

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



“Satisfação sexual na mulher com dependência alcoólica”

Rute Cristina Vilhena Reizinho

Mestrado em Sexualidade Humana

(1ª edição)

2008

“A impressão desta dissertação foi aprovada pela comissão coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 17/07/2008.”

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina de Lisboa



“Satisfação sexual na mulher com dependência alcoólica”

Rute Cristina Vilhena Rezinho

Mestrado em Sexualidade Humana

(1ª edição)

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Daniel Sampaio

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

Resumo

A satisfação sexual tornou-se um componente importante da vida dos homens e mulheres da nossa sociedade. Tal importância é verificada tanto para pessoas sem doença como para aquelas com doença crónica. Contudo, pouco se conhece sobre a sexualidade, incluindo a satisfação sexual, das mulheres dependentes do álcool, e menos ainda sobre a influência da abstinência nas medidas de auto-avaliação da função e satisfação sexuais.

O objectivo do presente estudo é explorar a satisfação sexual da mulher com dependência do álcool.

A amostra (N=61) do estudo é constituída por 35 mulheres dependentes do álcool do subtipo timopático e por 26 mulheres com perturbação depressiva (grupo de controlo). As mulheres alcoólicas foram recrutadas na consulta de Etilo-Risco do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e no Centro Regional de Alcoologia do Sul, e as mulheres deprimidas foram recrutadas no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

Os resultados do estudo mostram diferenças significativas entre grupos quanto aos aspectos comportamentais da sexualidade, tendo as mulheres alcoólicas atribuído menor importância à sexualidade e reportado menor grau de satisfação com o relacionamento afectivo e com a vida sexual, do que as mulheres deprimidas. O estudo não permitiu, no entanto, verificar uma correlação estatisticamente significativa entre o Índice de Satisfação Sexual e o nível de dependência e o tempo de abstinência.

No sentido de verificar a influência do nível de dependência e da abstinência na satisfação sexual, seria importante a realização de estudos em amostras de maiores dimensões.

Palavras-chave: Satisfação sexual; dependência alcoólica; Timopático; abstinência; mulheres.

Abstract

Sexual satisfaction has become an important life issue of our society's men and women. Such importance is observed either in healthy people or in those with a chronic disease. However, little is known about the sexuality, including sexual satisfaction issue, of alcoholic women, and even less is known about the influence of abstinence on self-assessed measures of sexual function and satisfaction.

The aim of the present study is to explore sexual satisfaction in women with alcohol dependence.

Sample (N=61) comprised 35 women with alcohol dependence who met criteria for Thymopathic subtype, and 26 women with depressive disorder (control group). Alcoholic women were recruited in the alcoholism unit (Etilo-Risco) of the Psychiatry Service of Santa Maria's Hospital and in the South Regional Center of Alcoholology, and depressed women were recruited in the Psychiatry Service of Santa Maria's Hospital.

Results showed significant differences between groups in relation to the behavioral aspects of sexuality, having alcoholic women attributed less importance to sexuality and reported less satisfaction with the affective relation and sexual life, than depressed women. This study didn't allow verifying a significant correlation between Sexual Satisfaction Index and dependence level and abstinence.

Further investigation, in larger samples, should be performed, to explore the influence of dependence level and abstinence in sexual satisfaction.

Key-words: Sexual satisfaction; alcohol dependence; Thymopathic; abstinence; women.

Agradecimentos

Na realização da Tese de Mestrado em Sexualidade Humana (1ª edição) pela Faculdade de Medicina de Lisboa, quero expressar a minha profunda gratidão:

Ao Prof. Doutor Daniel Sampaio, por me ter cedido a sua orientação, apoio e disponibilidade em todos os momentos necessários e pela constante simpatia com que sempre me recebeu. Ao Dr. Samuel Pombo, pelo estímulo e apoio incondicional desde a primeira hora, pela incansável supervisão, pela dedicação e disponibilidade com que sempre me apoiou, por todos os momentos de felicidade partilhada. À Dra. Fátima Ismail, coordenadora do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco, pelo imprescindível apoio e carinho que sempre expressou. À Dra. Rita Lambaz, pelo auxílio no processo de recolha da amostra no CRAS. À Equipa de Enfermagem da Consulta Externa do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, pela simpatia e apoio disponibilizado no processo de recolha da amostra. A todas as mulheres que tornaram este estudo possível, permitindo um melhor conhecimento da mulher dependente do álcool. Aos meus Pais e Irmã, pelo amor, valores transmitidos e apoio incondicional. À minha Tia Bia, pelo carinho e por ter estado sempre presente quando precisei. Aos meus amigos, pelo momentos de descontração e alegria.

A todos o meu sincero Obrigado!

(Rute Reizinho)

“Satisfação sexual na mulher com dependência alcoólica”

Índice

1. Breve introdução geral ao alcoolismo	10
1.1. Dependência do Álcool: Conceitos e definições.....	11
1.2. Critérios para Dependência do Álcool	15
1.3. Alcoolismo no Feminino	17
1.3.1. Biodisponibilidade do álcool na mulher.....	22
2. Satisfação Sexual	26
2.1. Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS)...	28
3. Satisfação Sexual e Alcoolismo.....	31
4. Fundamentação teórica do estudo	34
5. Objectivos	36
6. Metodologia	37
7. Instrumentos	
7.1. Entrevista Semi-estruturada	43
7.2. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)	43
7.3. Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ).....	44
7.4. Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (HADS)	44
7.5. Índice de Satisfação Sexual (ISS).....	45
8. Análise Estatística	45
9. Resultados	
9.1. Caracterização Sócio-Demográfica	47

9.2. Caracterização dos Aspectos Clínicos da Sexualidade	51
9.3. Caracterização dos Aspectos Comportamentais da Sexualidade	53
9.4. Caracterização dos Comportamentos Ligados ao Álcool	57
9.5. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	59
9.6. Índice de Satisfação Sexual	61
9.7. Matriz correlacional dos aspectos comportamentais ligados ao álcool associados à satisfação sexual	63
10. Discussão	63
11. Conclusão	69
12. Bibliografia	72
13. Anexos	80

Lista de Tabelas

Tabela I – Caracterização sócio-demográfica da amostra	47
Tabela II – Análise comparativa da média e desvio padrão da idade	49
Tabela III – Análise comparativa dos aspectos sócio-demográficos	49
Tabela IV – Caracterização dos aspectos clínicos da sexualidade da amostra	51
Tabela V – Análise comparativa dos aspectos clínicos da sexualidade...	52
Tabela VI – Caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade da amostra	54
Tabela VII - Análise comparativa dos aspectos comportamentais da Sexualidade	56

Tabela VIII - Análise comparativa da média e desvio padrão dos aspectos comportamentais da sexualidade	57
Tabela IX - Caracterização dos comportamentos ligados ao álcool do grupo caso	58
Tabela X - Média e desvio padrão do nível de dependência alcoólica.....	58
Tabela XI - Caracterização e análise comparativa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	61
Tabela XII - Caracterização e análise comparativa do Índice de Satisfação Sexual.....	62
Tabela XIII – Matriz correlacional dos aspectos comportamentais ligados ao álcool associados ao Índice de Satisfação Sexual	63

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra quanto à terapêutica farmacológica ..	53
Gráfico 2. Caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade da amostra	56
Gráfico 3. Distribuição do grupo caso quanto ao nível de dependência, de acordo com o SADQ.....	59
Gráfico 4. Distribuição da amostra quanto aos resultados obtidos nas sub-escalas Ansiedade e Depressão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	60
Gráfico 5. Caracterização da satisfação sexual da amostra de acordo com o Índice de Satisfação Sexual.....	62

Anexos

- I. Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres dependentes do álcool
- II. Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres com perturbação depressiva
- III. Questionário de Comportamentos Sexuais
- IV. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)
- V. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
- VI. Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)
- VII. Índice de Satisfação Sexual (ISS)

1. Breve introdução geral ao alcoolismo

Portugal, país situado entre os países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA's), tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controlo dos PLA's para uma melhor Saúde do indivíduo e da comunidade. Os dados epidemiológicos relativos às doenças do álcool demonstram que o seu consumo excessivo provoca profundas ramificações sociais, médicas e psicológicas, não só para o indivíduo, mas também para aqueles que o rodeiam. ^(1,2,3)

Considerando os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados no território Continental em 1987, 1995/1996 e 1998/1999, a percentagem de consumidores do sexo feminino terá sofrido um ligeiro aumento na prevalência, com alguma diminuição nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo e forte aumento nas regiões do Alentejo e Algarve (no Alentejo em todos os grupos etários e no Algarve a partir dos 35 anos de idade). ^(2,3,4)

Apesar de inúmeros estudos documentarem o uso do álcool na população feminina nas décadas recentes, poucos estudos longitudinais têm abordado o modo como os hábitos de consumo de álcool nas mulheres, se modifica ao longo do tempo. A vigilância da saúde pública deve dispensar mais atenção à mudança observada nos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas das mulheres, pela sua menor capacidade de metabolização do álcool. As consequências do uso moderado do álcool na mulher podem variar com a fase da vida em que a mesma se encontra. Com base nestes pressupostos, começa a emergir a consciência de que a promoção de saúde feminina se verifica inadequada. Face às especificidades do alcoolismo feminino, é de extrema importância o estudo deste tema.

1.1. Dependência do álcool: conceitos e definições

O conceito de Alcoolismo como doença desenvolve-se na segunda metade do século XIX. O estudo e detalhada descrição do quadro clínico de *Delirium Tremens*, por Thomas Sutton (1813), constituíram o início da abordagem médica à doença alcoólica e sua patogenia. ⁽¹⁾

O tratado sobre Alcoolismo Crônico, publicado em 1851, por Magnus Huss, refere o alcoolismo crônico como uma síndrome autônoma, definindo-a como “forma de doença correspondendo a uma intoxicação crônica”, e descrevendo “quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas”. Constatando este autor que numerosas situações mórbidas do Homem (patologia hepática e do sistema digestivo, do sistema nervoso, do miocárdio, entre outras) estavam relacionadas com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, designando-as de alcoolismo e apontando o álcool etílico como agente patogénico comum. ⁽¹⁾

Em 1958, a comunidade científica definiu o alcoolismo como uma doença caracterizada por uma importante alteração que se encontra associada ao uso excessivo de álcool. Este conceito de doença envolvia critérios médicos para o estabelecimento do conceito, considerando-a uma situação que provoca sofrimento ao indivíduo e que se desenvolve independentemente da sua vontade, colocando-o em desvantagem perante os demais. Esta alteração incluía a disfunção fisiológica, psicológica e social. ⁽¹⁾

Em 1987 esta definição foi também alargada à “toxicod dependência”. Definiu-se então a dependência como uma doença primária, dotada de uma componente física, psíquica e sócio-cultural, crônica, progressiva, potencialmente fatal e marcada pela negação. ⁽¹⁾

Entre as numerosas definições que se ficaram a dever à Organização Mundial de Saúde (1980), destaca-se aquela que considera o Alcoolismo como doença e o Alcoólico como doente, que pela sua importância e significado se procede à sua transcrição:

“Alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais.”;

“Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento”.⁽¹⁾

A consciencialização do perigo que tais factos representam para a Saúde Pública e os progressos no conhecimento da fisiologia da célula nervosa e dos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso estiveram certamente na base de uma abordagem científica dos problemas ligados ao consumo de álcool. Na tentativa de uma melhor definição do conceito, vários autores propuseram classificações e tipologias de alcoolismo.

Cloninger classificou-o segundo a tipologia (I e II), mediante a análise de três dimensões da personalidade, a procura de novidade, evitamento do perigo, dependência da recompensa e os padrões hereditários de transmissão da doença alcoólica. O Tipo I apresenta um início após os vinte anos de idade, progressão lenta e factores ligados ao meio e à genética, constituindo este tipo a forma mais frequente de alcoolismo. O Tipo II apresenta um início prévio aos vinte anos de idade, progressão rápida para a dependência, alterações do comportamento durante as fases de intoxicação e impulsividade.⁽⁵⁾

Babor, através da análise de dezassete características de indivíduos alcoólicos, classificou o alcoolismo segundo a tipologia A e B. O Tipo A com início após os vinte anos de idade, de evolução lenta, com menor psicopatologia associada, melhor prognóstico, menor frequência das perturbações e dos factores de risco na infância. E o Tipo B com início antes dos vinte anos de idade, história familiar de alcoolismo positiva, maior nível de dependência, dependência de outras substâncias, maior comorbilidade psicopatológica e

maior influência dos factores de risco na infância, nomeadamente comportamentos agressivos e impulsividade. ⁽⁶⁾

Lesch *et al.* (1988) apresentou uma tipologia constituída por quatro subtipos (I, II, III e IV), verificando para cada um destes as seguintes características: Tipo I – início precoce da síndrome de abstinência médio, *craving*, história familiar de alcoolismo positiva e repercussões sociais mínimas; Tipo II – consumo do álcool com função ansiolítica, comportamento agressivo quando intoxicado e não apresenta sintomas somáticos severos de abstinência do álcool; Tipo III – depressão, perturbação do sono, tendências suicidárias e comportamento agressivo mesmo quando não está sob o efeito do álcool; Tipo IV – perturbações cerebrais, convulsões, enurese e complicações psíquicas, orgânicas e sociais. ⁽⁷⁾ A distribuição desta tipologia quanto ao género foi validada por Sperling *et al.* (1999) em 250 doentes do sexo masculino e feminino. Os autores verificaram diferenças significativas no Tipo III (maior predominância de mulheres) e no Tipo IV (maior predominância de homens). ⁽⁸⁾

Uma das limitações comuns apontadas às tipologias alcoólicas propostas, é a de que a população feminina não tem sido adequadamente estudada. ⁽⁹⁾ Sannibale e Hall (1998) verificaram diferenças de género na sua classificação, elaborada com base na tipologia alcoólica de Cloninger, tendo as mulheres sido maioritariamente incluídas no tipo I. No entanto, os resultados não foram suficientemente consistentes para predizer diferenças de género quanto aos sintomas de dependência alcoólica, história familiar de alcoolismo ou personalidade. ⁽¹⁰⁾ Glenn e Nixon (1991), acrescentam que a modificação dos critérios e classificação de Cloninger (Tipo I e II), no sentido de reflectir o início dos sintomas em vez do tipo de sintomas, providencia uma melhor classificação do alcoolismo feminino e sugere que as mulheres alcoólicas estão representadas em ambos os tipos de Cloninger. ⁽¹¹⁾

Eshbaugh *et al.* (1980) procederam a uma descrição tipológica de mulheres dependentes do álcool utilizando o MMPI, tendo verificado valores T mais elevados nas escalas clínicas Depressão e Desvio Psicopático. ⁽¹²⁾

Schuckit (1983) descreveu dois tipos de depressão relacionada com o álcool. O primeiro considerado como o mais comum, no qual a depressão secundária desaparece sem tratamento nas primeiras semanas de abstinência, e o segundo, menos frequente, no qual a depressão é primária e requer tratamento específico. Sublinha ainda a dificuldade de antecipar a necessidade de tratamento antidepressivo ou se a depressão irá remitir espontaneamente. O autor sugere a tipologia alcoólica de Lesch *et al.* (1990) como um potencial guia para diferenciar doentes alcoólicos deprimidos que poderão necessitar de tratamento específico para a depressão, uma vez que esta tipologia tem em consideração factores sociais, psíquicos e somáticos.⁽¹³⁾ Também a tipologia apresentada pelo NETER (Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco) poderá servir este propósito, dado que também pondera as dimensões social, psíquica, somática e comportamental. Esta tipologia alcoólica define o conceito através de cinco subtipos (Ansiopático, Heredopático, Timopático, Sociopático e Adictopático). Sendo o Ansiopático caracterizado por ansiedade, instabilidade emocional, comportamento agressivo durante a abstinência e *craving*; o Heredopático por história familiar de alcoolismo positiva, nível de dependência alcoólica elevado e baixo nível sócio-cultural; o Timopático por alexitimia, sintomatologia depressiva e problemas sociais e laborais; o Sociopático por início precoce de consumo do álcool, comportamento agressivo durante a fase de consumo e problemas legais, e o Adictopático definido por se verificar em indivíduos jovens, com consumo de outras substâncias e início precoce de problemas comportamentais.^(5,8) A análise correlacional entre os cinco subtipos da Tipologia Alcoólica do NETER (NAT) e os quatro tipos da Tipologia Alcoólica de Lesch (LAT) encontrou dois coeficientes de correlação positiva, de grande significância, entre o subtipo Ansiopático da NAT e o Tipo II da LAT, e entre o subtipo Timopático da NAT e o Tipo III da LAT (modelo da depressão, álcool como um antidepressivo). A análise intra-género demonstrou uma predominância significativa de mulheres alcoólicas no subtipo Timopático, corroborando vários estudos clínicos e epidemiológicos que reportam elevadas

taxas de comorbilidade entre as perturbações afectivas e o alcoolismo na população feminina. ⁽⁸⁾

1.2. Critérios para Dependência do álcool ⁽¹⁴⁾

A característica essencial da Dependência de Substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de substâncias.

A Dependência do Álcool traduz-se por um padrão. desadaptativo de uso de substância, levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de doze meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b) Diminuição do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.
2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - a) Síndrome de abstinência característica da substância.
 - b) A mesma substância, ou outra relacionada, é consumida para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
4. Existe um desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
5. Dispêndio de grande quantidade de tempo em actividades necessárias à sua obtenção e utilização, bem como à recuperação dos seus efeitos.

6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância.

7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

A dependência fisiológica do álcool é indicada pela evidência de tolerância ou pelos sintomas de abstinência. A tolerância é a necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância. A abstinência é uma alteração comportamental desadaptativa, com consequências fisiológicas e cognitivas que ocorre quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem, num período aproximado de 12 horas após a redução de um consumo continuado, prolongado e maciço da substância. Uma vez que a abstinência do álcool pode ser desagradável e intensa, os sujeitos com Dependência do Álcool podem, apesar das consequências adversas, continuar a consumi-lo, no sentido de evitarem ou aliviarem os sintomas de abstinência.

A Abstinência do Álcool traduz-se por:

1. Interrupção (ou redução) da utilização maciça e prolongada de álcool.
2. Dois (ou mais) dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas ou poucos dias após o critério anterior: hiperactividade autonómica; tremor das mãos aumentado; insónia; náuseas ou vómitos; alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas, transitórias; agitação psicomotora; ansiedade; convulsões do tipo grande-mal.
3. Os sintomas do critério 2 causam sofrimento ou défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes.
4. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou outra perturbação mental.

