

FUNCIONAMENTO E SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA
Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais,
aspectos biológicos e contextuais

SANDRA MARIA DE CELESTE SERAPICOS VILARINHO

COIMBRA, 2010

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

FUNCIONAMENTO E SATISFAÇÃO SEXUAL FEMININA
Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais,
aspectos biológicos e contextuais

SANDRA MARIA DE CELESTE SERAPICOS VILARINHO

COIMBRA, 2010

Dissertação de Doutoramento em Psicologia (Especialidade em Psicologia Clínica)
Apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
de Coimbra, sob a Orientação do Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho
Nobre e do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto Gouveia.

Este estudo foi apoiado, através do Programa PRAXIS XXI, pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), à qual agradeço.

RESUMO

Nas últimas décadas, a vida sexual das mulheres tem registado mudanças significativas, acompanhadas de novas perspectivas para a compreensão da sexualidade feminina. Um significativo número de investigações sugere a importância de diferentes dimensões biopsicossociais na determinação das experiências sexuais de funcionamento e satisfação, embora poucos estudos revelem um esforço de integração e consideração simultânea das mesmas, de modo a perceber a sua importância relativa. Por outro lado, apesar da estreita relação entre funcionamento sexual e satisfação sexual, a literatura tem vindo a revelar alguma confusão e sobreposição entre ambos os conceitos.

Neste contexto, o presente estudo visa estudar os principais preditores (relacionais, psicológicos, contextuais e biomédicos) do funcionamento e da satisfação sexual das mulheres, bem como aprofundar a relação entre estas duas dimensões da sexualidade feminina. Nesse sentido, foram conduzidos dez estudos baseados nas respostas dadas por 497 mulheres a um conjunto de instrumentos que permitiam avaliar características sociodemográficas, história médica e hábitos de vida, psicopatologia, bem-estar, variáveis cognitivas e afectivas, aspectos relacionais, contexto sexual, actividade sexual, funcionamento e satisfação sexual das participantes.

Os resultados encontrados mostraram importantes diferenças entre as mulheres sexualmente mais e menos funcionais, assim como entre as mulheres mais e menos satisfeitas sexualmente, nas várias dimensões estudadas.

Por outro lado, a análise conjunta de todas as dimensões biopsicossociais confirmou a inequívoca contribuição das variáveis psicológicas para explicar o funcionamento sexual, mostrando-se particularmente importante o facto de a mulher prestar atenção ao seu próprio prazer durante a actividade sexual, o facto das experiências sexuais serem satisfatórias e geradoras de emoções de alegria, bem como a sua auto-estima sexual, ou seja, a imagem que a mulher tem de si enquanto ser sexual. Quanto às restantes dimensões consideradas, somente uma variável de natureza médica (o uso de cardiotónicos) revelou capacidade explicativa (preditor negativo) quanto ao funcionamento sexual, não se encontrando qualquer valor preditivo em variáveis como a idade ou outras características sociodemográficas, doenças e percepção acerca do estado

de saúde, estatuto menopausico, hábitos de vida, psicopatologia, preocupações durante a actividade sexual ou variáveis contextuais.

Relativamente à satisfação sexual, de entre as variáveis com capacidade preditiva, ressaíram como nucleares os aspectos emocionais, particularmente as respostas específicas de alegria e a ausência de culpa durante a actividade sexual, assim como os aspectos relacionais, sobretudo a qualidade do relacionamento, mas também a presença de um parceiro sensível às necessidades e preferências sexuais da companheira. As variáveis cognitivas mostraram também um papel importante, sendo que, nas mulheres, recorrer a fantasias sexuais e focar a atenção no seu comportamento durante a actividade sexual, parecem contribuir para aumentar a satisfação sexual. Além disso, a auto-estima sexual e o facto de, nos seus encontros sexuais, as mulheres terem orgasmos, parecem ser determinantes para as experiências sexuais satisfatórias. Por outro lado, nenhuma das variáveis médicas, sociodemográficas, hábitos de vida ou psicopatologia, mostrou qualquer papel explicativo a nível da satisfação sexual.

Quando se analisaram em simultâneo os diferentes preditores biopsicossociais da resposta sexual, sobressaíram os determinantes cognitivos e emocionais. A nível das experiências sexuais satisfatórias, além destes, também os aspectos relacionais revelaram um papel central, o que é tanto mais relevante quanto se assume existir uma estreita relação e circularidade entre o funcionamento e a satisfação sexual. Contudo, estas duas dimensões da experiência sexual feminina mostraram ter diferentes preditores, justificando uma abordagem diferenciada e específica, quer nos estudos empíricos, quer ao nível da intervenção.

De modo geral, este estudo veio contribuir para preencher um espaço em aberto na investigação acerca das experiências sexuais femininas, num registo positivo (de funcionamento e satisfação), permitindo aprofundar o conhecimento acerca dos seus determinantes, com eventuais implicações para a intervenção clínica e promoção de uma vida sexual mais gratificante na mulher.

ABSTRACT

Over the last decades, women's sexual life has recorded some noticeable changes, along with new light-shedding perspectives on the understanding of women's sexuality. A relevant set of studies highlight the importance of different biological, psychological and social dimensions as determinants of sexual functioning and satisfaction, although only a few of them consider those dimensions in an integrated and interdependent way, in order to ascertain each dimension's significance. Furthermore, and despite the close relation between sexual functioning and sexual satisfaction, the existing literature tends to show some confusion and overlapping between both concepts.

Considering this, the present study is intended to analyse the main relational, psychological, contextual and biomedical predictors of women's sexual functioning and satisfaction, as well as to explore the relation between these two dimensions of women's sexuality. In this light, using a sample of 497 women, ten empirical studies were conducted, based on queries aimed at assessing the participants' social and demographic characteristics, medical history and lifestyle, psychopathology, well-being, cognitive and affective variables, relational aspects, sexual context, sexual activity, sexual functioning and sexual satisfaction.

Results suggested significant differences between women with high and low levels of sexual functioning, and between high and low levels of sexual satisfaction regarding the various dimensions analysed.

On the other hand, the combined analysis of all the biopsychosocial dimensions confirmed the unequivocal contribution of the psychological variables to explain women's sexual functioning, particularly the role of self-awareness of one's pleasure during sexual activity, the satisfaction and contentment that derive from meaningful sexual experiences, as well as sexual self-esteem, that is, the image that the woman has of herself as a sexual being. As to the other dimensions considered, only the use of cardiogenic drugs significantly predicted reduced sexual functioning, whereas age, or other social and demographic variables, diseases and the perception of one's health, menopausal state, lifestyle, psychopathology, general concerns during sexual activity or other contextual variables have shown no predictive value.

Regarding sexual satisfaction, the best predictors were the emotional variables, especially the specific responses of joy and absence of guilt during sexual activity, as well as relational aspects, particularly the relationship's quality, but also the presence of a sensitive partner to the woman's needs and sexual preferences. Furthermore, cognitive variables have also shown a significant role, such as women resorting to sexual fantasies and minding their behaviour during sexual activity, contributing to an increased sexual satisfaction. Besides that, sexual self-esteem and the ability to achieve orgasm during sexual encounters were also significant predictors of satisfactory sexual experiences. Conversely, no medical, sociodemographical, lifestyle or psychopathological variables have shown any predictive value for sexual satisfaction.

In a simultaneous analysis of the different biopsychosocial predictors of women's sexual functioning, cognitive and emotional determinants stand out. Concerning satisfactory sexual experiences, besides those, relational aspects also played a central role, all the more important given the close relation and circularity between sexual functioning and sexual satisfaction. However, these two dimensions of women's sexual experience seem to have different predictors, thus supporting the need for a differentiated and specific approach, whether in empirical studies or in interventions.

In general, this study was intended to fill a void in the research field regarding women's sexual experiences, in a positive perspective (both sexual functioning and satisfaction), enabling a deeper knowledge on its determinants, with repercussions for clinical intervention and for the promotion of a more gratifying women's sexual life.

À Bruninha, à Telminha, à “Anabela”

À minha mãe e à minha Manolita

AGRADECIMENTOS

Ao longo do percurso de realização da presente dissertação, tive o prazer de ser acompanhada por algumas pessoas significativas que me apoiaram, que colaboraram, que se mostraram disponíveis, que me encorajaram ou que contribuíram com a sua presença afectuosa. A todos eles gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

Ao Professor Doutor Pedro Nobre, pela cuidadosa e dedicada supervisão, pelo interesse e apoio científico prestado ao longo de todo este processo, pela inestimável ajuda com os questionários, pelo entusiasmo, motivação e esforço para assegurar o sucesso deste trabalho. A sua mente brilhante, viva, incrivelmente eficiente e a sua proactividade foram, e continuam a ser, extremamente motivadoras, tornando o trabalho um desafio estimulante e um enorme prazer. Agradeço sinceramente as suas pertinentes sugestões e o espaço fértil e generoso para as discussões que sempre foram possíveis. Ao Pedro Nobre, amigo, não encontro palavras para agradecer a paciência, a tolerância, a bondade de coração, o incentivo permanente e a confiança em mim que me transmitiu sempre e das mais diversas formas... Não, não encontro palavras. Apenas posso fazer ensaios para descrever alguém que é tão especial e exemplar, como Pessoa.

