



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO NA MEIA  
IDADE: PROPOSTA DE UM MODELO**

**ANA BORGAS LEAL**

Orientador de Dissertação:  
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Professor de Seminário de Dissertação:  
PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2020

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Filipa Pimenta, Orientadora da minha Dissertação. Pela inesgotável capacidade de trabalho, pela determinação e rigor técnico. Pelo permanente incentivo e desafio. Por ter sido uma fonte de inspiração e uma referência ao longo dos últimos três anos.

À Professora Doutora Isabel Leal. Pela imensa generosidade na partilha de conhecimentos, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação à Psicologia. Sem Ela não estaria aqui.

Às participantes que integraram este estudo. Pela partilha de experiências, sem as quais não teria sido possível realizar este projeto.

Ao corpo de docentes do ISPA, mas em particular ao Professor Doutor Carlos Lopes, ao Professor Doutor Francisco Peixoto e ao Professor Doutor Rui Costa. Pelos ensinamentos na área da investigação e pelo permanente incentivo e motivação.

Aos meus colegas de curso, mas em particular às minhas colegas Gilda, Filipa, Lia e Ana. Pelo suporte e força inesgotáveis. Pelas vivências e experiências partilhadas que enriqueceram esta experiência muito para além de qualquer expectativa. Sobretudo pela amizade.

Aos meus filhos Bernardo, Martim e Salvador. Por serem a força maior que, todos os dias, me faz querer ser melhor.

À minha irmã Joana. Pela Pessoa extraordinária que é. Por ser o porto de abrigo de todas as minhas tempestades, mas também o lugar onde todos os risos ecoam mais alto.

Aos meus Amigos. Por toda a coragem que me deram.

“Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos”, Eduardo Galeano.

## Resumo

**Introdução:** Falta unanimidade relativamente aos fatores que contribuem para o funcionamento sexual feminino (FSF). O objetivo deste estudo é explorar a relação entre um conjunto de variáveis sociodemográficas, de menopausa, de saúde percebida e de estilo de vida, e o FSF, numa amostra comunitária portuguesa, na meia idade.

**Método:** Uma amostra de 455 mulheres, entre os 45 e os 65 anos ( $M=52,16$ ;  $DP=4,89$ ), responderam a um conjunto de questionários on-line ( $n=358$ ) e em papel ( $n=97$ ). Recolheram-se dados sociodemográficos, de menopausa, de saúde percebida e de estilo de vida. O FSF foi avaliado com recurso ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI-6), os sintomas de menopausa pela Cervantes (CS-10). Desenvolveu-se um modelo de equações estruturais para explorar as relações, entre as variáveis independentes e a variável dependente (FSFI-6).

**Resultados:** O modelo estrutural revelou um bom ajustamento ( $\chi^2/df=2,604$ ;  $CFI=0,944$ ;  $TLI=0,903$ ;  $RMSEA=0,059$ ;  $P(\text{rmsea}<0,05)=0,017$ ; C.I. 90%]0,052;0,067[). A variância explicada foi de 34,5%. O FSF é melhor explicado através das variáveis: relação afetivo-sexual ( $\beta = 0,437$ ;  $p < 0,001$ ); ter afrontamentos ( $\beta = -0,123$ ;  $p = 0,021$ ); ter desconforto e secura vaginal ( $\beta = -0,240$ ;  $p < 0,001$ ); problema psicólogo ( $\beta = -0,120$ ;  $p = 0,004$ ); frequência de consumo de bebidas alcoólicas ( $\beta = 0,092$ ;  $p = 0,023$ ). Idade, número de filhos, habilitações académicas, estado profissional, rendimento anual, doença recente, estadio de menopausa, IMC, consumo de tabaco e exercício físico, não estão associados ao FSF, de acordo com este modelo.

**Conclusão:** Mulheres sem relacionamento e com sintomas de menopausa mais graves poderão constituir um grupo de risco para um pior FSF e, como tal, necessitar de ajuda especializada.

**Palavras chave:** funcionamento sexual feminino, meia idade, menopausa, FSFI-6

## Abstract

**Introduction:** There is a lack of unanimity regarding the factors that contribute to female sexual functioning (FSF). This study intends to explore the relationship between a set of sociodemographic, menopausal, perceived health and lifestyle variables, and the FSF, in a middle age Portuguese community sample.

**Method:** A sample of 455 Portuguese women, between 45 and 65 years old ( $M=52,16$ ;  $SD=4,89$ ), answered a set of online ( $n=358$ ) and in paper ( $n=97$ ) questionnaires. Sociodemographic, menopausal, perceived health and lifestyle data were collected. The FSF was evaluated using the Female Sexual Function Index (FSFI-6), the symptoms of menopause by Cervantes (CS-10). A model of structural equations was developed to explore the relationships between the independent variables and the dependent variable (FSFI-6). **Results:** The structural model showed a good adjustment ( $\chi^2/df=2,604$ ;  $CFI=0,944$ ;  $TLI=0,903$ ;  $RMSEA=0,059$ ;  $P(\text{rmsea}<0,05)=0,017$ ; C.I. 90%]0,052;0,067[). The explained variance was 34,5%. FSF is best explained through the variables: affective-sexual relationship ( $\beta = 0,437$ ;  $p < 0,001$ ); having hot flashes ( $\beta = -0,123$ ;  $p = 0,021$ ); having discomfort and vaginal dryness ( $\beta = -0,240$ ;  $p < 0,001$ ); psychologist problem ( $\beta = -0,120$ ;  $p = 0,004$ ); frequency of consumption of alcoholic beverages ( $\beta = 0,092$ ;  $p = 0,023$ ). Variables such as age, number of children, academic qualifications, professional status, annual income, recent illness, menopausal status, BMI, smoking, and physical exercise are not associated with female sexual functioning, according to this model.

**Conclusion:** Women without a relationship and with more severe menopause symptoms may constitute a risk group for a worse FSF and, as such, need specialized help.

**Keywords:** female sexual functioning, middle age, menopause, FSFI-6

## Índice

Introdução .....	1
Funcionamento sexual feminino.....	1
Funcionamento sexual feminino e variáveis sociodemográficas .....	2
Funcionamento sexual feminino e variáveis de menopausa e saúde percebida .....	3
Funcionamento sexual feminino e estilo de vida.....	4
O presente estudo.....	5
Método.....	6
Delineamento da investigação .....	6
Participantes.....	6
Instrumentos .....	9
Procedimento .....	10
Análise Estatística.....	10
Resultados.....	12
Discussão.....	20
Referências .....	32
Anexos .....	48
Anexo A - Revisão alargada de literatura.....	48
Anexo B - Consentimento Informado .....	63
Anexo C – Exemplar do(s) instrumento(s).....	64

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas.....	6
Tabela 2. Caracterização da amostra em termos de variáveis de menopausa e saúde percebida.....	7
Tabela 3. Caracterização da amostra em termos de variáveis de estilo de vida.....	8
Tabela 4. Estatística descritiva FSFI-6 e teste Mann-Whitney comparando dados recolhidos em papel e on-line.....	12

Tabela 5. Estatística descritiva FSFI-6.....	12
Tabela 6. Caracterização das respostas ao FSFI-6.....	13
Tabela 7. Estatística descritiva CS 10.....	13
Tabela 8. Correlação de Pearson entre variáveis quantitativas e FSFI-6.....	15
Tabela 9. Correlação bisserial por pontos entre variáveis qualitativas, ordinais dicotômicos e FSFI-6.....	16
Tabela 10. Correlação de Spearman entre variáveis qualitativas, ordinais e FSFI-6.....	16
Tabela 11. Trajetórias entre Funcionamento Sexual Feminino, Relação Afetivo-Sexual, Estado Profissional, Rendimento Anual, Estadio Menopausa, Sintomas de Menopausa, Problema Psicológico e Frequência de Consumo de Bebidas Alcoólicas.....	17
Tabela 12. Trajetórias entre Funcionamento Sexual Feminino e Relação Afetivo-Sexual, Estado Profissional, Rendimento Anual, Estadio Menopausa, Sintomas de Menopausa discriminados, Problema Psicológico e Frequência de Consumo de Bebidas Alcoólicas.....	19

### **Índice de Figuras**

Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória FSFI6.....	14
Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória CS-10.....	15
Figura 3. Modelo estrutural do funcionamento sexual feminino na meia idade.....	17
Figura 4. Modelo estrutural alternativo do funcionamento sexual feminino na meia idade.....	18

## **Introdução**

Em 2050 estima-se que 22% da população global terá 60 ou mais anos (World Health Organization, WHO, 2015). Cerca de 53% serão mulheres (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2017), para as quais as questões relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida na meia idade, e idade avançada, se tornam especialmente significativas (WHO, 2015). A saúde sexual é uma componente essencial de uma vida saudável (Caruso, Rapisarda, & Cianci, 2016; Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2009; Thomas & Thurston, 2017), muitas vezes negligenciada (Granville & Pregler, 2018; Mernone, Fiacco, & Ehlert, 2019), e que surge frequentemente diminuída na meia idade, muito marcada pela menopausa, sem que os fatores que para tal contribuem sejam completamente compreendidos (Hippel et al., 2019).

## **Funcionamento sexual feminino**

Durante muitos anos a sexualidade feminina foi abordada como uma extrapolação da sexualidade masculina o que condicionou a sua compreensão (Carvalho & Leal, 2008), até ao nível dos modelos explicativos da resposta sexual (Basson, 2000; Kaplan, 1979; Masters & Johnson, 1966). A sexualidade emerge no corpo, como tantos outros fenómenos humanos, e desdobra-se numa pluralidade de paisagens mentais, relações sociais e âmbitos culturais (Graugaard, 2017) podendo ser significativamente perturbada se a capacidade de responder sexualmente ou experienciar o prazer sexual se encontram prejudicados (American Psychiatry Association, 2013). Em particular as mulheres, ao vivenciarem ao longo do ciclo de vida inúmeras alterações (Clayton & Harsh, 2016) veem a sua sexualidade afetada por uma miríade de determinantes fisiológicos e psicossociais, que se combinam em equações multivariadas, que devem ser cuidadosamente investigadas (Graugaard, 2017).

Apesar de saúde sexual não ser sinónimo de ausência de disfunção sexual (WHO, 2006), é desta forma que é muitas vezes abordada, do ponto de vista da investigação. Considera-se que existe disfunção sexual quando existe perturbação de: desejo, excitação, orgasmo ou quando existe dor (WHO, 1993), durante mais de seis meses e com sofrimento associado, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatry Association, 2013). Estima-se que a disfunção sexual, sobretudo ao nível do desejo (Carvalho, 2018; Chedraui & Pérez-López, 2015), afete uma percentagem importante da população feminina em todo mundo, podendo considerar-se um problema de

saúde pública. À semelhança da tendência observada em estudos que abrangem um intervalo de idades alargado (Koops & Briken, 2018; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Peixoto & Nobre, 2015; ), na meia idade, as taxas de prevalência de disfunção sexual tendem a ser elevadas, podendo variar entre os 18% nuns estudos e os 50% noutros (Hippel et al., 2019; Laumann et al., 2005; McCabe et al., 2016a; Nicolosi et al., 2004).

### **Funcionamento sexual feminino e variáveis sociodemográficas**

A idade, por si só, é uma das variáveis, entre outras variáveis sociodemográficas, cujo efeito no funcionamento sexual tem sido amplamente estudado (Mernone et al., 2019), não só ao longo do ciclo de vida (Hassanin, Helmy, Fathalla, & Shahin, 2010), mas também na meia idade (Zhou et al., 2019). Quando se analisam estudos que avaliam a relação entre idade e função sexual feminina, na meia-idade, a maioria observa um aumento das queixas sexuais à medida que a idade avança, associadas sobretudo ao aumento de problemas de saúde física, embora nem sempre em todas as dimensões (Peixoto & Nobre, 2015). Nuns estudos é a excitação que surge mais afetada (Mernone et al., 2019), noutros o desejo (Zhou et al., 2019).

No que diz respeito ao efeito do número de filhos na função sexual feminina, os estudos são pouco conclusivos (McCool-Myers, Theurich, Zuelke, Knuettel, & Apfelbacher, 2018), embora a tendência seja para uma ausência de relação entre estas duas variáveis (Fehniger et al., 2013), embora alguns estudos apontem para uma maior prevalência de disfunção sexual, em mulheres com mais filhos (Ulkumen, Erkan, Pala, & Baytur, 2014).

Em relação ao impacto da existência de uma relação afetivo-sexual, na função sexual feminina, na meia idade, os resultados são inconsistentes (McCool-Myers et al., 2018), embora muitos estudos apontem no sentido de um aumento da prevalência da disfunção sexual, quando existe relação, sobretudo quando é de longa duração (Addis et al., 2006; Dombek, Capistrano, Costa, & Marinheiro, 2016; Morton & Gorzalka, 2015; Smith, Gallicchio, & Flaws, 2017). Apesar de tudo, alguns estudos têm demonstrado que ser casada, ou ter um parceiro, pode ser protetor em relação à disfunção sexual (Valadares et al., 2008a).

Uma situação socioeconómica favorável parece ser protetora da função sexual e, na maior parte dos estudos, mulheres que têm um grau de habilitações académicas mais elevado reportam menos dificuldades sexuais (Peixoto & Nobre, 2015; Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008; Singh, Tharyan, Kekre, Singh, & Gopalakrishnan, 2009; Zhang et al., 2017), assim como as que estão empregadas, por oposição às que estão desempregadas (Butt, Lema, Mukaindo, Mohamoud, & Shabani, 2019; Chowdhury & Chakraborty, 2017; Jaafarpour,

Khani, Khajavikhan, & Suhrabi, 2013). Apesar de a literatura ser inconsistente em relação ao impacto do nível de rendimentos económicos na função sexual feminina, ter um baixo nível de rendimentos tende a surgir mais vezes associado a uma maior prevalência de disfunção sexual feminina (Verit, Verit, & Billurcu, 2009; Worly, Gopal & Arya, 2010).

### **Funcionamento sexual feminino e variáveis de menopausa e saúde percebida**

A função sexual tende a piorar na menopausa (Scavello, Maseroli, Di Stasi, & Vignozzi, 2019), debatendo-se na literatura (Avis et al., 2017; Nappi et al., 2014; Thornton, Chervenak, & Neal-Perry, 2015) o seu contributo para o funcionamento sexual, independentemente da idade. O evento da menopausa, cessação completa dos ciclos menstruais na sequência da perda de atividade folicular dos ovários (Davis et al., 2015), afeta o último terço da vida das mulheres, surgindo em média de forma natural aos 49 anos (Schoenaker, Jackson, Rowlands, & Mishra, 2014). O processo de menopausa, é acompanhado por alterações hormonais, sintomas vasomotores (afrontamentos e suores noturnos), dificuldades com o sono, algumas alterações cognitivas ao nível da memória, alterações no humor e sintomas geniturinários (Potter, Schrage, Dalby, Torell, & Hampton, 2018). A gravidade destes sintomas varia de indivíduo para indivíduo (Hong, Kim, Kim, & Kim, 2019) surgindo habitualmente 5 a 10 anos antes da menopausa e prolongando-se até cerca de 7 anos depois. Não é apenas a menopausa *per se* que afeta a sexualidade feminina, mas sobretudo a gravidade dos sintomas associados (Harlow et al., 2017; Nappi et al., 2010). A literatura aponta de forma consistente no sentido de que quanto maior é a gravidade dos sintomas de menopausa, maior é a prevalência de disfunção sexual (Askin et al., 2019; Erenel, Golbasi, Kavlak, & Dilbaz, 2015; Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2018).

A menopausa pode ser dividida em estadios de acordo com o Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) (Harlow et al., 2012): pré-menopausa, fase em que não existem alterações no ciclo menstrual; peri-menopausa, período que antecede a menopausa, em que os ciclos menstruais se tornam irregulares, diferindo do habitual em pelo menos 7 dias; pós-menopausa, que se inicia após a última menstruação e decorre até ao final da vida. Alguns estudos mostram uma tendência para que a maior gravidade dos sintomas de menopausa seja sentida na peri-menopausa (Thakur, Kaur, & Sinha, 2019).

Adicionalmente, a saúde física condiciona a saúde sexual (McCabe et al., 2016b) e vários são os estudos que reportam um aumento de disfunção sexual, correlacionada com a existência de doenças crónicas (Safarinejad, 2006) como a diabetes tipo 2 (Pontiroli, Cortelazzi,

& Morabito, 2013; Rahmanian, Salari, Mohammadi, & Jalali, 2019). Também as mulheres que sofrem de hipertensão arterial tendem a apresentar uma maior prevalência de disfunção sexual (Choy et al., 2019), assim como as que sofrem de cancro da mama (Jing, Zhang, Li, Jin, & Wang, 2019), ou de doenças cardiovasculares (Nascimento et al., 2013).

Existem algumas dúvidas acerca do papel do humor ou das perturbações de ansiedade na função sexual feminina (McCabe et al., 2016b), embora a maioria dos estudos aponte no sentido de que a ausência de perturbações psiquiátricas - nomeadamente depressão e ansiedade - uma boa autoestima e uma boa satisfação com a vida, sejam preditores de um bom funcionamento sexual (Dunn, Croft, & Hackett, 1999; Karaca Sivrikaya, Ünsal, & Yılmaz Karabulutlu, 2014; Shahraki, Tanha, & Ghajarzadeh, 2018; Valadares et al., 2008b). Alguma investigação alerta para uma relação bidirecional entre depressão e funcionamento sexual (Atlantis & Sullivan, 2012).

O fenómeno da obesidade tem-se tornado cada vez mais prevalente (Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2020), ao ponto de a WHO (2000) definir a obesidade como um problema de saúde pública. A presença e grau de obesidade são, geralmente, classificados através do índice de massa corporal (IMC), que corresponde à relação entre o peso corporal (kg) e a altura (m<sup>2</sup>) do indivíduo (WHO, 2020). Na meia idade, não só há uma tendência para um aumento da inatividade, como as alterações hormonais associadas à menopausa surgem por vezes associadas a um aumento de peso (Nazarpour et al., 2020). Os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre funcionamento sexual e IMC têm-se revelado inconclusivos, embora o excesso de peso tenda a surgir como fator de risco para a saúde sexual (Esposito et al., 2008; Llaneza et al., 2007; Nazarpour et al., 2020; Pace, Silvestri, Gualá, & Vicentini, 2009).

### **Funcionamento sexual feminino e estilo de vida**

Algumas opções de estilo de vida, diretamente relacionadas com a saúde, como é o caso do consumo de tabaco ou de álcool e o sedentarismo, entre outras, podem constituir fatores de risco para a disfunção sexual (Allen & Walter, 2018).

Na investigação sobre a relação entre tabagismo e funcionamento sexual feminino os resultados são contraditórios, embora a grande maioria dos estudos aponte no sentido de não haver uma associação entre estas duas variáveis (Costa & Peres, 2015; Dombek et al., 2016; Esposito et al., 2010; Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012; Zhang et al., 2017).

O consumo de álcool é outra variável de estilo de vida, cuja relação com a função sexual feminina tem sido alvo de diversos estudos, nem sempre convergentes nas suas conclusões

(Kling et al., 2019). Em estudos correlacionais, e de acordo com a meta-análise de Allen e Walter (2018), o consumo de álcool não está correlacionado com a disfunção sexual feminina (Allen & Desille, 2017; Choi et al., 2015; Dombek, Capistrano, Costa, & Marinheiro, 2016; Zhang et al., 2017).