1.3. Alcoolismo no feminino

Por vários países e ao longo dos períodos históricos, para os quais os questionários da população geral estão disponíveis, o sexo e a idade são os preditores mais fortes do comportamento de beber. Apesar das diferenças de género serem robustas, os níveis e padrões de beber da mulher variam muito inter e intra nações, ao longo do tempo. Igualmente interessante, é a preocupação da sociedade com este facto, que tem sofrido alterações consideráveis, em diferentes períodos da sua história. Alguns autores têm sugerido que esta preocupação referente ao beber feminino tende a aumentar durante os períodos de mudança de papéis de género e com a expansão dos papéis da mulher. ^(15,16,17,18,19,20,21)

A dependência é, na actualidade, um problema que atinge todo o mundo ocidental, constituindo uma emergência, não só de saúde pública, mas também social e consequentemente política. No panorama da dependência de substâncias, o abuso de álcool ocupa um lugar certamente relevante, sendo, actualmente, a maior causa de mortalidade e morbidade, quer pelos seus efeitos agudos (intoxicação, acidentes de trabalho ou de viação) quer pelos efeitos crónicos, originando patologias que envolvem todo organismo. Os problemas ligados ao álcool (PLAs) verificam-se em larga escala, não só nos homens, mas também nas mulheres. No entanto, o estudo do risco de dano provocado pelo álcool na mulher é relativamente recente. ⁽¹⁾

No passado, a maioria dos estudos longitudinais sobre a dependência do álcool dedicaram-se exclusivamente à população masculina, possivelmente devido ao acesso a esta ser mais fácil ou por se julgar que este constituía apenas um problema masculino. Este aspecto poderá dever-se a motivações de natureza social, pela imagem que tradicionalmente se tem da figura feminina na sociedade.

De facto, a dependência e o abuso de álcool verificam-se mais frequentemente nos homens do que nas mulheres, com um rácio homem/mulher de 5:1. Não obstante, este rácio varia substancialmente consoante o grupo

etário. As mulheres apresentam uma tendência para iniciar o consumo maciço de álcool mais tardiamente que os homens, podendo desenvolver perturbações relacionadas com o álcool numa idade mais avançada. A ingestão repetida de elevadas quantidades de álcool pode afectar quase todos os sistemas do organismo, especialmente o sistema gastrintestinal, cardiovascular e os sistemas nervosos central e periférico ⁽¹⁴⁾. Estas complicações médicas são causadas pelo alcoolismo e geralmente precedidas por vários anos de problemas sociais e psicológicos. ^(16,17,18,19,20,21,22,23,24)

A prevalência de problemas crónicos ligados ao álcool é significativamente menor nas mulheres. No entanto, este facto pode dever-se à menor prevalência de casos de consumo excessivo de álcool entre estas. Estudos revelam que o abuso ou dependência do álcool, uma vez desenvolvido no género feminino, pode evoluir mais rapidamente, sendo que na meia-idade, as mulheres podem apresentar o mesmo “leque” de problemas de saúde e consequências sociais, interpessoais e ocupacionais que os homens. Deste modo, as mulheres parecem ser mais susceptíveis aos efeitos do álcool na saúde e tornar-se mais disfuncionais do que os homens. Quando comparadas com os homens, as mulheres atingem uma maior concentração de álcool no sangue (CAS), mesmo após a ingestão de doses de álcool equivalentes e adaptadas ao peso corporal. Este facto pode ser explicado pelas diferenças de género, verificando-se na mulher uma menor percentagem de água corporal, maior percentagem de gordura corporal e uma metabolização do álcool mais lenta. ⁽²⁵⁾

O alcoolismo entre as mulheres supera as particularidades observadas no âmbito meramente psiquiátrico. Além das características já reconhecidas neste campo, é necessário identificar as demais áreas de impacto do consumo de álcool nas mulheres. O atendimento do alcoolismo feminino implica o conhecimento das suas repercussões sobre a esfera ginecológica, obstétrica e endocrinológica.

Apesar da prevalência do alcoolismo entre as mulheres ainda ser significativamente menor que a encontrada nos homens, o consumo abusivo

e/ou dependente do álcool traz, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e social da mulher. ⁽²⁶⁾

Estudos confirmam que, apesar do consumo de álcool ser menor nas mulheres, estas sofrem maiores repercussões que os homens, sendo verificado um maior risco para suicídio e acidentes fatais entre mulheres que consomem uma dose diária superior a três bebidas alcoólicas. ⁽²⁷⁾

Apesar do crescente aumento do abuso de álcool e de outras drogas ilícitas, como a *cannabis* e a cocaína, na população feminina, a identificação do alcoolismo feminino nos atendimentos primários de saúde parece ser deficiente e pouco valorizada. ⁽²⁸⁾

A preocupação com o impacto do abuso e dependência de álcool na população feminina levou à condução de vários estudos por parte da comunidade científica. Hochgraf *et al.* (1995) concluíram que, comparativamente aos homens, o início e o aumento do consumo de álcool nas mulheres estudadas verificava-se mais tardiamente e que estas relatavam mais tentativas de suicídio e uma menor utilização concomitante de drogas ilícitas. ⁽²⁹⁾

O aumento tardio do consumo de álcool também foi encontrado num estudo de Wojnar *et al.* (1997). Este estudo observou uma maior prevalência, entre as mulheres, de perturbações da personalidade, de humor e da ansiedade em comorbilidade, e abuso de benzodiazepinas e barbitúricos. ⁽³⁰⁾

De acordo com Neve *et al.* (1996), os aspectos sócio-culturais também influenciariam de forma particular o padrão de consumo de álcool das mulheres. Os autores concluíram que mulheres com idades superiores a 40 anos estariam expostas a um aumento do consumo de álcool, devido a problemas ao nível da estrutura familiar, o que não ocorreria nos homens pertencentes à mesma faixa etária. ⁽³¹⁾

A auto-imagem é um problema central no alcoolismo. A maioria das teorias sobre a relação entre a auto-imagem dos alcoólicos e o seu comportamento têm derivado mais de observações clínicas do que de estudos empíricos. Grande parte das observações tem realçado uma tendência dos alcoólicos em subavaliar-se e que uma fraca auto-imagem é a base da maioria

dos problemas comportamentais da população alcoólica. No entanto, a maioria destes estudos não são recentes e parece que esta área de investigação não se encontra muito documentada. Apesar da hipótese de que os alcoólicos possuem uma fraca auto-imagem ter sido validada pelos estudos passados, a representação do alcoolismo tem sofrido alterações, sendo por isso pertinente questionar a influência destas na auto-imagem dos dependentes do álcool. Este aspecto poderá deter maior relevância nas mulheres alcoólicas, dada a evolução do papel da mulher na sociedade. Aubry *et al.* (2004) verificaram que comparativamente ao grupo de controlo, os alcoólicos descreveram uma identidade, auto-satisfação e comportamento menos favoráveis, apresentaram uma visão mais negativa de si quanto ao bem-estar físico, à ética-moral, personalidade, ao papel e valor como membro familiar e indivíduo social. Da análise comparativa das diferenças de género no grupo de dependentes do álcool, os autores concluíram que as mulheres alcoólicas apresentam uma auto-imagem mais débil que a contraparte masculina, contudo esta fragilidade não se verifica a todos os níveis. A mulher alcoólica apresentou-se mais negativa quanto à auto-satisfação, personalidade e papel social, mas mais positiva no que respeita à identidade, comportamento, bem-estar físico, ética-moral e quanto ao seu papel e valor na família.⁽³²⁾

A etiologia do alcoolismo na mulher deixou de ser uma questão de natureza ou “vivência”. Tanto o alcoolismo masculino como o feminino é mediado por factores genéticos. A questão que se coloca é que percentagem da variância é explicada por factores genéticos e em que grau é que esta perturbação geneticamente mediada é moderada por características individuais da mulher. Entre as características pessoais mais evidentes, que moderam a vulnerabilidade genética, encontram-se a idade, etnia e a presença de comorbilidade psiquiátrica. Também os factores culturais, ambientais e familiares constituem importantes preditores.⁽³³⁾ Estudos sobre os factores biopsicossociais que discriminam as mulheres alcoólicas das não-alcoólicas, constataram diferenças significativas entre grupos em todas as variáveis estudadas. Quando comparadas com as mulheres não-alcoólicas, as

dependentes do álcool apresentavam mais antecedentes familiares de alcoolismo, mais tratamentos consequentes a problemas de saúde, maior depressividade, menores níveis de auto-estima e consideravam-se mal-sucedidas no exercício das funções estereotipadamente expectadas do papel sexual feminino, apesar de reportarem um maior empenho do que o grupo de controlo. ⁽³⁴⁾

A teoria e investigação em alcoolismo sugerem que a masculinidade e feminilidade psicológica e a auto-estima estão relacionadas com o alcoolismo feminino. Num estudo com sessenta mulheres alcoólicas e sessenta não-alcoólicas, Sorell *et al* (1993), concluíram que as mulheres não alcoólicas apresentavam uma auto-estima mais elevada e que se referiam à orientação do seu papel de género como predominantemente andrógino e masculino. A masculinidade psicológica foi o factor major na distinção das mulheres com e sem dependência do álcool, bem como um melhor preditor da auto-estima. ⁽³⁵⁾ Quanto à orientação dos papéis de género (masculino, feminino, andrógino e indiferenciado), as mulheres dependentes do álcool descrevem-se como indiferenciadas, mas mais femininas do que masculinas. Uma baixa masculinidade e feminilidade, como também uma elevada feminilidade correlacionam-se positivamente com angústia, depressividade, ansiedade social, insegurança e perturbação da personalidade. Estes achados conduzem à hipótese de que um auto-conceito indiferenciado pode ser um factor de risco específico para o alcoolismo na população feminina. ⁽³⁶⁾

De acordo com Cardoso *et al.* (2006), o subtipo Timopático da tipologia apresentada pelo NETER corresponde a um grupo detentor de uma vida social estável e coexiste com uma psicopatologia ligeira, exceptuando na vida afectiva. O consumo de álcool é utilizado como uma forma de auto-tratamento dos afectos negativos. A relação entre a dependência do álcool e a depressão é muito complexa, principalmente porque a patoplasticidade da dependência do álcool pode mimetizar a síndrome depressiva. Estudos realizados por Schuckit (1985) demonstraram que 80% dos alcoólicos apresenta sintomatologia depressiva e que um terço ou mais apresentam critérios para perturbação

depressiva major. ^(5,8) Num estudo realizado em alcoólicos recentemente abstinentes, Haviland *et al.* (1991) concluíram que a associação da dimensão cognitiva alexitímica e da incapacidade para identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais está relacionada com sintomas depressivos. ^(5,8) Pombo *et al.* (2007) refere que o subtipo Timopático é consistente, até certo ponto, com o tipo III definido por Lesch *et al.* (1988), e com o subtipo Afecto Negativo proposto por Zucker (1987) e por Windle e Scheidt (2004). ^(5,8)

A revelação do problema e a intervenção na mulher alcoólica é extremamente difícil, devido a estas tenderem a esconder o problema, por sentimentos de culpa, vergonha e especialmente pelo medo de perderem os filhos e família. É ao médico de família que estas mais recorrem, para não serem denunciadas por uma consulta de especialidade. Deste modo, é muito importante que o médico de clínica geral esteja atento a estas possíveis situações e, caso seja detectada, proceda ao encaminhamento da doente para uma consulta da especialidade para um tratamento adequado e que este intervenha ao nível da motivação da mesma. Deste modo, verifica-se a necessidade de existir, por parte do médico de clínica geral e também do ginecologista, uma maior atenção e sensibilidade no reconhecimento e orientação de uma mulher que apresenta um uso patológico do álcool. ⁽³⁷⁾

1.3.1. Biodisponibilidade do álcool na mulher

A evidência experimental demonstra que assumindo uma igual dose de álcool em condições idênticas, a mulher apresenta uma concentração de álcool no sangue (CAS) mais elevada que o homem. Este resultado deve-se a mais do que uma causa, sendo uma destas o menor conteúdo de água corporal na mulher. A mulher tem proporcionalmente mais gordura e menos água, em relação ao homem. Logo, no momento em que o álcool se difunde na água, a concentração de álcool no sangue é maior na mulher. ^(1,16,18,19,23,25)

Está demonstrado que existe na mulher uma diminuição da actividade da enzima álcool desidrogenase (ADH) gástrica, e que esta é etilodependente, sendo praticamente inexistente na mulher alcoólica. Este aspecto faz com que chegue ao fígado da mulher, a maior parte do álcool, conduzindo a maiores danos hepáticos. Frezza (1990) concluiu que a actividade da ADH gástrica da mulher é significativamente inferior à do homem. Estudos recentes verificaram que não só o sexo, como também a idade influenciam a actividade da ADH, bem como a susceptibilidade aos efeitos do álcool. Os resultados destes estudos distinguem a actividade por sexo e por faixa etária: no homem, a actividade da ADH diminui com a idade, sendo esta, no homem de 61-80 anos metade da de um homem com idade entre os 20-40 anos; na mulher com idade entre os 61-80 anos, a actividade da ADH é significativamente mais baixa do que na mulher que se encontra entre os 41-60 anos. No entanto, o valor médio da actividade da ADH na mulher jovem (20-40 anos) é muito baixo, sendo 1/3 daquele encontrado na mulher com idade entre os 41-60 anos. Quando efectuada a comparação entre géneros, no que respeita à faixa etária, obtém-se uma diferença significativa na faixa dos 20-40 anos, onde a actividade da ADH é máxima para o homem e mínima para a mulher. Na faixa dos 41-60 anos, os resultados invertem-se, verificando-se um valor máximo na mulher e uma contínua diminuição no homem. Na faixa dos 61-80 anos, a actividade diminui em ambos os sexos. Estes resultados mostram claramente a influência das variáveis sexo e idade na actividade da ADH, evidenciando que na mulher, sobretudo na jovem, esta é particularmente baixa, sendo nesta faixa etária que a vulnerabilidade aos efeitos do álcool é maior. Como possível explicação para as diferenças de género na farmacocinética do álcool, estudos sugerem que a receptividade fisiológica da mulher ao álcool pode variar ao longo do ciclo menstrual, como resultado da variação dos níveis hormonais. As flutuações nos níveis hormonais das gónadas, durante o ciclo menstrual, afectam os níveis de metabolização do álcool, tornando a mulher mais susceptível às variações da concentração de álcool no sangue. O mecanismo é ainda pouco claro. Pensa-se que o estrogénio e a progesterona influenciam a actividade da ADH. Colocando-

se como hipótese que as flutuações dos níveis hormonais durante o ciclo menstrual possam influenciar o metabolismo do álcool, sobretudo ao nível da ADH hepática, verificando-se uma maior susceptibilidade na mulher, em diferentes momentos do ciclo. (1,16,18,19,23,25,38)

A relação entre o alcoolismo e o ciclo menstrual pode ser observada sob dois aspectos: a interacção entre as fases do ciclo e uma possível modificação no padrão de consumo do álcool e as repercussões clínicas do uso/abuso ou dependência do álcool no ciclo menstrual. (39,40,41)

Diversos estudos têm abordado uma eventual exacerbação do consumo de álcool em determinadas fases do ciclo menstrual, particularmente na fase luteínica, atribuindo ao álcool uma acção ansiolítica durante esta fase, o que tornaria o seu consumo numa "automedicação" nas fases disfóricas pré-menstruais. (39,40)

No entanto, a hipótese do "alcoolismo pré-menstrual" tem sido contestada por outros estudos, nos quais foi observado um aumento considerável do consumo de tabaco, e não do álcool. (39) Se, por um lado, a influência das fases do ciclo menstrual sobre o padrão de consumo do álcool ainda é um tema controverso, a influência deste sobre o funcionamento hormonal feminino já encontra referências consistentes. (42)

Estudos em animais revelaram que o consumo de álcool levaria a uma resposta pituitária deficiente, com uma menor libertação da hormona luteinizante (LH) após o estímulo de β -estradiol. Este facto pode estar associado a uma maior frequência de ciclos anovulatórios em dependentes do álcool. (41,43)

De facto, o consumo abusivo ou dependente do álcool parece estar associado a diversas alterações do ciclo reprodutivo, desde a ocorrência de amenorreia, disfunções ováricas com ciclos anovulatórios, menopausa prematura, maior risco de infertilidade, aborto espontâneo, intervenções cirúrgicas ginecológicas e Síndrome Fetal-Alcoólico. (44,45,46)

Valimaki *et al.* (1995), não verificaram alterações significativas na função ovárica das mulheres alcoólicas integradas no seu estudo. No entanto, quando comparadas com os controlos, estas mulheres reportaram níveis de testosterona

significativamente mais elevados (65%) durante a fase luteínica, reflectindo um desequilíbrio hormonal. ⁽⁴⁷⁾

Segundo Eriksson *et al.* (1996), algumas particularidades dos efeitos desagradáveis do álcool verificados nas mulheres, estariam associadas a uma maior elevação dos níveis séricos de acetaldeído (metabolito primário do etanol), que se verifica nestas durante as fases de maior libertação estrogénica. Assim, elevados níveis de estrógenios poderiam estar associados a um maior desconforto com o consumo de álcool. ⁽⁴²⁾

O abuso de álcool tem sido associado a uma menopausa precoce. A redução dos níveis de estrogénio verificada na menopausa e a introdução de terapêuticas de substituição hormonal impõem cuidados especiais nas mulheres alcoólicas, uma vez que o consumo de álcool influencia directamente o seu delicado equilíbrio hormonal. ^(41,48)

Gavaler (1994) verificou, num estudo com mulheres no período pós-menopausa, que o consumo moderado de bebidas alcoólicas provoca alterações nos níveis de estrogénio, testosterona, bem como na resposta hipofisária ao nível dos estrogénios. O mesmo estudo destacou a presença de cirrose alcoólica, como uma condição clínica grave nas pacientes com as alterações hormonais descritas. ^(49,50)

Dada a complexidade da interacção álcool/estrogénios, ainda não existe um consenso sobre a indicação da terapêutica de substituição hormonal nas mulheres dependentes do álcool. Esta encontra-se dependente de uma cuidadosa avaliação clínica da mulher e, particularmente, de um possível comprometimento da sua função hepática. Deste modo, dever-se-à proceder à análise de todos os riscos/benefícios que esta interacção pode provocar em cada paciente. ^(41,49)

Nas mulheres, baixas concentrações de álcool parecem ter pouco efeito ao nível da resposta sexual. No entanto, o seu aumento induz uma redução do fluxo vaginal, verificando-se queixas ao nível da excitação, diminuição do interesse sexual, dificuldades ou supressão do orgasmo e aumento do tempo de latência nas actividades masturbatórias. O consumo de álcool está também

associado a uma menor frequência da actividade sexual. A reversibilidade fisiológica dos efeitos do consumo abusivo/dependente do álcool pode ocorrer num período de duas semanas a um ano, dependendo da severidade dos problemas. Contudo, as disfunções sexuais com origem nos efeitos sistémicos podem persistir mesmo após a cessação dos consumos. Na manutenção destes problemas podem estar envolvidos, não só factores fisiológicos, mas também interpessoais e relacionais. ⁽⁵¹⁾

2. Satisfação sexual

Apesar de existir uma considerável investigação em torno da insatisfação sexual e disfunção sexual, o estudo da satisfação sexual é muito mais limitado. Este tem sido dificultado por uma pobre conceptualização do constructo.