Ao Professor Doutor Pinto-Gouveia, pelas aprendizagens que me proporcionou ao longo da minha formação, pelo modelo de calma e atitude compassiva que transmite, e por ter aceitado gentilmente o desafio de co-orientar este trabalho.

Ao Dr. Rui Azevedo, pela infinita paciência na formatação e reformatação de páginas e páginas e tabelas e títulos e, e, e...sempre com a mesma disponibilidade, altruísmo, ternura e sentido de humor que melhor o caracterizam. Ao meu “Ryuzinho que corre sem parar”, por ser quem é.

Ao Professor Doutor António Palha e à Dra. Márcia Mota, pela oportunidade de treino clínico supervisionado que me proporcionaram no hospital de São João e que me permitiram reflectir melhor sobre os dados revelados pelo presente estudo.

À Dra. Erika Morbeck, pela partilha de bibliografia, pela preciosa ajuda na recolha da amostra, pela forma gentil e calorosa como se disponibilizou para ajudar e colaborar no que fosse necessário. A ela e ao seu Bruno, por serem bons amigos.

Ao Dr. Pedro Costa, pela simpatia, por ser tão sensível, uma alma de artista poeta que nunca passa sem deixar marca, por me transmitir toda a sua confiança e doçura e por generosamente me ter oferecido o quadro que é também o fundo da capa deste trabalho.

Ao Dr. Pedro Laja, por me incentivar, pelo humor irresistível, pela calma inigualável e contagiante, e por estar finalmente tão próximo, também fisicamente, como “colega do lab”. Por ser uma bela alma e me conceder o privilégio, desde há alguns anos, de o tratar por “bom amigo”.

À Dra. Cátia Oliveira (“Cá”), outro anjo luminoso que surgiu na minha vida, sempre positiva e reforçadora dos mínimos avanços, por me estimular a concluir a tese “para a ajudar” e por me permitir também tratá-la por amiga, além de colega.

À equipa do Sexlab, Dra. Ana Luísa Gomes, Dra. Cátia Oliveira, Dra. Joana Carvalho, Dr. Pedro Laja e Dr. Pedro, pelo estimulante trabalho e fantástica oportunidade de partilha e crescimento, como investigadora e como pessoa.

À Dra. Raquel Redondo, à Dra. Vera Almeida, à Dra. Alexandra Albuquerque, e à Dra. Teresa Luz, pela colaboração na distribuição dos questionários, pelo incentivo permanente, por serem amigas “curiosas” que me foram proporcionando frutuosa e agradáveis espaços de reflexão; acima de tudo, por serem boas e verdadeiras amigas, sempre presentes, como há tantos anos estão na minha vida.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e inquebrável confiança e ao mano Rui, pelo entusiasmo, vitalidade e peculiar forma de me motivar para esta árdua e longa tarefa (ainda não tinha começado a escrever as primeiras páginas e já ele perguntava: “e então, já acabaste?”).

Aos meus amigos “de sangue”, Inês, Bilde, Manuela, David e “mana” Lolita, pelo afecto, pela presença segura e amorosa, pela incondicional confiança e estímulo constante.

Ao Eric, pelo seu carinho e reforço constantes, pela fé que deposita em mim, por se voluntariar todos os dias para o que quer que eu precise, e por continuar a pedir-me apenas o mesmo, desde há muitos anos: “sorrisos”. Por me mostrar que a Irlanda é no Porto.

Ao Fernando, o melhor vizinho amigo que seria possível ter, sempre amável, generoso e prestável. Pelo incentivo e preciosos conselhos na gestão do tempo.

À Lena, por se ter disponibilizado, com as suas características vivacidade e simpatia, para ajudar com as sofisticadas análises de equações estruturais que seria suposto fazer, caso “ainda houvesse espaço” no âmbito desta tese.

À Rosário, do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental, pela gentileza e simpatia com que sempre se prontificou para ajudar.

Aos alunos da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pela preciosa colaboração com a distribuição dos questionários e pelo feedback proporcionado em relação à versão preliminar da bateria de instrumentos.

Aos ex-colegas e alunos da UFP, o carinho, amizade e a ajuda com os questionários, indispensáveis no estudo preliminar.

Um agradecimento muito especial às fantásticas mulheres que tiveram a dupla coragem de participar, pela auto-revelação e pela paciência de responder a um protocolo tão exaustivo, sem quaisquer contrapartidas, tornando possível a concretização deste estudo

ÍNDICE GERAL

Resumo	
<i>Abstract</i>	
Dedicatória e Agradecimentos	
Índice Geral	i
Índice de Tabelas e Figuras	ix
Introdução	1

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I. Variáveis Sociodemográficas	11
1. <i>Breve Introdução</i>	13
2. <i>Idade e sexualidade feminina</i>	13
3. <i>Habilitações literárias e sexualidade feminina</i>	15
4. <i>Estado civil e sexualidade feminina</i>	16
5. <i>Filhos e sexualidade feminina</i>	16
6. <i>Situação profissional, rendimento anual médio líquido e sexualidade feminina</i>	17
7. <i>Meio e sexualidade feminina</i>	18
8. <i>Orientação sexual e sexualidade feminina</i>	19
9. <i>Religião e sexualidade feminina</i>	20
CAPÍTULO II. Variáveis Médicas, Obstétricas, Estatuto Menopausico	23
1. <i>Breve Introdução</i>	25
2. <i>Variáveis médicas e sexualidade feminina</i>	25
a) <i>Avaliação do estado de saúde e sexualidade feminina</i>	25
b) <i>Doenças e história ginecológica</i>	27
c) <i>Medicação</i>	32
d) <i>Variáveis obstétricas e sexualidade feminina</i>	34
e) <i>Estatuto menopausico e sexualidade feminina</i>	36
CAPÍTULO III. Hábitos de Vida	39
1. <i>Breve Introdução</i>	41
2. <i>Consumo de tabaco, álcool e outras drogas e sexualidade feminina</i>	41
a) <i>Tabaco</i>	41
b) <i>Álcool</i>	43
c) <i>Outras drogas</i>	45
3. <i>Exercício físico, alimentação e sexualidade feminina</i>	48
a) <i>Exercício físico</i>	48
b) <i>Alimentação</i>	50

CAPÍTULO IV. Psicopatologia	53
1. <i>Breve Introdução</i>	55
2. <i>Depressão e sexualidade feminina</i>	55
3. <i>Ansiedade e sexualidade feminina</i>	59
CAPÍTULO V. Variáveis Cognitivas	65
1. <i>Breve Introdução</i>	67
2. <i>Crenças sexuais e sexualidade feminina</i>	67
3. <i>Foco de atenção durante a actividade sexual</i>	69
4. <i>Fantasias sexuais</i>	72
5. <i>Preocupações durante a actividade sexual</i>	76
CAPÍTULO VI. Bem-estar	79
1. <i>Breve Introdução</i>	81
2. <i>Auto-estima e sexualidade feminina</i>	81
3. <i>Satisfação com a vida e sexualidade feminina</i>	84
4. <i>Satisfação corporal e sexualidade feminina</i>	86
5. <i>Auto-estima sexual e sexualidade feminina</i>	90
CAPÍTULO VII. Afecto	93
1. <i>Breve Introdução</i>	95
2. <i>Ansiedade e sexualidade feminina</i>	95
3. <i>Afecto deprimido e sexualidade feminina</i>	96
4. <i>Afecto positivo e afecto negativo e sexualidade feminina</i>	97
CAPÍTULO VIII. Variáveis Relacionais	103
1. <i>Breve Introdução</i>	105
2. <i>Qualidade do relacionamento e sexualidade feminina</i>	105
3. <i>Duração do relacionamento e sexualidade feminina</i>	109
4. <i>Atração pelo companheiro, sensibilidade do companheiro e sexualidade feminina</i>	111
CAPÍTULO IX. Actividade Sexual e Contexto	113
1. <i>Breve Introdução</i>	115
2. <i>Frequência da actividade sexual e sexualidade feminina</i>	115
3. <i>Contexto sexual e sexualidade feminina</i>	117
4. <i>Recurso a actividades auxiliares e sexualidade feminina</i>	118
CAPÍTULO X. Variáveis Biopsicossociais	123
1. <i>Breve introdução</i>	125
2. <i>Funcionamento sexual e satisfação sexual</i>	125
3. <i>Determinantes biopsicossociais da sexualidade feminina</i>	130