A prática de exercício físico é outra variável de saúde importante. De acordo com a meta-análise de Allen e Walter (2018), o envolvimento numa atividade física surge correlacionado com um menor risco de disfunção sexual feminina (Cabral et al., 2014; Nazarpour, Simbar, Tehrani, & Majd, 2016; Paiva et al., 2016).

### **O presente estudo**

Este trabalho tem por objetivo propor um modelo que explore a relação entre um conjunto de variáveis sociodemográficas, variáveis de menopausa, de saúde percebida e variáveis de estilo de vida, e o funcionamento sexual feminino, na meia idade, numa amostra comunitária portuguesa. Pretende-se ampliar a compreensão sobre a forma como estas variáveis contribuem para a função sexual feminina, nesta fase do ciclo de vida.

Tendo em conta a literatura revista é possível formular as seguintes hipóteses, relativamente às variáveis sociodemográficas: na meia-idade, o funcionamento sexual será pior em mulheres mais velhas; não haverá relação entre número de filhos e função sexual feminina; estar numa relação surgirá associado a pior função sexual; estar inativo profissionalmente, ter um baixo nível de habilitações académicas e um baixo rendimento anual surgirá associado a pior funcionamento sexual.

Relativamente às variáveis de menopausa e saúde percebida, formulam-se as seguintes hipóteses: o funcionamento sexual na meia-idade será pior em mulheres com sintomas de menopausa mais graves, e nas participantes num estadio mais avançado de menopausa; um melhor funcionamento sexual surgirá associado à ausência de problemas físicos ou de problemas psicológicos; um IMC mais elevado surgirá associado a pior funcionamento sexual.

No que diz respeito às variáveis de estilo de vida, as hipóteses que se formulam são as de que: na meia idade não haverá relação entre consumo de álcool ou de tabaco e funcionamento sexual feminino, mas praticar exercício físico surgirá associado a melhor funcionamento sexual.

## Método

### Delineamento da investigação

Este é um estudo observacional descritivo, já que não envolveu qualquer intervenção e/ou manipulação de variáveis, sendo também um estudo transversal, dado que a recolha de dados da amostra ocorreu num único momento do tempo (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012). Trata-se de um estudo correlacional, uma vez que são avaliados os coeficientes de correlação entre as diferentes variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, variáveis de menopausa, de saúde percebida e variáveis de estilo de vida) e a variável dependente (funcionamento sexual feminino) (Shaughnessy et al., 2012).

### Participantes

Amostra comunitária, obtida por conveniência, constituída por 455 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 45 e 65 anos.

A amostra caracteriza-se do ponto de vista sociodemográfico (Tabela 1), saúde percebida (Tabela 2) e estilo de vida (Tabela 3) conforme se apresenta de seguida.

Tabela 1

*Caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas*

Características	<i>n</i>	%
Idade <i>M (DP)</i>	52,16 (4,89)	---
Estado civil		
Casada/União de facto	290	63,7
Divorciada/Separada	111	24,4
Solteira	41	9,0
Viúva	12	2,6
Relação afetivo sexual		
Não	104	22,9
Sim	351	77,1
Número de Filhos		
0	66	14,5
1	121	26,6
2	193	42,4
3	62	13,6
4	12	2,6

Tabela 1

*Caracterização da amostra em termos de variáveis sociodemográficas (continuação)*

Características	<i>n</i>	%
<b>Habilitações Literárias</b>		
4°	7	1,5
6°	10	2,2
9°	24	5,3
12°	116	25,5
Bacharelato/Licenciatura	162	35,6
Pós-Graduação/Mestrado	114	25,2
Doutoramento	22	4,8
<b>Estado Profissional</b>		
Inativo	73	16,0
Ativo	382	84,0
<b>Rendimento</b>		
≤ 10 000 €	91	20,0
10 001-20 000 €	96	21,1
20 001-37 500 €	129	28,4
37 501-70 000 €	78	17,1
≥70 001 €	31	6,8

Tabela 2

*Caracterização da amostra em termos de variáveis de menopausa e saúde percebida*

Características	<i>n</i>	%
<b>Estadio Menopausa</b>		
Pré-menopausa	48	10,5
Peri-menopausa	163	35,8
Pós-menopausa	244	53,6
<b>Ajuda médica para gerir menopausa</b>		
Não	168	36,9
Sim	286	62,9
<b>Medicação/produtos naturais para a menopausa</b>		
Não	364	80,0
Sim	89	19,6

Tabela 2

*Caracterização da amostra em termos de variáveis de menopausa e saúde percebida (continuação)*

Características	<i>n</i>	%
<b>Doença Recente</b>		
Não	355	78
Sim	99	21,8
<b>Problema Psicológico</b>		
Não	352	77,5
Sim	102	22,4
<b>IMC <i>M</i> (DP)</b>		
	25,31 (4,41)	---
Normal	239	52,5
Excesso de Peso	153	33,6
Obesidade	63	13,8

Tabela 3

*Caracterização da amostra em termos de variáveis de estilo de vida*

Características	<i>n</i>	%
<b>Fumadora</b>		
Não	323	71,0
Sim	132	29,0
<b>Quantidade de Cigarros</b>		
Menos de 5 cigarros/dia	18	4,0
Entre 5 e 10 cigarros/dia	35	7,7
Entre 11 e 20 cigarros/dia	67	14,7
Mais de 20 cigarros/dia	13	3,3
<b>Frequência de consumo de bebidas alcoólicas</b>		
Nunca	83	18,2
1 vez por mês ou menos	153	33,6
1 ou duas vezes por semana	153	33,6
1 vez por dia	62	13,6
Mais de 1 vez por dia	4	0
<b>Exercício físico</b>		
Não	178	39,1
Sim	276	60,7

## **Instrumentos**

A recolha de dados, baseada em medidas de autorrelato, contemplou um Questionário Sociodemográfico (exemplo: idade, número de filhos, relação afetiva-sexual, situação laboral, etc.), bem como um Questionário de Saúde, onde se avaliou por exemplo o estadió de menopausa (exemplo: *Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com menos ou mais, 7 dias do que o habitual?; Caso não tenha menstruação há mais de 12 meses, que idade tinha quando teve a última menstruação?*).

Recorreu-se ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI-6; Isidoro et al., 2000) validado para a população portuguesa (Pechorro et al., 2016), instrumento de autopreenchimento, unidimensional, para avaliar a função sexual feminina. O FSFI-6, versão breve do FSFI-19 (Rosen et al., 2000), é uma escala composta por 6 itens, em que cada item remete para uma das dimensões do funcionamento sexual feminino: desejo; excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação; e dor. O item relativo ao desejo (*Nas últimas 4 semanas, como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?*) e à satisfação (*Nas últimas 4 semanas quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?*) variam entre 1-5 pontos. O item relativo à excitação (*Nas últimas 4 semanas como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?*), lubrificação (*Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção vaginal) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?*), orgasmo (*Nas últimas 4 semanas, com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração sexual?*) e dor (*Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu incómodo ou dor vaginal com penetração*) variam entre 0-5 pontos. O item relativo à dor está formulado utilizando uma escala de sentido inverso aos restantes itens, de forma a que valores mais elevados indicam a ausência ou quase ausência de desconforto durante o coito. O resultado total da escala, obtido pela soma dos itens, pode variar entre 2-30, com os valores mais altos a indicar melhor funcionamento sexual. O instrumento apresentou boas características psicométricas em estudos anteriores (Pechorro et al., 2016) e não foram encontradas diferenças na forma de interpretar a escala quer seja respondida on-line, quer seja respondida em papel (Pimenta et al., 2019b).

Os sintomas de menopausa foram avaliados através da Cervantes (CS-10; Pérez-López et al., 2013), validada para a população portuguesa (Pimenta et al., 2017). O instrumento, unidimensional, de autopreenchimento, é constituído por 10 itens (exemplo: *Tenho afrontamentos (e/ou suores noturnos); sinto-me cansada desde que me levanto (sentir falta de*

*energia*), sendo respondido numa escala tipo Likerd a variar entre 0 (sem sintomas) e 5 (muito grave). A pontuação total da CS-10 é obtida pela soma das pontuações dos diferentes itens, que varia assim entre 0 e 40, indicando pontuações altas, maior gravidade dos sintomas de menopausa. O instrumento apresentou boas características psicométricas em estudos anteriores (Pimenta et al., 2017) e não foram encontradas diferenças na forma de interpretar a escala quer seja respondida on-line, quer seja respondida em papel (Pimenta et al., 2019a).

## **Procedimento**

Os questionários e escalas foram aplicados recorrendo a dois suportes: papel e on-line.

Os questionários e escalas em papel foram distribuídos na região de Lisboa, por uma questão de conveniência, depois de garantidos os critérios de participação: ser mulher e estar na faixa etária entre os 45 e 65 anos de idade. Os questionários foram devolvidos em mão, em envelope fechado.

Os questionários e escalas on-line foram divulgados por e-mail e nas redes sociais, nomeadamente em grupos/fóruns de discussão de temas da menopausa.

Os instrumentos foram aplicados pela seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Saúde, FSFI-6 e CS-10.

O projeto está de acordo com as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos respeitando as orientações da Comissão de Ética do ISPA.

Os dados foram recolhidos, salvaguardando o anonimato das participantes, que foram informadas das finalidades do estudo e assinaram um consentimento informado.

## **Análise Estatística**

De forma a poder testar as hipóteses acima formuladas, recorreu-se a testes estatísticos utilizando o programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 25.0.

Das 462 participantes iniciais foram eliminadas 7 por terem um número de filhos superior a 4 e serem consideradas *outliers*.

Testou-se a existência de diferenças significativas entre as médias dos dados recolhidos on-line e em papel, para a variável dependente em estudo, FSFI-6, tendo-se recorrido para tal ao teste de Mann-Whitney.

Procedeu-se à análise fatorial confirmatória das escalas FSFI-6 e CS-10, no programa estatístico AMOS, integrado no SPSS, de forma a testar a validade dos modelos de medida para

esta amostra e avaliou-se também a fiabilidade das mesmas, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (Marôco, 2014a; Marôco, 2014b).

Prosseguiu-se com a análise da estatística descritiva da amostra.

Foi levado a cabo o estudo de correlações com o intuito de averiguar a existência de associações entre cada uma das variáveis independentes e a variável dependente. Para as variáveis independentes quantitativas, recorreu-se à correlação de Pearson, para as variáveis independentes qualitativas nominais utilizou-se a correlação bisserial por pontos e para as variáveis qualitativas ordinais usou-se a correlação de Spearman.

As variáveis independentes que se mostraram significativamente associadas ao funcionamento sexual feminino foram testadas no programa estatístico AMOS, onde se procedeu à análise multivariada dos dados, de modo a compreender as várias relações em causa. Construiu-se um modelo estrutural, com respetiva avaliação do ajustamento, seguido da exploração de preditores significativos referentes ao funcionamento sexual feminino e das trajetórias entre as variáveis.

## Resultados

Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças entre o funcionamento sexual feminino reportado em papel e on-line, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4

*Estatística descritiva FSFI-6 e teste Mann-Whitney comparando dados recolhidos em papel e on-line*

FSFI-6	Papel	On-line	U	W	p	$\eta^2$
	M (DP)	M (DP)				
Desejo	2,82 (0,84)	2,61 (0,96)	15 131	79 392	0,110	---
Excitação	2,90 (1,37)	2,52 (1,54)	14 623	78 884	0,044	0,008
Lubrificação	3,22 (1,63)	2,78 (1,78)	14 582	78 843	0,042	0,009
Orgasmo	3,66 (1,47)	3,02 (1,78)	13 241	77 502	0,003	0,019
Satisfação	3,73 (1,11)	3,37 (1,24)	13 428	77 689	0,011	0,013
Dor	3,46 (1,66)	3,13 (1,91)	15 659	79 920	0,285	---

Apesar de para um nível de significância de 0,05, existir evidência estatística para afirmar que há diferenças na Excitação, Lubrificação, Orgasmo e Satisfação em função de as participantes responderem on-line ou em papel, a dimensão do efeito é tão pequena que se optou por considerar apenas uma amostra, atribuindo-se a discrepância à diferença de dimensão entre as duas subamostras (on-line: 358; papel:97) (Marôco, 2014a).

Recorreu-se à estatística descritiva para analisar as respostas ao FSFI-6 conforme se apresenta na Tabela 5 e na Tabela 6.

Tabela 5

*Estatística descritiva FSFI-6*

FSFI-6	M (DP)
Desejo	2,66 (0,942)
Excitação	2,60 (1,510)
Lubrificação	2,87 (1,755)
Orgasmo	3,15 (1,738)
Satisfação	3,45 (1,219)
Dor	3,19 (1,866)

Tabela 6  
*Caracterização das respostas ao FSFI-6*

FSFI-6	0 <i>n</i> (%)	5 <i>n</i> (%)	4 <i>n</i> (%)	3 <i>n</i> (%)	2 <i>n</i> (%)	1 <i>n</i> (%)
1   Desejo	-	10 (2,2)	60 (13,2)	206 (45,3)	117 (25,7)	59 (13,0)
2   Excitação	80 (17,6)	26 (5,7)	115 (25,3)	150 (33,0)	54 (11,9)	27 (5,9)
3   Lubrificação	85 (18,7)	92 (20,2)	114 (25,1)	86 (18,9)	50 (11,0)	25 (5,5)
4   Orgasmo	71 (15,6)	113 (24,8)	139 (30,5)	69 (15,2)	32 (7,0)	26 (5,7)
5   Satisfação	-	84 (18,5)	176 (38,7)	93 (20,4)	46 (10,1)	49 (10,8)
6   Dor	84 (18,5)	162 (35,6)	81 (17,8)	79 (17,4)	27 (5,9)	19 (4,2)

Recorreu-se à estatística descritiva para analisar as respostas à CS-10, que se apresenta na Tabela 7.

Tabela 7  
*Estatística descritiva CS 10*

CS-10	<i>M</i> ( <i>DP</i> )
1 Tenho afrontamentos	1,20 (1,49)
2 Sinto o coração a bater muito depressa e sem controlo	0,81 (1,16)
3 Não consigo dormir as horas necessárias	1,72 (1,61)
4 Sinto que os músculos e/ou as articulações me doem	1,81 (1,64)
5 Sinto-me cansada desde que me levanto	1,58 (1,53)
6 Tenho a sensação de que não sirvo para nada	0,78 (1,29)
7 Sinto-me ansiosa e nervosa	1,57 (1,48)
8 Tenho medo de fazer esforços porque tenho perdas de urina	0,58 (1,13)
9 Tenho desconforto e secura vaginal	0,83 (1,31)
10 Tenho notado a pele mais seca	1,34 (1,41)

A análise fatorial confirmatória do instrumento utilizado para avaliar o funcionamento sexual feminino (FSFI-6) apresenta-se mais em baixo na Figura 1.

$\chi^2=7,728$ ;  $p=,259$ ;  $\chi^2/df=1,288$ ;  $CFI=,999$ ;  $TLI=,998$   
 ; $RMSEA=,025$ ;  $P(rmsea<0.05)=,781$   
 ; $C.I.90\% ],000; ,069[$

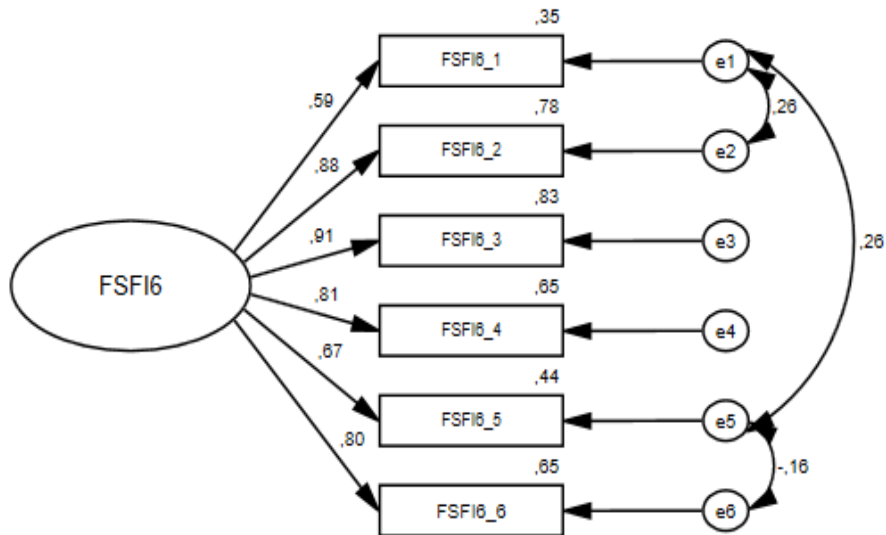


Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória FSFI-6

O modelo de medida revelou um bom ajustamento à amostra em estudo ( $\chi^2/df=1,288$ ;  $CFI=0,999$ ;  $TLI=0,998$ ;  $RMSEA=0,025$ ;  $P(rmsea<0,05)=0,781$ ; C.I. 90% ]0,000;0,069[. Os pesos fatoriais encontram-se todos acima 0,59 ( $r^2 > 0,35$ ), dando conta de uma boa validade fatorial. A fiabilidade da FSFI-6 é excelente ( $\alpha = 0,901$ ).

A análise fatorial confirmatória do instrumento utilizado para avaliar os sintomas de menopausa apresenta-se mais em baixo na Figura 2.

O modelo de medida revelou um bom ajustamento à amostra em estudo ( $\chi^2/df=1,681$ ;  $CFI=0,990$ ;  $TLI=0,985$ ;  $RMSEA=0,039$ ;  $P(rmsea<0,05)=0,830$ ; C.I. 90% ]0,018;0,057[. Os pesos fatoriais encontram-se todos acima 0,47 ( $r^2 > 0,27$ ), dando conta de uma boa validade fatorial. A fiabilidade da CS-10 é excelente ( $\alpha = 0,888$ ).

$\chi^2=48,743$ ;  $p=.012$ ;  $\chi^2/df=1,681$ ; CFI=,990; TLI=,985  
 ;RMSEA=,039;  $P(rmsea<0.05)=,830$   
 ;C.I.90% ],018; ,057[

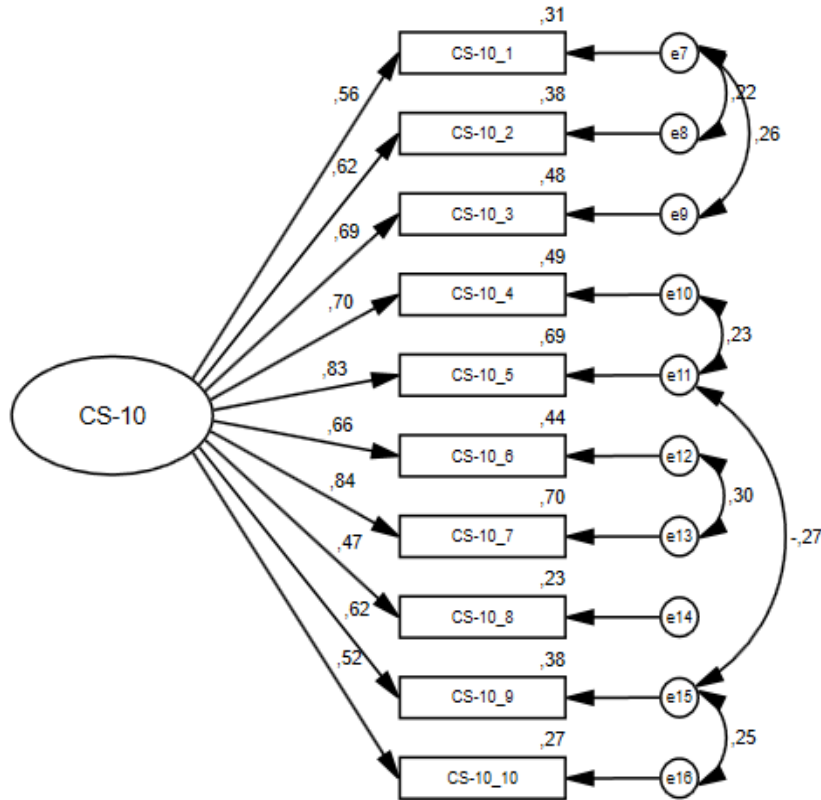


Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória CS-10

Procedeu-se ao estudo das correlações entre as variáveis independentes quantitativas, e a função sexual feminina através da correlação de Pearson, conforme se apresenta na Tabela 8.