A satisfação sexual é um vasto constructo que integra outro ainda mais vasto, a satisfação relacional, sendo verificada uma relação positiva entre ambos. ^(52,53)

De acordo com Haavio-Mannila e Kontula (1997), o conceito satisfação sexual refere-se a um aprazimento sentido na actual relação afectivo-sexual. ⁽⁵⁴⁾ Actualmente, a satisfação sexual é aceite como sendo uma resposta afectiva que resulta da avaliação individual subjectiva das dimensões positivas e negativas associadas ao seu relacionamento sexual. Esta definição distingue a satisfação de constructos puramente afectivos, tais como felicidade, e de constructos puramente avaliativos, tais como sucesso. ⁽⁵⁵⁾

Apesar da ausência de problemas sexuais não assegurar uma satisfação sexual elevada, indivíduos que reportam mais problemas sexuais tendem a denunciar uma menor satisfação sexual do que aqueles que apresentam menos problemas a este nível. Assim, resolver uma disfunção sexual pode resultar numa diminuição da insatisfação sexual, não resultando, necessariamente, num aumento da satisfação sexual. A saúde e o bem-estar, em geral, e o bem-estar e

satisfação sexuais, em particular, não são simplesmente a ausência de doença ou sintomas. ⁽⁵²⁾ Estudos revelam que a satisfação sexual se correlaciona positivamente com a frequência da actividade sexual e de sexo oral e genital, com o uso de técnicas sexuais variadas e com a ocorrência de orgasmo. ⁽⁵⁴⁾ Apesar de o orgasmo ser apenas uma das facetas da experiência sexual e, de serem muitos os factores que o influenciam, o orgasmo permanece como o índice de satisfação sexual mais facilmente quantificável. ⁽⁵⁴⁾

O estudo do funcionamento sexual tende a centrar-se em aspectos de funcionalidade, secundarizando assim a satisfação sexual. A expressão sexual adequada é essencial nas relações interpessoais e providencia um bem-estar físico, psicológico e social, constituindo um dos requisitos para o bem-estar sexual. ^(52,56)

O funcionamento sexual humano recorre a uma instrumentação biológica, fisiológica e anatómica diferente entre géneros. Não obstante, o resultado da prática sexual (o orgasmo) é idêntico, e as suas consequências ao nível do bem-estar psicossocial também o serão. ⁽⁵⁷⁾ No entanto, o estudo da disfunção sexual tem sobrevalorizado um modelo masculino, apesar do reconhecimento de que homens e mulheres diferem significativamente nas respostas fisiológicas, na vivência subjectiva do desejo sexual e no modo como são estimulados. Alguns autores defendem não existir diferenças significativas entre géneros quanto à experiência do orgasmo. Porém, outros autores defendem que os modelos não lineares que têm sido recentemente propostos, tornam claro que a resposta sexual feminina, tanto numa perspectiva subjectiva como numa objectiva ou desenvolvimental, não é uma imagem em espelho da resposta sexual masculina. ^(57,58)

A biologia torna-se uma influência major na saúde sexual da mulher que atinge a meia-idade. A ocorrência da menopausa está associada a um declínio da produção de estrogénios que, por sua vez, se associa a alterações nos órgãos sexuais da mulher. As paredes da vagina tornam-se mais finas e pouco elásticas, a vagina adquire dimensões mais reduzidas e cinco anos após a menopausa, a lubrificação vaginal reduz significativamente, podendo estas

alterações dificultar a penetração e tornar o coito desconfortável e doloroso. No entanto, a terapia de substituição hormonal, a testosterona suplementar e o uso de lubrificante vaginal são algumas das estratégias que podem ser implementadas para ultrapassar as dificuldades associadas a estas alterações biológicas, não sendo portanto impeditivas de uma actividade sexual satisfatória. (55,58,59)

Devido à escassez de medidas compreensivas e validadas, o estudo da satisfação sexual tem sido pouco frequente. O facto dos instrumentos multi-itens utilizados na avaliação da satisfação sexual incluírem itens que são usados como predictores e criteriosais da satisfação sexual, não tem favorecido o estudo da satisfação sexual, dado que ao incluírem os mesmos itens (ex: frequência da actividade sexual, consistência orgásmica) em ambas as medidas predictoras e de critério, impedem a interpretação da relação entre as variáveis. Outro aspecto é ainda o facto das propriedades psicométricas de muitas escalas de satisfação sexual serem pobres ou desconhecidas. (53,55)

A satisfação sexual deverá incluir a resposta subjectiva dos sujeitos e deverá ser avaliada com recurso a questionários de auto-resposta ou a entrevista. Tanto para os homens como para as mulheres, a satisfação sexual é um aspecto reconhecidamente importante no acto sexual, sendo a satisfação um resultado primário na apreciação da funcionalidade sexual feminina. (57)

2.1. Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS)

O IEMSS resulta dos vários modelos de intercâmbio da satisfação relacional. Este modelo tem em consideração o contexto interpessoal em que a sexualidade ocorre (60) e o nível de recompensas e de custos que os parceiros trocam na sua relação sexual. As recompensas são definidas por trocas vividas como prazerosas e gratificantes, e os custos são definidos como trocas que requerem esforço físico ou mental, ou que produzem dor, embaraço ou ansiedade. O IEMSS também considera o nível de comparação do indivíduo, o

qual tem sido definido como o nível de recompensas/custos que o indivíduo espera receber numa relação sexual. Finalmente, este modelo avalia a igualdade entre o nível de recompensas e custos do indivíduo e os do parceiro. (52,55,61,62)

De acordo com o IEMSS, a satisfação com o relacionamento sexual é tanto maior, quanto: mais elevado for o nível de recompensas e mais baixo for o nível de custos; mais favorável for a comparação entre o nível de custos e recompensas que o indivíduo vivencia e o nível de custos e recompensas que este espera da relação sexual; e quanto maior for a percepção de existência de igualdade entre o nível de custos e recompensas do indivíduo e do parceiro na relação sexual. Este é um modelo adequado na compreensão da satisfação sexual nas relações interpessoais, pois tem em consideração factores diádicos. (52,55,61,62)

Face ao facto da satisfação sexual ser provavelmente influenciada pela história de trocas na relação sexual, propõe-se que a avaliação dos níveis/igualdade das trocas seja efectuada em vários períodos, ao longo do tempo. Pensa-se, que deste modo, se verificará uma melhor predição da satisfação sexual, do que a avaliação destas variáveis num único momento. (52,55,61,62)

A investigação sobre satisfação sexual tem, em grande escala, seguido o tradicional e masculino modelo da sexualidade, focando mais os aspectos intrapessoais físicos das interacções sexuais, e menos os aspectos emocionais, interpessoais e relacionais. (52,55,61,62)

Estudiosos feministas têm discutido que em comparação com a satisfação sexual masculina, a das mulheres pode depender menos da gratificação física e mais de qualidades emocionais e relacionais da relação sexual. As mulheres apresentam, ainda, maior tendência para incorporar variáveis psicológicas na sua experiência de excitação sexual. (52,55,61,62)

As diferenças de género, quanto ao tipo de recompensas e custos encontradas por Lawrence e Byers (1995), suportam os argumentos anteriormente referidos e sugerem que estudos que, apenas tenham em

consideração os aspectos comportamentais da relação sexual, encontrarão um conhecimento incompleto sobre a satisfação sexual do homem e da mulher. ⁽⁵⁵⁾

Actualmente, a vida sexual encontra-se mais plástica e menos associada à reprodução e ao casamento. A tradicional visão sexual atribui um papel mais instrumental ao homem e um papel mais expressivo à mulher, em situações sexuais. É ainda atribuída à mulher, a responsabilidade pela relação e pela satisfação do seu parceiro, mesmo que signifique colocar as necessidades deste acima das suas, o que sugere que as recompensas e custos vivenciados pelo parceiro influenciam a satisfação sexual feminina. ⁽⁵²⁾

Purnine e Carey (1997) conduziram um dos poucos estudos sobre satisfação sexual que utilizaram dados de ambos os elementos da relação. Os autores verificaram que a compreensão das preferências sexuais por parte do parceiro constituía um predictor da satisfação sexual da mulher, algo que não se verificou quanto à satisfação sexual do homem. ⁽⁵²⁾

Byers *et al.* (2006) verificaram que os indivíduos demonstravam-se sexualmente mais satisfeitos, se experienciassem um balanço favorável de recompensas sexuais na sua relação, se este balanço se comparasse favoravelmente com as suas expectativas, se tivessem a percepção de que os seus níveis de recompensas e custos sexuais fossem aproximados aos do seu parceiro, e se se encontrassem satisfeitos com os aspectos não sexuais da sua relação. ⁽⁵²⁾

Haavio-Mannila e Kontula (1997) verificaram que muitos factores sociais estão relacionados com a satisfação sexual: idade jovem, ambiente familiar pouco reservado do ponto de vista sexual, ter iniciado cedo a vida sexual, elevado nível educacional, atitudes sexuais liberais, assertividade sexual, elevada importância da sexualidade, sentimento de amor, uso de materiais sexuais, actividade sexual frequente, uso de técnicas sexuais versáteis e orgasmo frequente. Ao examinarem as diferenças de género, os autores concluíram que a insatisfação sexual nas mulheres se deve, pelo menos em parte, ao início tardio da vida sexual, atitudes sexuais conservadoras,

importância diminuta atribuída à sexualidade, ausência de assertividade sexual e à não utilização de técnicas sexuais versáteis. ⁽⁵⁴⁾

Também a comunicação efectiva entre o casal assume um papel importante na satisfação sexual, sendo esta necessária na fase inicial do acto sexual (aceitação ou recusa). Casais que mantêm uma elevada qualidade de comunicação sobre as questões sexuais (ex. desejos e preferências sexuais) reportam maiores níveis de satisfação sexual. As dificuldades ao nível da comunicação têm sido associadas a problemas ao nível do orgasmo, sendo que mulheres sexualmente assertivas reportam frequências de actividade sexual mais elevadas, maior capacidade orgástica, sendo consideradas como detentoras de um maior desejo sexual subjectivo e satisfação sexual. ^(53,54,62)

3. Satisfação sexual e alcoolismo

As crenças sobre o efeito do álcool no comportamento sexual fazem parte da história e surgem ligadas quer à sedução quer ao sexo, transmitindo a ideia de que os seus consumidores tornam-se sexualmente mais desinibidos e satisfeitos. Estudos sobre álcool e sexualidade verificaram que uma percentagem substancial dos respondentes reportou ter-se intoxicado previamente à actividade sexual, tendo percebido o consumo como responsável pela diminuição das inibições sexuais e pelo aumento da satisfação sexual. No entanto, estes resultados são muito questionáveis, por serem extremamente vulneráveis a interpretações não-causais, devido à clássica terceira variável poder estar implicada. Outro aspecto a ter em consideração é o efeito bifásico do álcool. Após a ingestão de álcool, as alterações da concentração de álcool no sangue (CAS) seguem uma trajectória bifásica: uma primeira fase ascendente, em que o álcool é absorvido e a CAS aumenta (efeito euforizante) e uma segunda fase descendente, em que o álcool é eliminado e a CAS diminui (efeito sedativo). O efeito euforizante tem maior poder de reforço positivo. Este

fenómeno bifásico pode ser explicado pela tolerância ou pelo efeito Mellanby, que explica que a níveis equivalentes de CAS e devido a processos de adaptação, os efeitos do álcool que ocorrem na fase descendente são mais fracos do que aqueles que ocorrem na fase ascendente. Um aspecto que pode ser passível de ser criticado, ao nível da investigação, é o de se desconhecer a fase em que se procede a avaliação das variáveis em estudo. ⁽⁶³⁾

São muito complexos os efeitos que o álcool tem sobre a resposta sexual. Este facto deve-se, parcialmente, à bidimensionalidade do álcool e da resposta sexual. Ambos são caracterizados por processos fisiológicos e psicológicos, sendo o álcool divisível em efeitos farmacológicos (substância) e psicológicos (expectativas), e a resposta sexual divisível em respostas objectivas (fisiológicas) e subjectivas (auto-reportadas). A combinação destes factores multiplica a complexidade. As contradições entre os auto-relatos e as medidas fisiológicas ao nível da sexualidade, nos consumidores de álcool, mostram que os factores farmacológicos e psicossociais parecem ter um efeito independente e interactivo na mediação dos efeitos da substância no comportamento sexual. ⁽⁶⁴⁾

No que se refere à satisfação sexual na mulher alcoólica, tem-se verificado a existência de uma relação entre o consumo abusivo/dependente e a insatisfação sexual. ^(65,66)

Nirenberg *et al.* (1990) verificaram que a intimidade sexual satisfatória surge durante os períodos de abstinência. ⁽⁶⁷⁾ A corroborar estes resultados, Gavalier *et al.* (1994) num estudo com 60 mulheres alcoólicas (27 abstinentes durante um período inferior a um ano e 33 abstinentes por um período superior a um ano), constataram que, durante o período de abstinência, estas divergiam significativamente quanto ao desejo, excitação e resposta sexual. Encontraram ainda diferenças significativas nas medidas de avaliação da sexualidade, tendo as abstinentes por um período de tempo superior a um ano reportado maiores níveis de importância dada à actividade e vida sexual, bem como uma maior satisfação sexual. Estes achados sugerem que mulheres alcoólicas abstinentes por um período superior a um ano reportam mais satisfação com os aspectos

ligados à vida sexual do que aquelas abstinentes por um período de tempo inferior. ^(49,68)

Nirenberg *et al.* (1990) estudaram também a qualidade da relação sexual de casais alcoólicos (com parceiro alcoólico) e verificaram que esta variava consoante a fase da doença em que o parceiro se encontrava (consumo/abstinência). A intimidade sexual surge normal e satisfatória durante os períodos de abstinência, sendo reportado pelas parceiras a ausência de desejo e satisfação sexual durante os períodos de consumo da substância. Os autores sublinham a importância de que, tanto em clínica como em investigação, quando se procede à avaliação da relação sexual de casais alcoólicos, se deve ter o cuidado de identificar a fase da doença em que o indivíduo se encontra. ⁽⁶⁷⁾ O'Farrel *et al.* (1997) acrescentam que casais alcoólicos vivenciam mais disfunções sexuais do que casais sem dependência do álcool. ⁽⁶⁵⁾

Schiavi (1990) considera que estudos sobre a ingestão aguda de álcool têm demonstrado a importância do papel da interação das expectativas, processos cognitivos e condições sociais com a acção farmacológica na resposta sexual, estando a sua influência dependente da experiência pessoal e da aprendizagem social que lhe está subjacente. ⁽⁶⁹⁾ Kelly *et al.* (2002) verificaram que mulheres sem consumo problemático do álcool e sem problemas relacionais rejeitavam as expectativas de que esta substância beneficia o relacionamento afectivo-sexual. Ao contrário, mulheres dependentes do álcool e com problemas relacionais revelaram um sentimento de ambivalência sobre estas expectativas positivas, reportando menor eficácia relacional do que o grupo de controlo. Os autores concluíram que, em mulheres com baixa eficácia relacional, as expectativas negativas do efeito do consumo de álcool nas relações podem inibir o consumo problemático do álcool. ⁽⁷⁰⁾

As mulheres com dependência alcoólica apresentam elevadas taxas de perturbações psiquiátricas em comorbilidade. A elevada prevalência de perturbações de humor e consequente terapêutica antidepressiva surge como outro factor a ter em consideração e, que em conjunto com factores

psicológicos, pode contribuir para a diminuição da qualidade da vida sexual da mulher alcoólica. ^(8,71,72)

4. Fundamentação teórica do estudo

A prevalência do alcoolismo nas mulheres é significativamente menor que nos homens. O consumo abusivo e/ou dependente do álcool gera inúmeras repercussões físicas e psíquicas na mulher pelo seu efeito telescópico, o qual se caracteriza por um início de consumo de álcool mais tardio e por um desenvolvimento de problemas associados mais célere ^(14,73,74,75). O consumo abusivo e/ou a dependência do álcool tem, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física e psíquica da mulher, as quais incluem miocardiopatia, miopatia, lesão cerebral, hepatite alcoólica que quase sempre progride para cirrose, inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e vários problemas ginecológicos e obstétricos ^(41,45,46,75). Estudos recentes confirmam que o alcoolismo feminino revela maior impacto físico e psicológico, apresentando a maioria destas mulheres uma perturbação depressiva concomitante ⁽⁷⁵⁾.

Com o decorrer do tempo, os efeitos farmacológicos do álcool vão interferir negativamente no ciclo de resposta sexual, conduzindo ao aparecimento de disfunções sexuais na mulher alcoólica. Com frequência as mulheres alcoólicas em tratamento reportam taxas elevadas de problemas de adaptação sexual, incluindo diminuição do interesse sexual, da excitação e diminuição da ocorrência de orgasmos ^(76,77). Tem sido sugerido que o efeito depressivo do álcool no sistema nervoso central pode contribuir, directa ou indirectamente, para a diminuição das secreções vaginais e da resposta sexual, bem como para outras disfunções sexuais ^(76,78).

McCabe *et al.* (2003) apontam para a existência de uma limitação na vida sexual e afectiva das mulheres alcoólicas, uma vez que os problemas

verificados na sua resposta sexual têm um impacto negativo na satisfação sexual das mesmas, adulterando o modo como estas vivenciam a sua sexualidade ⁽⁷⁹⁾.

De acordo com Haavio-Mannila e Kontula (1997), o conceito satisfação sexual refere-se a um aprazimento sentido na actual relação afectivo-sexual. Este estudo revela que a satisfação sexual se correlaciona positivamente com a frequência da actividade sexual e de sexo oral e genital, com o uso de técnicas sexuais variadas e com a ocorrência de orgasmo. Apesar de o orgasmo ser apenas uma das facetas da experiência sexual e, de serem muitos os factores que o influenciam, este permanece como o índice de satisfação sexual mais facilmente quantificável ⁽⁵⁴⁾.