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO XI. Objectivos e Metodologia	135
1. <i>Objectivos</i>	139
2. <i>Metodologia</i>	140
2.1. Participantes.....	140
2.2. Procedimentos.....	142
2.3. Instrumentos de avaliação.....	143
2.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	145
2.3.2. Questionário de História Médica e Hábitos de Vida.....	146
2.3.3. Inventário Breve de Sintomas	146
2.3.4. Inventário de Satisfação Marital de Golombok-Rust.....	148
2.3.5. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais.....	150
2.3.6. Escalas de Afecto Positivo Afecto Negativo- versão Expandida.....	152
2.3.7. Escala de Auto-Estima de Rosenberg.....	155
2.3.8. Escala de Satisfação com a Vida	155
2.3.9. Subescala Auto-Estima Sexual	157
2.3.10. Subescala Insatisfação Geral com o Corpo	158
2.3.11. Índice de Funcionamento Sexual Feminino	159
2.3.12. Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust.....	160
2.3.13. Questionário sobre Actividade Sexual	163
2.3.14. Medida Global da Satisfação com a Relação	164
2.3.15. Medida Global da Satisfação Sexual	165
CAPÍTULO XII. Variáveis Sociodemográficas, Funcionamento e Satisfação Sexual	167
1. <i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	169
2. <i>Resultados</i>	170
2.1. Funcionamento sexual em função das variáveis sociodemográficas	170
a) Idade	170
b) Habilitações literárias	186
c) Estado civil	175
d) Filhos	177
e) Situação profissional e rendimento anual médio ilíquido (per capita)	178
f) Meio.....	181
g) Orientação sexual.....	182
h) Religião.....	183
2.2. Satisfação sexual em função das variáveis sociodemográficas.....	185
a) Idade	185
b) Habilitações literárias	186

c)	Estado civil	187
d)	Filhos	188
e)	Situação profissional e rendimento anual médio líquido (per capita)	189
f)	Meio	190
g)	Orientação sexual	191
h)	Religião	192
2.3.	Variáveis sociodemográficas como preditores do funcionamento sexual	193
2.4.	Variáveis sociodemográficas como preditores da satisfação sexual	195
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	196
CAPÍTULO XIII. Variáveis Médicas, Obstétricas, Menopausa, Funcionamento e Satisfação Sexual ..207		
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	209
2.	<i>Resultados</i>	211
2.1.	Funcionamento sexual em função das variáveis médicas, obstétricas e menopausica	211
a)	Variáveis médicas	211
a.1)	Avaliação do estado de saúde	211
a.1.1.)	Auto-avaliação do estado de saúde	211
a.1.2)	Avaliação do estado de saúde do companheiro	213
a.2)	Doenças e história ginecológica	214
a.3)	Medicação	217
b)	Variáveis obstétricas	218
b.1)	Gravidez	219
b.2)	Parto	220
c)	Estatuto menopausico	224
2.2.	Satisfação sexual em função das variáveis médicas, obstétricas e menopausa	225
a)	Variáveis médicas	225
a.1)	Avaliação do estado de saúde	225
a.1.1)	Auto-avaliação do estado de saúde	226
a.1.2)	Avaliação do estado de saúde do companheiro	226
a.2)	Doenças e história ginecológica	227
a.3)	Medicação	230
b)	Variáveis obstétricas	231
b.1)	Gravidez	232
b.2)	Parto	233
c)	Estatuto menopausico	234
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	235
CAPÍTULO XIV. Hábitos de Vida, Funcionamento e Satisfação Sexual ..245		
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	247
2.	<i>Resultados</i>	248
2.1.	Funcionamento sexual em função dos hábitos de vida	248

a)	Consumo de tabaco, álcool e outras drogas	248
b)	Prática de exercício físico e tipo de alimentação	252
2.2.	Satisfação sexual em função dos hábitos de vida.....	255
a)	Consumo de tabaco, álcool e outras drogas	255
b)	Prática de exercício físico e tipo de alimentação	257
2.3.	Hábitos de vida como preditores do funcionamento sexual.....	259
2.4.	Hábitos de vida como preditores da satisfação sexual	260
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	261
CAPÍTULO XV. Psicopatologia, Funcionamento e Satisfação Sexual		267
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	269
2.	<i>Resultados</i>	270
2.1.	Psicopatologia em função do funcionamento sexual	270
2.2.	Psicopatologia em função da satisfação sexual.....	272
2.3.	Preditores psicopatológicos do funcionamento sexual.....	274
2.4.	Preditores psicopatológicos da satisfação sexual	275
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	276
CAPÍTULO XVI. Variáveis Cognitivas, Funcionamento e Satisfação Sexual.....		285
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	287
2.	<i>Resultados</i>	288
2.1.	Variáveis cognitivas em função do funcionamento sexual	288
a)	Crenças sexuais.....	288
b)	Foco de atenção durante a actividade sexual	289
c)	Fantasias sexuais.....	291
d)	Preocupações durante a actividade sexual	292
2.2.	Variáveis cognitivas em função da satisfação sexual.....	293
a)	Crenças sexuais.....	293
b)	Foco de atenção durante a actividade sexual	294
c)	Fantasias sexuais.....	295
d)	Preocupações durante a actividade sexual	296
2.3.	Preditores cognitivos do funcionamento sexual.....	297
2.4.	Preditores cognitivos da satisfação sexual	300
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	302
CAPÍTULO XVII. Bem-estar, Funcionamento e Satisfação Sexual		309
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	311
2.	<i>Resultados</i>	312
2.1.	Bem-estar em função do funcionamento sexual	312
a)	Auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal.....	312
b)	Auto-estima sexual	314
2.2.	Bem-estar em função da satisfação sexual.....	315

a)	Auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal	315
b)	Auto-estima sexual	317
2.3.	Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras do funcionamento sexual.....	318
2.4.	Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras da satisfação sexual	319
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	320
CAPÍTULO XVIII. Afecto, Funcionamento e Satisfação Sexual		327
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	329
2.	<i>Resultados</i>	330
2.1.	Afecto em função do funcionamento sexual	330
a)	Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual	330
b)	Afecto específico durante a actividade sexual	331
2.2.	Afecto em função da satisfação sexual	333
a)	Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual	333
b)	Afecto específico durante a actividade sexual	334
2.3.	Predictores afectivos do funcionamento sexual	335
a)	Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual	336
b)	Afecto específico durante a actividade sexual	337
2.4.	Predictores afectivos da satisfação sexual	338
a)	Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual	338
b)	Afecto específico durante a actividade sexual	339
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	340
CAPÍTULO XIX. Variáveis Relacionais, Funcionamento e Satisfação Sexual		345
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	347
2.	<i>Resultados</i>	348
2.1.	Variáveis relacionais em função do funcionamento sexual	348
a)	Qualidade e duração do relacionamento	348
b)	Atracção pelo companheiro e sensibilidade do companheiro	350
2.2.	Variáveis relacionais em função da satisfação sexual.....	351
a)	Qualidade e duração do relacionamento	351
b)	Atracção pelo companheiro e sensibilidade do companheiro	352
2.3.	Predictores relacionais do funcionamento sexual	353
2.4.	Predictores relacionais da satisfação sexual	355
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	356
CAPÍTULO XX. Actividade Sexual, Contexto, Funcionamento e Satisfação Sexual		361
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	363
2.	<i>Resultados</i>	364
2.1.	Actividade sexual e contexto em função do funcionamento sexual.....	364
a)	Frequência da actividade sexual	364
b)	Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual	365

c)	Contexto sexual habitual.....	367
2.2.	Actividade sexual e contexto em função da satisfação sexual	368
a)	Frequência da actividade sexual	368
b)	Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual	369
c)	Contexto sexual habitual.....	370
2.3.	Preditores contextuais do funcionamento sexual	371
2.4.	Preditores contextuais da satisfação sexual.....	373
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	375
CAPÍTULO XXI. Variáveis Biopsicossociais, Funcionamento e Satisfação Sexual		381
1.	<i>Justificação do estudo e hipóteses</i>	383
2.	<i>Resultados</i>	384
2.1.	Satisfação sexual em função do funcionamento sexual	384
2.2.	Funcionamento sexual em função da satisfação sexual	386
2.3.	Preditores biopsicossociais do funcionamento sexual	387
2.4.	Preditores biopsicossociais da satisfação sexual.....	390
3.	<i>Discussão e conclusões</i>	393
CONCLUSÕES GERAIS		403
BIBLIOGRAFIA		417