Tabela 8  
 Correlação de Pearson entre variáveis quantitativas e FSFI-6

Variável	<i>r</i>	<i>p</i>
Idade	-0,077	0,102
Número de Filhos	0,046	0,333
IMC	-0,056	0,234
CS-10 (Total)	<b>-0,305</b>	<b>***</b>

\*\*\* $p<0,001$

As possíveis correlações entre as variáveis independentes qualitativas nominais e a função sexual feminina foram testadas recorrendo à correlação bisserial por pontos, apresentando-se na Tabela 9.

Tabela 9

*Correlação bisserial por pontos entre variáveis qualitativas, ordinais dicotômicos e FSFI-6*

Variável	<i>r</i>	<i>p</i>
Relação Afetiva-Sexual (S/N)	<b>0,389</b>	<b>***</b>
Estado Profissional (Ativo/Inativo)	<b>0,108</b>	<b>0,021</b>
Doença Recente (S/N)	-0,036	0,441
Problema Psicológico (S/N)	<b>-0,198</b>	<b>***</b>
Fumadora (S/N)	-0,052	0,267
Exercício Físico (S/N)	-0,002	0,972

\*\*\**p*<0,001

Testaram-se as correlações entre as variáveis qualitativas ordinais e a variável dependente recorrendo à correlação de Spearman, conforme se apresenta na Tabela 10.

Tabela 10

*Correlação de Spearman entre variáveis qualitativas, ordinais e FSFI-6*

Variável	<i>r</i>	<i>p</i>
Habilitações Literárias	0,079	0,092
Rendimento Anual	<b>0,138</b>	<b>0,004</b>
Estadio de Menopausa	<b>-0,140</b>	<b>0,003</b>
Frequência de Consumo de Bebidas Alcoólicas	<b>0,129</b>	<b>0,006</b>

Construiu-se um modelo estrutural com as variáveis independentes que se mostraram significativamente associadas ao FSFI-6, que se encontra representado na Figura 3.

O modelo obtido mostrou ter um bom ajustamento ( $\chi^2/df=2,604$ ;  $CFI=0,926$ ;  $TLI=0,902$ ;  $RMSEA=0,059$ ;  $P(rmsea<0,05)=0,007$ ; C.I. 90% ]0,053;0,066[) (Marôco, 2014b), apresentando valores de variância explicada de 27,4%.

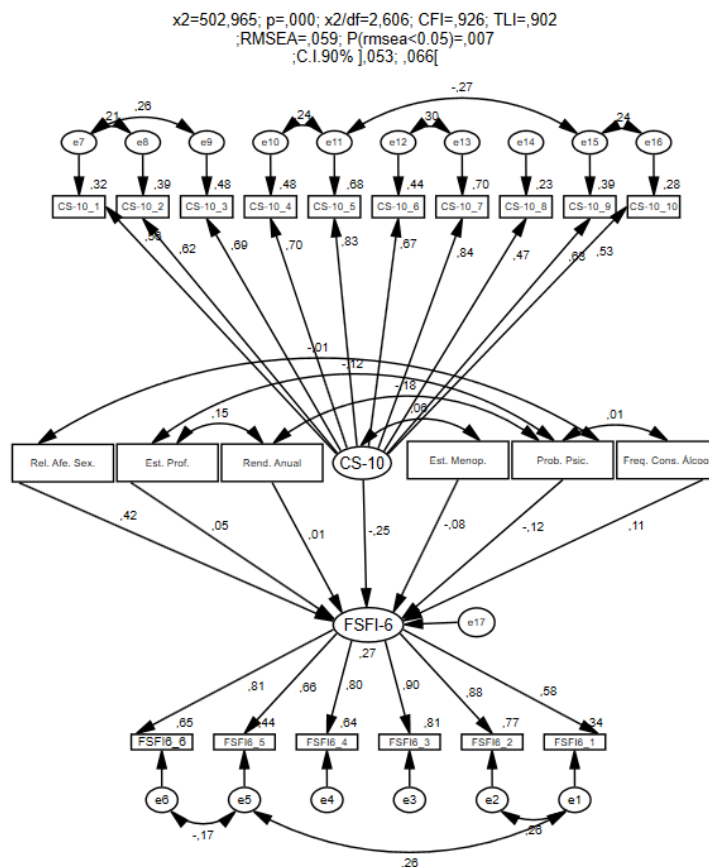


Figura 3. Modelo estrutural do funcionamento sexual feminino na meia idade

Na Tabela 11 apresentam-se as associações entre as variáveis independentes e a dependente deste modelo estrutural.

Tabela 11

Trajetórias entre Funcionamento Sexual Feminino, Relação Afetivo-Sexual, Estado Profissional, Rendimento Anual, Estadio Menopausa, Sintomas de Menopausa, Problema Psicológico e Frequência Consumo de Bebidas Alcoólicas.

Trajetórias	$\beta$	$p$
FSF $\leftarrow$ Relação Afetiva Sexual	<b>0,417</b>	<b>***</b>
FSF $\leftarrow$ Estado Profissional	0,048	0,264
FSF $\leftarrow$ Rendimento Anual	0,007	0,869
FSF $\leftarrow$ Estadio Menopausa	-0,082	0,055
FSF $\leftarrow$ Sintomas Menopausa	<b>-0,246</b>	<b>***</b>
FSF $\leftarrow$ Problema Psicológico	<b>-0,118</b>	<b>0,007</b>
FSF $\leftarrow$ Frequência Consumo de Bebidas Alcoólicas	<b>0,108</b>	<b>0,012</b>

FSF=Funcionamento Sexual Feminino (medido pelo FSFI-6)

\*\*\*  $p < 0,001$

O funcionamento sexual feminino, nesta amostra, é melhor explicado através das variáveis: relação afetivo-sexual; sintomas de menopausa; problema psicológico; frequência de consumo de bebidas alcoólicas.

Considerando que os sintomas de menopausa se mostraram preditores do funcionamento sexual, foi-se explorar de seguida de forma detalhada, num modelo estrutural adicional, o impacto destes, considerando o efeito de cada um dos sintomas de menopausa, obtendo-se o modelo alternativo apresentado na Figura 4.

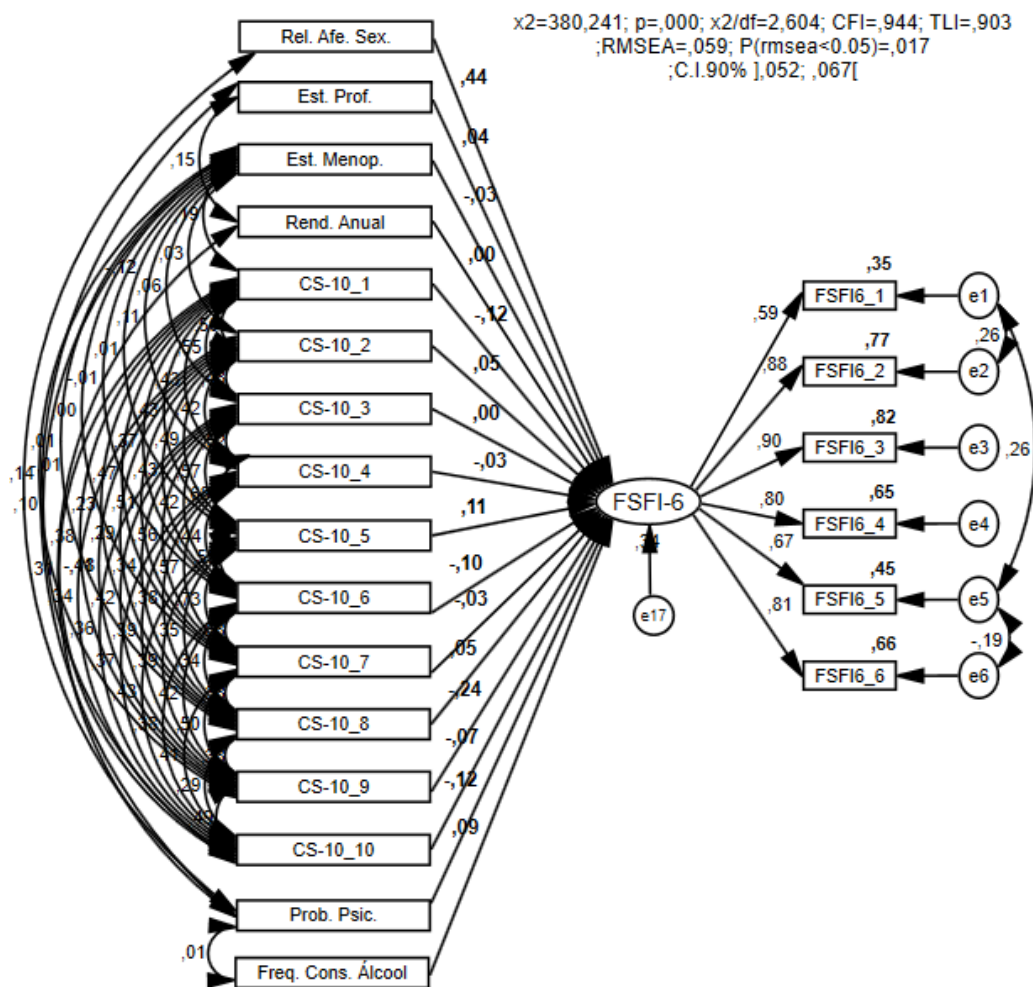


Figura 4. Modelo estrutural alternativo do funcionamento sexual feminino na meia idade

O modelo apresenta um bom ajustamento ( $\chi^2/df=2,604$ ;  $CFI=0,944$ ;  $TLI=0,903$ ;  $RMSEA=0,059$ ;  $P(\text{rmsea}<0,05)=0,017$ ; C.I. 90%]0,052;0,067[), e a variância explicada é de 34,5%.

A Tabela 12 expõe as associações entre as variáveis independentes e a dependente deste segundo modelo estrutural.

Tabela 12

*Trajetórias entre Funcionamento Sexual Feminino e Relação Afetivo-Sexual, Estado Profissional, Rendimento Anual, Estadio Menopausa, Sintomas de Menopausa discriminados, Problema Psicológico e Frequência Consumo de Bebidas Alcoólicas.*

Trajetórias	$\beta$	$p$
FSF $\leftarrow$ Relação Afetiva Sexual	<b>0,437</b>	<b>***</b>
FSF $\leftarrow$ Estado Profissional	0,043	0,292
FSF $\leftarrow$ Rendimento Anual	-0,005	0,908
FSF $\leftarrow$ Estadio Menopausa	0,032	0,447
FSF $\leftarrow$ Tenho afrontamentos	<b>-0,123</b>	<b>0,021</b>
FSF $\leftarrow$ Sinto o coração a bater muito depressa e sem controlo	0,052	0,315
FSF $\leftarrow$ Não consigo dormir as horas necessárias	0,003	0,935
FSF $\leftarrow$ Sinto que os músculos e/ou as articulações me doem	-0,035	0,549
FSF $\leftarrow$ Sinto-me cansada desde que me levanto	0,108	0,117
FSF $\leftarrow$ Tenho a sensação de que não sirvo para nada	-0,096	0,090
FSF $\leftarrow$ Sinto-me ansiosa e nervosa	-0,030	0,672
FSF $\leftarrow$ Tenho medo de fazer esforços porque tenho perdas de urina	0,046	0,319
FSF $\leftarrow$ Tenho desconforto e secura vaginal	<b>-0,240</b>	<b>***</b>
FSF $\leftarrow$ Tenho notado a pele mais seca	-0,074	0,129
FSF $\leftarrow$ Problema Psicológico	<b>-0,120</b>	<b>0,004</b>
FSF $\leftarrow$ Frequência Consumo de Bebidas Alcoólicas	<b>0,092</b>	<b>0,023</b>

FSF=Funcionamento Sexual Feminino

\*\*\*  $p < 0,001$

O funcionamento sexual feminino, nesta amostra, é melhor explicado através das variáveis: relação afetivo-sexual; tenho afrontamentos; tenho desconforto e secura vaginal; problema psicólogo; frequência de consumo de bebidas alcoólicas.

## Discussão

Este trabalho teve por objetivo propor um modelo que explorasse a relação entre um conjunto de variáveis sociodemográficas, de menopausa, de saúde percebida e de estilo de vida, e o funcionamento sexual feminino, na meia idade, numa amostra comunitária portuguesa. Os resultados obtidos permitem, de acordo com aquilo que era a expectativa inicial do estudo, ampliar a compreensão sobre a forma como estas variáveis contribuem para a função sexual feminina, que nem sempre é muito clara na literatura.

Relativamente às variáveis sociodemográficas os resultados contrariam algumas hipóteses formuladas. Estar numa relação afetiva-sexual surgiu não só associado a um melhor funcionamento sexual, como é a variável que melhor o explica ( $\beta = 0,437; p < 0,001$ ). A idade, as habilitações académicas, o estado profissional (ativo vs. inativo) e o rendimento anual não se mostraram associadas à função sexual. Os resultados vão ao encontro da hipótese de que não existe associação entre a variável dependente e o número de filhos.

Entre as participantes que responderam aos questionários, a grande maioria (77,1%) refere estar numa relação afetiva-sexual o que surge, neste trabalho, associado a melhor função sexual, contrariamente à hipótese que havia sido formulada. Tal poderá, entre outros fatores, relacionar-se com algumas variáveis, que não foram abordadas nos questionários, associadas às características do parceiro e da própria relação (Sinković & Towler, 2019). Por exemplo, o estudo que avaliou a função sexual feminina numa amostra de 315 mulheres brasileiras, na meia idade, concluiu que ter uma relação significativa, descrita como gratificante, surgia associado a menor probabilidade de sofrer de disfunção sexual (Valadares et al., 2008a). Também o estudo que envolveu 93 mulheres, entre os 40 e os 73 anos ( $M=52,5; DP=8,5$ ), com o objetivo de explorar os preditores biopsicológicos associados ao funcionamento sexual feminino, numa amostra comunitária, revelou que um elevado nível de satisfação com a relação, e uma boa perceção de suporte social por parte do parceiro, estão associadas a um melhor funcionamento sexual feminino (Mernone et al., 2019). Embora existam dados contraditórios em relação ao impacto da longevidade das relações no funcionamento sexual, alguns estudos referem uma associação positiva entre relações de longa duração (mais de 10 anos) e lubrificação (Peixoto & Nobre, 2015) ou facilidade em atingir o orgasmo (Jiann, Su, Yu, Wu, & Huang, 2009). Nos casais que permanecem juntos mais anos, por se conhecerem melhor, parece haver uma maior capacidade de estimular adequadamente a parceira, fator que Carvalheira, Broto e Leal (2010) destacam como essencial para a satisfação com a interação sexual. Uma boa comunicação na

intimidade é outro fator, associado à qualidade da relação, que surge como protetor face à disfunção sexual (McCool-Myers et al., 2018).

Não deixa de ser interessante notar que nos estudos em que ter uma relação surgiu associado a pior funcionamento sexual, a longevidade é uma das causas apontadas, contrariamente ao referido anteriormente (Dennerstein, Lehert, & Burger, 2005). A familiaridade do convívio parece condicionar as fantasias e o desejo e justificar este tipo de associação (Morton & Gorzalka, 2015). Algumas mulheres, sobretudo as que compartilham a casa com o companheiro de longa data, referem ter relações sexuais mais vezes do que aquelas que gostariam, como se pendesse sobre elas um imperativo de performance sexual, o que acaba por ser prejudicial (Carvalho et al., 2010; Sinković & Towler, 2019; Smith et al., 2017). Idade e dificuldades sexuais dos parceiros, mais frequentes nesta fase do ciclo de vida, também podem justificar que algumas mulheres, em relações de longa duração, reportem mais dificuldades sexuais (Sinković & Towler, 2019). A imagem corporal percebida é outro fator que afeta a vivência da sexualidade (McCool-Myers et al., 2018), e se for experienciada como negativa no âmbito da relação, pode justificar pior função sexual feminina. É necessário ter em atenção que erros de metodologia em alguns estudos que comparam mulheres que por não terem uma relação afetiva, não têm queixas sexuais, com mulheres que por terem uma relação podem identificar mais facilmente queixas, induzem em conclusões errôneas.

Parece, portanto, que alguns fatores associados ao parceiro e à relação, nomeadamente à sua qualidade, são o que realmente determinam o tipo de associação que se estabelece entre ter uma relação afetiva-sexual e funcionamento sexual feminino (Carvalho et al., 2010; Mernone et al., 2019). Acresce que alguns estudos também apontam a satisfação com a própria atividade sexual como forte preditor de um bom funcionamento nesta área (Thomas & Thurston, 2017). Neste estudo, poucas participantes referem estar “moderadamente insatisfeita” (10,1%), ou “muito insatisfeita” (10,8%) com a sua atividade sexual o que também poderá contribuir para justificar a associação encontrada. Há ainda a salientar que uma elevada percentagem de mulheres refere ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas. Apesar de não se ter colocado a questão isoladamente, apenas entre 15,6% e 18,7% (conforme o item do FSFI-6), assinalaram não ter tido atividade sexual/penetração vaginal nas últimas quatro semanas (assinalado como 0, nos itens 2, 3, 4, 6), o que significa por uma lado, uma elevada prevalência de atividade sexual e por outro, que a explicação para a ausência de queixas não está associada à falta de atividade. Além disso pode considerar-se que não existem queixas significativas ao nível do desejo, já que apenas 13% das participantes o classificam como

“muito baixo”, o que é um indicador favorável tendo em conta que é habitualmente uma das dimensões que surge mais prejudicada nos estudos em que há um pior funcionamento sexual associado a ter uma relação afetiva.

À medida que a idade avança é usual registar-se um aumento das queixas associadas ao funcionamento sexual, mais notório em intervalos de tempo alargados (Hassanin et al., 2010), mas também na meia idade (Mernone et al., 2019; Zhou et al., 2019). O processo de envelhecimento acarreta frequentemente inúmeras alterações na condição de saúde, sobretudo de saúde física, o que tende a afetar negativamente o funcionamento sexual, na meia idade e idade avançada (Sinković & Towler, 2019). No caso deste estudo trata-se de uma amostra relativamente jovem, com uma média de idades de 52 anos ( $M=52,16$ ;  $DP=4,89$ ), mas mais importante que isso trata-se de uma amostra saudável, em que a maioria (78%) das participantes reporta não ter tido uma doença recente, o que pode justificar esta ausência de associação entre idade e função sexual feminina.

