sexuais e é muitas vezes difícil de diagnosticar e tratar devido a complicado complexo de resposta sexual feminina (Mattar et al., 2008).

A principal mudança na origem da disfunção sexual é a diminuição do nível de estrogénio. As deficiências iniciais de estrogénio geram uma lubrificação vaginal diminuída. A contínua perda de estrogénio (hipoestrogenismo) está associado à perda muscular, alterações vasculares e urogenital e contribui para a instabilidade de humor, perturbações do sono e da função cognitiva, influenciando assim a função sexual directa e indirectamente (Mattar et al., 2008). Clinicamente, o hipoestrogenismo climatérico é responsável por atrofia urogenital, o que favorece a ocorrência de dispareunia. Paralelamente, o envelhecimento cutâneo por redução do colágeno e a tendência de acumulo de gordura afectam a auto-imagem, contribuindo para menor auto-estima e até declínio do desejo sexual (Aldrighi, 2002; Chiechi et al., 1997; cit. por Lorenzi et al., 2005).

Segundo Gregersen e colaboradores (2006), o desejo sexual hipoactivo é o problema sexual das mulheres mais frequentemente relatado, variando entre 15-25% nas mulheres na pré-menopausa e para 40-50% em mulheres na pós-menopausa. Os problemas de lubrificação são relatados em 10-15% das mulheres na pré-menopausa, aumentando para 25-30% nas mulheres pós-menopausa. Problemas com o orgasmo ocorrem em aproximadamente 20% de todas as faixas etárias, porém, existe uma tendência para uma maior frequência entre as mulheres mais jovens. A dispareunia é rara entre as mulheres mais jovens (aproximadamente

5%), que aumenta com a idade mas oscila bastante entre as mulheres na pós-menopausa. A prevalência de dispareunia relatado neste último grupo varia entre 12% - 45%.

Resumindo, alguns estudos revelam ser contraditórios sobre a resposta sexual na menopausa. Alguns autores referem que existe redução de desejo e dificuldades no acto sexual em função do estado de menopausa (Dennerstein et al., 2006; Basson, 2007; Pimenta, Leal & Branco, 2007), enquanto que outros autores referem que o funcionamento sexual depende de outros factores, nomeadamente a idade (Dennerstein et al., 2001; Dennerstein & Alexander, 2003; Wylie et al., 2007; Brotto & Luria, 2008; Mattar et al., 2008), factores psicossociais relacionados com atitudes (Brotto & Luria, 2008), duração da relação (Dennerstein et al., 2001; Dennerstein & Alexander, 2003), sentimentos relativo ao parceiro (Dennerstein & Alexander, 2003; Basson, 2006; Brotto & Luria, 2008), uso de medicação (Dennerstein & Alexander, 2003), a saúde mental e passado positivo de experiências sexuais (Basson, 2006).

As alterações na função sexual são também, pelo menos em parte, devido à deficiência hormonal (Sarrel, 2000). Os baixos níveis de hormonas sexuais, nomeadamente o estrogénio (Brotto & Luria, 2008), andrógenios (Guay, 2001; Guay & Jacobson, 2002; Anders et al., 2005; Brotto & Luria, 2008), testosterona (Basson, 1999; Sarrel, 2000; Basson, 2005; Kinsberg, 2007; Brotto & Luria, 2008) e progesterona (Brotto & Luria, 2008) podem estar relacionados na diminuição da frequência da actividade sexual nas mulheres

No entanto em virtude das dificuldades da complexa resposta sexual feminina, podem ocorrer disfunções sexuais caracterizadas pela diminuição da conduta sexual, aversão ao sexo, falta de excitação, incapacidade de chegar a orgasmo e dor durante as relações sexuais (Mattar et al., 2008), podendo originar desejo sexual hipoactivo, problemas de lubrificação, problemas com o orgasmo e dispareunia (Gregersen et al., 2006).

PARTE 2

PROJECTO DE

INVESTIGAÇÃO

Capítulo VI – Caracterização do Projecto de Investigação

6.1 Objectivos

Este estudo tem como objectivo geral avaliar as diferenças nas motivações para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.

Para melhor clarificar este objectivo geral, passamos a especificar o mesmo através de três objectivos específicos:

1. Avaliar e comparar as motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres.
2. Analisar e comparar as motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres em função das variáveis sócio-demográficas: idade, estado civil, situação relacional, duração do compromisso, orientação sexual, nível educacional, número de filhos, idade dos filhos, onde vivem, religião e etnia.
3. Estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres.

6.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, comparativo e correlacional. Quantitativo porque está fortemente associada aos estudos experimentais e ao teste de hipóteses. Quando esta abordagem é aplicada assume-se uma perspectiva determinista e positivista segundo a qual o comportamento humano e as suas causas podem ser especificados de uma forma mais objectiva (D'Oliveira, 2005). De comparação entre grupos porque focam dois ou mais grupos, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não e os dados são recolhidos num único período de tempo (Pais Ribeiro, 1999). E correlacional uma vez que na investigação correlacional analisa-se as relações sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis tal como elas existem naturalmente (Pais Ribeiro, 1999).

6.3 Variáveis

As variáveis em estudo são:

1. Variável Independente – Condição da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.
2. Variável Dependente
 - a. Motivação para a actividade sexual
 - b. Factores sócio-demográficos
 - c. Satisfação relacional

6.4 Hipóteses

No âmbito do objectivo geral descrito no ponto 6.1, definem-se os objectivos da investigação e formula-se as respectivas hipóteses da seguinte forma:

H1: Esperam-se diferenças significativas quanto às motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres.

H2: Esperam-se diferenças significativas quanto às motivações para a actividade sexual nos três grupos de mulheres em função das variáveis sócio-demográficas idade, estado civil; situação relacional, duração do compromisso, orientação sexual, nível educacional, número de filhos, idade dos filhos, onde vivem, religião e etnia.

H3: Esperam-se diferenças na motivação para a actividade sexual em função da satisfação relacional nos três grupos de mulheres, no sentido em que a uma maior satisfação relacional corresponde a uma maior motivação para a actividade sexual.

6.5 Amostra

A população alvo deste estudo, são mulheres sexualmente saudáveis. A amostra é composta por 100 mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, 100 na perimenopausa e 100 mulheres que se encontram na fase da pós-menopausa. A selecção da amostra é feita através de entrevistas clínicas.

As mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa deverão estar no período total reprodutivo e com ciclos menstruais regulares e ter uma idade mínima de 20 anos porque o pico da fertilidade da mulher ocorre nos seus 20 anos tardios e diminui progressivamente até à menopausa (Soules et al., 2001).