ANEXOS

Anexo I: Carta às participantes

Anexo II: Consentimento

Anexo III: Protocolo de avaliação

Índice de figuras e tabelas

Figura 1. Esquema representativo do ciclo de resposta sexual feminina (Basson, 2005).....	141
Tabela 1. Principais características sociodemográficas das participantes dos grupos do estudo preliminar e do estudo final	141
Tabela 2. Escalas do PANAS-X: Estabilidade temporal (teste-reteste) e consistência interna (<i>alfa</i> de Cronbach) no estudo preliminar (<i>n</i> = 171)	154
Tabela 3. Total e subescalas do GRISS: Estabilidade temporal e consistência interna no 1º estudo (grupo do estudo preliminar; <i>n</i> = 171) e consistência interna no 2º estudo (grupo da população geral; <i>n</i> = 497).....	162
Tabela 4. Funcionamento sexual, em função da idade (seis grupos): Análises univariadas da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 497).	172
Tabela 5. Funcionamento sexual, em função das habilitações literárias (seis grupos): Análises univariadas da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 495).	175
Tabela 6. Funcionamento sexual, em função do estado civil (três grupos): Análises univariadas da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 497).	177
Tabela 7. Funcionamento sexual, em função da condição ter ou não filhos (nenhum filho/ um ou mais filhos): Análises univariadas da variância (<i>n</i> = 497).	178
Tabela 8. Funcionamento sexual, em função da situação profissional (quatro grupos): Análises univariadas da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 497).	180
Tabela 9. Funcionamento sexual, em função do rendimento médio anual líquido, <i>per capita</i> (cinco grupos): Análises univariadas da variância (<i>n</i> = 492).	181
Tabela 10. Funcionamento sexual, em função do meio (rural/ urbano): Análises univariadas da variância (<i>n</i> = 495).	182
Tabela 11. Funcionamento sexual, em função da orientação sexual (heterossexual/ não heterossexual): Análises univariadas da variância (<i>n</i> = 495).	183
Tabela 12. Funcionamento sexual, em função da religião (professa/ não professa): Análises univariadas da variância (<i>n</i> = 497).	184
Tabela 13. Funcionamento sexual, em função do grau de prática religiosa (quatro grupos): Análises univariadas da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 409).	185
Tabela 14. Satisfação sexual, em função da idade (seis grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 496).	186
Tabela 15. Satisfação sexual, em função das habilitações literárias (seis grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 496).	187
Tabela 16. Satisfação sexual, em função do estado civil (três grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 496).	188
Tabela 17. Satisfação sexual, em função da condição ter ou não filhos (nenhum filho/ um ou mais filhos): Análise univariada da variância (<i>n</i> = 496).	189
Tabela 18. Satisfação sexual, em função da situação profissional (quatro grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 496).	190
Tabela 19. Satisfação sexual, em função do rendimento médio anual líquido, <i>per capita</i> (cinco grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni (<i>n</i> = 491).	190
Tabela 20. Satisfação sexual, em função do meio (rural/ urbano): Análise univariada da variância (<i>n</i> = 494).	191

Tabela 21. Satisfação sexual, em função da orientação sexual (heterossexual/ não heterossexual): Análise univariada da variância ($n = 494$).	192
Tabela 22. Satisfação sexual, em função da religião (professa/ não professa): Análise univariada da variância ($n = 496$).	192
Tabela 23. Satisfação sexual, em função do grau de prática religiosa (quatro grupos): Análise univariada da variância e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 408$).	193
Tabela 24. Variáveis sociodemográficas como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 487$).	195
Tabela 25. Variáveis sociodemográficas como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 487$).	196
Tabela 26. Funcionamento sexual, em função da auto-avaliação do estado de saúde (quatro grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 496$).	213
Tabela 27. Funcionamento sexual da mulher, em função da avaliação do estado de saúde do companheiro (quatro grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 496$).	214
Tabela 28. Condição médica como preditor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).	216
Tabela 29. Medicação como preditor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).	218
Tabela 30. Funcionamento sexual, em função de gravidez prévia (alguma vez grávida/ nunca grávida): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 497$).	219
Tabela 31. Funcionamento sexual, em função da gravidez actual (grávida/ não grávida): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).	220
Tabela 32. Funcionamento sexual, em função de parto normal (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).	221
Tabela 33. Funcionamento sexual, em função de cesariana (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).	222
Tabela 34. Funcionamento sexual, em função de aborto (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).	223
Tabela 35. Funcionamento sexual, em função de depressão pós-parto (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).	224
Tabela 36. Funcionamento sexual, em função do estatuto menopausico (três grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).	225
Tabela 37. Satisfação sexual, em função da auto-avaliação do estado de saúde (quatro grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 495$).	226
Tabela 38. Satisfação sexual, em função da avaliação do estado de saúde do companheiro (quatro grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 495$).	227
Tabela 39. Condição médica como preditor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).	229
Tabela 40. Medicação como preditor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).	231

Tabela 41. Satisfação sexual, em função de gravidez prévia (alguma vez grávida/ nunca grávida): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).....	232
Tabela 42. Satisfação sexual, em função da gravidez actual (grávida/ não grávida): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).....	232
Tabela 43. Satisfação sexual, em função de parto normal (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).....	233
Tabela 44. Satisfação sexual, em função de cesariana (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).....	233
Tabela 45. Satisfação sexual, em função de aborto (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).....	234
Tabela 46. Satisfação sexual, em função de depressão pós-parto (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).....	234
Tabela 47. Satisfação sexual, em função do estatuto menopausico (três grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste <i>post hoc</i> de Bonferroni ($n = 495$).	235
Tabela 48. Funcionamento sexual, em função do consumo de tabaco (consome/ não consome): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).....	250
Tabela 49. Funcionamento sexual, em função do consumo de álcool (não consome/ consome moderadamente/ consome em excesso, ocasionalmente): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 480$).	251
Tabela 50. Funcionamento sexual, em função do consumo de outras substâncias (consome/ não consome): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).	252
Tabela 51. Funcionamento sexual, em função da prática de exercício físico (não pratica/ pratica ocasionalmente/ pratica regularmente): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).	254
Tabela 52. Funcionamento sexual, em função do tipo de alimentação (saudável e equilibrada: pouco ou nada/ razoavelmente/ muito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).	255
Tabela 53. Satisfação sexual, em função do consumo de tabaco (consome/ não consome): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).	256
Tabela 54. Satisfação sexual, em função do consumo de álcool (não consome/ consome moderadamente/ consome em excesso, ocasionalmente): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 480$).	256
Tabela 55. Satisfação sexual, em função do consumo de outras substâncias (consome/ não consome): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).	257
Tabela 56. Satisfação sexual, em função do tipo de alimentação (saudável e equilibrada: pouco ou nada/ razoavelmente/ muito): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 495$).	258
Tabela 57. Satisfação sexual, em função da prática de exercício físico (não pratica/ pratica ocasionalmente/ pratica regularmente): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 495$).	259
Tabela 58. Hábitos de vida como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).....	260
Tabela 59. Hábitos de vida como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 496$).....	261
Tabela 60. Psicopatologia em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 488$).....	272

Tabela 61. Psicopatologia em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 488$).....	273
Tabela 62. Preditores psicopatológicos do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 487$).....	274
Tabela 63. Preditores psicopatológicos da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 487$).....	275
Tabela 64. Crenças sexuais disfuncionais, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 494$).289	
Tabela 65. Foco de atenção durante a actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	290
Tabela 66. Fantasias sexuais, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).	291
Tabela 67. Preocupações durante a actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	293
Tabela 68. Crenças sexuais disfuncionais, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 494$).294	
Tabela 69. Foco de atenção durante a actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).	295
Tabela 70. Fantasias sexuais, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	296
Tabela 71. Preocupações durante a actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).	297
Tabela 72. Preditores cognitivos do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 494$).	299
Tabela 73. Preditores cognitivos da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 494$).	301
Tabela 74. Auto-estima, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias, situação profissional e religião) ($n = 494$).	313
Tabela 75. Satisfação com a vida, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariável: situação profissional) ($n = 496$).	314
Tabela 76. Satisfação corporal, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariável: religião) ($n = 496$).....	314
Tabela 77. Auto-estima sexual em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, meio e religião) ($n = 496$).	315
Tabela 78. Auto-estima, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 494$).	316
Tabela 79. Satisfação com a vida, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariável: situação profissional) ($n = 496$).	317
Tabela 80. Satisfação corporal, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariável: religião) ($n = 496$).	317