De acordo com os resultados deste estudo não há associação entre variáveis socioeconómicas (habilitações literárias, estado profissional e rendimento anual) e funcionamento sexual feminino o que apesar de ser contrário à hipótese formulada, vai ao encontro de alguns estudos em que também não foi encontrada associação entre as variáveis (Hassanin et al., 2010; Oksuz & Malhan, 2006). Esperava-se que um baixo nível socioeconómico (poucas habilitações académicas, desemprego e baixo rendimento anual) surgisse associado a uma pior função sexual feminina, já que é de esperar que por exemplo mulheres com menor literacia e pior condição económica tenham menos acesso a informação relevante sobre a anatomia e a fisiologia da resposta sexual feminina e que isso possa condicionar o funcionamento sexual (Nobre, 2009). Também é mais frequente que mulheres em situação de desemprego ou com baixos rendimentos económicos, possam ser mais afetadas por problemas psicológicos, como a depressão e a ansiedade (Caldas de Almeida & Xavier, 2013), fatores que podem surgir sobrepostos em alguns estudos e que surgem frequentemente associados a pior funcionamento sexual feminino (Shahraki et al., 2018). Nesta amostra em que mais de metade (65,6%) das participantes refere possuir um grau de habilitações académico superior, poucas afirmam estar inativas profissionalmente (16%), e mais de metade (52,3%) refere um nível de rendimentos anuais acima de 20 001€, tal pode explicar a ausência de associação entre estas variáveis e o funcionamento sexual feminino.

A maior parte dos estudos, à semelhança do que acontece neste trabalho, reporta uma ausência de associação entre número de filhos e função sexual feminina, como observou

Fehniger (2013) no estudo que envolveu 1 094 mulheres com mais de 40 anos ( $M=56,3$ ;  $DP=8,7$ ) e em que não foi encontrada qualquer evidência de que exista uma relação, a longo prazo, entre ter ou não ter filhos, ou o número de filhos e o funcionamento sexual. Por vezes, surge em alguns estudos uma maior prevalência de disfunção sexual associada ao número de filhos (Hassanin et al., 2010; Ulkumen et al., 2014) o que pode atribuir-se a aspetos como: excesso de responsabilidade e dificuldade em articular a vida profissional e familiar, que impacta a disponibilidade emocional para se envolver em atividades sexuais, e menor privacidade, que dificulta a intimidade do casal (Basson, Brotto, Laan, Redmond, & Utian, 2005). No entanto, no estudo, baseado na recolha de dados on-line, que envolveu 385 participantes entre os 18 e os 60 anos ( $M=29,9$ ;  $DP=6,9$ ), apesar de as mulheres que tinham filhos, quando comparadas com as que não tinham apresentarem uma maior prevalência de disfunção sexual, não foi encontrada qualquer associação entre número de filhos e disfunção sexual feminina (Maasoumi et al., 2019). Importa referir que em muitos destes estudos, a disfunção sexual é atribuída por uma pontuação abaixo do ponto de corte da escala utilizada para avaliar a função sexual feminina, o que há luz dos critérios atuais não é suficiente (DSM-5, 2013), e pode significar que algumas conclusões possam ser abusivas.

Relativamente às variáveis de saúde percebida, e em concordância com a hipótese formulada, o funcionamento sexual na meia-idade, para esta amostra, é pior em mulheres com sintomas de menopausa mais graves, e que reportam problemas psicológicos. Não foi encontrada associação entre funcionamento sexual e estadio de menopausa, doença recente ou IMC.

A literatura aponta consistentemente no sentido de que uma maior gravidade de sintomas de menopausa está associada a uma pior função sexual (Askin et al., 2019; Harlow et al., 2017; Nappi et al., 2010; Nazarpour et al., 2018) e o modelo estrutural proposto neste trabalho vai ao encontro desta informação, enfatizando o peso dos sintomas vasomotores ( $\beta = -0,123$ ;  $p = 0,021$ ) e do desconforto e secura vaginal ( $\beta = -0,240$ ;  $p < 0,001$ ), nesta associação.

Os sintomas vasomotores, ou seja afrontamentos (episódio súbito, com duração de 1 a 5 minutos, em que há uma vasodilatação, na face e pescoço, acompanhada de suor intenso) e suores noturnos, afetam entre 60% e 80% das mulheres durante a menopausa (Potter et al., 2018). Embora a sua origem não seja completamente compreendida, pensa-se que estarão relacionados com as alterações hormonais associadas a esta fase, apesar de nem todas as mulheres que passam pela menopausa experienciam sintomas vasomotores, considerando-se

que possam existir outros fatores, para além dos hormonais, envolvidos neste processo, nomeadamente fatores de saúde como a obesidade, saúde mental, ou fatores de estilo de vida como o consumo de tabaco (Potter et al., 2018). Normalmente os sintomas vasomotores surgem na peri-menopausa, embora algumas mulheres continuem a senti-los por mais alguns anos (Davis et al., 2015). Uma maior gravidade de sintomas vasomotores surge em alguns estudos, tal como acontece aqui, associada a uma pior função sexual (Ghazanfarpour, Khadivzadeh, & Babakhanian, 2016), embora o mecanismo subjacente a este fenómeno não seja completamente compreendido. Alguns autores referem o facto de ao afetarem a qualidade do sono, os suores noturnos, poderem afetar a função sexual feminina (Potter et al., 2018). Por outro lado, estudos mostram que uma maior gravidade de sintomas de menopausa, tende a surgir associada a pior satisfação com a vida (Ornat et al., 2013) o que pode afetar o funcionamento sexual.

Os sintomas geniturinários incluem: sintomas vaginais como secura vaginal, irritação e flacidez da mucosa; sintomas urológicos como incontinência de urgência e em situações mais graves infeções urinárias recorrentes; sintomas sexuais como sangramento e/ou dor durante o ato sexual (Potter et al., 2018). Estes sintomas tendem a agravar-se numa fase mais avançada da menopausa, piorando com a idade (Potter et al., 2018). Esta sintomatologia, que afeta 45% das mulheres na menopausa, tem como principal causa a diminuição do estrogénio, hormona feminina que regula a fisiologia da vagina e cujo decréscimo durante a menopausa acarreta consequências fisiológicas (Potter et al., 2018). A parede vaginal torna-se mais fina, menos elástica, mais seca e mais frágil (Potter et al., 2018). Uma maior gravidade dos sintomas geniturinários, surge frequentemente associada a pior função sexual feminina na medida em que afeta a capacidade de lubrificação durante as relações sexuais, o que pode resultar em dor e em algumas situações ao evitamento da mesma (Nazarpour et al., 2018; Potter et al., 2018).

Muitos estudos apontam no sentido de que os sintomas de menopausa tendem a ser piores na peri-menopausa e daí que um pior funcionamento tenda a surgir neste estadió como é o caso do estudo correlacional de Kong e colaboradores (2019), em que se observou que por um lado as mulheres na peri-menopausa eram as que reportavam maior sofrimento associado funcionamento sexual e por outro que havia mais sintomas de menopausa nas mulheres neste estadió. As mulheres na peri-menopausa reportaram como sendo severos, ou muito severos, sobretudo sintomas de exaustão física e mental, síndrome geniturinário, privação de sono e sintomas vasomotores (Kong et al., 2019). No mesmo estudo também foi possível perceber que as mulheres na pós-menopausa reportavam um menor desejo e uma menor frequência de

interação sexual, sem que isso fosse acompanhado por um aumento de sofrimento associado à sexualidade.

Tendo em conta que neste estudo, a maioria das participantes encontra-se na pós-menopausa (53,6%), talvez por essa razão não tenha surgido uma associação entre estadio e funcionamento sexual.

A saúde física condiciona a saúde sexual (McCabe et al., 2016b) e vários são os estudos que reportam um aumento de disfunção sexual, correlacionada com a existência de doenças crónicas (Safarinejad, 2006), como a diabetes tipo 2 (Rahmanian et al., 2019). Na meta-análise realizada por Rahmanian e colaboradores (2019), conclui-se que não só a prevalência de disfunção sexual nas mulheres com diabetes tipo 2 é maior face às que não apresentam esta patologia, como são as diabéticas que apresentam pontuações mais baixas na FSFI-19, o que é indicador de pior funcionamento sexual. Também as mulheres que sofrem de hipertensão arterial tendem a apresentar uma maior prevalência de disfunção sexual (Choy et al., 2019). Outras condições físicas surgem associadas a uma maior prevalência de disfunção sexual feminina como é o caso do cancro da mama (Jing et al., 2019) ou as doenças cardiovasculares (Nascimento et al., 2013). A maioria (78%) das participantes neste estudo reporta não ter tido uma doença recentemente, o que pode justificar a ausência de associação entre as variáveis.

Apesar das dúvidas acerca do papel do humor ou das perturbações de ansiedade na função sexual feminina (McCabe et al., 2016b), é relativamente consensual que uma ausência de problemas psicológicos (nomeadamente depressão a ansiedade), uma boa autoestima e uma boa satisfação com a vida, sejam preditores de um bom funcionamento sexual (Valadares et al., 2008b). Também nesta amostra, em que a maioria (77,5%) das participantes refere não ter tido problemas psicológicos recentemente, tal aparece associado a um melhor funcionamento sexual.

Um IMC mais elevado tende a surgir associado a pior funcionamento sexual o que pode dever-se a uma maior comorbilidade com outras doenças, mas também a questões relacionadas com a imagem corporal percebida, que podem afetar a saúde sexual (Scavello et al., 2019). Neste estudo, onde mais de metade das participantes (52,5%) tem um peso normal, não foi encontrada associação entre IMC e função sexual feminina o que já havia acontecido noutros estudos (Fairbanks, Faubion, Mara, & Kapoor, 2019b) e que pode dever-se às características da amostra, mas também à natureza multifatorial da função sexual feminina.

No que diz respeito às variáveis de estilo de vida, os dados contrariam em parte as hipóteses que se formularam já que foi encontrada uma associação entre a frequência de

consumo de álcool, mas não foi encontrada associação com a prática de exercício físico. Só em relação ao tabaco não foi encontrada, de facto, qualquer associação, o que vai ao encontro da maioria dos estudos.

A maior parte dos estudos aponta para a inexistência de uma associação entre consumo de álcool e função sexual feminina (Allen & Walter, 2018; Choi et al., 2015; Dombek, Capistrano, Costa, & Marinheiro, 2016; Zhang et al., 2017), o que não se verificou neste estudo. Os níveis de frequência de consumo de bebidas alcoólicas, nesta amostra, situam-se sobretudo entre “uma vez por mês, ou menos” (33,6%), e “uma a duas vezes, por semana” (33,6%). O modelo estrutural proposto revela que uma maior frequência de consumo de bebidas alcoólicas está associada a um melhor funcionamento sexual. Apesar de os resultados contrariem a expectativa inicial, este tipo de associação surgiu igualmente num estudo que avaliou o funcionamento sexual em 780 mulheres, na meia idade, ao longo de sete anos e em que uma maior frequência de consumo de álcool surge associada a uma maior frequência da satisfação nas relações sexuais, mais excitação subjetiva ou alcançar o orgasmo mais vezes (Smith et al., 2017), o que se reflete depois em pontuações mais elevadas na função sexual feminina. Também há autores que referem que um maior consumo de álcool tende a surgir associado a maior ímpeto sexual (Allen & Desille, 2017). Outros estudos confirmam a associação entre consumo moderado de álcool e menor prevalência de disfunções ao nível do desejo, justificável não tanto pelo consumo do álcool em si, mas mais pelo facto de este comportamento poder ter subjacente um estilo de vida mais liberal que favorece a função sexual feminina (McCool-Myers et al., 2018). Finalmente não deixa de ser interessante ter em conta os resultados de outros estudos, como o estudo laboratorial que avaliou a resposta a estímulos sexuais visuais após o consumo de álcool, em mulheres, que reportavam um consumo moderado, que revelaram uma tendência para uma redução na excitação genital, com aumento da dose de álcool, sem que isso fosse acompanhado pela mesma alteração na excitação subjetiva geral (em grande medida não-genital) que em alguns casos aumentou (George et al., 2011). Também um outro estudo laboratorial, em que participaram 58 mulheres, com idades entre os 18 e os 24 anos, revela que quando sob o efeito do consumo moderado de álcool, faces pouco ou medianamente atrativas passavam a ser avaliadas como mais atrativas, efeito que também foi observado noutro tipo de estímulos como paisagens (Chen, Wang, Yang, & Chen, 2014).

No que respeita ao consumo de tabaco (sim vs. não) não foi encontrada, qualquer associação com o funcionamento sexual feminino, o que vai ao encontro da maioria dos estudos (Allen & Walter, 2018). É o caso do estudo realizado com mulheres portuguesas, de uma

amostra comunitária, com idades compreendidas entre os 18 e os 61 anos ( $M=29,38$ ;  $DP=8,54$ ), em que a maioria reportou a prática de coito vaginal nas últimas quatro semanas, e onde ser fumadora não surgiu associado ao funcionamento sexual (Costa & Peres, 2015).

A maioria das participantes, neste estudo, reporta praticar exercício físico (60,7%) e esta variável, ao contrário da hipótese formulada não surge associada ao funcionamento sexual, o que apesar de tudo também acontece noutros estudo (Haimov-Kochman, Constantini, Brzezinski, & Hochner-Celnikier, 2013). Esta ausência de associação pode dever-se ao tipo/intensidade de exercício praticado, tal como observado num estudo que abrangeu 405 mulheres iranianas, com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos ( $M=52,8$ ;  $DP=3,7$ ), em que numa primeira análise não foi encontrada qualquer correlação entre exercício físico (sim vs. não) e função sexual, porém quando os autores, compreenderam que a prática de exercício mais comumente identificada era caminhar e dividiram a amostra em 3 grupos (sem prática de exercício físico; só caminhar; outro exercício físico) e comparam os resultados do grupo que não praticava exercício físico, com o que praticava outro exercício físico, encontrou uma correlação entre prática de exercício físico e funcionamento sexual feminino (Nazarpour et al., 2016).

Apesar de para um nível de significância de 0,05, existir evidência estatística para afirmar que há diferenças na Excitação ( $U=14\ 623$ ;  $W=78\ 884$ ;  $p=0,044$ ;  $\eta^2 = 0,008$ ), Lubrificação ( $U=14\ 582$ ;  $W=78\ 843$ ;  $p=0,042$ ;  $\eta^2 = 0,009$ ), Orgasmo ( $U=13\ 241$ ;  $W=77\ 502$ ;  $p=0,003$ ;  $\eta^2 = 0,019$ ) e Satisfação ( $U=13\ 428$ ;  $W=77\ 689$ ;  $p=0,011$ ;  $\eta^2 = 0,013$ ) em função de as participantes responderem on-line ou em papel, a dimensão do efeito é tão pequena que se optou por considerar apenas uma amostra, atribuindo-se a discrepância à diferença de dimensão entre as duas subamostras (on-line: 358; papel:97) (Marôco, 2014a).

Existe na literatura alguma controvérsia relativamente à equivalência de resultados recolhidos on-line e em papel, podendo descrever-se como complexa a relação entre taxas de resposta, itens não respondidos, diferenças na natureza das amostras e validade de resultados (Loomis & Paterson, 2018). Porém, cada vez mais a recolha de dados baseada na Internet surge como alternativa viável e credível em termos de metodologia de investigação (Le, Tran, Ho, Vu, & Lopata, 2018), com a maioria dos estudos a indicar uma semelhança de resultados entre os dados recolhidos on-line e em papel (Loomis & Paterson, 2018). Por exemplo, num estudo, envolvendo 480 estudantes de psicologia, relativamente a material sensível, incluindo medidas relacionadas com a sexualidade, em que foram comparadas diferentes formas de preenchimento de questionários: em papel, on-line com supervisor, on-line sem supervisor, conclui-se que as

respostas são equivalentes entre as três condições, ainda que nos questionários em papel se tenha observado uma maior ausência de dados (Wood, Nosko, Desmarais, Ross, & Irvine, 2006). Também o estudo que avaliou a percepção de mulheres lésbicas belgas, em relação a variáveis como: lidar com a homossexualidade, acesso a cuidados de saúde ou discriminação no sistema de saúde, e em que se compararam dados recolhidos on-line (494 participantes) e em papel (272 participantes), não encontrou diferenças substanciais em função da metodologia de recolha (Hirsch, Löltgen, & Becker, 2014). No estudo de Braekman e colaboradores (2018), sobre saúde percebida, envolvendo uma amostra de 149 participantes belgas, obteve-se um elevado nível de concordância entre as metodologias de recolha on-line e em papel, ainda que os indicadores avaliados através de itens fatuais e objetivos tenham registado maior nível de concordância face aos que remetiam para uma avaliação subjetiva. A conclusões semelhantes chegaram outros estudos em que mesmo existindo algumas diferenças entre os grupos (*on-line vs. papel*), estas não são suficientes para desconsiderar a equivalência entre metodologias (Determann, Lambooi, Steyerberg, de Bekker-Grob, & de Wit, 2017; Eckford & Barnett, 2016).

A recolha de dados on-line apresenta-se assim como uma alternativa muito apelativa em relação aos métodos de recolha tradicionais, assentes no preenchimento de questionários em papel, já que permite maior rapidez e menores custos, amostras maiores e mais abrangentes geograficamente (Le et al., 2018). Também há autores que referem a “melhor qualidade” no que diz respeito à precisão das respostas on-line, mesmo quando não é possível confirmar até que ponto são mais próximas da opinião “real” dos participantes (Triga & Manavopoulos, 2019). A menor prevalência de erros associados à ausência de necessidade de introdução de dados, é apontado por alguns autores como uma vantagem da metodologia de recolha on-line face ao papel (Braekman et al., 2018). Mesmo nas questões associadas à desejabilidade social, a meta-análise de Dodou e Winter (2014), contrariamente ao reportado em estudos anteriores, aponta no sentido de não haver evidência para afirmar que esta afete diferencialmente os participantes em função da metodologia de recolha. Os autores atribuem as diferenças encontradas noutros estudos a erros de amostragem (Dodou & De Winter, 2014). Ainda assim uma outra meta-análise revelou que alguns comportamentos socialmente menos desejáveis tendem a emergir mais facilmente em estudos on-line, que em estudos em papel (Gnambs & Kaspar, 2014), o que de certa forma é uma vantagem para as metodologias baseadas na Internet. Em relação à população na meia idade, e idade avançada, resultados de uma pesquisa que utilizou meios de recolha on-line e em papel, numa amostra de 569 participantes com mais de 50 anos, na Nova Inglaterra, sugere que as metodologias on-line, desde que haja

disponibilidade de Internet, são uma boa alternativa para aceder a informação sobre população nesta faixa etária, muitas vezes inacessível, já que também parecem não existir diferenças entre os dados recolhidos on-line e em papel (de Bernardo & Curtis, 2013).

Nos estudos em que foram encontradas diferenças mais notáveis entre resultados on-line e em papel, estas deveram-se muitas vezes a discrepâncias nas características da amostra. Por exemplo no estudo que abrangeu 318 mulheres, sobreviventes de cancro, cujo objetivo era avaliar as propriedades psicométricas de um novo instrumento, as participantes mais vulneráveis do ponto de vista sociodemográfico preferiram consistentemente responder aos questionários em papel, pelo que as amostras divergiram significativamente ao nível destas características, o que acabou por se repercutir nos resultados das variáveis de medida (Hagan, Belcher, & Donovan, 2017). Mesmo no estudo que envolveu 4 075 participantes ingleses, em que as características da amostras não divergiam assim tanto, e em que se comparou a consciência para sinais, sintomas e fatores de risco associados ao cancro, relativamente a dados recolhidos na presença de um supervisor (20% dos participantes) e on-line sem supervisor (80%), e em que foram encontradas diferenças, estas por serem tão pequenas, não são consideradas pelas autoras como desencorajadoras de uma transição para a metodologia de recolha de on-line (Connor, Hudson, & Power, 2020). É sugerido que as diferenças possam estar associadas, a pequenas divergências nas amostras, nomeadamente ao nível da representatividade em relação à população inglesa, mas também no que toca à tendência, já anteriormente observada noutros estudos (Sherman et al., 2016), para reportar maior consciência on-line do que em papel (Connor et al., 2020).