No que se refere à satisfação sexual na mulher alcoólica, tem-se verificado a existência de uma relação entre o consumo abusivo/dependente e a insatisfação sexual ^(65,66,80).

Nirenberg *et al.* (1990) verificaram que a intimidade sexual satisfatória surge durante os períodos de abstinência ⁽⁶⁷⁾. A este facto, Gavalier *et al.* (1994) acrescentam que mulheres alcoólicas abstinentes por um período superior a um ano reportam maior satisfação sexual do que mulheres abstinentes por um período de tempo inferior ⁽⁴⁹⁾.

A sexualidade é reconhecida, actualmente, como um dos pilares da qualidade de vida, sendo a sua abordagem cada vez mais valorizada. Exprime-se pelo carácter multidimensional, ou seja, não é influenciada somente por factores anatómicos e fisiológicos, mas também por factores psicossociais, culturais, relações interpessoais e experiências de vida. O impacto dos problemas sexuais na doente ou companheiro pode oscilar entre sentimentos de tristeza, frustração ou de inadequação sexual nas relações íntimas e uma diminuição generalizada da auto-estima, afectando a satisfação e funcionamento do casal, bem como as esferas social e ocupacional.

Ao longo do tempo, a comunidade científica tem privilegiado o conhecimento dos aspectos da sexualidade masculina, em detrimento da feminina. Muito embora a satisfação sexual seja um determinante da qualidade

de vida, existem poucos estudos que avaliem este aspecto em doentes alcoólicas.

Vários estudos tentaram identificar os factores que influenciam a satisfação sexual e a sua relação com os aspectos físicos e psicológicos da performance sexual. Adicionalmente, também tem sido objecto de estudo, a sua relação com outros factores, tais como a religião, a percepção ou adaptação do papel de género desempenhado e variáveis culturais.

Motivado pelo escasso investimento na mulher alcoólica e na sua vida sexual, o presente estudo visa a compreensão da relação entre a satisfação sexual e a dependência do álcool na mulher, para com esta poder estabelecer um plano terapêutico adequado às suas necessidades mais prementes.

5. Objectivos

Através do presente estudo pretende-se:

1. Caracterizar em termos sócio-demográficos a população em estudo e analisar comparativamente os grupos.
2. Caracterizar clinicamente a sexualidade da população em estudo e analisar comparativamente os grupos (estado geral de saúde da mulher e companheiro; terapêutica farmacológica; fase da menopausa e terapia hormonal de substituição).
3. Caracterizar em termos comportamentais a sexualidade da população em estudo e analisar comparativamente os grupos (orientação sexual; actividade sexual nas últimas quatro semanas; importância da sexualidade; grau de satisfação com o relacionamento afectivo e com a vida sexual).

4. Caracterizar clinicamente a população, no que respeita à história de consumo do álcool (idade do primeiro contacto com bebidas alcoólicas; idade de início do consumo excessivo e dependente do álcool; duração do alcoolismo; grau de dependência e nº de desintoxicações prévias).
5. Avaliar e analisar comparativamente a satisfação sexual da população em estudo.
6. Analisar comparativamente a ansiedade e depressão da população em estudo.
7. Verificar se as mulheres com dependência alcoólica apresentam menor satisfação sexual do que as mulheres do grupo de controlo (mulheres com perturbação depressiva);
8. Verificar se a severidade da dependência interfere na satisfação sexual da mulher alcoólica;
9. Verificar se o tempo de abstinência interfere na satisfação sexual das mulheres alcoólicas;
10. Avaliar o nível de importância da sexualidade na vida da mulher alcoólica e verificar se este difere do grupo de controlo (mulheres com perturbação depressiva).

6. Metodologia

O presente estudo é do tipo caso-controlo. Face ao facto de as mulheres alcoólicas apresentarem frequentemente uma perturbação depressiva primária concomitante ^(8,71,72) e, por esta última interferir negativamente na satisfação sexual, o grupo caso integra mulheres com diagnóstico de perturbação de dependência de álcool do tipo Timopático (com perturbação depressiva em comorbilidade), de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR e da

Tipologia Alcoólica do NETER, e o grupo controlo integra mulheres com diagnóstico de perturbação depressiva, de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR, no sentido de controlar a variável “perturbação depressiva”, minimizando deste modo o enviesamento dos resultados. A partir destes grupos pretende-se verificar a relação entre a satisfação sexual e a dependência do álcool na população feminina.

As mulheres que compõem o grupo caso (N=35) foram recrutadas na consulta de Etilo-Risco do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER), grupo de alcoologia do Hospital de Santa Maria que cumpre as três áreas de um departamento de medicina: assistência, ensino pré e pós-graduado e investigação. A consulta de Etilo-Risco garante os cuidados clínicos aos doentes com problemas ligados ao álcool, seguindo um programa terapêutico composto pelas seguintes fases: acolhimento, triagem, avaliação da motivação, entrevista familiar, consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, desintoxicação ambulatória ou em internamento com supervisão diária, monitorização farmacológica, psicoterapia de apoio e grupo psicoterapêutico semanal. O período de desintoxicação compreende 15 dias úteis, o qual implica a privação total do álcool. Nesta etapa, o tratamento farmacológico, sempre associado ao apoio psicológico e institucional, assenta na hidratação; manutenção do equilíbrio hidro-electrolítico e ácido-básico; terapêutica anti-convulsivante, anti-craving e hipnótica; vitaminoterapia (complexo B e ácido fólico) e em caso de comorbilidade, terapêutica antidepressiva ou antipsicótica. As mulheres com dependência do álcool foram também recrutadas no Centro Regional de Alcoologia do Sul. As mulheres alcoólicas preencheram os critérios da Tipologia Alcoólica do NETER para o subtipo Timopático (história progressiva de episódios depressivos major; alexitimia; problemas sociais e laborais).^(5,8) O procedimento de classificação da Tipologia Alcoólica do NETER foi desenvolvido com base nos scores de cada variável, correspondendo a um sub-tipo alcoólico específico (Ansiopático, Heredopático, Timopático, Sociopático e Adictopático). Esta delimitação entre sub-tipos é efectuada com base na exclusão, apresentando

cada sub-tipo condições de exclusividade. Segundo Pombo *et al* (2007), sempre que o doente apresenta história pregressa de episódios depressivos major, deve efectuar-se o diagnóstico do sub-tipo Timopático. Após a selecção do sub-tipo a ser diagnosticado, deve realizar-se um procedimento quantitativo com as condições que estão associadas a cada subtipo, com base no seguinte método de cotação: para uma condição fortemente verificada adiciona-se 3 pontos (+3), se a condição apenas se verifica adiciona-se 1 ponto (+1), e se a condição não se verifica subtrai-se 1 ponto (-1). A pontuação total obtida, em cada subtipo alcoólico, será traduzida num tipo categórico final. Pontuações finais equivalentes a zero são indicadoras de ausência de classificação. ^(5,8) As mulheres que compõem o grupo controlo (N=26) foram recrutadas na consulta externa do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Foi obtida uma amostra final de 61 mulheres.

Após autorização dos Responsáveis de ambas as Consultas, foram contactados os elementos médicos e psicólogos para explicação sobre a natureza e objectivos do trabalho, sendo-lhes solicitada colaboração.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão no grupo caso: diagnóstico de perturbação de dependência do álcool do tipo Timopático, de acordo com o DSM-IV- TR e Tipologia Alcoólica do NETER; em fase de abstinência do álcool após desintoxicação em ambulatório na consulta de Etilo-Risco; diagnóstico de perturbação depressiva, de acordo com o DSM-IV-TR e relação afectivo-sexual nos últimos doze meses.

Os critérios de exclusão do grupo caso foram os seguintes: debilidade mental; história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas; menos de 1 mês de abstinência do álcool (incluindo o tempo de desintoxicação); psicopatologia simultânea, de acordo com o DSM-IV-TR, (nomeadamente Perturbação Bipolar), com tratamento em curso no momento da avaliação; diagnóstico de disfunção sexual de acordo com o DSM-IV-TR; doença física

crónica em comorbilidade e parceiro com história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas e/ou álcool.

Os critérios de inclusão do grupo controlo foram os seguintes: diagnóstico de perturbação depressiva, de acordo com o DSM-IV-TR; tratamento antidepressivo e relação afectivo-sexual nos últimos doze meses.

Os critérios de exclusão do grupo controlo considerados foram: história pregressa ou actual de abuso ou dependência de álcool; debilidade mental; história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas; diagnóstico de disfunção sexual de acordo com o DSM-IV-TR; doença física crónica em comorbilidade e parceiro com história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas e/ou álcool.

Todas as participantes foram previamente informadas sobre os objectivos do presente estudo, bem como sobre a confidencialidade das informações disponibilizadas, tendo sido salvaguardados todos os direitos e bem-estar das mesmas.

A recolha de informação das mulheres incluídas no estudo compreendeu dois momentos: um primeiro momento, em que se procedeu à avaliação clínica e sócio-demográfica, através do hetero-preenchimento de uma entrevista semi-estruturada a cada uma das mulheres de ambos os grupos em estudo e um segundo momento, em que as respondentes auto-preencheram instrumentos que visam avaliar as variáveis “problemas ligados ao álcool”, “dependência do álcool”, “severidade da dependência”, “depressão”, “ansiedade” e “satisfação sexual”.

A amostra é descrita de acordo com aspectos clínicos (estado geral de saúde da respondente e companheiro, terapêutica farmacológica, fase da menopausa em que se encontra e se fez ou se encontra a fazer Terapia Hormonal de Substituição) e aspectos comportamentais da sexualidade

(orientação sexual, actividade sexual nas últimas quatro semanas, importância da sexualidade, grau de satisfação com o relacionamento afectivo e grau de satisfação com a vida sexual). O grupo caso é descrito mediante os seguintes aspectos comportamentais ligados ao álcool: idade do primeiro contacto; início do consumo excessivo; início dos sintomas de privação; número de períodos de abstinência; tempo de abstinência; caracterização dos problemas ligados ao álcool através do Michigan Alcoholism Screening Test e avaliação do nível de dependência através do Severity Alcohol Dependence Questionnaire.

Definição das variáveis clínicas e comportamentais:

Marcadores etários da relação com o álcool: idade do primeiro contacto com bebidas alcoólicas; idade de início do consumo excessivo do álcool (consciência do consumo imoderado do álcool) e idade de início do consumo dependente do álcool (identificação dos primeiros sintomas de privação, ou necessidade de os eliminar com o álcool).

Duração do alcoolismo: número de anos que mediam o início do consumo excessivo do álcool (abuso) e a idade actual da doente.

Grau de dependência do álcool: foi dissociada em dependência moderada e elevada do álcool, de acordo com a recodificação do score total do questionário SADQ (<30 – dependência moderada; ≥30 – dependência elevada).

Problemas ligados ao álcool: repercussões sociais, físicas e psicológicas decorrentes de um consumo excessivo de álcool. Esta variável foi dissociada em presença e ausência de problemas ligados ao álcool, de acordo com a recodificação do scores total do questionário MAST (<5 – ausência de problemas ligados ao álcool; ≥5 – presença de problemas ligados ao álcool).

Caracterização da fase de abstinência: número de períodos em que, ao longo da vida, a doente interrompeu o consumo excessivo de álcool e duração (em meses) do actual período de abstinência.

Satisfação sexual: avaliação subjectiva das dimensões positivas e negativas associadas ao relacionamento sexual. De acordo com a recodificação do score total do questionário ISS considerou-se que scores totais <30 remetem para satisfação sexual e scores totais ≥30 remetem para uma insatisfação sexual.

Foram excluídas 8 mulheres do estudo por apresentarem: história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas (3 mulheres); menos de 1 mês de abstinência do álcool (1 mulher); parceiro com história pregressa ou actual de abuso ou dependência de drogas ilícitas e/ou álcool (4 mulheres) e recusaram-se a participar 9 mulheres (8 do grupo caso; 1 do grupo controlo).

O Projecto de Tese com vista à realização da dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sexualidade Humana foi aceite por despacho da Comissão Coordenadora do Conselho Científico de 10 de Janeiro de 2006, em 20 de Janeiro de 2006.

7. Instrumentos

7.1. Entrevista Semi-estruturada

A primeira parte da entrevista é constituída por questões sócio-demográficas relativas à idade, naturalidade, raça, escolaridade, profissão, estado civil, religião, relacionamento afectivo-sexual, consumo de substâncias, estado geral de saúde da respondente e do companheiro, terapêutica farmacológica, fase da menopausa em que se encontram e terapia hormonal de substituição. Constam também questões adicionais para as mulheres com diagnóstico de dependência do álcool, referentes à história de consumo do álcool (idade do primeiro contacto com bebidas alcoólicas; idade de início do consumo excessivo e dependente do álcool; duração do alcoolismo; grau de dependência e nº de desintoxicações prévias). A segunda parte da entrevista explora os seguintes aspectos comportamentais da sexualidade: orientação sexual; actividade sexual nas últimas quatro semanas; importância da sexualidade; grau de satisfação com o relacionamento afectivo e com a vida sexual. O item “importância da sexualidade” é avaliado segundo uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 – nada importante; 2 – pouco importante; 3 – moderadamente importante; 4 – muito importante; 5 – extremamente importante) e os itens “grau de satisfação com o relacionamento afectivo” e “grau de satisfação com a vida sexual” são avaliados segundo uma escala tipo Likert de 6 pontos (1 – nenhum; 2 – muito baixo; 3 – baixo; 4 – moderado; 5 – elevado; 6 – Muito elevado).

7.2. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

Instrumento desenvolvido por Selzer em 1971 e validado por Serra e Lima em 1973 que visa a rastreio (*screening*) psicométrico do consumo problemático do álcool. O MAST comporta 25 questões sobre os diferentes aspectos do consumo desadaptativo do álcool. É um questionário breve, de fácil aplicação e cotação, elaborado para auto-preenchimento e que permite a identificação precoce no que concerne aos problemas do álcool. A cada questão é dada uma

resposta positiva ou negativa. O score total do questionário permite avaliar a possível existência de um consumo de álcool excessivo e suas eventuais repercussões sociais, físicas e psicológicas. ^(81,82)

7.3. Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

Questionário de auto-preenchimento constituído por 20 itens, construído de forma a avaliar o grau de severidade da dependência alcoólica. Foi desenvolvido por Stockwell et al., em 1983 e validado para a população portuguesa por Mello em 1999. Esta escala é dividida em 5 secções temáticas do consumo excessivo do álcool, nomeadamente, sintomas de privação físicos, sintomas de privação psicológicos, *craving*, consumo de álcool e supressão de sintomas de privação após abstinência. Cada item possui uma cotação compreendida entre 0 e 3, em que 0 corresponde a Quase Nunca, 1 - Algumas vezes, 2 - frequentemente e 3 - Quase Sempre, onde o sujeito refere o seu modo de beber durante determinado período ou durante outras alturas em que bebeu em demasia. ^(1,25)

7.4. Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (HADS)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e traduzida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et. al (2007), é uma escala de auto-resposta que, ao contrário da maioria das escalas, não resulta da análise factorial, mas sim da experiência clínica dos autores. A HADS tem como objectivo identificar de forma válida, fiel e prática sintomas de depressão e ansiedade, distinguindo claramente ambos os conceitos em duas sub-escalas perfeitamente diferenciadas (HADS-A e HADS-D). O respondente é solicitado a cotar cada um dos itens dessas sub-escalas numa graduação possível de quatro pontos. Desta forma é avaliado o estado emocional ao longo da última semana num continuum de gravidade, compreendido de 0 a 3, em que os valores mais elevados indicam a presença de

sintomas de ansiedade, ou depressão, com maior gravidade. Para evitar o viés, a ordem das respostas à escala surge alternada de modo a que, num item, a primeira resposta indique máxima gravidade e, no seguinte, gravidade mínima. O manual da HADS indica, para ambas as sub-escalas (HADS-A e HADS-D), que scores entre 0 – 7 é “normal”, entre 8 – 10 “ligeiro”, entre 11 – 14 “moderado” e entre 15 – 21 “severo”. ^(83,84)

7.5. Índice de Satisfação Sexual (ISS)

O Índice de Satisfação Sexual é uma escala de versão reduzida desenhada por Hudson et al em 1981, para avaliar o nível de satisfação na componente sexual de uma relação diádica. É uma escala de auto-preenchimento, constituída por 25 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa) numa escala tipo Likert de 7 pontos (1 – Nunca; 2 - Muito raramente; 3 - Poucas vezes; 4 - Algumas vezes; 5 - Bastantes vezes; 6 - A maioria das vezes; 7 - Sempre). Apresenta um ponto de corte clínico com o valor 30, em que, quanto menor for o valor obtido, maior será o grau de satisfação sexual. ^(57,85,86)

8. Análise Estatística

Através do Teste Kolmogorov-Smirnov verificou-se a distribuição normal dos dados (Teste Kolmogorov-Smirnov >0.05).

A análise estatística dos dados compreendeu numa primeira fase uma análise descritiva univariada, obtendo-se os valores referentes às frequências, médias e desvios padrão.

Nas variáveis de tipo nominal, para a determinação das relações de igualdade ou de diferença foi utilizado o teste do Qui-Quadrado (χ^2).

A comparação das médias entre grupos foi feita através do teste t de Student.

Procedeu-se à comparação entre o grupo de mulheres dependentes do álcool e o grupo de mulheres com diagnóstico de perturbação depressiva, quanto às variáveis clínicas da sexualidade (estado geral de saúde respondente/companheiro, terapêutica farmacológica e fase da menopausa), através do teste do Qui-Quadrado (variáveis categoriais).

A comparação entre o grupo de mulheres dependentes do álcool e o grupo de mulheres com diagnóstico de perturbação depressiva, de acordo com as variáveis comportamentais da sexualidade (orientação sexual, actividade sexual nas últimas quatro semanas, importância da sexualidade, grau de satisfação com o relacionamento afectivo e grau de satisfação com a vida sexual) realizou-se através do teste t de Student (variáveis contínuas) e do teste do Qui-Quadrado (variáveis categoriais).

Para avaliar a grandeza das associações entre duas variáveis quantitativas foram utilizados testes de correlação de Pearson.

O tratamento e análise dos dados foi efectuado através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), adoptando-se o intervalo de confiança de 95% ($p < .05$), como estatisticamente significativo.