Tabela 81. Auto-estima sexual em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, meio e religião) ($n = 496$).....	318
Tabela 82. Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 494$).....	319
Tabela 83. Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 494$).....	320
Tabela 84. Dimensões gerais de afecto em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariável: habilitações literárias) ($n = 490$).....	331
Tabela 85. Afecto específico em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 490$).....	332
Tabela 86. Dimensões gerais de afecto em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariável: habilitações literárias) ($n = 490$).....	334
Tabela 87. Afecto específico em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 490$).....	335
Tabela 88. Dimensões gerais de afecto como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 490$).....	336
Tabela 89. Afecto específico como predictor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 490$).....	337
Tabela 90. Dimensões gerais de afecto como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 490$).....	339
Tabela 91. Afecto específico como predictor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 490$).....	340
Tabela 92. Qualidade do relacionamento, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias, situação profissional e religião) ($n = 491$).....	349
Tabela 93. Duração da relação, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).....	350
Tabela 94. Atração pelo companheiro e sensibilidade do companheiro, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	351
Tabela 95. Qualidade do relacionamento, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e situação profissional) ($n = 491$).....	352
Tabela 96. Duração da relação, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).....	352
Tabela 97. Atração pelo companheiro e sensibilidade do companheiro, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	353
Tabela 98. Preditores relacionais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 491$).....	355
Tabela 99. Preditores relacionais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 491$).....	356
Tabela 100. Frequência da actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	365

Tabela 101. Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, (sim/ não) e funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste do Qui-quadrado ($n = 496$).....	366
Tabela 102. Contexto sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).	368
Tabela 103. Frequência da actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	369
Tabela 104. Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual (sim/ não) e satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste do Qui-quadrado ($n = 496$).	370
Tabela 105. Contexto sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste <i>U</i> de Mann-Whitney ($n = 496$).....	371
Tabela 106. Preditores contextuais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 493$).....	373
Tabela 107. Preditores contextuais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 494$).	375
Tabela 108. Satisfação sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) ($n = 495$).	385
Tabela 109. Funcionamento sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).	386
Tabela 110. Preditores biopsicossociais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 488$).....	389
Tabela 111. Preditores biopsicossociais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método <i>enter</i> ($n = 488$).....	392

Introdução

Nas últimas quatro a cinco décadas, a vida sexual das mulheres tem sido palco de mudanças significativas. Valores, atitudes e comportamentos face à sexualidade feminina revelam-se cada vez mais permissivos. Assiste-se hoje a uma crescente liberalização nesta área, esbatendo-se paulatinamente o duplo padrão existente para homens e mulheres, no que respeita à idade de início da actividade sexual, por exemplo, ou ao número de parceiros ou ao direito à satisfação sexual feminina. Paralelamente, tem vindo a aumentar o interesse profissional e académico na vida sexual das mulheres, como o ilustram o aumento do número de conferências, simpósios, livros, projectos de investigação e páginas da Internet dedicadas aos aspectos históricos, políticos, culturais, médicos e psicológicos da sexualidade feminina.

Também nos últimos anos, tem vindo a ser questionada a falsa noção de que a resposta sexual feminina, seguindo o esquema clássico hipotetizado para o ciclo de resposta sexual no homem, corresponderia a uma transição invariável e linear do desejo para a excitação, seguida do orgasmo e resolução (modelo da resposta sexual humana, tal como inicialmente proposto por Masters e Johnson, 1966). O investimento da indústria farmacêutica nesta área, vista como promissora, e a consequente medicalização da sexualidade feminina, também não têm sido fenómenos acrílicos (Gomes, 2004; Tiefer, 1996). Assim, a par com críticas crescentes à conceptualização da problemática sexual feminina, tal como expressa nos actuais manuais diagnósticos (DSM-IV-TR, APA, 1994, 2000; ICD-10, WHO, 1992), tem-se tornado evidente a necessidade de modelos explicativos alternativos.

Neste contexto, ressaem algumas propostas interessantes, a maioria delas enfatizando a necessidade de uma abordagem compreensiva, capaz de respeitar a especificidade, complexidade e multidimensionalidade das experiências sexuais das mulheres. Rosemary Basson (2000, 2001, 2002a), por exemplo, sugere um ciclo de resposta sexual alternativo, baseado na intimidade, e propõe a distinção entre desejo sexual inato ou espontâneo (mais biológico e instintivo) e “desejo sexual responsivo”, sendo este último o mais frequente na mulher, desencadeando-se no decurso da actividade sexual (e não necessariamente como condição prévia), e encontrando-se mais relacionado com motivações como o desejo de expressar amor, de receber e partilhar prazer físico, de sentir proximidade emocional, de agradar ao parceiro, ou de aumentar o

seu próprio bem-estar pessoal, por exemplo. Sugrue e Whipple (2001) referem que a resposta sexual das mulheres vai muito além da resposta fisiológica, propondo uma compreensão psicobiossocial da experiência sexual feminina, um fenómeno complexo, mediado e modelado pelos *scripts* sociais e culturais, pelas experiências no contexto da família de origem, pelas dinâmicas relacionais e por factores biológicos. Também Leiblum (2001, 2003) refere que a sexualidade feminina é altamente contextualizada e que as queixas sexuais das mulheres têm frequentemente mais a ver com a falta de paixão, amor, romance e sensualidade em geral, do que com a adequação da resposta genital. Tiefer (2002, 2003) sublinha a necessidade de se enquadrar socioculturalmente o conceito de disfunção sexual, referindo que os designados “problemas sexuais” da mulher, constituem, muitas vezes, uma resposta adaptativa e natural a um ambiente desagradável de discussões, elevado cansaço, excesso de preocupações ou um contexto pouco estimulante, por exemplo. Bancroft (2001) identifica, como variáveis que podem afectar a sexualidade feminina, além do bem-estar geral, das condições de saúde da mulher e do parceiro e da experiência sexual subjectiva, a frequência da actividade sexual, o grau de atracção pelo parceiro e a sensibilidade do mesmo face às necessidades e preferências femininas. Nobre e Pinto Gouveia (2006a; 2008a,b) destacam o papel da dimensão cognitiva na explicação da génese e manutenção da problemática sexual, elencando variáveis como as crenças sexuais rígidas e inflexíveis (crenças erróneas e conservadoras), pensamentos automáticos negativos e emoções resultantes que podem interferir negativamente com as vivências sexuais femininas.

De modo geral, cada vez mais se aceita a noção de que as experiências sexuais das mulheres apresentam uma natureza complexa e multifacetada, menos centrada nos genitais do que primeiramente se presumia e muito mais dependente do afecto, da qualidade do relacionamento, das crenças e mitos sobre a sexualidade, da atenção que se presta, ou não, aos estímulos sexuais ou, ainda, de aspectos mais gerais como o ambiente envolvente (por exemplo, se existem, ou não, preocupações com a segurança física ou emocional, um contexto sexual inadequado ou insuficientemente erótico, falta de tempo e privacidade, etc). Assim, as várias contribuições que decorrem da clínica e da investigação, têm vindo a tornar evidente a necessidade de se considerar a importância das variáveis relacionais, psicológicas e contextuais, além dos aspectos médicos, na compreensão específica da sexualidade feminina.

Por outro lado, não obstante os inúmeros avanços nesta área, a ênfase dos estudos e do discurso científico em torno da sexualidade feminina (tal como da masculina) tem sido quase que exclusivamente na patologia, no que não funciona (“disfunção”), nos problemas sexuais, em detrimento do foco complementar, ou seja, tentar conhecer ou compreender o que funciona bem, os correlatos de uma sexualidade saudável, a experiência de uma vida sexual gratificante, e os factores que poderão contribuir para a mesma. Em 1975, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definia a saúde sexual como a “integração harmoniosa dos aspectos somáticos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de forma a enriquecer a personalidade, a comunicação e o amor”. Assim, a sexualidade seria já reconhecida como um aspecto importante da saúde que, vivida de modo satisfatório, contribui para o equilíbrio e harmonia da pessoa, favorecendo uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos outros. Também no 14º Congresso Mundial de Sexologia (1994), houve avanços no sentido de uma visão positiva da sexualidade, tendo sido reconhecida a Declaração dos Direitos Sexuais, incluindo o direito ao prazer e satisfação sexual: “O prazer sexual, incluindo o autoerotismo, é uma fonte de bem-estar físico, psicológico, intelectual e espiritual”. De modo geral, embora estas ideias sejam relativamente consensuais, não tem sido prestada muita atenção ao estudo das experiências sexuais funcionais e satisfatórias e seus determinantes.

Além disso, embora pareça inegável a existência de uma estreita relação entre funcionamento sexual e satisfação sexual, a literatura tem vindo a revelar alguma confusão e sobreposição de conceitos, tornando mais difícil a verdadeira compreensão de ambos os aspectos da sexualidade feminina.

Neste contexto, surgiu a motivação para realizar o presente estudo, visando contribuir para melhor conhecer as experiências sexuais femininas, no âmbito de uma perspectiva biopsicossocial. Os principais objectivos propostos passam por aprofundar a relação entre funcionamento e satisfação sexual das mulheres, assim como perceber a interacção entre os aspectos de natureza relacional, psicológica e contextual, além dos factores médicos e biológicos, na determinação do funcionamento e satisfação sexual feminino.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes. Uma primeira, de natureza teórica, composta por dez capítulos, onde se procura fazer uma revisão dos principais estudos em áreas temáticas consideradas relevantes para uma compreensão biopsicossocial das experiências sexuais femininas. Na segunda parte, de natureza empírica, procura-se apresentar, ao longo de onze capítulos, as várias análises realizadas no âmbito da presente investigação, no sentido de dar resposta aos objectivos formulados.