Mesmo ao nível das características psicométricas dos instrumentos quando são transpostos do papel para o formato digital, a literatura aponta no sentido de afirmar que a validade e fiabilidade das medidas tendem a manter-se preservadas (Alfonsson, Maathz, & Hursti, 2014). A este nível o estudo que validou as propriedades psicométricas do FSFI-19, on-line, numa população de 274 mulheres brasileiras, confirmou a fiabilidade da versão on-line, equiparando-a à versão em papel, validando a utilização da Internet como plataforma para recolha de dados em investigações na área da saúde sexual (Latorre, Bilck, Cardoso, & Sperandio, 2013). Também a validação do FSFI-19 on-line, numa amostra de 150 participantes americanas chegou a conclusões idênticas (Crisp, Fellner, & Pauls, 2014).

Este estudo apresenta algumas limitações. Desde logo a existência de uma diferença na dimensão das subamostras (on-line vs. papel). Por outro lado, o facto de não ser um estudo longitudinal não permite estabelecer causalidade. A opção por uma amostragem por

conveniência impede a generalização dos dados. Trata-se ainda para mais de uma amostra que do ponto de vista das características sociodemográficas é mais favorecida (elevada literacia, elevado nível de empregabilidade) o que pode constituir um enviesamento aos resultados. O mesmo em relação às características de saúde percebida (a maior parte saudável). Também se salienta o facto de a maioria das participantes se encontrar na pós-menopausa, o que também pode introduzir enviesamentos.

Ao nível da variável relação afetiva sexual, considera-se uma limitação não ter questionado as participantes relativamente ao grau de satisfação em relação à mesma, bem como acerca da longevidade e de eventuais dificuldades sexuais identificadas pelos parceiros.

Em termos de estudos futuros sugere-se desde já a realização de um estudo, na população portuguesa, que compare funcionamento sexual feminino reportado através do FSFI-6, on-line e em papel, com base em amostras com características idênticas, quer ao nível das dimensões, quer ao nível das características sociodemográficas e onde se possa comparar as propriedades psicométricas do instrumento de medida em função da metodologia e assim proceder à sua validação.

Estudos com outro tipo de design, longitudinais, mas sobretudo qualitativos, podem ajudar a esclarecer que aspetos da qualidade da relação afetiva-sexual são mais determinantes para a função sexual feminina, propondo-se desde já que sejam tidas em conta variáveis como: satisfação com a relação, com clarificação dos aspetos que mais contribuem para essa satisfação (segurança, comunicação na intimidade, etc.); longevidade da relação; idade e função sexual do parceiro.

Uma linha de investigação que parece pouco explorada é o estudo do impacto de alguns traços de personalidade no funcionamento sexual feminino, como o otimismo que tem surgido associado a uma melhor saúde física e mental, pelo que seriam interessantes mais estudos nesta área.

Também em relação ao exercício físico parece interessante clarificar a sua relação com a função sexual feminina, na meia idade, já que muitos estudos apontam a prática do exercício físico como contributo positivo para uma melhoria dos sintomas de menopausa. Sugere-se estudos que façam a distinção entre níveis de prática de exercício. Neste caso seria interessante recorrer a estudos longitudinais.

Concluindo, nesta amostra comunitária portuguesa, um melhor funcionamento sexual feminino, na meia idade, é melhor explicado, sobretudo, pela existência de uma relação afetiva-sexual. As mulheres que reportam uma menor gravidade de sintomas de menopausa, sobretudo

ao nível dos sintomas vasomotores e do desconforto e secura vaginal, são aquelas que apresentam um melhor funcionamento sexual feminino. A ausência de problemas psicológicos e uma maior frequência de consumo de álcool, surgem nesta amostra, associados a melhor funcionamento sexual. Variáveis como idade, número de filhos, habilitações académicas, estado profissional, rendimento anual, doença recente, estadio de menopausa, IMC, consumo de tabaco, e exercício físico não estão associados ao funcionamento sexual feminino, de acordo o modelo proposto neste estudo.

Assim, mulheres sem uma relação, com mais sintomas vasomotores e geniturinários deverão ser alvo de uma atenção especial, já que poderão constituir um grupo de risco para uma pior qualidade de funcionamento sexual feminino e, como tal, necessitar de ajuda especializada

## Referências

- Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C. L., Vittinghoff, E., Brown, J. S., & Thom, D. H. (2006). Sexual Activity and Function in Middle-Aged and Older Women. *Obstetrics and Gynecology*, *107*(4), 755–764.  
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2>.Sexual
- Alfonsson, S., Maathz, P., & Hursti, T. (2014). Interformat reliability of digital psychiatric self-report questionnaires: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(12), 1–12. <https://doi.org/10.2196/jmir.3395>
- Allen, M. S., & Desille, A. E. (2017). Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Functioning and Behavior in Older Adults. *International Journal of Sexual Health*, *29*(3), 273–277. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1307301>
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018). Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Dysfunction: A Meta-Analysis of Population-Based Research. *Journal of Sexual Medicine*, *15*(4), 458–475. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.008>
- American Psychiatry Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a. Ed. Rev.* <https://doi.org/1011769780890425596>
- Arackal, B. S., & Benegal, V. (2007). Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian Journal Psychiatry*, *49*, 109–112.
- Askin, M., Koc, E. M., Soyoz, M., Aksun, S., Aydogmus, S., & Sozmen, K. (2019). Relationship between postmenopausal Vitamin D level, menopausal symptoms and sexual functions. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, *29*(9), 823–827. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2019.09.823>
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(6), 1497–1507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x>
- Avis, N. E., Colvin, A., Karlamangla, A. S., Crawford, S., Hess, R., Waetjen, L. E., ... Greendale, G. A. (2017). Change in Sexual Functioning Over the Menopause Transition: Results from the Study of Women’s Health Across the Nation. *Menopause*, *24*(4), 379–390. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*, 51-65.
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. H. (2005). Assessment and management of women’s sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of*

- Sexual Medicine*, 2(3), 291–300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x>
- Braekman, E., Berete, F., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., ... Van Hal, G. (2018). Measurement agreement of the self-administered questionnaire of the belgian health interview survey: Paper-and-pencil versus web-based mode. *PLoS ONE*, 13(5), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197434>
- Buruganahalli Nagendrappa, A. K., Mallanna, S., Raj, G. S., & Prasannakumar. (2017). Sexual dysfunction in women with alcohol dependence syndrome: A study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.007>
- Butt, M. R., Lema, V., Mukaindo, A., Mohamoud, G., & Shabani, J. (2019). Prevalence of and factors associated with female sexual dysfunction among women using hormonal and non-hormonal contraception at the AGA Khan University Hospital Nairobi. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1955>
- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. D. C., Júnior, J. E., Giraldo, P. C., & Gonçalves, A. K. (2014). Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 60(1), 47–52. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.011>
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1.º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Caruso, S., Rapisarda, A. M. C., & Cianci, S. (2016). Sexuality in menopausal women. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 323–330 <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000280>
- Carvalho, A. A., Brotto, L. A., & Leal, I. (2010). Women's motivations for sex: Exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1454–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01693.x>
- Carvalho, A. A., & Leal, I. (2008). Os determinantes da satisfação sexual feminina: um estudo português. *Revista Internacional de Andrologia*, 6(1), 3–7. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(08\)72559-7](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(08)72559-7)
- Carvalho, A. A. (2018). *Em defesa do erotismo. A favor da liberdade e da saúde sexual*. Porto-Salvo. Edições Desassossego.
- Çayan, S., Yaman, Ö., Orhan, İ., Usta, M., Başar, M., Resim, S., ... Kadioğlu, A. (2016). Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive*

- Biology*, 203, 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.06.030>
- Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2015). Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas*, 82(3), 299–303. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.07.005>
- Chen, X., Wang, X., Yang, D., & Chen, Y. (2014). The moderating effect of stimulus attractiveness on the effect of alcohol consumption on attractiveness ratings. *Alcohol and Alcoholism*, 49(5), 515–519. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu026>
- Choi, J., Shin, D. W., Lee, S., Jeon, M. J., Kim, S. M., Cho, B., & Lee, S. M. (2015). Dose-response relationship between cigarette smoking and female sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology Science*, 58(4), 302–308. <https://doi.org/10.5468/ogs.2015.58.4.302>
- Chowdhury, S., & Chakraborty, P. (2017). Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169–170. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Choy, C. L., Sidi, H., Koon, C. S., Ming, O. S., Mohamed, I. N., Guan, N. C., & Alfonso, C. A. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis for Sexual Dysfunction in Women With Hypertension. *Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 1029–1048. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.007>
- Clayton, A. H., & Harsh, V. (2016). Sexual Function Across Aging. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0661-x>
- Connor, K., Hudson, B., & Power, E. (2020). Awareness of the Signs, Symptoms, and Risk Factors of Cancer and the Barriers to Seeking Help in the UK: Comparison of Survey Data Collected Online and Face-to-Face. *JMIR Cancer*, 6(1), e14539. <https://doi.org/10.2196/14539>
- Costa, R. M., & Peres, L. (2015). Smoking is Unrelated to Female Sexual Function. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 189–194. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.962054>
- Crisp, C. C., Fellner, A. N., & Pauls, R. N. (2014). Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) for web-based administration. *International Urogynecology Journal*, 26, 219–222. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2461-3>
- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, Maryann, G. D. M., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nature Reviews. Disease Primers*, 1, 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.08.001>
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The relationship

- between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690–2697. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>
- de Bernardo, D. H., & Curtis, A. (2013). Using Online and Paper Surveys: The Effectiveness of Mixed-Mode Methodology for Populations Over 50. *Research on Aging*, 35(2), 220–240. <https://doi.org/10.1177/0164027512441611>
- Dennerstein, L., Lehert, P., & Burger, H. (2005). The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertility and Sterility*, 84(1), 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.119>
- Determann, D., Lambooj, M. S., Steyerberg, E. W., de Bekker-Grob, E. W., & de Wit, G. A. (2017). Impact of Survey Administration Mode on the Results of a Health-Related Discrete Choice Experiment: Online and Paper Comparison. *Value in Health*, 20(7), 953–960. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.02.007>
- Dodou, D., & De Winter, J. C. F. (2014). Social desirability is the same in offline, online, and paper surveys: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 36, 487–495. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.04.005>
- Dombek, K., Capistrano, E. J. M., Costa, A. C. C., & Marinheiro, L. P. F. (2016). Metabolic syndrome and sexual function in postmenopausal women. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 60(6), 545–553. <https://doi.org/10.1590/2359-3997000000194>
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(3), 144–148. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144>
- Eckford, R. D., & Barnett, D. L. (2016). Comparing paper-and-pencil and Internet Survey methods conducted in a combat-deployed environment. *Military Psychology*, 28(4), 209–225. <https://doi.org/10.1037/mil0000118>
- Erbil, N. (2013). The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women. *Sexuality and Disability*, 31(1), 63–70. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9258-4>
- Erenel, A. S., Golbasi, Z., Kavlak, T., & Dilbaz, S. (2015). Relationship between menopausal symptoms and sexual dysfunction among married Turkish women in 40-65 age group. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 575–583. <https://doi.org/10.1111/ijn.12309>

- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, 20(4), 358–365. <https://doi.org/10.1038/ijir.2008.9>
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22(3), 179–184. <https://doi.org/10.1038/ijir.2010.6>
- Fairbanks, F., Faubion, S., Mara, K., & Kapoor, E. (2019a). What are the associations of Body Mass Index, Sexual Dysfunction and Mood in Midlife Women? *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), S22. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.504>
- Fairbanks, F., Faubion, S., Mara, K., & Kapoor, E. (2019b). What are the Associations of Body Mass Index, Sexual Dysfunction and Mood in Midlife Women? *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), S22. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.504>
- Fehniger, J. E., Brown, J. S., Creasman, J. M., Van Den Eeden, S. K., Thom, D. H., Subak, L. L., & Huang, A. J. (2013). Childbirth and female sexual function later in life. *Obstetrics and Gynecology*, 122(5), 988–997. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc>
- George, W. H., Davis, K. C., Heiman, J. R., Norris, J., Stoner, S. A., Schacht, R. L., ... Kajumulo, K. F. (2011). Women's Sexual Arousal: Effects of High Alcohol Dosages and Self-Control Instructions. *Hormone Behavior*, 59(5), 730–738. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Ghazanfarpour, M., Khadivzadeh, T., & Babakhanian, M. (2016). Investigating the Relationship Between Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Women. *Journal of Family and Reproductive Health*, 10(4), 191–197.
- Gnamb, T., & Kaspar, K. (2014). Disclosure of sensitive behaviors across self-administered survey modes: a meta-analysis. *Behavior Research Methods*, 47(4), 1237–1259. <https://doi.org/10.3758/s13428-014-0533-4>
- Granville, L., & Pregler, J. (2018). Women's Sexual Health and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 595–601. <https://doi.org/10.1111/jgs.15198>
- Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor-theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*, 14(10), 577–578. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117>
- Hagan, T. L., Belcher, S. M., & Donovan, H. S. (2017). Mind the Mode: Differences in Paper vs. Web-Based Survey Modes Among Women With Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 368–375.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>

Haimov-Kochman, R., Constantini, N., Brzezinski, A., & Hochner-Celnikier, D. (2013). Regular exercise is the most significant lifestyle parameter associated with the severity of climacteric symptoms: A cross sectional study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *170*(1), 229–234.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.06.018>

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., ... De Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging Methods-Scientists from five countries and multiple disciplines evaluated data from cohort studies of midlife women and in. *Menopause*, *19*(4), 387–395.

<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>

Harlow, S. D., Karvonen-Gutierrez, C., Elliott, M. R., Bondarenko, I., Avis, N. E., Bromberger, J. T., ... Reed, B. D. (2017). It is not just menopause: symptom clustering in the Study of Women's Health Across the Nation. *Women's Midlife Health*, *3*(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1186/s40695-017-0021-y>

Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008). The Inhibitory Effects of Nicotine on Physiological Sexual Arousal in Nonsmoking Women: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Cross-Over Trial. *Journal of Sexual Medicine*, *5*(5), 1184–1197.

<https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>

Hassanin, I. M. A., Helmy, Y. A., Fathalla, M. M. F., & Shahin, A. Y. (2010). Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *108*(3), 219–223.

<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.09.031>

Hippel, C. von, Adhia, A., Rosenberg, S., Austin, S. B., Partridge, A., & Tamimi, R. (2019). Sexual Function Among Women in Midlife: Findings From the Nurses' Health Study II. *Women's Health Issues*, *29*(4), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.006>

Hirsch, O., Löltgen, K., & Becker, A. (2014). Comparing health survey data from Internet- and paper-based convenience samples of lesbian women in Germany. *Sexual Health*, *11*(4), 351–358. <https://doi.org/10.1071/SH14041>

Hong, J. H., Kim, H. Y., Kim, J. Y., & Kim, H. K. (2019). Do psychosocial variables mediate the relationship between menopause symptoms and sexual function in middle-aged perimenopausal women? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *45*(5), 1058–

1065. <https://doi.org/10.1111/jog.13927>
- Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., ... Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7(3), 1139–1146. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>
- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: Prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(12), 2877–2880. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6813.3822>
- Jenczura, A., Czajkowska, M., Skrzypulec-Frankel, A., Skrzypulec-Plinta, V., & Drosdzol-Cop, A. (2018). Sexual function of postmenopausal women addicted to alcohol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph15081639>
- Jiann, B. P., Su, C. C., Yu, C. C., Wu, T. T., & Huang, J. K. (2009). Risk factors for individual domains of female sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3364–3375. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01494.x>
- Jing, L., Zhang, C., Li, W., Jin, F., & Wang, A. (2019). Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1171–1180. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04667-7>
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Simon Schuster.
- Karaca Sivrikaya, S., Ünsal, A., & Yılmaz Karabulutlu, E. (2014). Sexual dysfunction and depression in Turkish women with type 2 diabetes mellitus. *Sexuality and Disability*, 32(1), 3–13. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9337-1>
- Karadag, H., Oner, O., Karaoglan, A., Orsel, S., Demir, A. U., Firat, H., ... Itil, O. (2014). Body Mass Index and Sexual Dysfunction in Males and Females in a Population Study. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), 76–83. <https://doi.org/10.5455/bcp.20130925023705>
- Kılıç, M. (2019). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in healthy women in Turkey. *African Health Sciences*, 19(3), 2623–2633. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.38>
- Kling, J. M., Sidhu, K., Rullo, J., Mara, K. C., Frohmader Hilsaca, K. S., Kapoor, E., & Faubion, S. S. (2019). Association Between Alcohol Use and Female Sexual Dysfunction From the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality (DREAMS). *Sexual Medicine*, 7(2), 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.11.009>

- Kong, F., Wang, J., Zhang, C., Feng, X., Zhang, L., & Zang, H. (2019). Assessment of sexual activity and menopausal symptoms in middle-aged Chinese women using the Menopause Rating Scale. *Climacteric : The Journal of the International Menopause Society*, 22(4), 370–376. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1547702>
- Koops, T. U., & Briken, P. (2018). Prevalence of Female Sexual Function Difficulties and Sexual Pain Assessed by the Female Sexual Function Index: A Systematic Review. *Journal of Sexual Medicine*, 15(11), 1591–1599. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.09.005>
- Latorre, G. F. S., Bilck, P. A., Cardoso, F. L., & Sperandio, F. F. (2013). Validade e confiabilidade de uma versão on-line do Female Sexual Function Index por teste e reteste. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 35(10), 469–474. <https://doi.org/10.1590/S0100-7203201300100008>
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Le, T. T. K., Tran, T. T. B., Ho, H. T. M., Vu, A. T. L., & Lopata, A. L. (2018). Prevalence of food allergy in Vietnam: Comparison of web-based with traditional paper-based survey. *World Allergy Organization Journal*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40413-018-0195-2>
- Lianjun, P., Aixia, Z., Zhong, W., Feng, P., Li, B., & Xiaona, Y. (2011). Risk factors for low sexual function among urban chinese women: A hospital-based investigation. *Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2299–2304. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02313.x>
- Llaneza, P., Iñarrea, J., Gonzalez, C., Alonso, A., Arnott, I., & Ferrer-Barriendos, J. (2007). Differences in health related quality of life in a sample of Spanish menopausal women with and without obesity. *Maturitas*, 58(4), 387–394. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2007.09.013>
- Lonnèe-Hoffmann, R. A. M., Dennerstein, L., Lehert, P., & Szoeki, C. (2014). Sexual function in the late postmenopause: A decade of follow-up in a population-based cohort of Australian women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 2029–2038.