As mulheres que se encontram na fase da perimenopausa serão recrutadas através dos hospitais com consulta de menopausa, controlando deste modo os níveis da hormona lutenizante e folículo estimulante. Esta fase é definida como o período imediatamente anterior à menopausa e os primeiros anos após o último período menstrual

As mulheres que se encontram na fase da pós-menopausa também são recrutadas através dos hospitais com consulta de menopausa. A ocorrência da menopausa deverá ter sido natural e são reconhecidas após 5 a 9 anos de amenorreia.

Os critérios de exclusão neste estudo são:

- Mulheres que apresentem doença psiquiátrica incapacitante, nomeadamente com diagnóstico de depressão.
- Mulheres que estejam usando psicofármacos ou outro tipo de medicação que interfira com o seu estado de consciência.
- Mulheres que fazem uso de qualquer tipo de droga ou uso abusivo de álcool.
- Gravidez.
- Ter problemas médicos graves que podem afectar o tempo de transição da menopausa ou as suas variáveis.
- Mulheres que fazem uso da contraceção oral (pílula).

6.6 Instrumentos

A avaliação será feita através de questionários anónimos de auto-resposta, que incluem: Questionário sobre aspectos relacionados com a saúde (Anexo A), Questionário de caracterização sócio-demográfica (Anexo B), o Female Sexual Function Index (FSFI) (Anexo C), o Cues for Sexual Desire Scale (CSDS) (Anexo D) e o Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Anexo E).

Questionário sobre aspectos relacionados com a saúde

Será aplicado num primeiro momento da avaliação como forma de rastreio, uma vez que têm questões que dizem respeito à saúde, assim como também as questões que fazem parte dos critérios de exclusão. É composto por 11 questões: Se está na menopausa; e se sim há quanto tempo; se está a efectuar Terapia de Substituição Hormonal; se já foi diagnosticada alguma doença do foro psicológico; se toma algum psicofármaco; se tem alguma doença grave; se faz uso de qualquer droga ou uso abusivo de álcool; se está grávida; se faz uso da contraceção oral (pílula); se fuma; e se pratica exercício físico).

Questionário de caracterização sócio-demográfica

É composto por 11 questões sendo estas referentes à: idade, estado civil, situação relacional, duração do compromisso, orientação sexual, nível educacional, número de filhos, idade dos filhos, onde vivem, religião e etnia.

Female Sexual Function Index¹ (FSFI) – Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D’Agostino J. R., 2000; Tradução e adaptação de Nobre, P., 2002.

O FSFI segundo Rosen e colaboradores (2000, cit. por Wiegel, Meston & Rosen, 2005) foi desenvolvido como um breve instrumento multidimensional de auto-relato para avaliar dimensões essenciais da função sexual nas mulheres. O questionário de adaptação para a população portuguesa é constituído por 20 questões. O questionário é constituído por questões sobre a actividade sexual nas últimas quatro semanas através de seis domínios: o interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual (dispareunia) (Hentschel, Alberton, Capp, Goldim & Passos, 2007).

É fácil de administrar e tem demonstrado capacidade para discriminar entre populações clínicas e não clínicas. O questionário descrito foi concebido e validado para a avaliação da função sexual feminina e da qualidade de vida em ensaios clínicos ou estudos epidemiológicos. Globalmente o coeficiente de confiabilidade teste-reteste foi elevado para

¹ Artido do estudo de validação empírica para a população Portuguesa em preparação.

cada uma dos domínios ($r = 0,79$ a $0,86$) e para a escala total ($r = 0,88$). Um elevado grau de consistência interna também foi observada (alfa de Cronbach de $0,82$ e valores mais elevados) (Rose et al., 2000). Este instrumento permite calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual (Nobre, 2006).

O FSFI têm-se mostrado confiável para discriminar entre mulheres com e sem perturbação de excitação sexual feminina e para as mulheres com perturbação de orgasmo feminino e desejo sexual hipoactivo (Meston, 2003).

Cues for Sexual Desire Scale² (CSDS) – McCall, K., & Meston, C., 2006; Tradução e adaptação de Carvalheira, A., & Leal, I., 2008.

O CSDS é usado para avaliar pistas associadas com o desejo sexual. É composto por 40 itens divididos em quatro factores analíticos de sub escalas: pistas de amor/ ligação emocional (10 itens), pistas eróticas/ explícitas (10 itens), pistas visuais / de proximidade (10 itens) e pistas românticas / implícitas (10 itens) (McCall & Meston, 2007).

Os 40 itens estão listados através de um questionário de formato convencional em que cada item é apresentado como uma breve declaração descritiva em que os inquiridos classificam a probabilidade de que um determinado item faz desejar a actividade sexual. As escolhas de resposta são de 5 pontos numa escala de Likert, com um intervalo de escala que são: Improvável (1), um pouco provável (2), moderadamente provável (3), Muito provavelmente (4), e extremamente provável (5). O CSDS demonstra boa confiabilidade (Alfa de Cronbach = $0,78-0,93$), validade e é capaz de detectar diferenças significativas entre as mulheres com e sem perturbação de desejo sexual hipoactivo (McCall & Meston, 2007).

Dyadic Adjustment Scale (DAS) – Spanier, G., 1976; Tradução de Tavares, L., 1990.

A DAS é uma escala constituída por 32 itens, essencialmente vocacionados para a avaliação da qualidade da interacção do casal em contextos não sexuais. A escala revela um nível de compreensibilidade bastante amplo e é fácil e rapidamente administrável (Nobre, 2006). A escala é distribuída por quatro sub-escalas que avaliam quatro aspectos da relação:

² Artigo do estudo de validação empírica para a população Portuguesa em preparação.

Satisfação, coesão, consenso e expressão emocional. Um resultado elevado significa melhor relacionamento da díada (Pereira & Ferreira, 2006).

É uma escala que pode ser utilizado tanto como uma medida de resumo, utilizando a pontuação total e, como uma medida dos elementos distintos de ajustamento marital usando as sub-escalas separadamente (Spanier, 1976, 1979; Spanier & Thompson, 1982; cit. por Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995). Os itens são pontuados de 0-1; 0-4; 0-5; 0-6, sendo que o total da pontuação varia entre 0 e 151 pontos. O valor final obtido (transformado em percentagem) vai indicar a satisfação/insatisfação em relação ao relacionamento conjugal sendo que, quanto mais elevado for o perfil obtido, melhor será o relacionamento conjugal (Ramos & Patrão, 2005).

A DAS constitui a escala de ajustamento relacional mais utilizada na prática clínica e em estudos empíricos na área da sexualidade (Nobre, 2006).