No primeiro capítulo teórico, apresentamos uma breve revisão de cada um dos aspectos sociodemográficos tidos como mais influentes a nível da resposta sexual e satisfação sexual como sejam a idade, as habilitações literárias, o estado civil, o facto de a mulher ter ou não filhos, a situação profissional e rendimento anual médio, o meio rural ou urbano, a orientação sexual e a religião.

No capítulo II, descrevemos aquilo que os estudos empíricos têm mostrado de mais relevante na relação entre a sexualidade feminina e as variáveis médicas, incluindo a percepção subjectiva da mulher acerca do estado de saúde, seu e do companheiro, o historial de doenças, a história ginecológica e o uso de medicação, sendo ainda referidos estudos relacionados com o estatuto menopausico e variáveis obstétricas, nomeadamente o tipo de parto, a depressão pós-parto e a experiência de aborto prévio.

O terceiro capítulo sintetiza os resultados de alguns estudos que têm procurado analisar a relevância, para as experiências sexuais femininas, de aspectos particulares ligados aos hábitos de vida, como sejam o consumo de tabaco, álcool e outras drogas ou variáveis mais genéricas como a prática de exercício físico e o tipo de alimentação.

No capítulo IV, referimos algumas das principais investigações que sugerem uma importante relação entre sexualidade e psicopatologia, sobretudo sintomatologia depressiva e perturbações de ansiedade.

O quinto capítulo centra-se na relevância das variáveis cognitivas para as experiências sexuais femininas, a qual tem vindo a ser sugerida teoricamente e demonstrada em estudos empíricos recentes. São abordados, de modo particular, dados referentes ao papel das crenças sexuais disfuncionais, foco de atenção, fantasias sexuais e preocupações durante a actividade sexual.

No capítulo VI, são dados a conhecer alguns dos estudos empíricos que mais têm contribuído para se aprofundar o conhecimento acerca da relação entre a sexualidade feminina e variáveis referentes ao bem-estar, nomeadamente aspectos ligados à apreciação que as mulheres fazem acerca de si mesmas, e de si enquanto parceiras sexuais, do seu corpo e da sua vida em geral. Assim, são revistos alguns dos resultados referentes ao papel da auto-estima, da satisfação com a vida, da satisfação corporal e da auto-estima sexual a nível do funcionamento e satisfação sexual das mulheres.

O capítulo VII aborda a relação entre as emoções e as experiências sexuais, apresentando alguns estudos empíricos, na sua maioria centrados no papel da ansiedade e respostas emocionais típicas do humor deprimido (tristeza, desilusão, culpa), no funcionamento sexual e processos disfuncionais.

No oitavo capítulo, revê-se a relação entre as experiências sexuais femininas e o contexto relacional na qual estas ocorrem. Deste modo, são apresentados alguns estudos que exploram variáveis como a qualidade do relacionamento, ou o tempo ou duração dos mesmos, bem como sugestões referentes a aspectos mais particulares como a sensibilidade do companheiro em relação às necessidades e preferências sexuais da mulher, ou o grau de atracção da mulher pelo companheiro, a diferentes níveis, nomeadamente físico, emocional e intelectual.

Quanto ao capítulo IX, sumaria alguns dos estudos empíricos referentes à importância de variáveis contextuais na vida sexual das mulheres, estudos estes relativamente escassos, apesar das diversas sugestões encontradas na literatura a este respeito. É apontado o papel desempenhado pelo recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, nomeadamente o uso de fantasias e a actividade masturbatória ou o recurso a materiais eróticos, entre outros. A frequência da actividade sexual é também abordada na sua associação com o funcionamento e a satisfação sexual, assim como alguns dos aspectos do contexto em que ocorrem os encontros sexuais como o facto de ser ou não erótico, por exemplo.

O capítulo X sintetiza alguns estudos relevantes, de cariz mais integrativo. Além disso, relaciona as experiências de funcionamento e satisfação sexual e salienta a

importância de se estudar a resposta sexual feminina de acordo com uma abordagem compreensiva e biopsicossocial.

O capítulo XI descreve a metodologia seguida na presente investigação, sendo ainda mencionados os resultados dos estudos psicométricos que foram conduzidos em relação a cada um dos instrumentos de avaliação usados.

Entre os capítulos XII e XX são apresentados os estudos referentes às diferenças entre mulheres mais ou menos funcionais e mais ou menos satisfeitas sexualmente em relação a cada uma das dimensões abordadas nos capítulos teóricos correspondentes, ou seja, aspectos sociodemográficos, variáveis médicas, obstétricas e estatuto menopausico, hábitos de vida, psicopatologia, variáveis cognitivas, bem-estar geral e auto-estima sexual, afecto durante a actividade sexual, relacionamento, aspectos relativos à actividade sexual e variáveis ligadas ao contexto. Adicionalmente, é investigada a capacidade preditiva das diferentes variáveis consideradas, capítulo a capítulo, quer em relação ao funcionamento sexual, quer quanto às experiências sexuais satisfatórias.

No capítulo XXI, analisa-se a relação entre funcionamento e satisfação sexual e são estudados, relativamente a ambos, os preditores biopsicossociais que foram mostrando ser mais relevantes ao longo dos capítulos anteriores.

Nas conclusões gerais, procuramos sintetizar os dados mais relevantes obtidos nos diversos estudos empíricos conduzidos, apresentamos algumas das limitações desta investigação, assim como apontamos alguns aspectos que consideramos importantes para estudos futuros, e sugerimos implicações para a intervenção.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I.
Variáveis Sociodemográficas
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

O estudo da influência dos aspectos sociodemográficos a nível da resposta sexual e bem-estar sexual constitui uma área de investigação que, apesar de não ser nova, encerra ainda alguns dados contraditórios. Por exemplo, embora a idade seja frequentemente considerada como um factor importante na etiologia das disfunções sexuais, os resultados de alguns estudos têm vindo a mostrar que o seu efeito não é consistente em todas as dimensões de funcionamento sexual e que outros factores, como o nível educacional ou a religião, podem também constituir importantes preditores da sexualidade feminina (Bancroft, Loftus, & Long, 2003; Farmer, Trapnell, & Meston, 2009; Hawton, Gath, & Day, 1994; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann, 1993).

2. Idade e sexualidade feminina

Com o envelhecimento, é natural surgirem diminuições e perdas a vários níveis, sendo também possível ocorrer algum declínio quanto ao funcionamento sexual ou mesmo problemas sexuais que podem afectar a harmonia e a vida sexual do casal (Trudel, Boyer, Villeneuve, Anderson, Pilon, & Bounader, 2008; Trudel, Turgeon, & Piché, 2000). Num estudo que envolveu 156 casais em idades mais avançadas e relações de longa duração, Levenson e colaboradores (1995) verificaram que, nos casais insatisfeitos, a área sexual constituía uma das principais fontes de descontentamento marital (Levenson, Cartensen, & Gottman, 1995).

Percorrendo a literatura empírica referente à relação entre idade e sexualidade, um dos aspectos que imediatamente ressalta é o aumento da problemática sexual masculina, nomeadamente a disfunção erétil, com o envelhecimento (Johannes, Araujo, & Feldman, 2000; Simons, & Carey, 2001). Também nas mulheres, alguns estudos realizados em diferentes países e culturas têm mostrado que, a par com o baixo nível de escolaridade, a idade pode constituir um importante factor de risco para as disfunções sexuais (Çayan, Akbay, Bozlu, Canpolat, Acar, & Ulusoy, 2004; Goldmeier, Judd, & Schroeder, 2000; Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinlay, 2009; Öberg,

Fugl-Meyer, & Fugl-Meyer, 2004; Safarinejad, 2006; Song, Jeon, Kim, Paick, & Son, 2008).

Especificamente no que respeita ao desejo sexual, os estudos têm mostrado uma forte correlação negativa com o aumento da idade, mais evidente nos homens do que nas mulheres (Diokno, Brown, & Herzog, 1990; Laumann et al., 1999; Panser, Rhodes, Girman, Guess, Chute, Oesterling, et al., 1995). Segraves e Segraves (1991) verificaram que a média de idades dos homens com problemas de desejo era superior, em 11 anos, à das mulheres com a mesma problemática. No entanto, num estudo realizado com uma amostra representativa de 500 mulheres e 496 homens, entre os 20 e os 87 anos, vivendo com o companheiro, Trudel (2002) concluiu que, de modo geral, em ambos os sexos, a diminuição do interesse sexual ocorria após os 60 anos de idade. Por outro lado, o estudo de DeLamater e Sill (2005), realizado com indivíduos acima dos 45 anos, mostrou que a idade, além da educação e da importância do sexo para a pessoa, constituía um dos mais importantes preditores da intensidade do desejo sexual nas mulheres. Em, Portugal, numa investigação que visava testar um modelo explicativo do desejo sexual feminino, Carvalho & Nobre (2010) encontraram também a idade como um preditor directo do interesse sexual. Noutro estudo, envolvendo mulheres dos 26 aos 78 anos, a idade mostrou também estar associada a uma diminuição das fantasias e pensamentos sexuais, diminuição do impulso e desejo sexual, diminuição da actividade sexual e atitudes sexuais mais negativas (Purifoy, Grodsky, & Giambra, 1992).