9. Resultados

9.1. Caracterização sócio-demográfica

A população estudada é constituída por uma amostra total de 61 mulheres, das quais 35 são dependentes do álcool e 26 têm o diagnóstico de perturbação depressiva. A idade oscila entre os 27 e os 68 anos, com uma média de idades de 46.93 (dp = 9.50) anos. A amostra é maioritariamente caucasiana (90.2%), constituindo a raça negra apenas 9.8%. Quanto à distribuição do estado civil, 23% são solteiras, 4.9% vivem em união de facto, 42.6% são casadas, 6.6% são separadas e 23.0% são divorciadas. Relativamente à escolaridade, 1.7% da população é analfabeta, 25.0% concluiu o 4º ano, 35.0% completou a escolaridade obrigatória, 21.7% concluiu o 12º ano e 16.7% apresenta curso superior. No que concerne à actividade laboral, 3.3% integram os quadros superiores de empresas, 18.3% integram os quadros médios, 21.7% são operárias qualificadas, 31.7% são operárias não-qualificadas, 15.0% estão reformadas/aposentadas e 10.0% encontram-se no desemprego. Quanto à variável religião, 28.8% eram católicas praticantes, 39.0% católicas não-praticantes e 32.2% referiram não pertencer a qualquer religião. Quanto à existência de descendentes, 74.6% responderam afirmativamente e 25.4% negativamente, sendo que 34.1% tinham um filho, 56.8% tinham dois, 6.8% tinham três e 2.3% tinham seis filhos. (A tabela I sintetiza a caracterização sócio-demográfica)

Tabela I – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Idade (X)	46.9 anos (dp=9.50; mín.=27; máx.=68)	
Raça	Caucasiana	90.2%
	Negra	9.8%

Estado Civil	Solteira	23.0%
	União de facto	4.9%
	Casada	42.6%
	Separada	6.6%
	Divorciada	23.0%
	Viúva	0.0%
Escolaridade	Analfabeta	1.7%
	4º Ano	25.0%
	9º Ano	35.0%
	12º Ano	21.7%
	Curso Superior	16.7%
Profissão	Quadros Superiores	3.3%
	Quadros médios	18.3%
	Operário qualificado	21.7%
	Operário não-qualificado	31.7%
	Reformado/Aposentado	15.0%
	Dependente	10.0%
Religião	Católica praticante	28.8%
	Católica não-praticante	39.0%
	Ateísta	32.2%
Filhos	Sim	74.6%
	Não	25.4%
Nº Filhos	1 filho	34.1%
	2 filhos	56.8%

3 filhos	6.8%
6 filhos	2.3%

9.1.1. Análise comparativa dos aspectos sócio-demográficos

Procedeu-se à comparação entre o grupo das mulheres dependentes do álcool e o das mulheres com diagnóstico de perturbação depressiva, de acordo com as variáveis sócio-demográficas previamente descritas, através do teste t (variáveis contínuas) e do teste do Qui-Quadrado (variáveis categoriais).

Relativamente à comparação dos aspectos sócio-demográficos entre grupos, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) quanto a nenhuma das variáveis sócio-demográficas estudadas (idade, raça, estado civil, escolaridade, profissão, religião e número de filhos). Estes resultados confirmam o emparelhamento dos dois grupos estudados. (As tabelas II e III sintetizam a análise comparativa dos aspectos sócio-demográficos)

Tabela II – Análise comparativa da média e desvio padrão da idade

	Grupo Caso M (dp)	Grupo Controlo M (dp)	Est. t	p
Idade	46.69 (7.74)	47.27 (11.63)	NS	

Tabela III – Análise comparativa dos aspectos sócio-demográficos

		Grupo Caso	Grupo Controlo	X²	p
Raça	Caucasiana	85.7%	96.2%	NS	
	Negra	14.3%	3.8%		

	Solteira	22.9%	23.1%	
	União de facto	5.7%	3.8%	
Estado Civil	Casada	31.4%	57.7%	NS
	Separada	11.4%	0.0%	
	Divorciada	28.6%	15.4%	
	Analfabeta	2.9%	0.0%	
	4º Ano	11.8%	42.3%	
Escolaridade	9º Ano	38.2%	30.8%	
	12º Ano	26.5%	15.4%	NS
	Curso Superior	20.6%	11.5%	
	Quadros Superiores	2.9%	3.8%	
	Quadros médios	23.5%	11.5%	
Profissão	Operário qualificado	23.5%	19.2%	NS
	Operário ão qualificado	38.2%	23.1%	
	Reformado/Aposentado	5.9%	26.9%	
	Dependente	5.9%	15.4%	
	Católica praticante	20.6%	40.0%	
Religião	Católica ão-praticante	44.1%	32.0%	NS
	Ateísta	35.3%	28.0%	
Filhos	Sim	73.5%	76.0%	
	Não	26.5%	24.0%	NS
	1 filho	40.0%	26.3%	
Nº Filhos	2 filhos	56.0%	57.9%	
	3 filhos	0.0%	15.8%	NS
	6 filhos	4.0%	0.0%	

9.2. Caracterização dos aspectos clínicos da sexualidade

Relativamente ao estado geral de saúde, 64.0% das mulheres em estudos consideravam-se saudáveis, enquanto 36.0% reportaram a existência de patologia. Quanto ao estado geral de saúde do companheiro, 78.6% destes foram indicados como saudáveis e 21.4% apresentavam alguma patologia. No que respeita à terapêutica farmacológica, 82.0% das mulheres encontravam-se a fazer medicação. A maioria das mulheres encontrava-se na fase pré-menopausa (57.4%), 4.9% na peri-menopausa e 37.7% no período pós-menopausa. Nenhuma das mulheres realizou ou se encontra a fazer Terapia Hormonal de Substituição. (A tabela IV sintetiza os dados referentes à caracterização dos aspectos clínicos da sexualidade da amostra)

Tabela IV – Caracterização dos aspectos clínicos da sexualidade da amostra

Estado Geral de Saúde (Respondente)	Saudável	64.0%
	Com Patologia	36.0%
	Diabetes	1.6%
	Hipertensão	4.9%
	Hepatite C	4.9%
	Hipotiroidismo	3.3%
	Epilepsia	1.6%
	Glaucoma	1.6%
	Problemas cardíacos	9.8%
	Problemas gástricos	4.9%
Hipotensão	3.3%	
Estado Geral de Saúde (Companheiro)	Saudável	78.6%
	Com Patologia	21.4%
	Hipertensão	4.9%
	Hepatite C	1.6%
	Asma	1.6%
	Insuficiência renal	1.6%
	Problemas cardíacos	8.2%
Problemas gástricos	3.3%	
Terapêutica Farmacológica	Sim	82.0%
	Não	18.0%

Fase da Menopausa	Pré-Menopausa	57.4%
	Peri-Menopausa	4.9%
	Pós-Menopausa	37.7%
Terapia Hormonal de Substituição	Sim	0.0%
	Não	100%

9.2.1. Análise comparativa dos aspectos clínicos da sexualidade

Relativamente às variáveis estado geral de saúde da respondente e companheiro, fase da menopausa em que se encontra e se fez ou se encontra em Terapia Hormonal de Substituição, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos ($p > 0.05$).

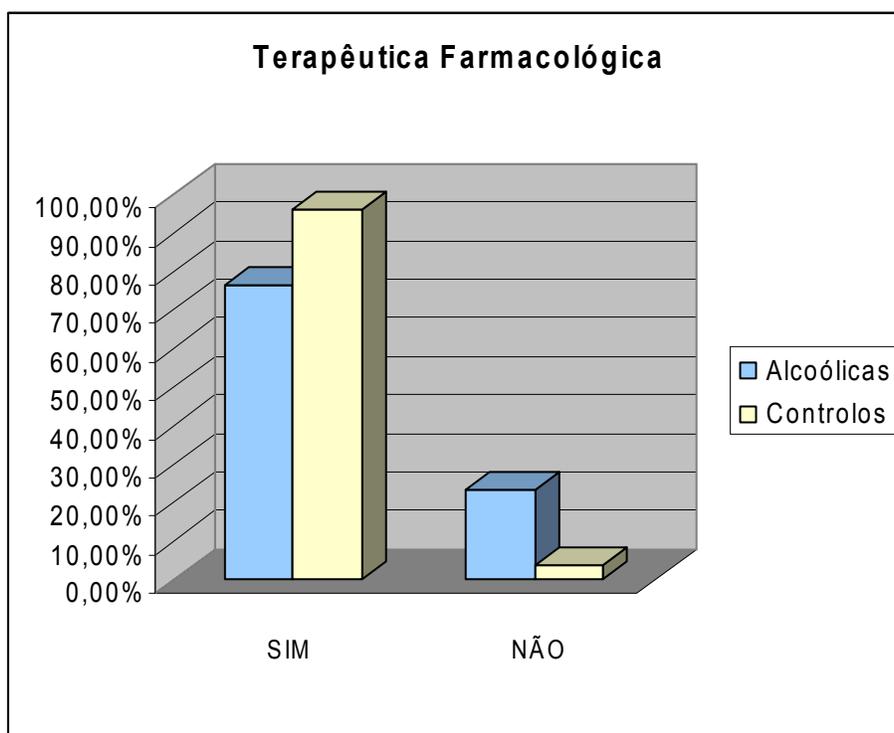
Foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à variável terapêutica farmacológica ($\chi^2 = 4.3$; $p < 0.05$), verificando-se uma maior percentagem de mulheres a seguir uma terapêutica farmacológica no grupo de controlo (96.0%), quando comparado com o grupo caso (76.5%). (A tabela V sintetiza a análise comparativa dos aspectos clínicos da sexualidade)

Tabela V – Análise comparativa dos aspectos clínicos da sexualidade

		Grupo Caso	Grupo Controlo	X²	p
Estado Geral de Saúde (Respondente)	Saudável	70.6%	52.0%	NS	
	Com Patologia	29.4%	48.0%		
Estado Geral de Saúde (Companheiro)	Saudável	71.9%	72.0%	NS	
	Com Patologia	28.1%	28.0%		
Terapêutica Farmacológica	Sim	76.5%	96.0%	4.3	<0.05

	Não	23.5%	4.0%	
Fase da Menopausa	Pré-Menopausa	58.8%	52.0%	NS
	Peri-Menopausa	5.9%	4.0%	
	Pós-Menopausa	35.3%	44.0%	

Gráfico 1. Distribuição da amostra quanto à terapêutica farmacológica



9.3. Caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade

Relativamente à orientação sexual, 95.2% referiu-se heterossexual e 4.8% distribuíram-se equitativamente pelas variáveis homossexual, homossexual com experiência heterossexual e heterossexual com experiência homossexual. Nas últimas quatro semanas, 41.0% reportou actividade sexual e 59.0% não teve actividade sexual. No que se refere à importância da sexualidade, 11.9%

referiram ser extremamente importante, 18.6% muito importante, 28.8% moderadamente importante, 20.3% pouco importante e 20.3% nada importante. Quanto ao grau de satisfação com o relacionamento afectivo, 10.2% revelaram um grau muito elevado, 22.0% elevado, 33.9% moderado, 11.9% baixo, 11.9% muito baixo e 10.2% nenhum. No que respeita à vida sexual, 1.7% das mulheres reportaram um grau de satisfação muito elevado, 11.9% elevado, 33.9% moderado, 13.6% baixo, 18.6% muito baixo e 20.3% nenhum. A importância da sexualidade obteve um valor médio de 2.81 (dp = 1.30) e os valores médios do grau de satisfação com o relacionamento afectivo e com a vida sexual foram, respectivamente, 3.76 (dp = 1.45) e 3.03 (dp = 1.41). (A tabela VI sintetiza os dados referentes à caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade da amostra)

Tabela VI – Caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade da amostra

Orientação sexual	Homossexual	1.6%
	Homossexual, com experiência heterossexual	1.6%
	Heterossexual, com experiência homossexual	1.6%
	Heterossexual	95.2%
Actividade sexual nas últimas 4 semanas	Sim	41.0%
	Não	59.0%
Importância da sexualidade	Extremamente importante	11.9%
	Muito importante	18.6%
	Moderadamente importante	28.8%
	Pouco importante	20.3%
	Nada importante	20.3%
	Média=2.81 (dp=1.30)	

Grau de satisfação com o relacionamento afectivo	Muito elevado	10.2%
	Elevado	22.0%
	Moderado	33.9%
	Baixo	11.9%
	Muito baixo	11.9%
	Nenhum	10.2%
	Média=3.76 (dp=1.45)	
Grau de satisfação com a vida sexual	Muito elevado	1.7%
	Elevado	11.9%
	Moderado	33.9%
	Baixo	13.6%
	Muito baixo	18.6%
	Nenhum	20.3%
	Média=3.03 (dp=1.41)	

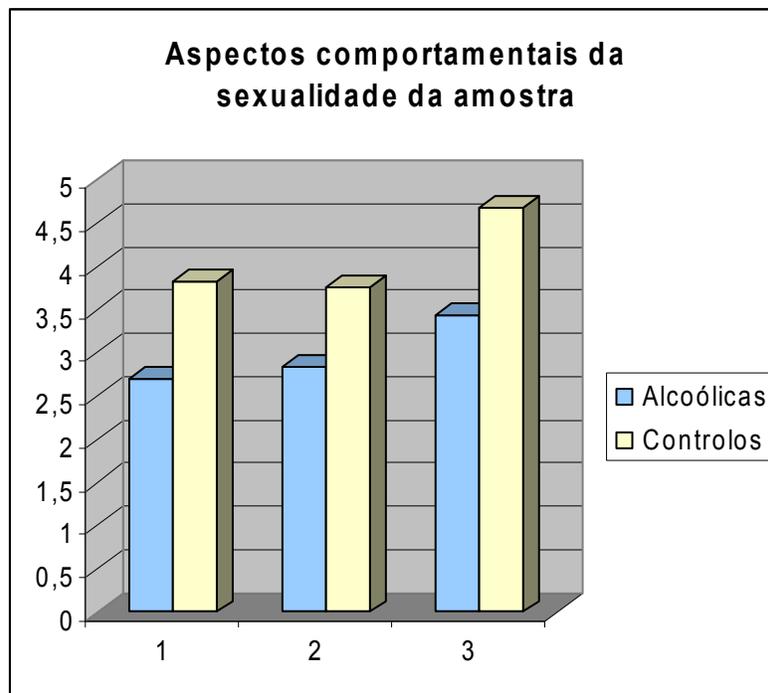
9.3.1. Análise comparativa dos aspectos comportamentais da sexualidade

Relativamente à comparação dos aspectos comportamentais entre grupos, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$) nas variáveis orientação sexual e actividade sexual nas últimas quatro semanas. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas quanto à importância da sexualidade ($t = -3.7$; $p < 0.01$), tendo o grupo de controlo reportado um valor médio superior ($M=3.84$; $dp=1.18$) àquele reportado pelo grupo caso ($M=2.71$; $dp=1.17$), quanto ao grau de satisfação com o relacionamento afectivo ($t = -2.5$; $p < 0.05$), verificando-se uma média superior no grupo de controlo ($M=3.76$; $dp=1.64$), em comparação com o grupo caso ($M=2.85$; $dp=1.18$), e quanto ao grau de satisfação com a vida sexual ($t = -3.7$; $p < 0.01$), tendo sido observada uma maior satisfação no grupo de controlo ($M=4.68$; $dp=1.28$), quando comparado com o grupo caso ($M=3.44$; $dp=1.28$). (As tabelas VII e VIII sintetizam a análise comparativa dos aspectos comportamentais da sexualidade)

Tabela VII - Análise comparativa dos aspectos comportamentais da sexualidade

		Grupo Caso	Grupo Controlo	X²	p
Orientação sexual	Homossexual	2.9%	0.0%	NS	
	Homossexual, com experiência heterossexual	2.9%	0.0%		
	Heterossexual, com experiência homossexual	2.9%	0.0%		
	Heterossexual	91.2%	100%		
Actividade sexual nas últimas 4 semanas	Sim	38.2%	40.0%	NS	
	Não	61.8%	60.0%		

Gráfico 2. Caracterização dos aspectos comportamentais da sexualidade da amostra



- 1) Importância da sexualidade; 2) Satisfação com relacionamento afectivo;
3) Satisfação sexual

Tabela VIII - Análise comparativa da média e desvio padrão dos aspectos comportamentais da sexualidade

	Grupo Caso	Grupo Controlo	Est. t	p
Importância da sexualidade	2.71 (1.17)	3.84 (1.18)	-3.7	<0.01
Grau de satisfação com o relacionamento afectivo	2.85 (1.18)	3.76 (1.64)	-2.5	<0.05
Grau de satisfação com a vida sexual	3.44 (1.28)	4.68 (1.28)	-3.7	<0.01

9.4. Avaliação dos comportamentos ligados ao álcool na população de mulheres dependentes do álcool

As mulheres com diagnóstico de dependência do álcool tiveram o primeiro contacto com o álcool com uma média de 14.74 (dp = 6.25) anos, iniciaram um consumo excessivo, em média, aos 31.53 (dp = 12.48) anos e com uma média de 36.07 (dp = 14.44) anos iniciaram os sintomas de privação. Ao longo da vida, experienciaram, em média, 3.26 (dp = 2.99) períodos de abstinência. O tempo médio de abstinência actual é de 15.39 (dp = 16.05) meses, sendo que 62.0% se encontra em abstinência há pelo menos um ano. Os problemas ligados ao álcool revelaram-se bastante expressivos (M=30.71; dp=9.93). Quanto ao nível de dependência do álcool, 23.5% das mulheres apresentaram um nível elevado e 76.5% um nível moderado de dependência, tendo sido verificado um valor médio de 23.41 (dp = 12.05). (As tabelas IX e X sintetizam a caracterização dos comportamentos ligados ao álcool)

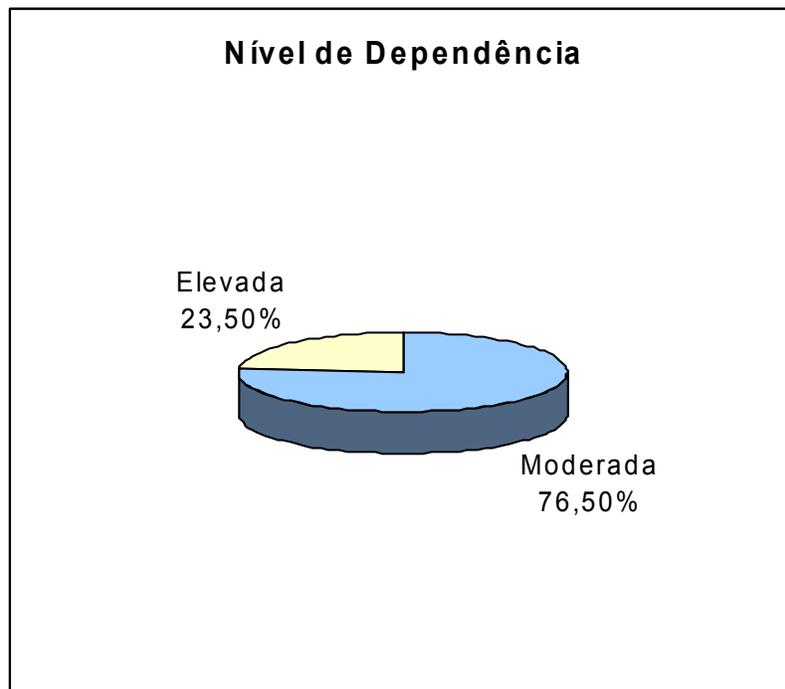
Tabela IX - Caracterização dos comportamentos ligados ao álcool do grupo caso

	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Idade do 1º contacto com o álcool	14.74 (6.25)	4	36
Início consumo excessivo de álcool	31.53 (12.48)	13	62
Idade de início dos sintomas de privação	36.07 (14.44)	2	63
Nº períodos de abstinência	3.26 (2.99)	0	15
Tempo de abstinência (meses)	15.39 (16.05)	1	60
Michigan Alcoholism Screening Test	30.71 (9.93)	8	49
Severity Alcohol Dependence Questionnaire	23.41 (12.05)	11	46

Tabela X - Nível de dependência alcoólica

Nível de Dependência de acordo com o Severity Alcohol Dependence Questionnaire	
Dependência Moderada	76.5%
Dependência Elevada	23.5%

Gráfico 3. Distribuição do grupo caso quanto ao nível de dependência, de acordo com o SADQ



9.5. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar a amostra registou um resultado médio de 8.79 (dp=4.97) na sub-escala depressão e 10.74 (dp=4.55) na sub-escala Ansiedade.