6.7 Procedimentos

Deverá ser escrita uma carta dirigida aos Hospitais (Anexo F) da zona de Lisboa, Barreiro e Almada que têm consulta de Menopausa, conforme tabela 1. Os hospitais são: Hospital Garcia da Orta (Almada), Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro), Hospital D. Estefânia (Lisboa), Hospital Santa Maria (Lisboa), Hospital São Francisco Xavier (Lisboa) e Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa). O Hospital Egas Moniz (Lisboa), não será inserido neste estudo porque não têm consulta de Menopausa nas suas instalações e todas as pacientes deste hospital são reencaminhadas para o Hospital São Francisco Xavier (Lisboa).

Tab.1: Dia da consulta de menopausa nos hospitais.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Hospital Garcia da Orta (Almada)				Manhã/Tarde	
Hospital Nossa Sr. do Rosário (Barreiro)		Tarde	Tarde		
Hospital D. Estefânia (Lisboa)	Manhã/Tarde	Manhã/Tarde			
Hospital Santa Maria (Lisboa)	Manhã	Manhã			Manhã
Hospital São Francisco Xavier (Lisboa)				Manhã/Tarde	
Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa)				Manhã	Manhã

A carta tem o intuito de explicar o objectivo da investigação e de solicitar ajuda ao hospital para facultar o acesso às mulheres que estão na fase da perimenopausa e pós-menopausa, assim como uma sala do hospital, de modo a que as entrevistas possam ser realizadas nessas instalações.

As participantes que pertencem ao grupo das mulheres na fase da pré-menopausa serão recrutadas nos próprios locais de trabalho e nas suas residências.

A população-alvo que aceitar participar na pesquisa deve ser abordada individualmente e explicado o objectivo do estudo e afins (sigilo, confidencialidade dos dados, etc.), assim como também devem assinar um formulário de consentimento informado (Anexo G) para participação no estudo.

Será realizada uma entrevista clínica com todos os participantes em que será aplicada num primeiro momento o questionário de aspectos de saúde relacionados com a menopausa como forma de rastreio, uma vez que têm questões que dizem respeito à saúde e também será aplicado o questionário FSFI com o objectivo de garantir uma amostra normativa de mulheres saudáveis.

Todos os locais escolhidos pelo investigador deve proporcionar privacidade e permitir que as participantes do estudo respondam às questões sem serem incomodadas. O tempo de preenchimento dos questionários não deverá ultrapassar os 45 minutos e o investigador estará presente durante o preenchimento do questionário com o objectivo de esclarecer quaisquer dúvidas que as participantes possam ter.

Capítulo VII – Considerações Finais

Este estudo teve como objectivo procurar as diferenças na motivação para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa, e pós-menopausa, analisar e comparar as motivações para a actividade sexual em função das variáveis sócio-demográficas e estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres.

O presente trabalho foi precedido de uma revisão de literatura, que procurou abordar nos capítulos da parte teórica, a pertinência do estudo, os conhecimentos sobre as teorias e sobre a população alvo, enquanto que na parte prática foi caracterizado o projecto de investigação.

Este estudo torna-se de extrema importância para a Psicologia da Saúde e para a Sexualidade Feminina porque a menopausa têm repercussões na vida da mulher e muitas das respostas que se possa obter com esta investigação, vai com certeza ajudar esta população quer a nível físico, emocional e psíquico; compreender melhor esta população e a sua motivação para a actividade sexual, levando a uma melhor previsão do comportamento sexual; e desta forma melhorar a qualidade de vida, assim como também a sua relação conjugal.

As possíveis limitações que este estudo possa apresentar prendem por não haver controlo das variáveis hormonais e pelo facto dos artigos de validação empírica para a população Portuguesa dos instrumentos FSFI e CSDS ainda estarem a ser preparados.

Aproveitamos também para efectuar um último comentário relativo a este estudo uma vez que se trata de um dos primeiros realizados no âmbito da Psicologia da Saúde e da Sexualidade Feminina, sendo portanto, um ponto de partida para futuros estudos com esta população.

Capítulo VIII – Referências

- Aldrighi, J. M., Alecrin, I. N., Oliveira, P. R., & Shinomata, H. O. (2005). Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Rev Assoc Med Brás*, 51, 51-53.
- Althof, S. E., Rosen, R. C., Derogatis, L., Corty, E., Quirk, F., & Symonds, T. (2005). Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 153-166.
- Amore, M., Donato, P. D., Berti, A., Palareti, A., Chirico, C., Papalini, A., & Zucchini, S. (2006). Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas*, 1-9.
- Anderson, D., Yoshizawa, T., Gollschewski, S., Atogami, F., & Courtney, M. (2004). Relationship between menopausal symptoms and menopausal status in Australian and Japanese women: Preliminary analysis. *Nursing & Health Sciences*, 6, 173-180.
- Anders, S. M., Chernick, A. B., Chernick, B. A., Hampson, E., & Fisher, W. A. (2005). Preliminary Clinical Experience with Androgen administration for Pre- and Postmenopausal Women with Hypoactive Sexual Desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 173-185.
- Antunes, A. B. (1999). Tratamento hormonal de substituição e sexualidade na menopausa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 121-124.
- Appolinário, J. C., Meirelles, R. M. R., Coutinho, W., & Póvoa, L. C. (2001). Associação Entre Traços de Personalidade e Sintomas Depressivos em Mulheres com Síndrome do Climatério. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 45, 383-389.
- Araújo, L. S. F. (2007). *Estudo da relação dos níveis de ansiedade, depressão e stress na sintomatologia climatérica* (Monografia de licenciatura). Lisboa: Universidade Independente.

- Arhp. (2008) What you need to Know: Female sexual response. Consultado em 3 de Novembro de 2008 através de <http://www.arhp.org/factsheets>
- Bancroft, J. (2005). Alfred Kinsey's work 50 years on. *Ssh*, 1-18.
- Basson, R. (1999). Androgen replacement for women. *Can Fam Physician*, 45, 2100-2107.
- Basson, R. (2000). The Female sexual Response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Basson, R. (2001a). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 395-403.
- Basson, R. (2001b). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 33-43.
- Basson, R. (2002a). Female sexual dysfunctions – the new models. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 2, 267-270.
- Basson, R. (2002b). Women's sexual desire—disordered or misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 17 – 28.
- Basson, R. (2002c). A Model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 1 – 10.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ*, 10, 1327-1333.
- Basson, R. (2006). The complexities of women's sexuality and the menopause transition. *Menopause*, 13, 853-855.
- Basson, R. (2007). Hormones and sexuality: Current complexities and future directions. *Maturitas*, 57, 66-70.