Além disso, a idade mostrou ser um dos mais importantes preditores de dificuldades ao nível da lubrificação (Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993). Relativamente à dispareunia, pelo contrário, Laumann e colaboradores (1999) encontraram uma diminuição da mesma com o aumento da idade, bem como com o aumento do nível educacional.

De acordo com os resultados encontrados por Smith (1998), a frequência da actividade sexual mostrou também associação com a idade. No estudo de Hawton e colaboradores (1994), envolvendo uma amostra comunitária de 436 mulheres e respectivos companheiros, verificou-se que as mulheres com idades mais jovens e um bom ajustamento marital tinham encontros sexuais mais frequentes. Outros estudos mostram que, nas mulheres, tal como nos homens, a actividade sexual tende a diminuir

com a idade mas que, ao contrário do que acontece nos homens, em que essa diminuição tem a ver com problemas de saúde, nas mulheres tem sobretudo a ver com a ausência de um parceiro funcional (Sprecher & Cate, 2004).

Hawton e colaboradores (1994) demonstraram ainda que o orgasmo e o prazer com a actividade sexual eram mais frequentes em mulheres mais jovens e com um bom relacionamento. No entanto, no estudo de Laumann e colaboradores (1999) a idade revelou não apenas não estar significativamente associada a problemas a nível do orgasmo feminino, como foi mesmo encontrada uma diminuição das dificuldades orgásticas com a idade.

Quanto à satisfação sexual, Hawton e colaboradores (1994) mostraram que esta estava intimamente ligada ao ajustamento marital, mas não foi encontrada qualquer relação com a idade. No entanto, numa outra investigação, conduzida com mulheres dos 18 aos 74 anos, Fugl-Meyer e Sjögren Fugl-Meyer (1999) concluíram que a satisfação sexual tendia a diminuir com a idade. Na mesma linha, o estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997), mostrou que, nas mulheres, a descrição mais frequente da actividade sexual como sendo “muito agradável” acontecia por volta dos 30 anos e depois começava a diminuir de frequência, de modo consistente, até aos 60 anos.

De modo geral, o estudo de Laumann e colaboradores (1999) mostrou que, à excepção da lubrificação, a idade pode ter um papel muito positivo em várias dimensões das experiências sexuais femininas.

3. Habilitações literárias e sexualidade feminina

O nível educacional é uma variável que tem mostrado estar fortemente associada com a problemática sexual, sendo que homens e mulheres menos instruídos, em comparação com indivíduos com mais estudos, apresentam maior frequência de problemas de desejo sexual (Rosen et al., 1993) e orgasmo (Laumann et al., 1999; Levine & Yost, 1976). A satisfação sexual mostrou também uma associação significativa com um nível educacional elevado (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994; Barrientos, & Páez, 2006).

4. Estado civil e sexualidade feminina

Em relação ao estado civil, alguns estudos revelam que homens e mulheres casados apresentam menos problemas ao nível do desejo, quando comparados com indivíduos solteiros e divorciados (Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993). Oksuz e Malhan (2006), analisaram as características demográficas e factores de risco para as disfunções sexuais numa amostra turca de 518 mulheres, tendo confirmado igualmente a importância do estatuto marital. Neste estudo, as mulheres casadas referiram também significativamente menos problemas de desejo sexual, comparativamente às mulheres não casadas (53% vs 21%). A investigação sugere igualmente uma maior tendência para dificuldades orgásticas nas mulheres não casadas, comparativamente às mulheres casadas (Kinsey et al., 1953; Laumann et al., 1999). Outros estudos, no entanto, não encontraram diferenças significativas entre as mulheres com e sem disfunção sexual quanto ao estatuto marital (Çayan et al., 2004).

Barrientos e Páez (2006) conduziram um amplo estudo sobre satisfação sexual no Chile tendo encontrado associação significativa com o estatuto marital nas mulheres mas não nos homens. As mulheres separadas foram as que referiram níveis mais elevados de insatisfação sexual, enquanto as mulheres casadas ou em coabitação descreveram as suas experiências sexuais como sendo mais satisfatórias.

5. Filhos e sexualidade feminina

A presença e o número de filhos, parecem poder influenciar a vida sexual dos casais e a resposta sexual feminina. Por exemplo, Call e colaboradores (1995) analisaram os resultados de um inquérito envolvendo 6.785 pessoas (*National Survey of Families and Households*) tendo verificado que a frequência dos encontros sexuais nos casais com filhos pequenos era significativamente inferior, comparativamente a não ter filhos ou ter filhos mais velhos. Curiosamente, e em contraste, verificou-se neste mesmo estudo que os casais com filhos com idades entre os 5 e os 18 anos eram aqueles que tinha maior actividade sexual (Call, Sprecher, & Schwartz, 1995).

Os estudos têm mostrado que, sobretudo numa fase inicial após o nascimento dos filhos, a actividade sexual e a vida sexual dos casais altera-se. É frequente

ocorrerem tensões no casal, relacionadas com a falta de tempo e energia, comunicação insuficiente, aumento da atenção ou dedicação primária ao bebé ou insatisfação da mulher com eventuais mudanças no seu corpo, entre outros factores que podem afectar o sentido de sensualidade ou o desejo sexual (Ahlborg, Dahlöf, & Hallberg, 2005; Ahlborg & Strandmark, 2006; Olsson, Lundqvist, Faxelid, & Nissen, 2005; Pastore, Owens, & Raymond, 2007).

De modo geral, no entanto, a literatura referente ao efeito dos filhos na sexualidade, é ambígua. Embora sugerindo que a presença de filhos afectaria negativamente o funcionamento sexual, Blumstein e Schwartz (1983) não apresentaram dados específicos nesse sentido. Greenblatt (1983) encontrou uma correlação negativa entre o número de filhos e a actividade sexual do casal; contudo, uma outra importante variável, a duração da relação, mostrou ter maior associação com cada uma das anteriores, podendo, portanto, contribuir para explicar alternativamente a relação encontrada. Çayan e colaboradores (2004) verificaram que as mulheres múltiparas (com dois ou mais filhos) apresentavam uma prevalência superior de disfunção sexual. Pelo contrário, num estudo realizado por Witting e colaboradores (2008), as mulheres múltiparas mostraram ter menos problemas orgásticos do que as mulheres nulíparas. Além disso, comparativamente às mulheres que nunca tinham tido filhos, as que tinham tido filhos, um ou mais, mostraram maior satisfação sexual (Witting, Santtila, Alanko, Harlaar, Jern, Johansson, et al., 2008).

6. Situação profissional, rendimento anual médio líquido e sexualidade feminina

Quanto ao estatuto socioeconómico, Hawton e colaboradores (1994), não encontraram associação com o orgasmo ou o prazer na actividade sexual. No entanto, no estudo de Laumann e colaboradores (1999), o estatuto socioeconómico elevado mostrou estar associado à satisfação sexual. De modo idêntico, Barrientos e Páez (2006) encontraram mais relatos de “elevada satisfação sexual” nas classes médias e altas (cerca de 49% das mulheres nestas classes) e percentagens mais baixas (37%) em mulheres com um nível socioeconómico mais baixo.

Relativamente à situação profissional, Çayan e colaboradores (2004) verificaram que o desemprego, juntamente com a idade e um nível educacional mais baixo, constituíam importantes factores de risco para a disfunção sexual. Por outro lado, alguns estudos sugerem que as mulheres activas, sobretudo quando têm trabalhos muito exigentes e a tempo inteiro e, adicionalmente, papéis familiares que lhes exigem um grande desdobramento e níveis de energia suplementares, podem ter menor disponibilidade para o relacionamento íntimo, interferindo na qualidade da expressão sexual (Rogers, 1996). Alguns estudiosos defendem que, pelo contrário, o facto de uma mulher ter um emprego e uma remuneração, traz consigo a oportunidade de reforçar o seu sentido de competência e de ter maior suporte social, aumenta o seu poder na família, contribui para diminuir as restrições financeiras da familiar e portanto pode melhorar o relacionamento conjugal e íntimo (Aneshensel, 1986; Barnett & Rivers, 1996; Rosenfield, 1989). Call, Sprecher, and Schwartz (1995) analisaram os resultados de um inquérito envolvendo 6.785 pessoas (*National Survey of Families and Households*) tendo verificado que, ao contrário do que esperavam encontrar, o facto de ambos os cônjuges estarem empregados não tinha qualquer relação negativa com a frequência sexual. Hyde, DeLamater e Durik (2001) verificaram também que não existiam diferenças entre mulheres domésticas e mulheres com empregos parciais ou a tempo inteiro em várias medidas do funcionamento sexual. Este resultado replicou as conclusões de um estudo anterior publicado pelos mesmos autores, mostrando ausência de diferenças na frequência da actividade sexual, satisfação sexual e desejo sexual entre mulheres com um emprego fora de casa a tempo parcial, a tempo inteiro, com horas extra ou sem emprego fora de casa (Hyde, DeLamater, & Hewitt, 1998).