<https://doi.org/10.1111/jsm.12590>

- Loomis, D. K., & Paterson, S. (2018). A comparison of data collection methods: Mail versus online surveys. *Journal of Leisure Research, 49*(2), 133–149.  
<https://doi.org/10.1080/00222216.2018.1494418>
- Maasoumi, R., Elsous, A., Hussein, H., Taghizadeh, Z., & Baloushah, S. (2019). Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: An internet-based survey. *Annals of Saudi Medicine, 39*(5), 319–327. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2019.319>
- Masters, W., Johnson V. (1966). *Human sexual response*. Toronto; New York: Bantam Books.
- Marôco, J. (2014a). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco J. (2014b). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... Segraves, R. T. (2016a). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine, 13*(2), 144–152.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... Segraves, R. T. (2016b). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *Journal of Sexual Medicine, 13*(2), 153–167. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.015>
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health, 18*(1), 1–15.  
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The arizona sexual experience scale (Asex): Reliability and Validity. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*(1), 25–40.  
<https://doi.org/10.1080/009262300278623>
- Mernone, L., Fiacco, S., & Ehlert, U. (2019). Psychobiological factors of sexual functioning in aging women - findings from the women 40+ healthy aging study. *Frontiers in Psychology, 10*, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00546>
- Miller, L. R. (2018). The Perils and Pleasures of Aging: How Women's Sexualities Change across the Life Course. *Sociological Quarterly, 60*(3), 371–396.

<https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1526052>

Mirzaiinjmadadi, K., Anderson, D., & Barnes, M. (2006). The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 28–34.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00547.x>

Morton, H., & Gorzalka, B. B. (2015). Role of Partner Novelty in Sexual Functioning: A Review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(6), 593–609.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.958788>

Nackers, L. M., Appelhans, B. M., Segawa, E., Janssen, I., Dugan, S. A., & Kravitz, H. M. (2015). Associations between body mass index and sexual functioning in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause: The Journal Of The North American Menopause Society*, 22(11), 1175–1181.

<https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000452>

Nappi, R. E., Albani, F., Santamaria, V., Tonani, S., Magri, F., Martini, E., ... Polatti, F. (2010). Hormonal and psycho-relational aspects of sexual function during menopausal transition and at early menopause. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.05.008>

Nappi, R. E., Martini, E., Martella, S., Capuano, F., Bosoni, D., Giacomini, S., ... Spinillo, A. (2014). Maintaining sexuality in menopause. *Post Reproductive Health*, 20(1), 22–29.

<https://doi.org/10.1177/1754045313515122>

Nascimento, E. R., Ornelas Maia, A. C., Pereira, V., Soares-Filho, G., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: A systematic review of prevalence. *Clinics*, 68(11), 1462–1468. [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(11\)13](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(11)13)

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2016). Sexual function and exercise in post menopausal women residing in Chalous and Nowshahr, northern Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(5). <https://doi.org/10.5812/ircmj.30120>

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2018). The relationship between menopausal symptoms and sexual function. *Women and Health*, 58(10), 1112–1123.

<https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1414100>

Nazarpour, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., & Majd, H. A. (2020). The Relationship between Sexual Function and Body Mass Index in Postmenopausal Women. *Acta Scientific Women's Health*, 2(3), 01–05. <https://doi.org/10.31080/aswh.2020.02.0090>

Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes

- and behaviors. *Urology*, 64(5), 991–997. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>
- Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35(5), 360–377. <https://doi.org/10.1080/00926230903065716>
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal of Urology*, 175(2), 654–658. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)00149-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7)
- Ornat, L., Martínez-Dearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M., & Pérez-López, F. R. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas*. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.04.007>
- Pace, G., Silvestri, V., Gualá, L., & Vicentini, C. (2009). Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: How they affect female postmenopausal health. *Menopause*, 16(6), 1188–1192. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a6b491>
- Paiva, C. E., Rezende, F. F., Paiva, B. S. R., Mauad, E. C., Zucca-Matthes, G., Carnesecca, E. C., ... Schover, L. R. (2016). Associations of Body Mass Index and Physical Activity With Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2057–2068. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0758-7>
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 34–44. <https://doi.org/10.14417/lp.684>
- Pechorro, P. S., Pascoal, P. M., Monteiro Pereira, N., Poiares, C., Neves Jesus, S., & Vieira, R. X. (2016). Validação da versão portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino – 6. *Revista Internacional de Andrologia*, 15(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.06.001>
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(2), 169–180. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.842195>
- Pérez-López, F. R., Fernández-Alonso, A. M., Pérez-Roncero, G., Chedraui, P., Monterrosa-Castro, Á., & Llaneza, P. (2013). Assessment of menopause-related symptoms in mid-aged women with the 10-item Cervantes Scale. *Maturitas*, 76(2), 151–154. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.002>
- Pimenta, F., Albergaria, R., Marôco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019a).

- Validation of the 10-item Cervantes Scale in middle-aged Portuguese women: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Menopause (New York, N.Y.)*, 26(2), 203–210. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001180>
- Pimenta, F., Gomes, M., Albergaria, R., Maroco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2017). The 10-item Cervantes Scale (CS-10): Preliminary analysis of its validation in a sample of mid-aged Portuguese women. *Maturitas*, 100, 144. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.104>
- Pimenta, F., Leal, A. B., Albergaria, R., Marôco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019b). The 6-item Female Sexual Function Index: Paper-and-pencil and online format assessment of sexual-related symptoms. *Maturitas*, 128, 96. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.014>
- Pontiroli, A. E., Cortelazzi, D., & Morabito, A. (2013). Female Sexual Dysfunction and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 1044–1051. <https://doi.org/10.1111/jsm.12065>
- Potter, B., Schrage, S., Dalby, J., Torell, E., & Hampton, A. (2018). Menopause. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 45(4), 625–641. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.08.001>
- Rahmanian, E., Salari, N., Mohammadi, M., & Jalali, R. (2019). Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 11(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13098-019-0469-z>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsig, R., ... D'Agostino, 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(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18(4), 382–395. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440>
- Scavello, I., Maseroli, E., Di Stasi, V., & Vignozzi, L. (2019). Sexual health in menopause. *Medicina (Lithuania)*, 55(9), 1–18. <https://doi.org/10.3390/medicina55090559>
- Schneider, H. P. G., & Birkhäuser, M. (2017). Quality of life in climacteric women. *Climacteric*, 20(3), 187–194. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1279599>
- Schoenaker, D. A. J. M., Jackson, C. A., Rowlands, J. V., & Mishra, G. D. (2014). Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: A systematic

- review and meta-analyses of studies across six continents. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1542–1562. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu094>
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The Global Online Sexuality Survey (GOSS): Female Sexual Dysfunction among Internet Users in the Reproductive Age Group in the Middle East. *Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 411–424. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02552.x>
- Shahraki, Z., Tanha, F. D., & Ghajarzadeh, M. (2018). Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*, 18(1), 131–134. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0584-2>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research Methods in Psychology*. New York, NY: Alfred A. Knopf
- Sherman, S. M., Nailer, E., Minshall, C., Coombes, R., Cooper, J., & Redman, C. W. E. (2016). Awareness and knowledge of HPV and cervical cancer in female students: A survey (with a cautionary note). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(1), 76–80.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in united states women: Prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology*, 112(5), 970–978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>
- Sidi, H., Puteh, S. E. W., Abdullah, N., & Midin, M. (2007). The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 311–321. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x>
- Singh, J. C., Tharyan, P., Kekre, N. S., Singh, G., & Gopalakrishnan, G. (2009). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55(2), 113–120. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.52842>
- Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Qualitative Health Research*, 29(9), 1239–1254. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Smith, R. L., Gallicchio, L., & Flaws, J. A. (2017). Factors Affecting Sexual Function in Midlife Women: Results from the Midlife Women's Health Study. *Journal of Women's Health* (2002), 26(9), 923–932. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6135>
- Song, S. H., Jeon, H., Kim, S. W., Paick, J. S., & Son, H. (2008). The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: An internet-based survey.

*Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1694–1701. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00840.x>

Thakur, M., Kaur, M., & Sinha, A. K. (2019). Assessment of menopausal symptoms in different transition phases using the Greene Climacteric Scale among rural women of North India. *Annals of Human Biology*, 46(1), 46–55.

<https://doi.org/10.1080/03014460.2019.1587508>

Thomas, H. N., & Thurston, R. C. (2017). A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*, 87, 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.009.A>

Thornton, K., Chervenak, J., & Neal-Perry, G. (2015). Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 649–661.

<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2015.05.009>

Triga, V., & Manavopoulos, V. (2019). Does mode of administration impact on quality of data? Comparing a traditional survey versus an online survey via a voting advice application. *Survey Research Methods*, 13(2), 181–194.

<https://doi.org/10.18148/srm/2019.v13i2.7392>

Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual Activity and Satisfaction in Healthy Community-dwelling Older Women. *American Journal of Medicine*, 125(1), 37–43. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>

Ulkumen, B.A, Erkan, M.M., Pala, H.G., & Baytur, Y.B. (2014). Sexual dysfunction in Turkish women with dyspareunia and its impact on the quality of life. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 41(5), 567-571.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2017). *World population ageing - highlights*. Retrieved from

[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)

Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J., Conde, D. M., Sousa, M. H., & Costa-Paiva, L. (2008a). Sexuality in Brazilian women aged 40 to 65 years with 11 years or more of formal education: Associated factors. *Menopause*, 15(2), 264–269.

<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31813c687d>

Valadares, A. L. R., Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J., Sousa, M. H., Costa-Paiva, L., & Conde, D. M. (2008b). Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: A population-based household

- survey. *Clinics*, 63(6), 775–782. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322008000600012>
- Verit, F. F., Verit, A., & Billurcu, N. (2009). Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas*, 64(1), 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.07.002>
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2139–2148. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x>
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333–339.
- Wen, L. M., Rissel, C., Cheng, Y., Richters, J., & De Visser, R. O. (2017). Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: A cross-sectional study. *Sexual Health*, 14(4), 313–319. <https://doi.org/10.1071/SH17005>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- Wilbur, J., Mcdevitt, J., Wang, E., & Miller, J. (2005). Menopausal Status, Moderate-Intensity Walking, and Symptoms in Midlife Women. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 19(2), 163–180.
- Wood, E., Nosko, A., Desmarais, S., Ross, C., & Irvine, C. (2006). Online and traditional paper-and-pencil survey administration: Examining experimenter presence, sensitive material and long surveys. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 15, 147–155.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series 894*. Geneva. <https://doi.org/10.1007/BF00400469>
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*.
- Worly, B., Gopal, M., & Arya, L. (2010). Sexual dysfunction among women of low-income status in an urban setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 241–244. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.06.019>

- Zhang, C., Tong, J., Zhu, L., Zhang, L., Xu, T., Lang, J., & Xie, Y. (2017). A Population-Based Epidemiologic Study of Female Sexual Dysfunction Risk in Mainland China: Prevalence and Predictors. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(11), 1348–1356.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.08.012>
- Zhou, Y., Li, C., Jin, F., Shao, H., Teng, Y., & Tao, M. (2019). Prevalence and predictors of sexual function in midlife partnered Chinese women assessed by two simple indicators: Sexual frequency and sexual desire. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *45*(1), 210–216. <https://doi.org/10.1111/jog.13790>

## **Anexos**

### **Anexo A - Revisão alargada de literatura**

Em 2050 estima-se que 22% da população global (2 mil milhões de pessoas) terá 60 ou mais anos (World Health Organization, WHO, 2015). Cerca de 53% serão mulheres (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2017), para as quais as questões relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida na meia idade, e idade avançada, se tornam especialmente significativas (WHO, 2015). A saúde sexual é uma componente essencial de uma vida saudável (Caruso, Rapisarda, & Cianci, 2016; Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2009; Thomas & Thurston, 2017), muitas vezes negligenciada (Granville & Pregler, 2018; Mernone, Fiacco, & Ehlert, 2019), e que surge frequentemente diminuída na meia idade, muito marcada pela menopausa, sem que os fatores que para tal contribuem sejam completamente compreendidos (Hippel et al., 2019).

#### **Funcionamento sexual feminino**

Durante muitos anos a sexualidade feminina foi abordada como uma extrapolação da sexualidade masculina (Carvalheira & Leal, 2008) o que de certa forma condicionou a sua compreensão, até ao nível dos modelos explicativos da resposta sexual.

Masters e Johnson (1966) propuseram um modelo linear de quatro fases sequenciais, progredindo da excitação para o planalto, seguido de orgasmo e culminando na resolução. Kaplan (1979) sugeriu a existência de uma fase de desejo, prévia à excitação e menosprezou a fase de resolução, considerando-a uma fase de retorno fisiológico a uma etapa anterior à excitação. Basson (2000) introduziu a noção de desejo sexual responsivo, distinto do desejo sexual espontâneo (fantasias, pensamentos sexuais e consciência de querer sensações sexuais por si só, mesmo antes de existir qualquer atividade sexual) (Carvalheira, 2018). Basson (2000) sugere assim um modelo circular com cinco fases, onde a intimidade emocional assume um papel de destaque na predisposição para futuras interações sexuais. Se a interação é positiva a nível emocional e físico, a intimidade é aumentada e o ciclo é reforçado (Carvalheira, 2018).

Independentemente da articulação que cada modelo configura para as diferentes dimensões da resposta sexual, parece haver consenso na literatura ao considerar que há disfunção sexual, quando existe perturbação de: desejo, excitação, orgasmo ou quando existe dor (WHO, 1993), durante mais de seis meses e com sofrimento associado, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; American

Psychiatry Association, 2013). Estima-se que a disfunção sexual, sobretudo ao nível do desejo (Carvalheira, 2018; Chedraui & Pérez-López, 2015), afete uma percentagem importante da população feminina em todo mundo, podendo considerar-se um problema de saúde pública.

No estudo de âmbito nacional de Laumann, Paik e Rosen (1999), um dos primeiros realizados após os estudos de Kinsey em 1948, estimou-se que 43% das mulheres com idades entre 18 e 59 anos, nos Estados Unidos, sofria de disfunção sexual. Também Shifren, Monz, Russo, Segreti, e Johannes (2008) encontraram uma prevalência de problemas sexuais entre 22% e 43%, num estudo que envolveu 31 581 mulheres, com mais de 18 anos, cuja média de idades rondava os 49 anos. Mais recentemente uma revisão sistemática de literatura, abrangendo um conjunto de estudos que avaliaram o funcionamento sexual feminino através do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI-19) (Rosen et al., 2000) e em que se considerou que valores abaixo de 26,55 eram indicativos de disfunção sexual (Wiegel, Meston, & Rosen, 2005), encontrou taxas de prevalência de disfunção a variar entre 5,5% e 77%, com mais de metade dos estudos a reportar valores entre os 30% e os 70% (Koops & Briken, 2018). Nesta revisão, a maior parte dos estudos abrangia participantes com uma média de idades entre os 30 e os 40 anos. Em Portugal, no estudo envolvendo 500 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos ( $M=44,3$ ;  $DP=15,3$ ), em que a função sexual feminina, foi avaliada através do FSFI-19, adaptado para a população portuguesa (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009), 37,9% das participantes reportaram problemas sexuais (Peixoto & Nobre, 2015).

À semelhança da tendência que se observa em estudos que abrangem um intervalo de idades alargado, na meia idade as taxas de prevalência de disfunção sexual tendem a ser elevadas. Nicolosi e colaboradores (2004) avaliaram as taxas de prevalência de disfunção sexual em aproximadamente 14 000 mulheres com idades entre os 40 e os 80 anos, provenientes de 29 países. Mais de 65% relataram ter experienciado atividade sexual no ano anterior, com 39% a reportar ser afetada por pelo menos uma disfunção sexual. Em 2005, Laumann e colaboradores no âmbito do Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), recolheram dados de 13 882 mulheres, entre os 40 e os 80 anos provenientes de 29 países e obtiveram uma prevalência de disfunção sexual que variava entre os 18% e os 43%. Na revisão de literatura elaborada por McCabe e colaboradores (2016a) foi possível observar uma prevalência de disfunção sexual acima dos 60 anos entre os 40 e os 50%. No estudo de Hippel e colaboradores (2019), das 73% de um total de 68 131 mulheres entre os 48 e os 68 anos

( $M=58,5$ ;  $DP=4,6$ ) que afirmaram ser sexualmente ativas, 50% relataram sintomas de disfunção sexual.

Como refere o DSM-5 (American Psychiatry Association, 2013), o funcionamento sexual abrange uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais e pode ser significativamente perturbado quando a capacidade de responder sexualmente ou experienciar o prazer sexual se encontra prejudicada. Portanto, uma vida sexual saudável deve ser definida positivamente e em termos biopsicossociais, e não apenas como uma subdivisão da saúde genital/reprodutiva, ou reduzida à supressão de doença ou outros eventos adversos. Saúde sexual não é ausência de disfunção sexual (WHO, 2006). A sexualidade humana emerge no corpo, mas, como tantos outros fenómenos humanos, desdobra-se numa pluralidade de paisagens mentais, relações sociais e âmbitos culturais (Graugaard, 2017). No caso das mulheres estas vivenciam ao longo do seu ciclo de vida inúmeras alterações. Mudam de contexto, de parceiro, os papéis que desempenham alteram-se, bem como o seu estilo de vida. Também ao nível biológico as modificações são inúmeras, sobretudo se se tiverem em conta os eventos associados ao ciclo reprodutivo (puberdade, gravidez, menopausa). Cada um destes fatores socioculturais, interpessoais, psicológicos e biológicos impactam o funcionamento sexual de forma transitória ou permanente, podendo afetar o desejo, a excitação, o orgasmo e a intimidade emocional (Clayton & Harsh, 2016). A complexidade da resposta sexual das mulheres é inquestionável, abarcando uma profunda interligação entre respostas neuro emocionais, busca de intimidade e flutuações dramáticas nos níveis hormonais (Scavello et al., 2019). Uma miríade de determinantes fisiológicos e psicossociais que se combinam em equações multivariadas que devem ser cuidadosamente investigadas (Graugaard, 2017).

### **Funcionamento sexual feminino e variáveis sociodemográficas**

Algumas variáveis sociodemográficas tais como idade, número de filhos, estar numa relação, nível de educação, entre outras, afetam a saúde sexual, sem que seja muito claro de que forma (McCool-Myers et al., 2018).

A idade, por si só, é uma das variáveis, entre outras, cujo efeito no funcionamento sexual tem sido amplamente estudado (Mernone et al., 2019) não só ao longo do ciclo de vida (Hassanin et al., 2010), mas também na meia idade (Zhou et al., 2019). Muitos estudos, sobretudo os que abrangem um intervalo de tempo alargado, reportam que a disfunção sexual tende a aumentar com o envelhecimento, com alterações no desejo, na excitação, lubrificação, orgasmo e dor (Peixoto & Nobre, 2015).

Quando analisamos estudos que avaliam a relação entre idade e função sexual na meia-idade, a maioria observa um aumento das queixas sexuais à medida que a idade avança, embora nem sempre em todas as dimensões (Peixoto & Nobre, 2015). Por exemplo num estudo envolvendo 93 mulheres, entre os 40 e os 73 anos ( $M=52,5$ ;  $DP=8,5$ ), sexualmente ativas, a idade surgiu negativamente correlacionada com o funcionamento sexual feminino, avaliado através da FSFI-19, com as mulheres mais velhas a reportar mais queixas ao nível da excitação (Mernone et al., 2019). No estudo de Zhou e colaboradores (2019) realizado numa amostra clínica de 3 485 mulheres chinesas, entre os 45 e os 65 anos, com parceiro, foram as mulheres mais velhas que reportam não só uma menor frequência de atividade sexual, como também um desejo sexual mais baixo. No estudo que abrangeu 601 mulheres egípcias, de uma amostra clínica, entre os 18 e os 60 anos, as participantes que apresentavam uma maior prevalência de disfunção sexual eram as que tinham sobretudo mais de 40 anos (Hassanin et al., 2010).