- Basson, R. (2008). Review – Women’s sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, 20, 466-478.
- Basson, R., Brotto, L., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. (2005) Assessment and Management of women’s sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *Journal of Sex Medicine*, 2, 291-300.
- Basson, R., MCInnes, R., Smith, M. D., Hodgson, G., & Koppiker, N. (2002). Efficacy and Safety of Sildenafil Citrate in Women with Sexual Dysfunction Associated with Female Sexual Arousal Disorder. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine*, 11, 367-377.
- Bean, J. L. (2002). Expressions of Female Sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 29–38.
- Biffi, E. F. A. (2003). *Saúde Mental e Climatério na Perspectiva de Mulheres Profissionais de Saúde* (Tese de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica). Ribeirão Preto.
- Binfa, L., Castelo-Branco, C., Blümel, J. E., Cancelo, M. J., Bonilla, H., Muñoz, I., Vergara, V., Izaguirre, H., Sarrá, S., & Ríos, R. V. (2004) Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas*, 48, 425 -431.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blümel, J. E. M., Castelo-Branco, C., Cancelo, M. J., Córdova, A. T., Binfa, L. E., Bonilla, H. G., Muñoz, I. G., Vergara, V. G., & Sarrá, S. C. (2004). Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas*, 49, 205-210.
- Borges, A. L. V. (2007). Relações de género e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm*, 41, 597-604.

- Both, S., & Everaerd, W. (2002). Comment on The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 11 – 15.
- Brewer, S. (1999). *Menopausa*. Barcarena: Editorial Presença.
- Brotto, L. A., & Luria, M. (2008). Menopause, Aging, and Sexual Response in Women. In: Rowland, D. L., & Incrocci, L. (Eds.). *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders*. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, pp. 251-283.
- Bulcão, C. B., Carange, E., Carvalhos, H. P., Ferreira-França, J. B., Kligerman-Antunes, J., Backes, J., Landi, L. C. M., Lopes, M. C., Santos, R. B. M., & Sholl-Franco, A. (2004). Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciência e cognição*, 1, 54-75.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 289-308.
- Buss, D. M. (2003). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual Strategies Theory: An Evolutionary Perspective on Human Mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
- Cabete, D. G., Cavaleiro, A. M. & Pinteus, M. T. (2003). Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2, 195-200.
- Cain, V. S., Johannes, C. B., Avis, N. E., Mohr, B., Schocken, M., Skurnick, J., & Ory, M. (2003). Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*, 40, 266-76.

- Callegari, C., Buttarelli, M., Cromi, A., Diurni, M., Salvaggio, F., & Bolis, P. F. (2006). Female psychopathologic profile during menopausal transition: A preliminary study. *Maturitas (in press)*, 1-5.
- Campos, H. H., Bittencourt, L. R. A., Haidar, M. A. Tufik, S., & Baracat, E. C. (2005) Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27, 731-736.
- Castelo-Branco, C., Palacios, S., Calaf, J., Vazquez, F., & Lanchares, J. L. (2005) Available medical choices for the management of menopause. *Maturitas*, 52, 61 – 70.
- Cavalcanti A. L. (2006). *Efeitos do citrato de sildenafila na circulação do clítoris e mulheres na pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por Doppler* (Tese de Doutorado Obstetrícia e Ginecologia) São Paulo.
- Chedraui, P., Hidalgo, L., Chavez, D., Morocho, N., Alvarado, M., & Huc, A. (2006). Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas, (In Press)*, 1-9.
- Cheng, M., Wang, S., Wang, P., & Fuh, J. (2005). Attitudes toward menopause among middle-aged women: A community survey in an island of Taiwan. *Maturitas*, 52, 348 – 355.
- Chivers, M. L. (2005). Leading comment: a brief review and discussion of sex differences in the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 377-390.
- Davis, S. R., Guay, A. T., Shifren, J. L., & Mazer, N. A. (2004). Endocrine Aspects of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1, 82-86.
- Demétrio F. N. & Filho, H. G. (2000). Efeito da terapia de reposição estrogénica no humor em mulheres em mulheres menopausadas. *Revista de psiquiátrica clínica*, 32.

- Dennerstein, L. (2003). The sexual impact of Menopause. In S. B. Levine (Ed.). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (pp.187-198). New York: Brunner-Routledge.
- Dennerstein, L., & Alexander, J. L. (2003). The Menopause and Sexual Functioning: A Review of the Population-Based Studies. *Annu Rev Sex Res, 14*, 64-82.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility, 76*, 456-460.
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. (2006). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *Journal of Sexual Medicine, 3*, 212-222.
- Dennerstein, L., Randolph, J., Taffe, J., Dudley, E., & Burger, H. (2002). Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertility and Sterility, 77*, 42-48.
- Dennerstein, L., & Soares, C. (2007). *The Unique Challenges of Managing Depression in Mid-Life Women*. Melbourne: WPA International Congress.
- Dias, M. D., Duque, A. F., Silva, M. G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica, 3*, 463-473.
- D'Oliveira, T. (2005). *Teses e dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Elsabagh, S., Hartley, D. E., & File, S. E. (2006). Cognitive function in late versus early postmenopausal stage. *Maturitas, (In press)*, 1-10.
- Esper, E. M. B. (2005). *O climatério na contemporaneidade* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Evi, S., Pekkarinen, T., Sintonen, H., Tiitinen, A., & Valimaki, M. J. (2006). The effect of hormone therapy on the health-related quality of life in elderly women. *Maturitas*, (In press), 1-7.
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *In Psicologia*, 19, 13-17.
- Fagulha, T. & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de Menopausa e Depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sócio-demográficas. *In Psicologia*, 19, 19-38.
- Favoratto, M.E.C.S. (2000). *A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida* (Tese de Mestrado Saúde-Materno Infantil). São Paulo.
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7, 143-150.
- Ferrer, J., Neyro, J. L., & Estevez, A. (2005) Identification of risk factors for prevention and early diagnosis of a-symptomatic post-menopausal women. *Maturitas*, 52, 7-22.
- Fielder, K. V., & Kurpius, S. E. R. (2005). Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys. *Psicologia*, 19, 87-106.
- Fonseca, A. M., Cavalcanti, A. L., Bagnoli, V. R., Paixão, J. S., Pentead, S. R. L., Cardoso, E. B., & Baracat, E. C. (2008). Efeitos do valerato de estradiol associado ao acetato de ciproterona em alguns parâmetros clínicos e da sexualidade em mulheres na pós-menopausa. *Einstein*, 6, 170-174.
- Frackiewicz, E. J., & Cutler, N. R. (2000). Women's Health Care During the Perimenopause. *J Am Pharm Assoc*, 40, 800-811.