O estudo comparativo da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar mostrou diferenças estatisticamente significativas entre grupos na sub-escala Depressão ($t = -3.5$; $p < 0.01$), tendo o grupo de controlo reportado um valor médio superior ($M=11.12$; $dp=4.66$) àquele reportado pelo grupo caso ($M=6.91$; $dp=4.43$), e na sub-escala Ansiedade verificando-se uma média superior no grupo de controlo ($M=12.65$; $dp=4.15$), em comparação com o grupo caso ($M=9.19$; $dp=4.31$).

A análise bivariada encontrou uma relação significativa entre a existência de patologia orgânica e os scores de depressão da HADS em ambos os grupos.

Procedeu-se a uma análise de covariância utilizando a depressão como variável dependente, a existência de patologia orgânica a covariar e os dois grupos em estudo como variáveis independentes. O modelo encontrou diferenças significativas ($F=11.0$; $p<0.05$) entre o grupo de mulheres dependentes do álcool e o de mulheres com diagnóstico de depressão, após controlar a variável “existência de patologia orgânica”, com o grupo de controlo a apresentar scores de depressão mais elevados ($M=10.9$; $dp=4.4$), quando comparado com o grupo de mulheres alcoólicas ($M=6.9$; $dp=4.4$). (A tabela XI sintetiza os dados referentes à caracterização e análise comparativa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar)

Gráfico 4. Distribuição da amostra quanto aos resultados obtidos nas sub-escalas Ansiedade e Depressão da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

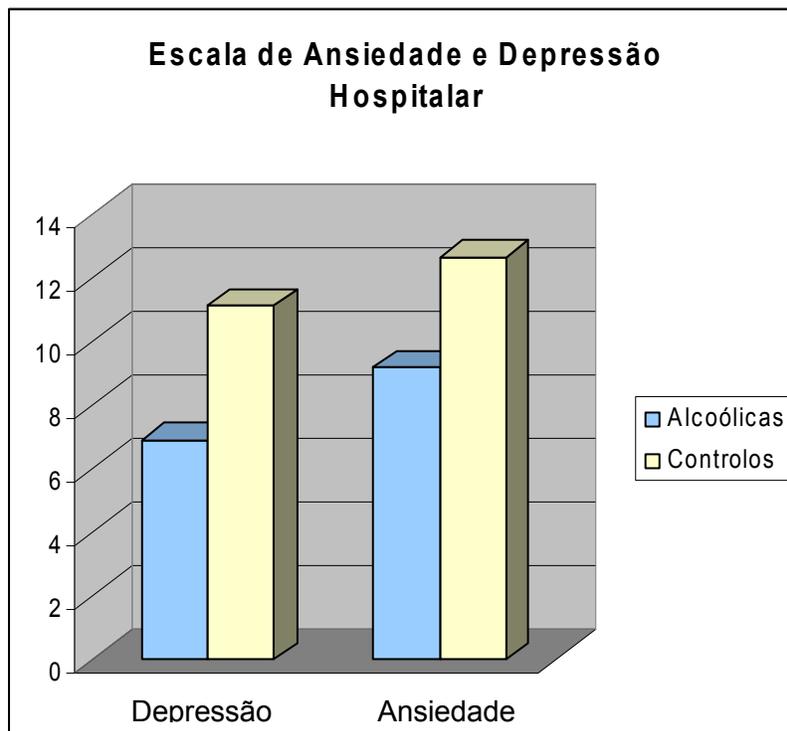


Tabela XI - Caracterização e análise comparativa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

	Amostra N=61 Média (dp)	Grupo Caso Média (dp)	Grupo Controlo Média (dp)	Est. t	p
Depressão	8.79 (4.97)	6.91 (4.43)	11.12 (4.66)	-3.5	<0.01
Ansiedade	10.74 (4.55)	9.19 (4.31)	12.65 (4.15)	-3.1	<0.01

9.6. Índice de Satisfação Sexual (ISS)

A amostra revelou uma pontuação média de 63,10 (dp = 11,50) no Índice de Satisfação sexual.

Pelo facto das duas populações estarem emparelhadas (p.e. idade) e das variáveis significativas encontradas na análise bivariada não apresentarem qualquer relação significativa com o Índice de Satisfação Sexual (depressão, ansiedade, terapêutica farmacológica e fase da menopausa), não se procedeu a uma análise de covariância entre os dois grupos em estudo, tendo-se optado pela aplicação do teste T de Student.

Procedeu-se à comparação entre o grupo caso (mulheres dependentes do álcool) e o grupo controlo (mulheres com diagnóstico de perturbação depressiva), através do teste t, tendo sido verificadas diferenças estatísticas marginalmente significativas ($t = 1,95$; $p = 0,57$), apresentando as mulheres alcoólicas scores mais elevados ($M=65,76$; $dp=10,62$) do que as mulheres do grupo de controlo ($M=59,59$; $dp=11,90$). (A tabela XII sintetiza os dados referentes à caracterização e análise comparativa do Índice de Satisfação Sexual)

Gráfico 5. Caracterização da satisfação sexual da amostra de acordo com o Índice de Satisfação Sexual

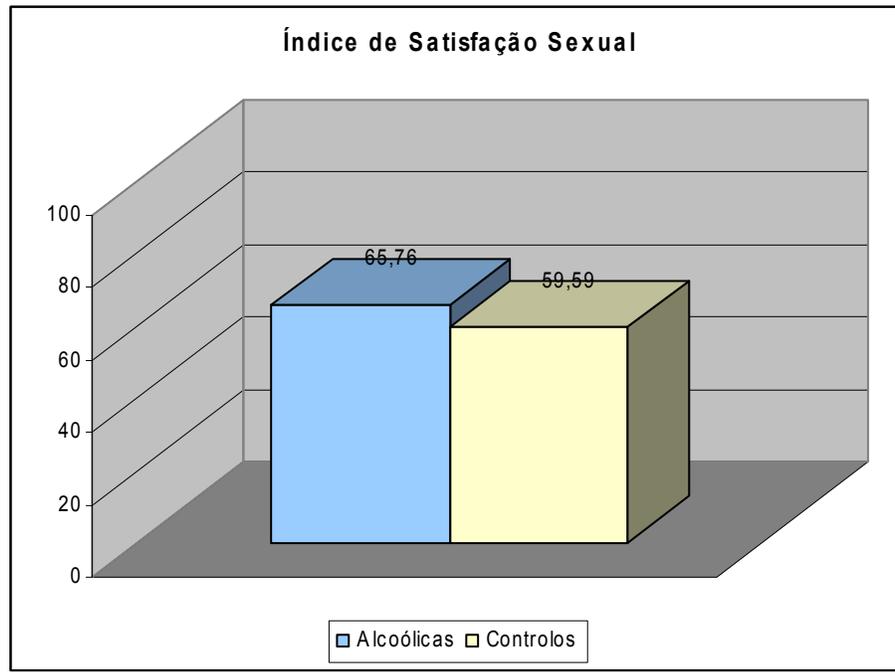


Tabela XII - Caracterização e análise comparativa do Índice de Satisfação Sexual

	Amostra N=61	Grupo Caso	Grupo Controlo	Est. t	p
	Média (d.p.)	Média (d.p.)	Média (d.p.)		
Índice de Satisfação Sexual	63,10 (11,50)	65,76 (10,62)	59,59 (11,90)	1,95	.057

9.7. Matriz correlacional dos aspectos comportamentais ligados ao álcool associados à satisfação sexual

Com base na análise correlacional entre o Índice de Satisfação Sexual (ISS) e os aspectos comportamentais ligados ao álcool não foram averiguadas quaisquer correlações significativas ($p > 0.05$). (tabela XIII)

Tabela XIII – Matriz correlacional dos aspectos comportamentais ligados ao álcool associados ao Índice de Satisfação Sexual

	Cont. álcool	Cons. Exc.	Privação	Abstin.	Desintox.	MAST	SADQ
ISS	-0.05	-0.13	-0.24	-0.11	.35	-0.19	-0.34

10. Discussão

A satisfação sexual define-se por uma resposta afectiva que resulta da avaliação subjectiva do indivíduo e das dimensões positivas e negativas associadas ao seu relacionamento sexual. Esta constitui um dos requisitos para o bem-estar sexual.

Os efeitos farmacológicos do álcool vão interferir negativamente no ciclo de resposta sexual conduzindo ao aparecimento de disfunções sexuais na mulher alcoólica. Estudos apontam para a existência de uma limitação na vida sexual e afectiva destas mulheres, uma vez que os problemas verificados na sua resposta sexual têm um impacto negativo na satisfação sexual das mesmas, adulterando o modo como estas vivenciam a sua sexualidade. Assim, é

necessário reconhecer as demais áreas de impacto do consumo de álcool pelas mulheres.

O resultado prático do estigma social dirigido à mulher, relativamente aos ligados ao álcool, é a ocultação deste por parte das mesmas. A intensa culpa e vergonha vivenciadas por estas mulheres, bem como a diminuta auto-estima, deve ser alvo de compreensão por parte dos técnicos de saúde e deve ser um aspecto a ter em consideração no processo de intervenção terapêutica. O estigma sofrido pela mulher dependente do álcool intensifica a denegação por parte da mesma e pela sua família, e interfere negativamente na identificação precoce do alcoolismo, por parte dos profissionais de saúde. ⁽⁸⁷⁾

O conhecimento actual sobre a epidemiologia, história natural, genética, estudo de casos e resultados terapêuticos tem sido revisto e sumarizado numa variedade de estudos científicos. No entanto, várias lacunas permanecem na compreensão do problema da dependência alcoólica no feminino. Os estudos epidemiológicos das últimas décadas não têm suportado a hipótese de convergência das taxas de consumo de álcool masculino e feminino. Apesar das mudanças que têm ocorrido no padrão de consumo etílico da mulher, a comunidade científica não se tem debruçado sobre as diferenças de género. A mulher continua a permanecer como “segundo sexo” no desenvolvimento teórico e terapêutico. Até recentemente, a maioria da investigação, prevenção e tratamento tem sido extrapolada do género masculino para o feminino, sem a evidência de que significativas diferenças de género podem existir. ^(87,88,89)

Face ao efeito telecópico do álcool verificado na mulher dependente desta substância, a janela de intervenção precoce revela-se muito mais estreita do que aquela verificada nos homens. Outro facto importante é a compreensão do papel do parceiro na etiologia e manutenção do alcoolismo feminino, uma vez que as mulheres com dependência alcoólica revelam uma maior tendência para se relacionarem com parceiros com problemas ligados ao álcool. ⁽⁸⁹⁾

Dadas as inúmeras diferenças de género identificadas nas perturbações relacionadas com o álcool, parece prudente que os programas de intervenção terapêutica integrem, nos seus modelos de tratamento, as diferenças já estudadas. Neste sentido, é necessária a realização de investigação sistemática que avalie os resultados dos programas de intervenção específica para cada género. Áreas importantes de investigação futura incluem: estudos genéticos no âmbito da distinção dos padrões de hereditariedade das perturbações relacionadas com o álcool entre o homem e a mulher, investigação especialmente direccionada para a identificação do fundamento da aumentada vulnerabilidade ao álcool nos órgãos dos sistemas não-reprodutores, apresentada pelas mulheres, e o estudo das diferenças de género na performance dos instrumentos de detecção dos problemas ligados ao álcool. ⁽⁸⁹⁾

O desenvolvimento de consciência e sensibilidade para as diferenças de género conhecidas, bem como de futuras pesquisas, pode resultar numa melhor qualidade dos cuidados de saúde e resultados terapêuticos da mulher dependente do álcool. ⁽⁸⁹⁾

Motivado pela atenção privilegiada dada ao conhecimento da sexualidade masculina e face à escassez de estudos dedicados à mulher alcoólica, o presente estudo teve como objectivo pesquisar a relação entre a satisfação sexual e a dependência alcoólica para, assim, despertar a atenção para esta população. Para tal, os resultados em discussão foram obtidos através de um estudo transversal, do tipo caso-controlo, com uma amostra total de 61 mulheres. Tendo em conta a frequente comorbilidade de perturbação depressiva nas mulheres alcoólicas e no sentido de minimizar o enviesamento dos resultados, foram recrutadas 35 mulheres com diagnóstico de perturbação de dependência de álcool e perturbação depressiva em comorbilidade, na consulta de Etilo-Risco do Núcleo de Estudos e Tratamento do Etilo-Risco (NETER) e no Centro Regional de Alcoologia do Sul, e 26 mulheres com diagnóstico de

perturbação depressiva, na consulta externa do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. Procedeu-se à comparação entre o grupo de mulheres dependentes do álcool e o de mulheres com perturbação depressiva.

O estudo comparativo não verificou diferenças estatisticamente significativas quanto ao domínio sócio-demográfico de ambos os grupos. Assim sendo, factores como a idade e religião, que poderiam influenciar o comportamento sexual das mulheres, encontraram-se controlados.

No sentido de não se verificar o enviesamento de resultados devido às variações hormonais que ocorrem na menopausa, procedeu-se ao estudo desta variável, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre grupos quanto à fase da menopausa em que se encontravam as mulheres estudadas no momento da avaliação.

Estudos revelam que as mulheres tendem a iniciar o consumo abusivo/dependente do álcool mais tardiamente do que os homens, e que uma vez desenvolvido no género feminino, este pode evoluir mais rapidamente, podendo, as mulheres, na meia-idade, apresentar os mesmos problemas de saúde e consequências sociais e ocupacionais que os homens (16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,29,30,31,33,34). Em conformidade com estes estudos, a análise descritiva dos comportamentos ligados ao álcool apurou um início de consumo dependente tardio ($M=36.07$; $dp=14.44$). O grupo de mulheres alcoólicas reportou uma média de 3.26 ($dp=2.99$) períodos de abstinência ao longo do percurso da doença e, em média, encontravam-se em abstinência há 15.39 ($dp=16.05$) meses. Foi possível identificar problemas ligados ao álcool marcados, apresentando a maioria destas mulheres um nível de dependência moderado (76.5%).

Confirmando a hipótese inicial ^(11,12), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita aos aspectos

comportamentais da sexualidade. Sendo que, as mulheres alcoólicas atribuíram uma menor importância à sexualidade ($t=-3.7$; $p<0.01$) e reportaram um grau de satisfação com o relacionamento afectivo ($t=-2.5$; $p<0.05$) e com a vida sexual ($t=-3.7$; $p<0.01$) menor do que a população deprimida. O grupo de mulheres alcoólicas foi aquele que obteve valores mais elevados nas pontuações totais do Índice de Satisfação Sexual. Tendo em conta que quanto mais elevados são os valores totais desta escala menor é a satisfação sexual, pode concluir-se que as mulheres alcoólicas apresentam menor satisfação sexual do que as mulheres do grupo de controlo. Contudo, apesar destas diferenças se verificarem apenas marginalmente significativas (possivelmente devido à reduzida dimensão da amostra), estes resultados corroboram os achados de O'Farrell *et al.* (1997) e de Cook (2000), que apontam para uma vivência sexual mais insatisfatória nas mulheres alcoólicas, comparativamente àquelas sem dependência do álcool^(11,12), bem como os de Haavio-Mannila e Kontula (1997), que destacam a elevada importância atribuída à sexualidade como um dos factores sociais que se correlacionam positivamente com a satisfação sexual.^(9,62,70)

Gusmão *et al* (2005) apontam para uma relação entre as perturbações de humor e consequente terapêutica antidepressiva e uma diminuição da qualidade da vida sexual.⁽⁷¹⁾ Morrison *et al* (1998) examinaram a relação entre dois factores do estado depressivo (dependência e auto-crítica) e a satisfação nas relações afectivo-sexuais. Os autores concluíram que a auto-crítica predizia a insatisfação sexual.⁽⁹⁰⁾

O subtipo Timopático da Tipologia Alcoólica do NETER caracteriza-se por alexitimia, sintomatologia depressiva e problemas sócio-laborais.^(5,8) A alexitimia define-se pela dificuldade em reconhecer, identificar e expressar as emoções e por uma capacidade de fantasia reduzida. Brody (2003) verificou, num estudo sobre a relação entre a frequência da actividade sexual (avaliada através do Índice de Função Sexual) e a alexitimia, que quanto menor a alexitimia, maior o

Índice de Função Sexual, estando estes resultados associados a maiores índices de saúde física e psicológica. ⁽⁹¹⁾

A prosódia afectiva é um aspecto não linguístico da linguagem, que transmite as emoções e atitudes durante o discurso. Esta é uma função dominante do hemisfério direito. Uma vez que as capacidades associadas ao hemisfério direito se encontram deficitárias nos doentes alcoólicos, Monnot *et al.* (2001) realizaram um estudo em que procederam à avaliação desta capacidade em indivíduos com dependência alcoólica, de ambos os sexos, comparando-os com dois grupos (grupo de indivíduos com exposição alcoólica fetal e grupo de controlo). Os autores concluíram que os indivíduos com dependência alcoólica e com exposição alcoólica fetal apresentavam problemas, significativamente superiores, ao nível da capacidade de compreender a valência emocional no discurso dos outros, conduzindo a erros de interpretação, os quais podem prejudicar as interações sociais. ⁽⁹²⁾

Estas dificuldades de reconhecimento, identificação, expressão e interpretação das emoções vão interferir negativamente ao nível da comunicação efectiva do casal, factor este que assume um papel relevante na satisfação sexual. ^(53,54,62)

Schuckit (1985) verificou que 80% dos alcoólicos apresenta sintomatologia depressiva e que um terço apresenta perturbação depressiva major. ^(5,8) No estudo de validação da Tipologia Alcoólica do NETER (NAT), Pombo *et al.* (2007) verificaram uma correlação positiva significativa entre o subtipo timopático e o tipo III (modelo da depressão, álcool utilizado como antidepressivo) da Tipologia Alcoólica de Lesch (LAT). O estudo demonstrou ainda uma predominância significativa de mulheres alcoólicas no subtipo timopático. Em conformidade com este estudo, Sperling *et al.* (1999) observaram uma superioridade de mulheres no tipo III de Lesch, corroborando os vários estudos clínicos efectuados, os quais reportam uma elevada taxa de

comorbilidade entre as perturbações depressivas e o alcoolismo feminino. ⁽⁸⁾ Esta comorbilidade e a consequente terapêutica farmacológica pode influenciar negativamente a qualidade de vida das mulheres. ^(71,72) Neste sentido, procedeu-se ao estudo destas variáveis. Foram encontradas diferenças significativas entre grupos quanto à presença de sintomatologia depressiva ($t=-3.5$; $p<0.01$) e ansiosa ($t=-3.1$; $p<0.01$), tendo sido observado nas mulheres pertencentes ao grupo de controlo maior evidência de sintomatologia depressiva ($M=11.12$; $dp=4.66$) e de sintomatologia ansiosa ($M=12.65$; $dp=4.15$) do que no grupo de alcoólicas (respectivamente, $M=6.91$; $dp=4.43$ e $M=9.19$; $dp=4.31$). Através da análise comparativa, foi ainda possível verificar diferenças estatisticamente significativas quanto à terapêutica farmacológica ($\chi^2=4.3$; $p<0.05$), observando-se uma maior percentagem no grupo de controlo (96.0%) comparativamente ao grupo de mulheres alcoólicas (76.5%), pelo que se poderá inferir que a diminuída satisfação sexual na mulher alcoólica não se deve maioritariamente aos factores de comorbilidade depressiva e terapêutica farmacológica.