Apesar de tudo, alguns estudos relatam uma diminuição da prevalência de disfunção sexual com o envelhecimento (Laumann et al., 1999). Quando o enfoque deixa de ser a disfunção sexual, passam a encontra-se dados dando conta de que nem todas as mulheres à medida que envelhecem experienciam um declínio na sua saúde sexual (Lonnèe-Hoffmann, Dennerstein, Lehert, & Szoeki, 2014; Miller, 2018; Trompeter, Bettencourt, & Barrett-Connor, 2012).

No que diz respeito ao efeito do número de filhos na função sexual feminina, os estudos são pouco conclusivos (McCool-Myers et al., 2018), embora a tendência seja para uma ausência de relação entre número de filhos e função sexual, embora pareça existir uma maior prevalência de disfunção sexual, associada a um maior número de filhos.

No estudo, baseado na recolha de dados on-line, que envolveu 385 participantes entre os 18 e os 60 anos ( $M=29,9$ ;  $DP=6,9$ ), apesar de as mulheres que tinham filhos, quando comparadas com as que não tinham apresentarem uma maior prevalência de disfunção sexual, não foi encontrada qualquer associação entre número de filhos e disfunção sexual feminina, avaliada através do FSFI-19 (Maasoumi et al., 2019). Num outro estudo que abrangeu 601 mulheres egípcias de uma amostra clínica, entre os 18 e os 60 anos, ter mais de 5 filhos surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Hassanin et al., 2010). No estudo que envolveu 154 mulheres turcas, de uma amostra clínica, cuja função sexual foi avaliada através do FSFI-19, ter mais filhos surgiu associado a maior prevalência de disfunção sexual feminina (Ulkumen, Erkan, Pala & Baytur, 2014). Pelo contrário no estudo que envolveu 1 094 mulheres com mais de 40 anos ( $M=56,3$ ;  $DP=8,7$ ) não foi encontrada qualquer evidência de que exista

uma relação, a longo prazo, entre ter ou não ter filhos, ou o número de filhos e o funcionamento sexual (Fehniger et al., 2013).

Em relação ao impacto da existência de uma relação afetivo-sexual, na função sexual feminina, na meia idade, os resultados são inconsistentes (McCool-Myers et al., 2018), embora muitos estudos apontem no sentido de um aumento da prevalência da disfunção sexual, quando existe relação e sobretudo quando é de longa duração (Morton & Gorzalka, 2015). Por exemplo no estudo que analisou dados de 780 mulheres americanas, com mais de 40 anos, ao longo de sete anos, durante o processo de transição da menopausa, ter uma relação (ser casada, ou viver com um companheiro, por oposição a ser solteira ou viúva) surgiu associado a pior funcionamento sexual feminino (Smith et al., 2017). Também no estudo que envolveu 111 mulheres brasileiras, de uma amostra clínica, sexualmente ativas, entre os 45 e os 65 anos, cujo funcionamento sexual foi avaliado através do FSFI-19, ser casada, por oposição a não ser casada, surgiu como fator de risco para a disfunção sexual (Dombek et al., 2016). No estudo envolvendo 2 109 mulheres americanas, com idades entre os 40 e os 69 anos ( $M=55,9$ ;  $DP=8$ ), estar envolvido numa relação (sim ou não), surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Addis et al., 2006).

Alguns estudos têm demonstrado que ser casada, ou ter um parceiro, pode ser protetor em relação à disfunção sexual (Valadares et al., 2008b).

Há também estudos em que as queixas sexuais apresentadas pelas participantes são idênticas, independentemente de terem ou não um parceiro (Peixoto & Nobre, 2015; Worly, Gopal, & Arya, 2010).

No que concerne ao impacto da educação, esta parece afetar positivamente o funcionamento sexual feminino (Peixoto & Nobre, 2015). No estudo que abrangeu 25 466 mulheres chinesas, entre os 20 e os 70 anos ( $M=25,9$ ;  $DP=4,7$ ), cuja função sexual foi avaliada através do FSFI-19, as mulheres que possuíam um maior nível académico eram aquelas em que a prevalência de disfunção sexual era menor (Zhang et al., 2017). Também no estudo com 500 mulheres portuguesas, entre os 18 e os 79 anos, as que apresentaram mais anos de estudo reportaram uma menor probabilidade de apresentar problemas sexuais (Peixoto & Nobre, 2015). O mesmo aconteceu no estudo que envolveu 149 mulheres indianas, casadas, que responderam ao FSFI-19, e em que ter um menor grau académico surgiu associado a maior prevalência de disfunção sexual (Singh et al., 2009). Finalmente, num estudo com 31 581 mulheres americanas adultas, com uma média de idades de 42 anos, ter um baixo nível de educação surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Shifren et al., 2008).

Pelo contrário, no estudo que abrangeu 230 mulheres casadas da Malásia, entre os 18 e os 70 anos ( $M=39,2$ ;  $DP=10,5$ ), cuja função sexual feminina foi avaliada através do FSFI-19, ter um maior nível de estudos académicos surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Sidi, Puteh, Abdullah, & Midin, 2007). Esta também é a conclusão de um estudo que envolveu 2 109 mulheres entre os 40 e os 69 anos ( $M=55,9$ ;  $DP=8$ ), em que ter disfunção sexual surgiu associado a ter um grau académico superior a licenciatura (Addis et al., 2006).

Surgem ainda estudos em que não foi encontrada qualquer correlação entre as duas variáveis (Hassanin et al., 2010; Oksuz & Malhan, 2006).

Quando nos reportamos à situação profissional a maior parte dos estudos aponta no sentido de que estar ativo profissionalmente, por oposição a estar desempregado, surge associado a uma menor prevalência de disfunção sexual (Butt et al., 2019). Por exemplo no estudo envolvendo 470 mulheres na Jordânia, com uma média de idades de 32,6 ( $DP=9,6$ ) estar desempregada surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Chowdhury & Chakraborty, 2017). Também no estudo envolvendo 400 mulheres iranianas, com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos, estar desempregada surgiu associado a pontuações mais baixas na FISI-19, utilizada para avaliar o funcionamento sexual feminino (Jaafarpour et al., 2013).

Em relação ao impacto do nível de rendimentos económicos na função sexual feminina, a literatura é inconsistente, embora ter um baixo nível de rendimentos tenda a surgir mais vezes associado a uma maior prevalência de disfunção sexual feminina. No estudo que envolveu 102 mulheres chinesas, de uma amostra clínica, com mais de 18 anos de idade ( $M=31$ ;  $DP=10,4$ ), as participantes que apresentavam rendimentos mais baixos eram aquelas que apresentavam uma maior prevalência de disfunção sexual (Worly, Gopal, & Arya, 2010). Também no estudo com 180 mulheres, de uma amostra clínica, com idades compreendidas entre os 19 e os 60 anos, ter um baixo rendimento familiar surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina (Verit et al., 2009).

Já no estudo que envolveu 780 mulheres na meia-idade, um elevado nível de rendimento familiar surgiu associado a baixas pontuações na FSFI-19 (Smith et al., 2017).

No estudo que envolveu 282 mulheres turcas, de uma amostra comunitária, em que mais de 50% das mulheres tinha entre 30 e 39 anos, não foi encontrada qualquer relação entre rendimento e função sexual feminina, avaliada através do FSFI-19 (Kılıç, 2019).

## **Funcionamento sexual feminino e variáveis de menopausa e saúde percebida**

Os sintomas de menopausa, que afetam milhões de mulheres em todo o mundo, e podem impactar negativamente a sua qualidade de vida, assim como os sintomas psicológicos, nomeadamente a ansiedade e a depressão, algumas condições físicas, como a presença de doenças crónicas, tais como a diabetes, doenças cardiovasculares, ou oncológicas, e o ganho de peso estão entre as queixas comuns associadas à meia-idade, a par da disfunção sexual feminina (Fairbanks, Faubion, Mara, & Kapoor, 2019a).

O evento da menopausa, cessação completa dos ciclos menstruais, na sequência da perda de atividade folicular dos ovários (Davis et al., 2015), afeta o último terço da vida das mulheres, surgindo em média, de forma natural aos 49 anos, de acordo com dados de uma meta-análise abrangendo estudos de 35 países em todo o mundo (Schoenaker et al., 2014). A menopausa impacta anualmente cerca de 25 milhões de mulheres em todo o mundo (Schneider & Birkhäuser, 2017). A função sexual tende a piorar na menopausa (Scavello et al., 2019), debatendo-se na literatura (Avis et al., 2017; Nappi et al., 2014; Thornton, Chervenak, & Neal-Perry, 2015) acerca do seu contributo para o funcionamento sexual, independentemente da idade.

O processo de menopausa, é acompanhado por alterações hormonais, sintomas vasomotores (afrontamentos e suores noturnos), dificuldades com o sono, algumas alterações cognitivas ao nível da memória, alterações no humor e sintomas geniturinários (Potter et al., 2018).

A gravidade destes sintomas varia de indivíduo para indivíduo (Hong et al., 2019) surgindo habitualmente 5 a 10 anos antes da menopausa e prolongando-se até cerca de 7 anos depois.

A menopausa pode ser dividida em estadios de acordo com o Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) (Harlow et al., 2012): pré-menopausa, fase em que não existem alterações no ciclo menstrual; peri-menopausa, período que antecede a menopausa, em que os ciclos menstruais se tornam irregulares, diferindo do habitual em pelo menos 7 dias (podendo ser mais pequenos ou mais longos), sem que ocorram 12 meses consecutivos de amenorreia, e podendo classificar-se em peri-menopausa inicial (ciclos menstruais com duração variável, sendo a diferença na duração dos ciclos persistentemente superior a 7 dias) e tardia (intervalos de amenorreia maiores que 60 dias); pós-menopausa, que se inicia após a última menstruação e decorre até ao final da vida, e podendo classificar-se em inicial (ocorre nos dois anos após o a última menstruação e caracteriza-se por níveis de FSH variáveis mas elevados, níveis baixos

de AMH e Inibina B e uma muito baixa contagem de folículos antrais) e tardia (inicia-se após dois anos da última menstruação e caracteriza-se por níveis de FSH estáveis, níveis muito baixos de AMH e Inibina B e uma muito baixa contagem de folículos antrais). A investigação tem mostrado uma tendência para que a maior gravidade dos sintomas de menopausa seja sentida sobretudo na peri-menopausa, mas também na pós-menopausa (Thakur et al., 2019).

Uma das queixas que surge frequentemente associada à menopausa é a deterioração da função sexual, embora seja importante notar que não é apenas a menopausa *per se* que afeta a sexualidade feminina, mas sobretudo a gravidade dos sintomas associados (Harlow et al., 2017; Nappi et al., 2010). A literatura aponta de forma consistente no sentido de que quanto maior é a gravidade dos sintomas de menopausa, maior é a prevalência de disfunção sexual, como reporta o estudo que envolveu 229 mulheres turcas, de uma amostra clínica, na meia idade ( $M=52,33$ ;  $D=4,80$ ) (Erenel et al., 2015). No estudo que envolveu 405 mulheres iranianas, entre os 40 e 65 anos na pós-menopausa, as participantes que apresentavam maior gravidade de sintomas de menopausa, eram também as que apresentavam valores mais baixos de função sexual, avaliada através do FSFI-19 (Nazarpour et al., 2018). No estudo de Askin e colaboradores (2019) das 303 mulheres na menopausa, entre os 40 e 70 anos, sexualmente ativas, as que apresentavam menor gravidade de sintomas de menopausa eram também aquelas com uma melhor função sexual (Askin et al., 2019).

Alguns estudos têm abordado este tema a partir de uma comparação entre estádios de menopausa, como é o caso do estudo correlacional de Kong e colaboradores (2019), que abrangeu 120 mulheres, entre os 45 e os 60 anos, em que se observou que por um lado as mulheres na peri-menopausa eram as que reportavam maior sofrimento associado funcionamento sexual e por outro que havia mais sintomas de menopausa nas mulheres neste estádio. No mesmo estudo também foi possível perceber que as mulheres na pós-menopausa reportavam um menor desejo e uma menor frequência de interação sexual, sem que isso fosse acompanhado por um aumento de sofrimento associado à sexualidade.

A saúde física condiciona a saúde sexual (McCabe et al., 2016b) e vários são os estudos que reportam um aumento de disfunção sexual, correlacionada com a existência de doenças crônicas (Safarinejad, 2006), como a diabetes tipo 2 (Rahmanian et al., 2019). Na meta-análise realizada por Rahmanian e colaboradores (2019), conclui-se que não só a prevalência de disfunção sexual nas mulheres com diabetes tipo 2 é maior face às que não apresentam esta patologia, como são as diabéticas que apresentam pontuações mais baixas na FSFI-19, o que é indicador de pior funcionamento sexual. À mesma conclusão chegaram os investigadores

Pontioli, Cortelazzi e Morabito (2013) cuja meta-análise coloca em evidência uma maior prevalência de disfunção sexual nas participantes que tinham diabetes tipo 1, tipo 2 ou qualquer outro tipo de diabetes, quando comparadas com as mulheres sem diabetes. As mulheres com esta doença crónica apresentaram, no mesmo estudo, piores funções sexuais. Também as mulheres que sofrem de hipertensão arterial tendem a apresentar uma maior prevalência de disfunção sexual (Choy et al., 2019). Outras condições físicas surgem associadas a uma maior prevalência de disfunção sexual feminina como é o caso do cancro da mama (Jing et al., 2019) ou as doenças cardiovasculares (Nascimento et al., 2013).

Existem algumas dúvidas acerca do papel do humor ou das perturbações de ansiedade na função sexual feminina (McCabe et al., 2016b), embora a maioria dos estudos aponte no sentido de que a ausência de perturbações psiquiátricas (nomeadamente depressão e ansiedade), uma boa autoestima e uma boa satisfação com a vida, sejam preditores de um bom funcionamento sexual (Valadares et al., 2008b). Por exemplo autores como Laumann e colaboradores (1994) concluíram que problemas emocionais, como o stress, eram fortes preditores de um baixo desejo, perturbações na excitação e dor sexual. Também Dunn, Croft, e Hackett (1999), concluíram que a depressão e a ansiedade eram preditores de falta de excitação, lubrificação insuficiente, disfunções ao nível do orgasmo e dor. A associação entre depressão ou ansiedade e disfunção sexual feminina emerge em vários estudos, como é o caso do estudo que abrangeu uma amostra clínica de 189 mulheres inférteis, com uma média de idade de 28 anos ( $DP=5,9$ ), em que quer a depressão, avaliada através do BDI, quer a ansiedade avaliada através do BAI surgiram associados negativamente à FSFI-19 (Shahraki et al., 2018). À mesma conclusão chegou o estudo que envolveu 45 mulheres turcas, com diabetes tipo 2, ativas sexualmente, com idades entre os 22 e os 64 anos ( $M=45,2$ ;  $DP=9,3$ ), em que a depressão, avaliada através do BSI, surgiu associada positivamente à prevalência de disfunção sexual feminina (Karaca Sivrikaya et al., 2014). No mesmo estudo as participantes que apresentavam valores mais elevados de depressão eram também aquelas cujos valores da FSFI-19 eram mais baixos, indicativo de uma pior função sexual e indo ao encontro de outros estudos (Lianjun et al., 2011; Song, Jeon, Kim, Paick, & Son, 2008). Alguma investigação alerta mesmo para uma relação bidirecional entre depressão e funcionamento sexual (Atlantis & Sullivan, 2012).

O fenómeno da obesidade tem-se tornado cada vez mais prevalente muito devido ao consumo de uma alimentação rica em calorias, conjugada com uma vida tendencialmente sedentária (Nazarpour et al., 2020), ao ponto de a WHO (2000) definir a obesidade como um problema de saúde pública.

A presença e grau de obesidade são, geralmente, classificados através do índice de massa corporal (IMC), que corresponde à relação entre o peso corporal (kg) e a altura (m<sup>2</sup>) do indivíduo (WHO, 2020). Um indivíduo cujo IMC se encontre entre os 25 kg/m<sup>2</sup> e os 29,9 kg/m<sup>2</sup> considera-se que tem excesso de peso e igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> é considerado com obesidade (WHO, 2015). Considera-se que o indivíduo tem um peso normal se o IMC variar entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> e 24,9 kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2020).

A obesidade afeta desfavoravelmente as mulheres, quer do ponto de vista biológico, como social e psicológico (Nazarpour et al., 2020). Na meia idade, não só há uma tendência para um aumento da inatividade, como as alterações hormonais associadas à menopausa surgem por vezes associadas a um aumento de peso (Nazarpour et al., 2020).

Os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre funcionamento sexual e IMC têm-se revelado inconclusivos (Nazarpour et al., 2020), embora o excesso de peso tenda a surgir como fator de risco para a saúde sexual. No estudo que abrangeu 405 mulheres iranianas, de uma amostra comunitária, com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos ( $M=52,84$ ;  $DP=3,74$ ), todas na pós-menopausa, o funcionamento sexual, avaliado através do FSFI-19, surgiu negativamente correlacionado com o IMC, o que sugere um impacto negativo da obesidade no funcionamento sexual feminino (Nazarpour et al., 2020). Também o estudo realizado com 158 mulheres de uma amostra clínica, entre os 48 anos e os 69 anos, com queixas de incontinência urinária, em que se avaliou o funcionamento sexual feminino recorrendo ao FSFI-19, encontrou uma relação negativa entre dimensões como a excitação, orgasmo, lubrificação e satisfação, e IMC (Pace, Silvestri, Gualá, & Vicentini, 2009), resultados que vão ao encontro de uma série de estudos que apontam para um aumento da prevalência de disfunção sexual feminina em mulheres com obesidade (Esposito et al., 2008; Llana et al., 2007).

Há, no entanto, investigação que aponta para uma ausência de relação entre estas duas variáveis, como acontece no estudo correlacional envolvendo cerca de 3 324 mulheres de uma amostra clínica, na meia idade, em que não foi encontrada qualquer associação entre IMC e disfunção sexual feminina, embora as mulheres com excesso de peso e com obesidade reportassem mais preocupações com a saúde sexual, que as com um peso normal (Fairbanks et al., 2019b). No estudo, longitudinal que abrangeu 2 528 mulheres, na meia idade ( $M=45,8$ ;  $DP=2,7$ ), que participaram do Study of Women's Health Across the Nation (SWAN), nos Estados Unidos da América, foi possível concluir que apesar de serem as mulheres com maior IMC as que reportam uma menor frequência de atividade sexual, as diferentes dimensões do funcionamento sexual, não estão associadas a esta variável (Nackers et al., 2015). Também no

estudo que envolveu a recolha de dados 2 081 mulheres turcas com uma média de idades de 39,3 ( $DP=13,5$ ), a função sexual feminina, avaliada através do FSFI-19, não surgiu associada ao IMC (Karadag et al., 2014). Outros estudos referem não existir qualquer relação entre IMC e funcionamento sexual feminino (Erbil, 2013; Weaver & Byers, 2006).

### **Funcionamento sexual feminino e estilo de vida**

O funcionamento sexual é uma variável biopsicossocial pelo que algumas opções de estilo de vida, diretamente relacionadas com a saúde, como é o caso do consumo de tabaco ou de álcool e o sedentarismo, entre outras, podem constituir fatores de risco para a disfunção sexual (Allen & Walter, 2018), que apresenta uma elevada prevalência na meia-idade (Hippel et al., 2019). São vários os estudos que têm tentado perceber não só se existe relação entre função sexual feminina e cada uma das variáveis de estilo de vida, como também se em caso afirmativo, esta depende apenas da presença ou ausência do comportamento, ou se da sua frequência.