- França A. P. (2003). *Estado Nutricional e Risco de Doença Cardiovascular de mulheres no climatério atendidas em um ambulatório da cidade de São Paulo* (Tese de Mestrado). São Paulo.
- Gonçalves, R. (2005). *Vivenciando o Climatério: O corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia* (Tese de Doutorado). São Paulo.
- Gozzo, T. O., Fustinoni, S. M., Barbieri, M., Roehr, W. M., & Freitas, I. A. (2000). Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. *Rev.latino-am.enfermagem*, 8, p.84-90.
- Green, J. G., & Holte, H. A. (1998). Methodological issues in menopause research. *Maturitas*, 29, 3-4.
- Gregersen, N., Jensen, P. T., & Giraldo, A. G. E. (2006) Sexual dysfunction in the peri- and postmenopause. *Dan Med Bull*, 53, 349-353.
- Greiling, G., & Buss, D. M. (2000) Women's sexual strategies: the hidden dimension of extra-pair mating. *Personality and Individual Differences*, 28, 929-963.
- Guay, A. T. (2001). Decreased Testosterone in Regularly Menstruating Women with Decreased Libido: A Clinical Observation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 513 – 519.
- Guay, A. T. & Jacobson, J. (2002). Decreased Free Testosterone and Dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S) Levels in Women with Decreased Libido. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 129-142.
- Harlow, B. L., Wise, L. A., Otto, M. W., Soares, C. N & Cohen, L. S. (2003). Depression and its influence on reproductive endocrine and menstrual cycle markers associated with perimenopause. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 29-36.

- Hatfield, E., Sprecher, S., Pillemer, J. T., Greenberger, D., & Wexler, P. (1988). Gender differences in what is desired in the sexual relationship. *Journal of Psychological & Human Sexuality, 1*, 39-52.
- Hentschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007) Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em Língua Portuguesa. *Rev. HCPA, 27*, 10-14.
- Hill, C. A., & Preston, L. K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: theory and measurement of dispositional sexual motives. *The Journal of Sex Research, 33*, 27-45.
- Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas, 54*, 245-251.
- Jokinen, K., Rautava, P., Makinen, J., Ojanlatva, A., Sundell, J., & Helenius, H. (2003). Experience of climacteric symptoms among 42-46 and 52-56-year-old women. *Maturitas 46*, 199-205.
- Jones, R. C. M., Keene, M., & Greene F. R. (1999). The Middle Years Group: a holistic approach to the management of the menopause in primary care. *Maturitas, 33*, 95-98.
- Kakkar, V., Kaur, D., Chopra K., Kaur, A., & Kaur I. P. (2007). Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas 62*.
- Kingsberg, S. (2007). Testosterone Treatment for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 227-234.

- Knight, R. H. (2003). How Alfred C. Kinsey's Sex Studies Have Harmed Women and Children. *Culture & Family Institute*, 1-3.
- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D., & Carey, M. (2005). Feeling Frumpy: The Relationships Between Body Image and Sexual Response Changes in Midlife Women. *The Journal of Sex Research*, 42, 215 – 223.
- Lam, P. M., Leung, T. N., Haines, C., Kwok, T., & Chung, H. (2003). Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-/60 years. *Maturitas*, 45, 99-107.
- Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Leigh, B. C. (1989). Reasons for having and avoiding sex: gender, sexual orientation, and relationship to sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 26, 199-209.
- Lins, A. P. M., & Sichieri, R. (2001). Influência da Menopausa no Índice de Massa Corporal. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 45, 265-270.
- Loh, F., Khin, L., Saw, S., Lee, J. J. M., & Gu, K. (2005). The age of menopause and the menopause transition in a multiracial population: a nation-wide Singapore study. *Maturitas*, 52, 169-180.
- Lopes, G. (2004). Sexualidade no climatério. *Revista Psiquiatria Clínica*, 30.
- Lorenzi, D. R. S., Danelon, C., Saciloto, B., & Padilha, I. (2005). Factores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 27, 12-19.
- Lorenzi, D.R.S. & Saciloto B. (2006). Frequência da actividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Brás*, 52, 256-60.
- Loyola, M. A. (2003). Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, 19, 875-899.

- Machado, M. A. M. P., Aldrighi, J. M., & Ferreira, L. P. (2005). Os sentidos atribuídos à voz por mulheres após a menopausa. *Rev Saúde Pública*, 39, 261-269.
- Malacara, J. M., Cetina, T. M., Bassol, S., Gonzalez, N., Cacique, L., Vera-Ramirez, M. L., & Nava, L. E. (2002). Symptoms at pre- and postmenopause in rural and urban women from three States of Mexico. *Maturitas*, 43, 11-19.
- Marinho, R. M., Fernandes C. E., Wehba S., Pinto, A. M., & Baracat, E. C. (2001). Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Atenção Primária e Terapia de Reposição Hormonal no Climatério. *Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*.
- Matarazzo, J. D. (1982) Behavior health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F. & Canha, L. (1998). A saúde dos adolescentes de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Consultado em 15 Fevereiro 2007 através de http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Brochura_Lisboa.pdf
- Mattar, C. N., Chong, Y. S., Su, L. L., Agarwal, A. A., Wong, P., & Choolani, M. (2008). Care of Women in Menopause: Sexual Function, Dysfunction and Therapeutic Modalities. *Ann Acad Med Singapore*, 37, 215-223.
- Mattews, K. A. (1992). Myths and Realities of the Menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54, 1-9.
- McCall, K., & Meston, C. (2006). Cues Resulting in Desire for Sexual Activity in Women. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 838 – 852.
- McCall, K., & Meston, C. (2007). Differences between Pré and Postmenopausal Women in Cues for Sexual Desire. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 364-371.

- Melby, M. K. (2005). Factor analysis of climacteric symptoms in Japan. *Maturitas*, 52, 205 – 222.
- Mendes, M. S. (2005). *Prevalência Sintomatologia depressiva em adultos residentes no concelho de Palmela: Um estudo Epidemiológico* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Mendonça, E. A. P. (2004). Representações médicas e de género na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 751-762.
- Meston, C. M. (2003). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 39-46.
- Meston, C. M., & Buss, D. M. (2007). Why Humans Have Sex. *Arch Sex Behav*, 36, 477 – 507.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004) Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 177-187.
- Netto, F. S. R., Fantini, L., Tagliati, J., & Junior, J. M. N. (s.d). *Actividade física e osteoporose: proposta de intervenção e de actuação da educação física*. Artigo de Revisão, Pós-Graduação em Fisiologia do Exercício e Avaliação Morfo-funcional- Universidade Gama Filho.
- Nievas, A. F. (2005). *Depressão em Mulheres no climatérico* (Tese de Pós Graduação). Ribeirão Preto.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, D. M. O., Jesus, M. C. P., & Merighi, M. A. B. (2008). Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. *Florianópolis, 17*, 519-26.
- Organización Mundial de la Salud. (1996) *Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. (Serie de Informes Técnicos 866).
- Ott, M. A., Millstein, S. G., Ofner, S., & Halpern-Felsher, B. M. (2006). Greater Expectations: Adolescents' Positive Motivations for Sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*, 84-89.
- Ozturk, O., Eraslan, D., Mete, H. E., & Ozsener, S. (2006). The risk factors and symptomatology of perimenopausal depression. *Maturitas, 55*, 180-186.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Pais Ribeiro, J. L. & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças, 6*, 191-202.
- Palacios S., Tobar, A. C., & Menendez, C., (2002). Sexuality in the climacteric years. *Maturitas 43*, 69-77.