Mello *et al.* (1992), Longnecker *et al.* (1998) e Emanuele *et al.* (2002) referem que a biologia se torna uma influência major na saúde sexual das mulheres que atingem a meia-idade. ^(43,48,50) A ingestão de elevadas quantidades de álcool pode afectar quase todos os sistemas do organismo, interferindo inevitavelmente na saúde sexual e, consequentemente, na satisfação sexual. ^(14,16,17,18,19,20,21,22,23,24) De acordo com o estudo de Niremborg *et al.* (1990) a satisfação na vida sexual da mulher alcoólica surge durante os períodos de abstinência. ⁽⁶⁷⁾ Gavalier *et al.* (1994) corroboram estes achados e acrescentam que o tempo de abstinência influencia positivamente a resposta sexual, a importância atribuída à sexualidade e, consequentemente, a satisfação sexual. Sendo que, mulheres alcoólicas que se encontrem em abstinência por um período superior a um ano reportam maior satisfação com a vida sexual, do que mulheres que se encontram em abstinência por um período inferior. ⁽⁴⁹⁾

Contrariamente ao esperado, e apesar do grupo de mulheres alcoólicas do presente estudo apresentarem um tempo médio de abstinência de 15.39 meses, não foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre o Índice de Satisfação Sexual e o tempo de abstinência e nível de dependência. Na base destes achados poderá estar o papel das expectativas sobre os efeitos do álcool na resposta sexual. Kelly *et al.* (2002) verificaram que as mulheres dependentes do álcool e com problemas ao nível do relacionamento afectivo-sexual, revelam um sentimento de ambivalência sobre os efeitos do álcool, considerando que a substância pode beneficiar a vida sexual. ⁽⁷⁰⁾

Segundo O'Farrell *et al.* (1998), outro aspecto a ter em consideração é a hipótese da adaptação sexual, e conseqüente satisfação sexual, ser uma das últimas áreas do relacionamento afectivo-sexual do doente alcoólico a verificar melhorias após o tratamento, podendo estas emergir mais tardiamente. ⁽⁹³⁾

A influência do álcool na saúde sexual e reprodutiva da mulher é um tema de particular interesse para a sociedade. Estudos evidenciam a vida sexual como um aspecto importante da qualidade de vida em geral, mesmo nas mulheres com idades mais avançadas. Adicionalmente, os problemas sexuais podem mascarar, muitas vezes, uma doença existente, podendo ainda interferir com o processo de reabilitação da mesma. Motivado pelo escasso investimento na mulher alcoólica e na sua vida sexual, o presente estudo teve como objectivo a compreensão da relação entre a satisfação sexual e a dependência do álcool na mulher. Na sequência dos resultados observados, a simples orientação, anulando mitos e tabus e legitimando o prazer e satisfação sexual, pode resolver parte das dificuldades sexuais apresentadas pela mulheres dependente do álcool. Neste sentido, o médico desempenha um papel fundamental na orientação, esclarecimento e prevenção da cronificação destes problemas. Por outro lado, as mulheres dependentes do álcool apresentam frequentemente uma perturbação depressiva em comorbilidade e conseqüente tratamento antidepressivo, factores que conduzem muitas vezes a problemas ao nível da

função sexual, diminuindo conseqüentemente a satisfação sexual. Diante desta situação, parte destas mulheres abandona o tratamento antidepressivo, diminuindo as hipóteses de recuperação da doença, sendo da competência do profissional de saúde avaliar o perfil da doente, no sentido de se estabelecer um plano terapêutico adequado às suas necessidades mais prementes. Apesar de serem alvo de muita investigação, os problemas sexuais femininos deixam de ser diagnosticados, muitas vezes, por inibição da doente (que não apresenta a queixa) ou do médico (que se constrange de investigar). O diagnóstico destes problemas é de suma relevância, uma vez que interferem negativamente na qualidade de vida, para além de estarem geralmente associados a questões de saúde geral. Avaliar a satisfação sexual da mulher alcoólica pode ainda auxiliar na identificação da causa de muitos conflitos psíquicos e relacionais e/ou quadros psiquiátricos. ^(94,95,96)

A interpretação dos resultados do presente estudo deve, no entanto, ter em consideração algumas limitações metodológicas. Uma das limitações refere-se ao facto de apenas se avaliar a satisfação sexual das mulheres, quando, para uma melhor compreensão deste conceito deveria ter sido efectuada a avaliação do casal. ⁽⁶¹⁾ Tal como sucede em vários estudos sobre sexualidade, a taxa de resposta desta investigação verificou-se relativamente baixa, o que aliado à dificuldade de aceder à população alcoólica feminina reduz, de modo significativo, a dimensão da amostra. Os voluntários para investigações deste âmbito tendem a ser sexualmente mais experientes, a ter atitudes sexuais mais liberais e a ser mais erotofílicos que aqueles não voluntários, podendo deste modo induzir o enviesamento dos resultados. Adicionalmente, a complexidade da expressão sexual humana e a interacção sexual requer que uma abordagem mais qualitativa seja incluída em futuras investigações sobre satisfação sexual. ^(61,69)

11. Conclusão

Os objectivos propostos para este estudo foram de um modo geral alcançados.

A análise dos resultados permitiu verificar a existência de uma baixa satisfação sexual nas mulheres dependentes do álcool. Apesar de apresentarem menos sintomatologia depressiva e ansiosa do que as mulheres com perturbação depressiva, as dependentes do álcool reportaram menores níveis de satisfação sexual, de satisfação com o relacionamento afectivo e de importância atribuída à sexualidade. Contrariamente ao esperado, não foi possível verificar qualquer influência da severidade da dependência e do tempo de abstinência no Índice de Satisfação Sexual. Na base da explicação da insatisfação sexual verificada nas mulheres alcoólicas poderá estar o “leque” de problemas vivenciados, pela mulher dependente do álcool, ao nível da saúde física e psicológica, da auto-estima e auto-satisfação, das expectativas sobre os efeitos do álcool na vida sexual, bem como a diminuta importância atribuída à sexualidade, a alexitimia e as dificuldades ao nível da prosódia afectiva. (14,32,34,53,54,62,65,66,88,89)

A revisão de literatura sobre o alcoolismo feminino resume-se aos estudos realizados a partir da década de 50. As mulheres alcoólicas, que compreendem cerca de 20% da população total de alcoólicos, são frequentemente agrupadas com a população masculina dependente do álcool quer na investigação quer na intervenção terapêutica. No entanto, as mulheres têm demonstrado diferenças nos padrões e etiologia do consumo excessivo do álcool. As mulheres apresentam uma elevada incidência de história familiar de alcoolismo positiva e apresentam uma maior tendência, que a contraparte masculina, para iniciar o consumo abusivo em resposta a uma situação ambiental stressante específica, tal como o divórcio ou morte de um familiar. Tendem a tornar-se bebedoras problemáticas mais tardiamente que os homens e muitas apresentam perturbações de personalidade mais severas. O alcoolismo feminino tem sido associado a uma baixa auto-estima e a uma confusão quanto

ao papel de género desempenhado. Não obstante, as mulheres dependentes do álcool não constituem um grupo homogéneo. Existem grupos distintos com base na etnia, nível sócio-económico e existência de perturbação psicológica prévia. Alguns estudos têm relacionado o início do consumo dependente do álcool com a dismenorreia e a menopausa, e têm sublinhado a relação entre episódios de consumo excessivo e tensão pré-menstrual. Adicionalmente, o alcoolismo tem sido fortemente correlacionado com problemas ginecológicos específicos, tais como abortos espontâneos recorrentes e infertilidade. Contudo, não tem sido possível diferenciar os efeitos resultantes do consumo excessivo sobre o funcionamento fisiológico dos problemas (ex: desequilíbrio hormonal) que precedem ou originam o alcoolismo.

Investigações futuras deverão recorrer ao uso de grupos de controlo adequados. As áreas de investigação que necessitam de maior atenção por parte da comunidade científica compreendem o nível de identificação masculina nas mulheres alcoólicas, o impacto da mudança do papel da mulher na sociedade actual e as características dos vários subgrupos de mulheres alcoólicas. O estudo destas questões poderá resultar num aumento da eficácia do tratamento e num melhor prognóstico, tal como suportam vários estudos efectuados em mulheres alcoólicas. Serão de grande relevância e utilidade, esforços efectuados para caracterizar clínica e psicologicamente uma tipologia específica para a população alcoólica feminina, no sentido de providenciar um instrumento de investigação para tratamentos farmacológicos e/ou psicológicos mais exacto.

Dado que, a expectativa de saúde é um conceito que se tem desenvolvido a par com a expectativa de vida, e que a vida sexual é uma dimensão importante na saúde, é deveras importante o estudo, não só dos aspectos biológicos do alcoolismo na mulher, mas também de toda a dimensão social, psicológica, comportamental e sexual destas mulheres.

12. Bibliografia

1. Mello M, Barrias J, Breda J. (2001) *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
2. Marques-Vidal P, Dias CM. Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: Results from the National Health Surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. *Alcohol and Clinical Experimental Research*. 2005; 29(1): 89-97.
3. Filho HC. Necessidades de intervenção no consume de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2005; 23(2): 77-88.
4. Dias MC, Graça M. (2001) *O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal – História, métodos e alguns resultados*. Observatório Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
5. Cardoso JM, Barbosa A, Ismail F, Pombo S. NETER Alcoholic Typology (NAT). *Alcohol & Alcoholism*. 2006; 41(2): 133-139.
6. Babor TF, De Hofmann MI, Boca FK. Types of alcoholics, I: evidence for an empirically derived typology based on indicator of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49: 599–608.
7. Lesch OM, Dietzel M, Musalek M. The course of alcoholism: Long-term prognosis in different Types. *Forensic Science International*. 1988; 36: 121–138.
8. Pombo S, Reizinho R, Ismail F, Barbosa A, Figueira, ML, Neves Cardoso JM, Lesch, OM. (2007). NETER Alcoholic 5 Subtypes: Validity with Lesch 4 Evolutionary Subtypes. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2007: 1-10.
9. Nixon SJ. Recent developments in alcoholism: typologies in women. *Recent Developments in Alcoholism*. 1993; 11: 305-323.
10. Sannibale C, Hall W. An evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse. *Addiction*. 1998; 93(8): 1241-1249.
11. Glenn SW, Nixon SJ. Applications of Cloninger's subtypes in a female alcoholic sample. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1991; 15(5): 851-857.
12. Eshbaugh DM, Tosi TJ, Hoyt CN. Women alcoholics: a typological description using the MMPI. *Journal of Studies on Alcohol*. 1980; 41(3): 310-317.

13. Kiefer F, Barocka A. Secondary depression in weaned alcoholics: implications of Lesch's typology of chronic alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*. 1999; 34(6): 916-919.
14. American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR, 4ª Ed.*, Lisboa: Climepsi Editores.
15. Wilsnack SC. Patterns and trends in women's drinking: Recent findings and some implications for prevention. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph*. 1996; 32: 19-63.
16. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Medical Consequences of Alcohol Abuse*. *Alcohol Research & Health*. 2000; 24(1): 27-31.
17. Hallman J, Persson M, Klinteberg B. Female alcoholism: differences between female alcoholics with and without a history of additional substance misuse. *Alcohol & alcoholism*. 2001; 36(6): 564-571.
18. Prendergast MA. Do women possess a unique susceptibility to the neurotoxic effects of alcohol? *Journal of the American Medical Women's Association*. 2005; 59(3): 225-227.
19. Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth M. Gender differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol and Alcoholism*. 1999; 34(6): 894-902.
20. Mancinelli R, Guiducci MS. La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica? *Ann Ist Super Sanità*. 2004; 40(1): 19-23.
21. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R, Yesavage JA. Gender Differences in Moderate Drinking Effects. *Alcohol Research & Health*. 1999; 23(1): 55-64.
22. Borini P, Terrazas J, Júnior AF, Guimarães RC, Borini SB. Mulheres Alcoolistas. Alterações Eletrocardiográficas e Distúrbios Metabólicos e Eletrolíticos Associados. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81(5): 506-11.
23. Wetterling T, Veltrup C, Driessen M, John U. Drinking pattern and alcohol-related medical disorders. *Alcohol and Alcoholism*. 1999; 34(3): 330-336.
24. Enoch MA, Goldman D. Problem drinking and alcoholism: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*. 2002; 65(3): 441-448.

25. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*. 1983; 78: 145-156.
26. Blume SB. Chemical dependency in women: important issues. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1990; 16(3-4): 297-307.
27. Bongers IM, van Oers HA, van de Goor IA, Garretsen HF. Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population. *Substance Use and Misuse*. 1997; 32(11): 1491-512.
28. Chang G, Behr H, Goetz MA. Women and alcohol abuse in primary care: Identification and intervention. *American Journal of Addiction*. 1997; 6(3): 183-92.
29. Hochgraf PB, Zilberman ML, Andrade AG. Women alcoholics social, demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*. 1995; 30(4): 427-432.
30. Wojnar M, Wasilewski D, Matsumoto H, Cedro A. Differences in the course of alcohol withdrawal in women and men: a Polish sample. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1997; 21(8): 1351-5.
31. Neve RJ, Drop MJ, Lemmens PH, Swinkels H. Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addiction* 1996; 91(3): 357-373.
32. Aubry C, Gay MC, Romo L, Joffre S. The alcoholic's self-image: a comparative study between men and women. *L'Encéphale*. 2004; 30(1): 24-31.
33. Hill SY. Vulnerability to alcoholism in women. Genetic and cultural factors. *Recent Developments in Alcoholism*. 1995; 12: 9-28.
34. Silvia LY, Sorell GT, Busch-Rossnagel NA. Biopsychosocial discriminators of alcoholic and nonalcoholic women. *Journal of Substance Abuse*. 1988;1(1): 55-65.
35. Sorell GT, Silvia LY, Busch-Rossnagel NA. Sex-role orientation and self-esteem in alcoholic and nonalcoholic women. *Journal of Studies on Alcohol*. 1993; 54(5): 566-573.
36. Möller-Leimkühler AM, Schwarz R, Burtscheidt W, Gaebel W. Alcohol dependence and gender-role orientation. *European Psychiatry*. 2002; 17(1): 1-8.

37. Cesar B. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006; 55(3): 208-211.
38. Frezza M, DiPadova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase and first-pass metabolism. *New England Journal of Medicine*. 1990; 322(2): 95-99.
39. Tate DL, Charette L. Personality, alcohol consumption, and menstrual distress in young women. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1991; 15(4): 647-652.
40. McLeod DR, Foster GV, Hoehn-Saric R. Family history of alcoholism in women with generalized anxiety disorder who have premenstrual syndrome: patient reports of premenstrual alcohol consumption and symptoms of anxiety. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1994; 18(3): 664-670.
41. Gill J. The effects of moderate alcohol consumption on female hormone levels and reproductive function. *Alcohol & Alcoholism*. 2000; 35(5): 417-423.
42. Eriksson, CJ, Fukunaga T, Sarkola T. Estrogen-related acetaldehyde elevation in women during alcohol intoxication. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1996; 20(7): 1192-1195.
43. Mello NK, Mendelson JH, Drieze J, Kelly M. Effects of alcohol on E2 beta-stimulated luteinizing hormone in ovariectomized rhesus monkeys. *Neuropsychopharmacology*. 1992; 7(4): 305-316.
44. Carrara O, Oger-Jeannin V, Desechalliers JP. Disorders of the hypothalamo-hypophyseal-ovarian axis in chronic alcoholic women. *Rev Med Interne*. 1993; 14(1): 9-13.
45. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol & Alcoholism*. 2002; 37(1): 89-92.
46. Astley S, Bailey D, Talbot C, Clarren S. Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: Identification of high-risk birth mothers through the diagnosis of their children. *Alcohol & Alcoholism*. 2000; 35(5): 499-508.
47. Valimaki MJ, Laitinen K, Tiitinen A. Gonadal function and morphology in non-cirrhotic female alcoholics: a controlled study with hormone measurements and ultrasonography. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995; 74(6): 462-6.