Na investigação sobre a relação entre tabagismo e funcionamento sexual feminino os resultados são contraditórios, embora a grande maioria dos estudos aponte no sentido de não haver uma associação entre estas duas variáveis. De acordo com a meta-análise de Allen e Walter (2018) o consumo de tabaco e a disfunção sexual não estão relacionadas. Disso mesmo dão conta estudos como o que avaliou o funcionamento sexual, através do FSFI-19, em 25 446 mulheres da comunidade chinesa, sexualmente ativas nas últimas quatro semanas, entre os 20 e os 70 anos, onde não foi encontrada qualquer correlação entre ser fumadora (sim/não) e disfunção sexual feminina (Zhang et al., 2017). O estudo envolvendo uma amostra de 111 mulheres brasileiras, de uma amostra clínica, na pós-menopausa (amenorreia há pelo menos 12 meses), com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos ( $M=55,9$ ;  $DP=4,8$ ), sexualmente ativas nas últimas quatro semanas, em que o funcionamento sexual foi avaliado através do FSFI-19, também não encontrou relação entre função sexual e consumo de tabaco (não fumadora/ex-fumadora/fumadora) (Dombek et al., 2016). Ao encontro dos mesmos resultados vai o estudo envolvendo 595 mulheres diabéticas (Tipo 2), entre os 30 e os 70 anos ( $M=57,9$ ;  $DP=6,9$ ), que não encontrou qualquer correlação entre funcionamento sexual feminino, avaliado através do FSFI-19, e ser fumadora (não fumadora/ex-fumadora/fumadora) (Esposito et al., 2010). Também no estudo realizado com mulheres portuguesas ( $n=129$ ), de uma amostra comunitária, e neste caso com idades compreendidas entre os 18 e os 61 anos ( $M=29,38$ ;  $DP=8,54$ ), entre as quais 91 reportaram a prática de coito vaginal nas últimas quatro semanas,

ser fumadora não surgiu associado ao funcionamento sexual avaliado através do FSFI-19 (Costa & Peres, 2015). Os estudos anteriores são baseados em recolhidas de dados em papel, mas mesmo no estudo realizado com base em recolha de dados on-line, com 344 mulheres árabes entre os 18 e os 53 anos ( $M=28,9$ ;  $DP=5,9$ ), com coito regular, ser fumadora não se correlacionou com a presença de disfunção sexual feminina (Shaeer et al., 2012).

Surgem na literatura, no entanto, alguns estudos em que emerge uma correlação, positiva nuns, negativa noutros, entre consumo de tabaco e funcionamento sexual feminino. Um estudo experimental colocou em evidência, em mulheres sexualmente funcionais, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, que mascar nicotina reduzia a excitação vaginal em resposta a estímulos sexuais visuais (Harte & Meston, 2008).

No estudo correlacional que envolveu 900 mulheres sul coreanas, de uma amostra clínica, entre os 30 e os 48 anos, na pré-menopausa, ativas sexualmente no último mês, fumar surgiu como fator de risco para a disfunção sexual, avaliada através do FSFI-19 (Choi et al., 2015). Mais recentemente também um estudo envolvendo 8 816 mulheres australianas, sexualmente ativas no último ano, entre os 16 e os 69 anos, encontrou uma correlação entre fumar e dificuldades sexuais, avaliadas através de um questionário desenvolvido com base no Second Australian Study of Health and Relationships (Wen, Rissel, Cheng, Richters, & De Visser, 2017). O trabalho de Wen e colaboradores (2017) tem a particularidade de além de contemplar uma amostra representativa, controlar variáveis como a idade, o consumo de álcool, as perturbações psicológicas e outras variáveis que se pensa podem ser parasitas no estudo da relação entre funcionamento sexual e tabagismo.

Existem ainda estudos em que pelo contrário ser não fumadora surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina, como é o caso do estudo que envolveu 1 217 mulheres turcas, maiores de 18 anos ( $M=38,26$ ;  $DP=12,70$ ), ativas sexualmente nos últimos seis meses (Çayan et al., 2016). Também um estudo, realizado com recolha de dados on-line, envolvendo 1 086 mulheres alemãs, de uma população académica, em que foi avaliado funcionamento sexual feminino através do FSFI-19, conclui que as fumadoras tiveram uma pontuação no FSFI total mais alta, indicativa de melhor função sexual (Wallwiener et al., 2010).

O consumo de álcool é outra variável de estilo de vida cuja relação com a função sexual feminina tem sido alvo de diversos estudos, nem sempre convergentes nas suas conclusões (Kling et al., 2019). Em estudos correlacionais, e de acordo com a meta-análise de Allen e Walter (2018), o consumo de álcool não está correlacionado com a disfunção sexual feminina, como revela por exemplo o estudo que abrangeu 3 828 mulheres inglesas, de uma amostra

comunitária, com mais de 50 anos, ativas sexualmente nos últimos três meses, em que o consumo de álcool, avaliado através de um questionário de frequência de consumo (a variar entre nenhum consumo de álcool nos últimos 12 meses (1); e quase todos os dias (8), não surgiu associado à disfunção sexual (Allen & Desille, 2017). Esta mesma conclusão é suportada por vários outros estudos, já abordados mais acima a propósito do consumo de tabaco, em que não foi encontrada qualquer correlação entre o consumo de álcool e disfunção sexual feminina (Choi et al., 2015; Dombek, Capistrano, Costa, & Marinheiro, 2016; Zhang et al., 2017).

Tal como acontece para o consumo do tabaco, também em relação ao consumo de álcool, alguma investigação encontrou correlações entre esta variável e função sexual feminina. Estudos laboratoriais que avaliaram a resposta a estímulos sexuais visuais após o consumo de álcool, em mulheres ( $n=78$ ), com idades entre os 21 e os 35 anos, que reportavam um consumo moderado de álcool, revelaram uma tendência para uma redução na excitação genital, com aumento da dose de álcool (sobretudo se superior a uma concentração no sangue de 0,10mg%), sem que isso fosse acompanhado pela mesma alteração na excitação subjetiva geral (em grande medida não-genital) que em alguns casos até aumentou (George et al., 2011). Para doses inferiores a uma concentração no sangue de 0,08mg%, valor acima do qual se considera que há intoxicação, estando associada a um comprometimento generalizado que incapacita para a condução, não se registaram alterações na excitação genital, embora a excitação subjetiva auto-reportada pudesse ser maior (George et al., 2011). Um outro estudo laboratorial, em que participaram 58 mulheres, com idades entre os 18 e os 24 anos, revela que quando sob o efeito do consumo moderado de álcool, faces pouco ou medianamente atrativas passavam a ser avaliadas como mais atrativas, efeito que também foi observado noutra tipo de estímulos como paisagens (Chen, Wang, Yang, & Chen, 2014).

Num estudo envolvendo 1 649 americanas sexualmente ativas, de uma amostra clínica, com uma média de idades de 51,8 anos ( $DP=11$ ), observou-se uma associação entre o um consumo potencialmente abusivo de álcool e uma melhor função sexual, avaliada pelo FSFI-19 (Kling et al., 2019).

Porém, o consumo de álcool também surge em alguns estudos associado a pior funcionamento sexual. No estudo de Çayan e colaboradores (2016), com mulheres turcas, consumir álcool surgiu como fator de risco para a disfunção sexual feminina, assim como no estudo onde foram avaliados dados de 1 457 mulheres chinesas, sexualmente ativas, de uma amostra clínica, com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos, em que consumir álcool

surgiu associado a baixas pontuações no FSFI-19, o que é indicativo de pior funcionamento sexual (Lianjun et al., 2011).

Também no estudo que abrangeu 189 mulheres polacas entre os 40 e os 60 anos, das quais 97 tinham histórico de alcoolismo (diagnosticado por um médico), mas que estavam abstinentes há pelo menos um ano, e que foram comparadas com as restantes 92, incluídas no grupo de controlo caracterizado por ausência de diagnóstico de alcoolismo, as mulheres com histórico de dependência de álcool reportaram pior função sexual, avaliada com base no FSFI-19 (Jenczura, Czajkowska, Skrzypulec-Frankel, Skrzypulec-Plinta, & Drosdzol-Cop, 2018). No estudo que abrangeu 80 mulheres indianas, entre os 18 e os 50 anos, das quais 40 eram acompanhadas numa clínica devido a problemas de dependência de álcool, que foram comparadas com outras 40 mulheres sem este problema, nas mulheres com consumos abusivos de álcool, a prevalência de disfunção sexual, estimada através do Arizona Sexual Experience Questionnaire (ASEX) (McGahuey et al., 2000) e do Sexual Dysfunction Checklist (Arackal & Benegal, 2007) foi maior (Buruganahalli Nagendrappa, Mallanna, Raj, & Prasannakumar, 2017).

De realçar que nenhum destes estudos recorreu a metodologias on-line para recolha de dados.

A prática de exercício físico é outra variável de saúde importante. De acordo com a meta-análise de Allen e Walter (2018), o envolvimento numa atividade física surge correlacionado com um menor risco de disfunção sexual feminina. Esta tendência surge por exemplo num estudo realizado com sobreviventes de cancro de mama, abrangendo 216 mulheres brasileiras, com idades compreendidas entre os 28 e os 75 anos, em que a prática de exercício leve a moderada surgiu associada a um menor risco de disfunção sexual, avaliada através do FSFI-19 (Paiva et al., 2016). Também numa amostra clínica de 370 mulheres brasileiras, com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos ( $M=49,8$ ;  $DP=8,1$ ), as participantes que reportaram serem sedentárias apresentaram uma maior prevalência de disfunção sexual, quando comparadas com as que reportaram ser fisicamente ativas (Cabral et al., 2014). As mulheres que responderam praticar uma atividade física apresentaram valores mais elevados na FSFI-19, o que é indicativo de um melhor funcionamento sexual (Cabral et al., 2014).

Num estudo que abrangeu 405 mulheres iranianas, com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos ( $M=52,8$ ;  $DP=3,7$ ), na pós-menopausa, numa primeira análise não foi encontrada qualquer correlação entre exercício físico (sim/não) e função sexual, avaliada através do FSFI-19 (Nazarpour et al., 2016). Porém quando os autores, compreenderam que a

prática de exercício mais comumente identificada era caminhar e dividiram a amostra em 3 grupos (sem prática de exercício físico; só caminhar; outro exercício físico), ao comparem o grupo que não praticava exercício físico, com o que praticava outro exercício físico, encontrou uma correlação entre prática de exercício físico e funcionamento sexual feminino. As mulheres que reportavam a prática de outro exercício físico, sem ser só o de caminhar, apresentaram melhor pontuações na FSFI-19, o que é indicativo de uma melhor funcionamento sexual (Nazarpour et al., 2016).

Outros estudos, anteriormente já mencionados, reportaram um efeito positivo da prática de exercício físico na função sexual feminina (Allen & Desille, 2017; Çayan et al., 2016; Esposito et al., 2010) salientando-se que em nenhum dos estudos a recolha de dados foi feita on-line.

Pouco são os estudos que referem não existir qualquer associação entre prática de exercício físico e funcionamento sexual (Haimov-Kochman, Constantini, Brzezinski, & Hochner-Celnikier, 2013; Mirzaiinj Mabadi, Anderson, & Barnes, 2006; Wilbur, Mcdevitt, Wang, & Miller, 2005).

Anexo B - Consentimento Informado

**ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA E MENOPAUSA**

Consentimento Informado

A presente investigação tem o objetivo de estudar diversas experiências associadas à menopausa, nomeadamente sexualidade e qualidade de vida, em **mulheres entre os 45 e 65 anos**. Este projeto é da responsabilidade de Ana Borgas Leal, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário e decorre no âmbito da elaboração da dissertação de mestrado.

Convidamo-la a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente como é que as mulheres portuguesas vivem a fase de menopausa. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são confidenciais e anónimos.

Posteriormente, poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a investigadora responsável por e-mail.

Agradecemos a sua participação.

A investigadora responsável:

e-mail: [ana.borgas.leal@gmail.com](mailto:ana.borgas.leal@gmail.com) (Ana Borgas Leal)

ISPA – Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa

Tel.: 218 811 700

Se aceita participar, por favor rubrique esta página e a seguinte e, de seguida, retire para si a primeira página (são ambas iguais e a primeira página é para si).

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Rubrica da participante)

Anexo C – Exemplar do(s) instrumento(s)

**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

- a. Idade: \_\_\_\_\_
- b. Estado civil: Casada/União de Facto\_\_ Divorciada/Separada\_\_ Solteira\_\_ Viúva\_\_
- c. Tem atualmente uma relação afectivo-sexual: Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_
- d. N° de filhos que tem: \_\_\_\_\_
- e. Situação profissional: Ativa\_\_ Reformada\_\_ Desempregada\_\_  
Outra, qual? \_\_\_\_\_
- f. Habilitações literárias (nível completado): 4ºano\_\_ 6ºano\_\_ 9ºano\_\_  
12ºano\_\_Bacharelato/Licenciatura\_\_ Pós-graduação/Mestrado\_\_ Doutoramento\_\_
- g. Rendimento total anual bruto do agregado familiar: Até 10.000€\_\_ De 10.001€ a  
20.000€\_\_ De 20.001 a 37.500€\_\_ De 37.501 a 70.000€\_\_ Superior a 70.000€\_\_

**QUESTIONÁRIO SAÚDE**

A - MENOPAUSA:

1. Nos últimos 12 meses teve ciclos menstruais mais curtos ou mais longos, isto é, com menos, ou mais, 7 dias do que o habitual (por exemplo, ter o período de 24 em 24 dias em vez de 31 em 31 dias)? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_
2. Nos últimos 12 meses teve menstruações irregulares, isto é, permaneceu sem ter o período durante 60 dias consecutivos ou mais? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_
3. Já esteve 12 meses (ou mais tempo) sem ter menstruação? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_
4. Procurou ajuda médica (isto é, consultar um médico ginecologista ou um médico de clínica geral) para gerir os sintomas de menopausa? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_
5. Está a tomar alguma medicação, produtos naturais ou de outro género, para os sintomas de menopausa? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_ Se sim, qual(quais)?\_\_\_\_\_
6. (Caso não tenha a menstruação há mais de 12 meses) Teve uma menopausa natural, isto é, sem ser consequência de intervenção médico-cirúrgica? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_ Ainda não estive 12 meses sem menstruação\_\_\_\_\_

7. (Caso não tenha a menstruação há mais de 12 meses) Que idade tinha quando teve a sua última menstruação? \_\_\_\_\_ anos

**B - SAÚDE GERAL:**

8. Teve recentemente alguma(s) doença(s)? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, qual(quais)? \_\_\_\_\_

9. Foi sujeita a alguma intervenção cirúrgica? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, que tipo de intervenção? \_\_\_\_\_

Se sim, há quanto tempo fez a intervenção? \_\_\_\_\_

10. Teve recentemente algum problema psicológico? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se sim, que tipo de problema? \_\_\_\_\_

11. Qual o seu peso atual? \_\_\_\_\_ kg

12. E a sua altura? \_\_\_\_\_ m

13. Caso tenha excesso de peso, desde quando começou a ter peso a mais?

Desde criança\_\_ Desde a adolescência\_\_ Desde o início da idade adulta\_\_

Desde a menopausa\_\_ Outro

(qual?): \_\_\_\_\_

**C - CONSUMO DE TABACO, BEBIDAS QUENTES, ÁLCOOL E CAFÉ**

14. É fumadora? Sim, sou atualmente fumadora\_\_ Não, sou atualmente não fumador

i. (Caso seja fumadora) Que quantidade de cigarros fuma **por dia**?

Mais de 20 cigarros\_\_ Entre 11 e 20 cigarros\_\_ Entre 5 e 10 cigarros\_\_

Menos de 5 cigarros\_\_

**15.** Com que frequência toma bebidas quentes (leite, café, chá, etc.) **por dia**?

Mais de 5 vezes\_\_ Entre 4 e 3 vezes\_\_ Entre 2 e 1 vez\_\_ Nunca tomo

bebidas quentes\_\_

16. Consome bebidas alcoólicas?

Nunca\_\_ 1 vez por mês ou menos\_\_ 1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)\_\_

1 vez por dia\_\_ Mais de 1 vez por dia\_\_

17. Costuma tomar café? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

- i. Se sim, quantos cafés costuma tomar por dia? Mais de 5 cafés\_\_ Entre 4 a 3  
cafés\_\_  
Entre 2 a 1 café\_\_ Tomo café ocasionalmente\_\_

D – EXERCÍCIO FÍSICO E PESO:

18. Pratica algum tipo de exercício físico (ir ao ginásio, caminhadas, etc.)? Sim\_\_\_\_\_

Não\_\_\_\_\_

i. Se sim, quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

ii. Se sim, durante quanto tempo exercita? \_\_\_\_\_

19. Quanto pesava antes de começar a ter alterações no seu ciclo menstrual (isto é, quando começou a ter ciclos menstruais mais curtos e a ser irregular)? \_\_\_\_\_ **kg**

## Índice de funcionamento sexual feminino (FSFI-6)

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si **em relação às últimas 4 semanas**. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção:

<b>1. Como qualificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?</b>				
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
5	4	3	2	1

<b>2. Como qualificaria o seu nível (grau) de excitação sexual durante a relação sexual ou penetração vaginal?</b>					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou nenhum
0	5	4	3	2	1

<b>3. Com que frequência se sentiu lubrificada (notar mais secreção genital) durante a atividade sexual ou penetração vaginal?</b>					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

<b>4. Com que frequência alcançou o orgasmo quando teve estimulação sexual ou penetração vaginal?</b>					
Não tive atividade sexual nas últimas 4 semanas	Sempre ou quase sempre	A maioria das vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca ou nunca
0	5	4	3	2	1

<b>5. Quão satisfeita se tem sentido com a sua atividade sexual?</b>				
Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
5	4	3	2	1

<b>6. Com que frequência sente incomodo ou dor vaginal com a penetração?</b>					
Não experimentei penetração vaginal nas últimas 4 semanas	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes	Às vezes	A maioria das vezes	Quase sempre ou sempre
0	5	4	3	2	1

### CERVANTES (CS-10)

Por favor considere os seguintes sintomas e assinale, com um círculo, a sua opção de acordo com o grau de incómodo sentido **nas últimas 4 semanas**:

	Sem sintoma					Muito grave
1. Tenho afrontamentos (e/ou suores noturnos)	0	1	2	3	4	5
2. Sinto o coração a bater muito depressa e sem controlo	0	1	2	3	4	5
3. Não consigo dormir as horas necessárias (dificuldade em dormir)	0	1	2	3	4	5
4. Sinto que os músculos e/ou as articulações me doem	0	1	2	3	4	5
5. Sinto-me cansada desde que me levanto (sentir falta de energia)	0	1	2	3	4	5
6. Tenho a sensação de que não sirvo para nada	0	1	2	3	4	5
7. Sinto-me ansiosa e nervosa	0	1	2	3	4	5
8. Tenho medo de fazer esforços porque tenho perdas de urina	0	1	2	3	4	5
9. Tenho desconforto e secura vaginal	0	1	2	3	4	5
10. Tenho notado a pele mais seca (mudanças na pele, textura ou tom)	0	1	2	3	4	5