- Pedro, A. O., Pinto-Neto, A. M., Costa-Paiva, L. H. C., Osis, M. J. B., & Hardy, E. E. (2003). Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. *Rev Saúde Pública*, 37, 735-742.
- Penteado, S. R. L., Fonseca, A. M., Bagnoli, V. R., Assis, J. S., & Pinotti, J. A. (2004). Avaliação da capacidade orgástica em mulheres na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Brás*, 50, 444-450.
- Pereira, M. G. & Ferreira, J. M. (2006). Variáveis Psicossociais e Traumatização Secundária em mulheres de Ex-combatentes da Guerra Colonial. In P. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. L. Pires (Eds.). *Stress pós-traumático: Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.37-49). Leiria: Editorial Presença.
- Pfaus, J. G. (1999). Revisiting the concept of sexual motivation. *Annual Rev of Sex Res*, 10, 120-57.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 3, 455-466.
- Polit, D. F., & Larqcco, S. A. (1980). Social and Psychological Correlates of Menopausal Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 42, 335-345.
- Polonsky, D. C. (2001). Sexuality in Women. *Harvard Rev Psychiatry*, 9, 310 – 317.
- Queiroz, M. V. (1998). *Osteoporose*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Reyna, E. E. M. (2004). La Menopausia y el climatério: lo que las mujeres dicen. *Caleidoscopio*, 8, 1-16.

- Reynolds, F. (1999). Some relationships between perceived control and women's reported coping strategies for menopausal hot flushes. *Maturitas*, 32, 25-32.
- Reynolds, F. (2000). Relationships between catastrophic thoughts, perceived control and distress during menopausal hot flushes: exploring the correlates of a questionnaire measure. *Maturitas*, 36, 113-122.
- Reynolds, F. (2002). Exploring self-image during hot flushes using a semantic differential scale: associations between poor self-image, depression, flush frequency and flush distress. *Maturitas*, 42, 201 – 207.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino JR, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Sarrel, P. M. (2000). Effects of Hormone Replacement Therapy on Sexual Psychophysiology and Behavior in Postmenopause. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9, 25-32.
- Scepkowski, L. A., Georgescu, M., & Pfaus, J. G. (2006) Neuroendocrine factors in sexual desire and motivation. In L. Goldstein, C. Meston, K. Davi & A. Traish (Eds.) *Women's Sexual Function and Dysfunction* (pp. 159-167). Londres: Taylor and Francis.
- Schmitt, D. P. (2004). Patterns and universals of mate poaching across 53 nations: The effects of sex, culture, and personality on romantically attracting another person. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 560 – 584.
- Schmitt, D. P., & Buss, D. M. (2001). Human mate poaching: Tactics and temptations for infiltrating existing relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 894 – 917.

- Sclowitz, I. K. T., Santos, I. S., & Silveira, M. F. (2005). Prevalência e factores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. *Cad. Saúde Pública*, 21, 469 - 481.
- Sena, T. (2007). *Os Relatórios Kinsey, Masters & Johnson, Hite: as sexualidades estatísticas em uma perspectiva das Ciências Humanas* (Tese de Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sena, T (2008). Os relatórios Shere Hite: Sexualidades, Gênero e os Discursos Confessionais. *Florianópolis*, 1-6.
- Silva, L. F. (1999). Saúde das mulheres: O Gênero, Determinante Cultural de Saúde. *Arquivos de medicina*, 13, 31-34.
- Silva, M. F. G. (2004). *Alterações Cognitivas em mulheres com quadros depressivos na perimenopausa: o efeito da terapia de reposição hormonal com o estradiol transdérmico* (Tese de doutorado). São Paulo: Fisiopatologia Experimental.
- Silva, R. B., Costa-Paiva, L., Neto, A. M. P., Braga, A. A., & Morais, S. S. (2006). Actividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Brás*, 52, 242-246.
- Soares, C. N. (2006) Insónia na menopausa e perimenopausa: características clínicas e opções terapêuticas. *Rev. Psiq. Clín.*, 33, 103-109.
- Soares, C. N., & Almeida, O. P. (2000). Associação entre depressão na perimenopausa e níveis séricos de estradiol e hormônio folículo-estimulante. *Rev Bras Psiquiatr*, 22, 17-21.
- Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2001). The perimenopause, depressive disorders, and hormonal variability. *Rev Paul Med*, 119, 78-83.

- Sommer, B., Avis, N., Meyer, O., Ory, M., Madden, T., Kagawa-Singer, M., Mouton, C., Rasor, N. O., & Adler, S. (1999). Attitudes Toward Menopause and Aging Across Ethnic/Racial Groups. *Psychosomatic Medicine*, 61, 868 – 875.
- Soules, M., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Executive Summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (Straw). *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10, 843-848.
- Sousa, R. L., Sousa, E. S. S., Silva, J. C. B., & Filizola, R. G. (2000). Fidedignidade do Teste-reteste na Aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. *RBGO*, 22, 481-487.
- Sociedade Portuguesa de Menopausa (2006) - Press Release para o Dia Mundial da Menopausa. Consultado em 7 de Novembro de 2008 através de <http://www.spmenopausa.pt/>
- Teixeira, J. A. C. (1992a). Psicologia da Saúde – Estado actual e perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, 2, 149-157.
- Teixeira, J. A. C. (1992b). Psicologia da Saúde no ISPA. *Análise Psicológica*, 2, 252-259.
- Teixeira, J. A. C. & Trindade, I. (1994). Psicologia da Saúde nos cuidados Primários. *Análise Psicológica*, 23, 345-348.
- Veras, A. B., & Nardi, A. E. (2005). Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J.bras.psiqiatr*, 54, 57 – 68.
- Vigeta S.M.G., & Brêtas, A. (2004). A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad. Saúde Pública*, 20, 1682-1689.

- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 1-20.
- Wygoda, M. M., Filippo Jr., R. B., Gomes, M. A. S., & Clapauch, R. (1999). Monitorizando a Terapia de Reposição Estrogênica (TRE) na Menopausa. *Arq Brás Endocrinol Metab, 43*, 336-343.
- Wylie, K., Daines, B., Jannini, E. A., Jones, R. H., Boul, L., Wilson, L. Athanasiadis, L., Brewster, M., & Kristensen, E. (2007). Loss os Sexual Desire in the Postmenopausal woman. *Journal of Sex & Marital Therapy, 4*, 395-405.
- Zahar, S. E. V., Aldrighi, J. M., Neto, A. M. P., Conde, D. M., Zahar, L. O., & Russomano, F. (2005). Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Brás, 51*, 133-138.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo A – Questionário de aspectos de saúde relacionados com a
menopausa

1. **Está na Menopausa?** Sim Não

2. **Se sim, há quanto tempo tem esse diagnóstico?**

Há pelo menos 1 ano

Entre 1 e 5 anos

Há mais de 5 anos

3. **Encontra-se a efectuar Terapia de Substituição Hormonal?**

Sim Não

4. **Tem alguma doença do foro psicológico que lhe tenha sido diagnosticada?**

Sim Não

Se sim, diga qual e há quanto tempo?