48. Emanuele MA, Wezeman F, Emanuele NV. Alcohol's Effects on Female Reproductive Function. *Alcohol Research & Health*. 2002; 26: 274-281.
49. Gavalier, S., Rizzo, A., Rossaro, L., Van Thiel, H., Brezza, E., Deal, R. Sexuality of alcoholic postmenopausal women: Effects of duration of alcohol abstinence. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1994; 18(2): 269-71.
50. Longnecker, M; Tseng, M. Alcohol, Hormones, and Postmenopausal Women. *Alcohol Health & Research World* Vol. 22, No. 3, 1998, 185-189.
51. Jean-François P. Effets de l'alcool sur la sexualité humaine: Revue de la littérature. *Alcoologie*. 1996; 18(4): 323-329.
52. Byers ES, MacNeil S. Further validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2006; 32: 53-69.
53. Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*. 2005; 2: 66-81.
54. Haavio-Mannila E., Kontula O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*. 1997; 26(4): 399-419.
55. DeLamater J, Friedrich WN. Human sexual development. *The Journal of Sex Research*. 2002; 39(1): 10-14.
56. Baldwin D, Mayers A. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003; 9: 202-210.
57. Hudson WW, Harrison DF, Crosscup PC. The index of sexual satisfaction. *The Journal of Sex Research*. 1981; 17(2): 157-174.
58. MacLaren A. Primary care for women: Comprehensive sexual health assessment. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1995; 40(2): 104-119.
59. Carpenter LM, Nathanson CA, Kim YJ. Physical Women, Emotional Men: Gender and Sexual Satisfaction in Midlife. *Archives of Sexual Behavior*. 2007 Sep 13 (Epub ahead of print).
60. Byers ES. Evidence for the Importance of Relationship Satisfaction for Women's Sexual Functioning. *Women & Therapy*. 2001; 24(1): 23-26.
61. Lawrance K, Byers ES (1998). "Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire" in C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, Schreer G, Davis S. *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Thousand Oaks; Sage publications.

62. Lawrence K, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*. 1995; 2: 267-285.
63. George W, Stoner S. Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*. 2000; 11: 92-124.
64. Cooper AJ. The effects of intoxication levels of ethanol on nocturnal penile tumescence. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1994; 20(1): 14-23.
65. O'Farrell J, Choquette A, Cutter S, Birchler R. Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *J Stud Alcohol*. 1997; 58(1): 91-99.
66. Cook, J. Sexuality and people with psychiatric disabilities. *Sexuality and Disability*. 2000; 18(3): 195-205.
67. Nirenberg, D., Liepman, R., Begin, M., Doolittle, H., Broffman, E. The sexual relationship of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *J Stud Alcohol*. 1990; 51(6): 565-8.
68. Gavalier JS, Rizzo A, Rossaro L, Van Thiel DH, Brezza E, Deal SR. Sexuality of alcoholic women with menstrual cycle function: effects of duration of alcohol abstinence. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 1993; 17(4): 778-81.
69. Schiavi RC. Chronic alcoholism and male sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1990; 16(1): 23-33.
70. Kelly AB, Halford WK, Young RM. Expectations of the effects of drinking on couple relationship functioning: an assessment of women in distressed relationships who consume alcohol at harmful levels. *Addict Behav*. 2002; 27(3): 451-64.
71. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas De Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2005; 18: 129-146.
72. O'Malley SS, Sinha R, Grilo CM, Capone C, Farren CK, McKee SA, Rounsaville BJ, Wu R. Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2007; 31(4): 625-634.

73. Russell M., Light J.M., Gruenewald P.J. Alcohol consumption and problems: the relevance of drinking patterns. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2004; 28(6): 921-30.
74. Almeida-Filho N., Lessa I., Magalhaes L., Araujo M.J., Aquino E., Kawachi I., James S.A. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(1): 45-54.
75. Alvarez J, Olson BD, Jason LA, Davis MI, Ferrari JR. Heterogeneity among Latinas and Latinos entering substance abuse treatment: findings from a national database. *Subst Abuse Treat*. 2004; 26(4): 277-84.
76. Norris J., Hughes T. Alcohol consumption and female sexuality: a review. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph*. 1996; 32: 315-45.
77. Johnson, S., Phelps, D., Cottler, L. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*. 2004; 33(1): 55-63.
78. Peugh, J., Belenko, S. Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2001; 33(3): 223-32.
79. McCabe, P., Taleporos, G. Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*. 2003; 32(4): 359-69.
80. Roman, M. Biological features of women's alcohol use: a review. *Public Health Reports*. 1988; 103(6): 628-37.
81. Selzer, L. The Michigan Alcoholism Screening Test: the Quest for a New Diagnostic Instrument. *American Journal of Psychiatry*. 1971; 127: 1653-1658.
82. Serra, V., Lima, M. O uso do «Michigan Alcoholism Screening Test» como instrumento discriminador entre grupos de alcoólicos e de não-alcoólicos. *Coimbra Médica*. 1979; XX(I)197: 39-50.
83. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-70.
84. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale *Psychology. Health & Medicine*. 2007; 12(2): 225 – 237.

85. Vieira RX, Pechorro P. Sexuality of women across lifespan: a sample of Portuguese women. XVII Congresso Mundial de Sexologia. Julho 2005.
86. Pais Ribeiro J, Raimundo A. Estudo de Adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em Mulheres com Incontinência Urinária. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2005; 6(2): 191-202.
87. Blume S. Chemical dependency in women: important issues. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1990; 16(3-4): 297-307.
88. Gomberg ES. Recent developments in alcoholism: gender issues. *Recent Developments in Alcoholism*. 1993; 11: 95-107.
89. Brienza R, Stein M. Alcohol use disorders in primary care: Do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine*. 2002; 17(5): 387-397.
90. Morrison TL, Urquiza AJ, Goodlin-Jones BL. Depressive experience and romantic relationships in young adulthood. *Psychological Reports*. 1998; 82(1): 339-349.
91. Brody S. Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*. 2003; 32(1): 73-77.
92. Monnot M, Nixon S, Lovallo W, Ross E. Altered emotional perception in alcoholics: deficits in affective prosody comprehension. *Alcohol Clinical and Experimental Research*. 2001; 25(3): 362-369.
93. O'Farrell TJ, Kleinke CL, Cutter HS. Sexual adjustment of male alcoholics: changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addictive Behavior*. 1998; 23(3): 419-425.
94. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 46(4): 282-287.
95. Abdo C, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2006; 33(3): 162-167.
96. Richters J, Grulich AE, de Visser R, Smith A, Rissel C. Sexual and emotional satisfaction in regular relationships and preferred frequency of sex among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2003; 27: 171-179.

14. Anexos

I. Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres dependentes do álcool

Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres dependentes do álcool

1. Idade ___ **2. Naturalidade** _____ **3. Raça** Caucasiana Negra
 Outra _____

4. Estado Civil: Solteira União de facto Casada Separada
 Divorciada Viúva

5. Escolaridade Analfabeta 4ª Classe 9º Ano 12º Ano
 Bacharelato/Licenciatura

6. Profissão:

- Prof. Liberal, gestor, grande industrial
- Quadros médios, dirigentes intermédios, quadros técnicos de empresa, professores
- Pequena indústria e comércio, operário qualificado
- Escriturário, operário especializado e semi-especializado, pequeno agricultor
- Operário indiferenciado, trabalhador rural, doméstica
- Reformado Dependente

7. Religião: Praticante Não Praticante

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Católica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protestante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nenhuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Filhos Sim. Quantos? _____ Não

9. Nos últimos 12 meses teve um relacionamento afectivo-sexual?

Sim. Duração ___ Não

10. Estado geral de saúde

Respondente	Companheiro

11. Terapêutica farmacológica Sim. Quais? Não

12. Em que fase da menopausa se encontra?

- Pré-menopausa (ainda não entrou na menopausa)
- Peri-menopausa (Está actualmente a entrar na menopausa)
- Pós-menopausa (já está na menopausa: paragem completa da menstruação há um ano)

13. Actualmente, está a fazer terapia de substituição hormonal?

- Sim
- Não

14. Idade em que ocorreu o primeiro contacto com o álcool. ____anos

15. Idade de início do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. ____anos

16. Idade de início dos sintomas de privação. _____anos

17. Número de períodos de abstinência ao longo da vida. _____

18. Fase da doença em que se encontra e duração da mesma.

- Abstinência. _____
- Consumo do álcool. _____

19. Já efectuou alguma desintoxicação? Sim Não

19.1. Há quanto tempo fez a desintoxicação? _____

II. Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres com perturbação depressiva

Entrevista semi-estruturada para o grupo de mulheres com perturbação depressiva

1. Idade ___ **2. Naturalidade** _____ **3. Raça** Caucasiana Negra
 Outra _____

4. Estado Civil: Solteira União de facto Casada Separada
 Divorciada Viúva

5. Escolaridade Analfabeta 4ª Classe 9º Ano 12º Ano
 Bacharelato/Licenciatura

6. Profissão:

- Prof. Liberal, gestor, grande industrial
- Quadros médios, dirigentes intermédios, quadros técnicos de empresa, professores
- Pequena indústria e comércio, operário qualificado
- Escriturário, operário especializado e semi-especializado, pequeno agricultor
- Operário indiferenciado, trabalhador rural, doméstica
- Reformado Dependente

7. Religião: Praticante Não Praticante

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Católica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Protestante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outra. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nenhuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Filhos Sim. Quantos? _____ Não

9. Nos últimos 12 meses teve um relacionamento afectivo-sexual?

Sim. Duração ___ Não

10. Estado geral de saúde

Respondente	Companheiro

11. Terapêutica farmacológica Sim. Quais? Não

12. Em que fase da menopausa se encontra?

- Pré-menopausa (ainda não entrou na menopausa)
- Peri-menopausa (Está actualmente a entrar na menopausa)
- Pós-menopausa (já está na menopausa: paragem completa da menstruação há um ano)

13. Actualmente, está a fazer terapia de substituição hormonal?

- Sim
- Não

III. Questionário de Comportamentos Sexuais

Questionário de Comportamentos Sexuais

1. Qual a afirmação que melhor descreve a sua orientação sexual?

- Totalmente homossexual.
- Predominantemente homossexual, mas com alguma experiência heterossexual.
- Igualmente heterossexual e homossexual.
- Predominantemente heterossexual, mas com alguma experiência homossexual.
- Totalmente heterossexual.

2. Nas últimas 4 semanas tem tido uma vida sexualmente activa?

- Sim.
- Não

3. Que importância tem a sexualidade na sua vida em geral?

- Extremamente importante.
- Muito importante.
- Moderadamente importante.
- Pouco importante.
- Nada importante

4. Qual o grau da sua satisfação com o seu relacionamento afectivo no geral?

- Muito elevado Elevado Moderado Baixo Muito baixo
- Nenhum.

5. Qual o grau da sua satisfação com a sua vida sexual no geral?

- Muito elevado Elevado Moderado Baixo Muito baixo
- Nenhum.

IV. Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)
(Selzer,1971; Serra e Lima,1973)

Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)

(Selzer, 1971; Serra e Lima, 1973)

	Sim	Não
1. Pensa que é um bebedor normal, isto é, que bebe (bebidas alcoólicas) tanto quanto é costume as outras pessoas beberem?		
2. Já lhe aconteceu alguma vez acordar de manhã a seguir a uma noite que bebeu, e não conseguir lembrar-se de parte do serão?		
3. Já alguma vez a sua mulher (marido, pais) se lamentaram de que bebe demais?		
4. Consegue deixar de beber, sem esforço, depois de uma ou duas bebidas?		
5. Já se sentiu mal por ter bebido?		
6. Os seus amigos e conhecidos consideram que é um bebedor normal, isto é, que bebe tanto quanto é costume as outras pessoas beberem?		
7. Já alguma vez procurou limitar a bebida a certas horas do dia ou certos lugares?		
8. É sempre capaz de interromper a bebida quando quer?		
9. Já alguma vez necessitou de realizar uma desintoxicação alcoólica?		
10. Já discutiu ou agrediu outras pessoas enquanto bebia?		
11. Acha que a bebida já criou problemas a si ou à sua mulher (marido), como conflitos conjugais, dificuldades económicas, discussões familiares...?		
12. Já alguma vez a sua mulher (marido, outro familiar) teve de ir procurar auxílio por causa dos seus hábitos de bebida?		
13. Acha que perdeu amigos ou pessoas das suas relações íntimas, por causa dos seus hábitos de bebida?		
14. Já teve problemas no emprego por causa de beber?		
15. Já perdeu algum emprego devido aos seus hábitos de bebida?		
16. Já alguma vez descuidou das suas obrigações, da sua família ou do seu trabalho, durante dois ou mais dias consecutivos, por estar embriagado?		

17. Tem por hábito tomar bebidas alcoólicas antes do meio-dia?		
18. Já lhe disseram que sofria do fígado ou que tinha cirrose hepática?		
19. Já sofreu alguma vez de um Delírio Alcoólico (<i>Delirium Tremens</i>) ou já teve tremores intensos, ouviu vozes ou viu coisas que não existiam, devido aos seus hábitos prolongados de bebida?		
20. Já se dirigiu a alguém pedindo ajuda por causa dos seus hábitos de bebida?		
21. Já esteve internado nalgum hospital, expressamente por causa da bebida?		
22. Já esteve internado nalgum Hospital de Doenças Mentais ou num Serviço de Psiquiatria de um Hospital Geral, constituindo a bebida parte do problema?		
23. Já recorreu a uma Clínica ou Hospital Psiquiátrico, ou já se dirigiu a algum médico, serviço social ou a algum padre, a pedir auxílio para um problema de ordem emocional, em que a bebida tivesse uma parte importante?		
24. Já esteve preso, mesmo só por algumas horas, devido ao comportamento anormal provocado pela bebida?		
25. Já teve problemas com outras pessoas (nomeadamente a polícia) por ter conduzido embriagado ou depois de ter bebido?		

V. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
(Snaith, 1983; Pais-Ribeiro *et al.*, 2007)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

(Snaith, 1983; Pais-Ribeiro *et al.*, 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

VI. Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)
(Stockwell, Murphy, Hodgson, 1983; Mello, 1999)

Severity Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)

(Stockwell, Murphy, Hodgson, 1983; Mello, 1999)

Pretendemos conhecer detalhadamente o seu modo de beber durante este período ou durante outras alturas em que bebeu em demasia. Recorde um mês recente em que tenha bebido excessivamente e que seja semelhante aos períodos em que bebe demais; diga qual o mês e o ano.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente mente	Quase sempre
1. Durante os períodos em que bebo excessivamente, acordo com suores				
2. Durante os períodos em que bebo excessivamente, as minhas mãos tremem logo de manhã				
3. Durante um período em que bebo excessivamente, o meu corpo treme violentamente se não tomar uma bebida logo que acordo				
4. Durante os períodos em que bebo excessivamente, acordo encharcado em suor				
5. Quando ando a beber demasiado, receio acordar logo de manhã				
6. Durante os períodos em que bebo muito, tenho medo de encontrar as pessoas de manhã				
7. Durante os períodos em que bebo demasiado, sinto-me à beira do desespero logo que acordo				
8. Durante os períodos em que bebo demasiado, sinto-me muito amedrontado quando acordo				
9. Durante os períodos em que bebo excessivamente, gosto de tomar uma bebida logo de manhã				
10. Durante os períodos em que bebo excessivamente, tomo de uma golada, as minhas primeiras bebidas matinais o mais rapidamente possível				
11. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo logo de manhã para não ter tremuras				
12. Durante os períodos em que bebo <i>muito</i> , tenho um desejo <i>muito</i> forte de beber ao acordar				
13. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1/4 de uma garrafa de bebida espirituosa, ou 1 litro de vinho, ou 2 litros de cerveja				
14. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1/2 garrafa de bebida espirituosa, ou 2 litros de vinho, ou 4 litros de cerveja				
15. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1 garrafa de bebida espirituosa, ou 4 litros de vinho, ou 8 litros de cerveja				
16. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 2 garrafas de bebida espirituosa, ou 8 litros de vinho, ou 16 litros de cerveja				
Imagine a seguinte situação: 1. Esteve sem beber nada durante algumas semanas 2. Depois disso, bebe excessivamente durante dois dias				
Como é que se sentiria na manhã seguinte aos dois dias em que bebeu excessivamente				
	Não	Ligeira mente	Moderada mente	Bastante
17. Começava a suar				
18. As minhas mãos tremiam				
19. O meu corpo tremia				
20. Tinha um desejo enorme de beber				

VII. Índice de Satisfação Sexual (ISS)
(Hudson et al, 1981; Vieira e Pechorro, 2005)

Índice de Satisfação Sexual (ISS)

(Hudson et al, 1981)

(Validação portuguesa por Vieira e Pechorro, 2005)

Este questionário foi projectado para medir o grau de satisfação que você tem no seu relacionamento sexual com o seu companheiro. Não é um teste, logo não existem respostas certas ou erradas. Responda a cada item de forma tão cuidadosa e precisa quanto puder, colocando um número de acordo com a escala seguinte.

- 1 = Nunca
- 2 = Muito raramente
- 3 = Poucas vezes
- 4 = Algumas vezes
- 5 = Bastantes vezes
- 6 = A maioria das vezes
- 7 = Sempre

1. ____ Sinto que o meu companheiro gosta da nossa vida sexual.
2. ____ A nossa vida sexual é muito excitante.
3. ____ O sexo é divertido para o meu companheiro e para mim.
4. ____ O sexo com o meu companheiro tornou-se para mim uma rotina.
5. ____ Sinto que o nosso sexo é sujo e desagradável.
6. ____ A nossa vida sexual é monótona.
7. ____ Quando fazemos sexo é de forma demasiado apressada e rápida.
8. ____ Sinto que a minha vida sexual tem falta de qualidade.
9. ____ O meu companheiro é sexualmente muito excitante.
10. ____ Gosto das técnicas sexuais que o meu companheiro gosta ou usa.
11. ____ Sinto que o meu companheiro quer demasiado sexo de mim.
12. ____ Penso que o nosso sexo é maravilhoso.
13. ____ O meu companheiro insiste demasiado no sexo.
14. ____ Tento evitar o contacto sexual com o meu companheiro.
15. ____ O meu companheiro é demasiado rude ou bruto quando fazemos sexo.
16. ____ O meu companheiro é um parceiro sexual maravilhoso.
17. ____ Sinto que o sexo é uma função normal do nosso relacionamento.
18. ____ O meu companheiro não quer fazer sexo quando eu quero.
19. ____ Sinto que a nossa vida sexual é uma mais valia para o nosso relacionamento.

20. ___ O meu companheiro parece evitar o contacto sexual comigo.
21. ___ É fácil para mim ficar sexualmente excitada com o meu companheiro.
22. ___ Sinto que o meu companheiro está sexualmente contente comigo.
23. ___ O meu companheiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos sexuais.
24. ___ O meu companheiro não me satisfaz sexualmente.
25. ___ Sinto que a minha vida sexual é aborrecida.