5. **Toma algum psicofármaco (ex. anti-depressivos)?**

Sim Não

Se sim, diga qual e há quanto tempo?

6. **Tem alguma doença grave que lhe tenha sido diagnosticada?**

Sim Não

Se sim, diga qual e há quanto tempo?

7. **Faz uso de qualquer tipo de droga ou uso abusivo de álcool?**

Sim Não

Se sim, diga qual e há quanto tempo?

8. **Está grávida?** Sim Não

9. Faz uso de contracepção oral (pílula)?

Sim Não

10. Fuma?

Sim

Não

Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____

11. Pratica Exercício Físico?

Sim

Não

Se sim, diga qual e quantas vezes por semana _____

Anexo B – Questionário de caracterização sócio-demográfico

1. Idade _____

2. Estado Civil:

Solteira Casada União de facto

Divorciada Viúva

3. Situação relacional (para além do estado civil):

Com relação de compromisso Sem relação de compromisso

4. Duração do compromisso:

Com parceiro sexual _____ Sem parceiro sexual _____

5. Orientação Sexual:

Heterossexual

Homossexual

Outra

6. Nível Educacional

1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (6º ano)

3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

7. Têm filhos: Sim Não

8. Idade dos filhos: _____

9. Onde vivem: _____

Casa dos pais

Casa própria

Outro Qual? _____

10. Religião:

Sem religião

Católica praticante

Católica não praticante

Outra Qual? _____ É praticante? Sim Não

11. Etnia:

Caucasiana

Asiática

Negra

Cigana

Outra Qual? _____

Anexo C – Female Sexual Function Index (FSFI)

**ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI; Rosen et al., 2000;
tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Com que frequência a contracção dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pênis durante qualquer relação sexual?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

Anexo D – Cues for Sexual Desire Scale (CSDS)

Escala de Desencadeadores do Desejo Sexual (McCall & Meston, 2006; Tradução e adaptação de Carvalheira, A., & Leal, I., 2008)

Use a escala para indicar a probabilidade de cada um dos factores a levar a desejar ter actividade sexual.

1	2	3	4	5
Nada provável	Algo provável	Moderadamente provável	Muito provável	Extremamente provável

1	Ter um sentimento de amor pelo parceiro	1	2	3	4	5
2	Ter um sentimento de segurança na relação	1	2	3	4	5
3	Sentir apoio e suporte do parceiro	1	2	3	4	5
4	O parceiro faz alguma coisa especial ou amorosa	1	2	3	4	5
5	Sentir o parceiro comprometido	1	2	3	4	5
6	O parceiro mostra interesse em saber de si	1	2	3	4	5
7	Falar do futuro com o parceiro	1	2	3	4	5
8	Sentir-se protegido pelo parceiro	1	2	3	4	5
9	Sentir proximidade emocional com o parceiro	1	2	3	4	5
10	Sentir-se protector do parceiro	1	2	3	4	5
11	Ver um filme erótico	1	2	3	4	5
12	Ler sobre actividade sexual (por exemplo, revistas)	1	2	3	4	5
13	Observar ou ouvir outras pessoas a terem sexo	1	2	3	4	5
14	Conversar sobre sexo	1	2	3	4	5
15	Ver um strip-tease	1	2	3	4	5
16	Sensação de estar “molhada”, lubrificada ou do parceiro com erecção	1	2	3	4	5
17	Pedir ou antecipar actividade sexual	1	2	3	4	5
18	Ouvir o parceiro dizer-lhe que tem fantasias consigo	1	2	3	4	5
19	Ter uma fantasia sexual (a dormir ou acordada)	1	2	3	4	5
20	Perceber sensações genitais (de calor ou “molhada”)	1	2	3	4	5
21	Ver alguém bem vestido ou “com classe”	1	2	3	4	5
22	Ver ou falar com alguém poderoso	1	2	3	4	5
23	Estar próximo de pessoas atraentes	1	2	3	4	5
24	Ver ou falar com alguém famoso	1	2	3	4	5
25	Ver um corpo bem tonificado	1	2	3	4	5
26	Ver ou falar com alguém rico	1	2	3	4	5
27	Observar alguém a praticar uma actividade física	1	2	3	4	5
28	Ver alguém agir com confiança	1	2	3	4	5
29	Ver ou falar com alguém inteligente	1	2	3	4	5
30	Flertar com alguém ou alguém flertar consigo	1	2	3	4	5
31	Segredar ao ouvido do parceiro ou vice-versa	1	2	3	4	5
32	Dançar agarrado	1	2	3	4	5
33	Assistir ao pôr-do-sol	1	2	3	4	5
34	Ter um jantar romântico com o parceiro	1	2	3	4	5
35	Ver um filme romântico	1	2	3	4	5
36	Estar numa sauna	1	2	3	4	5
37	Tocar no rosto ou no cabelo do parceiro	1	2	3	4	5
38	Dar ou receber uma massagem	1	2	3	4	5
39	Rir com um parceiro romântico	1	2	3	4	5
40	Sentir determinados cheiros (perfumes, aftershaves...)	1	2	3	4	5

Anexo E – Dyadic Adjustment Scale (DAS)

DYADIC ADJUSTMENT SCALE (DAS; Spanier, G. B., 1976; Tradução portuguesa de Tavares, L., 1990)

Muitas pessoas têm divergências nas suas relações. Por favor, indique no quadro abaixo o valor aproximado de acordo e desacordo entre si e o seu marido ou companheiro por cada uma das alíneas da lista seguinte:

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Por vezes em desacordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
1. Finanças familiares						
2. Formas de abstracção						
3. Assuntos religiosos						
4. Demonstrações de afecto						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Comportamentos sociais adequados ou convencionais						
8. Filosofia de vida						
9. Relações com pais ou sogros						
10. Intenções, objectivos e coisas que se crêem importantes						
11. Tempo que passam juntos						
12. Tomada de decisões importantes para o casal						
13. Tarefas domésticas						
14. Tempo de actividades de lazer						
15. Decisões profissionais						

	Sempre	A maior parte do tempo	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Com que frequência discutem ou consideram o divórcio ou fim da relação?						
17. Com que frequência você ou o seu par saem de casa após uma discussão?						
18. Geralmente com que frequência pensa que a relação com o seu par vai bem?						
19. Confia no seu par?						
20. Alguma vez se arrependeu de ter casado ou de viver junto?						
21. Com que frequência você e o seu cônjuge, companheiro(a) discutem?						
22. Com que frequência implicam um com o outro?						

	Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
23. Costuma beijar o seu par?					

	Todos	A maior parte	Alguns	Poucos	Nenhum
24. Você e o seu cônjuge tomam parte em interesses exteriores comuns?					

Com que frequência diria que os seguintes acontecimentos ocorrem entre os dois?

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma/duas vezes/ mês	Uma/duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais frequentemente
25. Têm uma troca de ideias proveitosa						
26. Riem juntos						
27. Discutem algo calmamente						
28. Trabalham juntos num projecto						

Existem assuntos acerca dos quais os casais às vezes concordam e por vezes discordam. Indique se alguma das alíneas abaixo apontadas causou diferenças de opinião ou foram problemas na vossa relação durante as duas últimas semanas.

(Responda Sim ou Não)

	Sim	Não	
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estar demasiado cansado para ter relações sexuais
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não demonstrar amor

31. As marcas na linha abaixo representam, diferentes graus de felicidade na vossa relação. A marca média “feliz” representa o grau de felicidade da maioria das relações.

Por favor, faça um círculo à volta da marca que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas na vossa relação.



32. Qual das seguintes declarações melhor descreve o seu sentimento em relação ao futuro da vossa relação?

Eu quero desesperadamente que a minha relação resulte e irei até onde for necessário para que isso aconteça.

Eu quero muito que a minha relação resulte e farei tudo o que eu puder para que isto aconteça

Eu quero muito que a minha relação resulte e farei a minha parte para que isso aconteça.

Seria bom que a minha relação resultasse, mas não posso fazer mais do que faço para que ela resulte

Seria bom que a minha relação resultasse, mas recuso-me a fazer mais do que faço agora para a manter

A minha relação não pode nunca ter sucesso e não há mais nada que eu possa fazer para que ela resulte

Anexo F – Carta a solicitar autorização ao Hospital

Daniel da Cruz Neves

Morada xxxxxxxx

Telefone: xxxxxx

Exmo. (a) Sr. (a) xxxxxxxxxxxx

Director (a) Clínico (a) do Hospitalar

xxxxxxxxxxxxx

Eu, Daniel da Cruz Neves, finalista do Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) venho por este meio solicitar à Vossa Excelência, a colaboração do Hospital para uma investigação que irá procurar as diferenças na motivação para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa, analisar e comparar as motivações para a actividade sexual em função das variáveis sócio-demográficas e estudar a relação (associação) entre a motivação e a satisfação relacional nos três grupos de mulheres.

Esta investigação torna-se pertinente para a comunidade científica, nomeadamente para a Psicologia da Saúde e para a Saúde Sexual, porque a saúde sexual interfere em outras áreas da saúde e do bem-estar do ser humano e a menopausa é um momento particular e importante do ciclo reprodutivo da mulher. Interfere na estrutura psíquica da mulher assim como também nos aspectos na sexualidade, sendo a motivação para a actividade sexual uma questão importante mas surpreendentemente pouco estudada. A distinção entre os diferentes motivos sexuais pode levar a uma melhor previsão do comportamento sexual, contribuindo para uma melhor compreensão dos processos envolvidos na motivação sexual.

Assim, muitas das respostas que se possa obter com esta investigação, vai com certeza ajudar a compreender melhor esta população quer a nível físico, emocional e psíquico, compreender melhor esta população e a sua motivação para a actividade sexual, levando a uma melhor previsão do comportamento sexual ajudando também desta forma a melhorar a qualidade de vida destas mulheres e as suas relações conjugais.

Face ao exposto solicitava que fosse facilitado na consulta de Menopausa o acesso às pacientes que estão na fase da perimenopausa e pós-menopausa para preenchimento de 5 questionários, assim como também de uma sala que possa proporcionar privacidade para as participantes preencherem os questionários: Aspectos de saúde relacionados com a menopausa; Caracterização sócio-demográfica; Female Sexual Function Índice de Rosen et al.

(2000) – traduzido e adaptado por Nobre (2002); Cues for Sexual Desire Scale de McCall & Meston (2006) – traduzido e adaptado por Carvalheira e Leal (2008); e o Dyadic Adjustment Scale de Spanier (1976) – tradução de Tavares (1990). O preenchimento destes questionários não deverá exceder os 45 minutos.

Aguardando com expectativa a sua resposta,

Daniel da Cruz Neves

Anexo G – Carta de consentimento informado

Carta de Consentimento Informado

Concordo em participar num estudo de investigação, destinado a procurar as diferenças na motivação para a actividade sexual em mulheres que se encontram na fase da pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa.

Aceito participar por aproximadamente 45 minutos responder a cinco questionários: Aspectos de saúde relacionados com a menopausa; Caracterização sócio-demográfica; Female Sexual Function Índice de Rosen et al. (2000) – traduzido e adaptado por Nobre (2002); Cues for Sexual Desire Scale de McCall & Meston (2006) – traduzido e adaptado por Carvalheira e Leal (2008); e o Dyadic Adjustment Scale de Spanier (1976) – tradução de Tavares (1990).

Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial. Caso este estudo seja publicado numa revista científica, a minha identidade será mantida em anonimato, sendo apenas publicados os resultados estatísticos de grupo. Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária. Mesmo que concorde em participar agora, tenho a possibilidade de mudar de ideias e cessar a minha participação em qualquer altura.

Quaisquer questões que tivesse foram respondidas satisfatoriamente e se assim desejar, ser-me-á facultada uma cópia deste consentimento.

A minha assinatura neste documento serve para indicar que li, compreendi e concordei com toda a informação contida nesta carta de consentimento informado.

Anexo H – Cronograma hipotético

	Meses											
	Outub	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Agost	Setemb
Revisão de literatura	■	■	■									
Carta para os hospitais		■	■									
Recolha/introdução de dados				■	■	■	■					
Tratamento e análise de dados								■	■			
Elaboração das discussões e conclusões										■	■	
Finalização do trabalho escrito												■

A aplicação deste projecto de Investigação terá a duração de 12 meses.

O mês de Outubro, Novembro e Dezembro ficam destinados à revisão de literatura.

A carta dirigida aos hospitais deverá ser enviada no início de Novembro, ficando assim o investigador com um período de dois meses à espera da resposta.

A recolha / introdução de dados deverá ser iniciada em Janeiro, ficando o investigador com 4 meses para esta fase.

Mai e Junho ficam destinados ao tratamento e análise de dados.

O mês de Julho e Agosto ficam destinados à elaboração das discussões e conclusões, ficando o mês de Setembro para a finalização do trabalho escrito.