7. Meio e sexualidade feminina

Alguns estudos têm mostrado uma associação modesta entre a diminuição da actividade sexual e o facto de se viver numa área rural, com mais difícil acesso à educação e outros recursos (Call et al., 1995; Edwards & Booth, 1976; Lau, Cheng, Wang, & Yang, 2006; Trussell & Westoff, 1980). Viver em meios rurais pode influenciar as vivências sexuais das mulheres dado que, nestes meios, as culturas dominantes são habitualmente mais tradicionais e orientadas para o prazer masculino (Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer, & Pan, 2007). Um estudo realizado na

China (Lau et al., 2006) mostrou que viver em zonas rurais está associada a um baixo bem-estar sexual, sendo que, das mulheres estudadas, apenas 38.7% referiram estar satisfeitas com a sua vida sexual e 64% mencionaram desinteresse pela vida sexual.

8. *Orientação sexual e sexualidade feminina*

De modo geral, os estudos têm mostrado que a orientação sexual feminina é potencialmente muito fluida, podendo variar ao longo do tempo e consoante os contextos sociais e culturais, não tendo ainda sido identificada uma base biológica ou qualquer relação causal com factores hormonais, genética ou estrutura cerebral (Bailey, Gaulin, Agyei, & Gladue, 1994; Byne, 1995; Peplau & Garnets, 2000). A relação entre a orientação sexual e o funcionamento sexual tem sido alvo de poucos estudos e com resultados nem sempre convergentes. Num estudo conduzido junto de uma amostra de estudantes, Breyer e colaboradores (2010) verificaram que as mulheres heterossexuais e lésbicas, comparativamente às bissexuais, tinham valores mais baixos no *FSFI* e apresentavam maior risco de desenvolver problemas sexuais (Breyer, Smith, Eisenberg, Ando, Rowen, & Shindel, 2010). Num estudo recente em que foi avaliada a resposta de excitação sexual perante estímulos eróticos, observou-se que as mulheres heterossexuais apresentavam maior especificidade quanto às categorias de estímulos que as excitavam, comparativamente às mulheres lésbicas; além disso, este padrão mostrou associação com a história sexual e com as respostas afectivas aos estímulos sexuais (Peterson, Janssen, & Laan, 2010). Por outro lado, foram encontradas semelhanças entre mulheres lésbicas e heterossexuais, no que respeita a importantes correlatos do funcionamento sexual como a idade, sintomas psicológicos e aspectos relacionais (Tracy & Junginger, 2007). Num outro estudo em que se procurou avaliar a associação entre a ansiedade e o funcionamento sexual, em relação à orientação sexual das mulheres, verificou-se que, embora não existissem diferenças quanto à ansiedade entre lésbicas e heterossexuais, as mulheres lésbicas mostraram níveis de funcionamento sexual mais elevados nas dimensões excitação e orgasmo. Além disso, as inter-relações entre dimensões de funcionamento sexual e a correlação com a ansiedade mostraram ser diferentes entre os dois grupos: ao passo que nas mulheres lésbicas não foi encontrada relação entre a ansiedade e o funcionamento sexual em geral, nas heterossexuais a ansiedade mostrou

associação negativa com a lubrificação, o orgasmo, a dor e o funcionamento sexual em geral (Beaber & Werner, 2009).

No que respeita à satisfação sexual feminina são também escassos os estudos dedicados a compreender as experiências sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais. Apesar de tudo, aquilo que os dados revelam é que as atitudes, emoções e comportamentos de gays e lésbicas parecem ser mais influenciados por questões de género do que propriamente pela orientação sexual (Bailey et al., 1994; Peplau & Garnets, 2000; Sprecher, 2002). Têm sido encontradas semelhanças consistentes entre mulheres heterossexuais, bissexuais e lésbicas, independentemente da orientação sexual (Peplau & Garnets, 2000). Henderson e colaboradores (2009) conduziram recentemente um inquérito *online* envolvendo mulheres com orientação heterossexual, homossexual ou bissexual. Através de análises de equações estruturais, os autores identificaram uma constelação de factores associados à satisfação sexual que era comum a todos os grupos e que incluía sintomas depressivos, satisfação na relação, funcionamento sexual e suporte social. Nas mulheres lésbicas e bissexuais, apenas a homofobia internalizada constituía um factor adicional (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2009).

9. Religião e sexualidade feminina

A importância da religião na esfera sexual tem sido alvo de numerosos estudos, maioritariamente focando a relação com as atitudes face à sexualidade e comportamentos sexuais. Além da religião, também a religiosidade, ou seja, a intensidade com que se acredita numa religião e que se expressa em atitudes e comportamentos (frequência e prática religiosa) parece constituir um forte preditor do comportamento sexual (Lefkowitz, Gillen, Shearer & Boone, 2004; Visser, Smith, Richters & Rissel, 2007).

A maior parte das investigações tem demonstrado que os indivíduos religiosos e aqueles que são mais devotos, tendem a ser sexualmente mais conservadores do que os que não professam qualquer religião, ou são ateístas ou que não praticam a sua religião de modo activo (Beckwith & Morrow, 2005; Rowatt & Schmitt, 2003). Por exemplo, o estudo conduzido por Leiblum, Wiegel e Brickle (2003), envolvendo estudantes de

Medicina, mostrou que aqueles que não referiam qualquer afiliação religiosa eram os mais liberais do ponto de vista sexual, enquanto os que professavam alguma religião mostravam maior conservadorismo sexual. Sneddon e Kremer (1992) encontraram também uma relação negativa entre religiosidade e abertura à experiência sexual numa amostra de estudantes no norte da Irlanda. Este estudo mostrou ainda que as mulheres e os frequentadores regulares da igreja tendem a preocupar-se mais com a permissividade e a promiscuidade que os homens e os frequentadores irregulares da igreja (Sneddon & Kremer, 1992). Davidson e colaboradores (1995) encontraram diferenças significativas a nível da idade de iniciação sexual, atitudes face ao sexo não-procriativo e culpa relativamente à masturbação, em função do grau de religiosidade (frequência de idas à igreja). Em Portugal, Alferes (1997), encontrou também o factor religiosidade negativamente associado à experiência e às atitudes sexuais. De modo geral, o maior grau de prática religiosa tem mostrado estar relacionado com uma maior abstinência sexual, menos actividade sexual, menor número de parceiros sexuais e adiamento da idade de início da actividade sexual (Barkan, 2006; Davidson, Moore, & Ullstrup, 2004; Farmer, Trapnell, & Meston, 2009; Visser et al., 2007). Contudo, de acordo com os resultados encontrados por Smith (1998), a frequência da actividade sexual não mostrou associação com a religião.

Além dos estudos que relacionam a religião e o grau de religiosidade com comportamentos e atitudes sexuais, os estudos que analisam a relação particular com o funcionamento e a satisfação sexual são escassos e nem sempre consistentes. Haavio-Mannila e Kontula (1997), num dos mais citados estudos sobre satisfação sexual, identificaram como preditores demográficos significativos, além de uma idade jovem e de um nível educacional elevado, ter uma educação não religiosa e pouco conservadora. Num outro estudo, conduzido com uma amostra de enfermeiras e em que foi explorada a relação entre religiosidade e satisfação sexual, Davidson e colaboradores (1995) encontraram níveis mais elevados de “satisfação sexual fisiológica” nas mulheres que referiram não ter frequentado a igreja no último ano, embora não tenham encontrado diferenças quanto à “satisfação sexual psicológica”. Por outro lado, num estudo mais recente, envolvendo estudantes universitárias, Davidson e colaboradores (2006) não encontraram qualquer associação com a satisfação sexual, fisiológica ou psicológica, embora a religião e a religiosidade tivessem continuado a evidenciar relação com as atitudes e comportamentos sexuais. Os resultados encontrados por McFarland, Uecker,

e Regnerus (2010) com adultos idosos casados revelaram que a religião não tinha relação com a frequência ou satisfação sexual, embora a integração de elementos religiosos no dia-a-dia tivesse mostrado uma associação positiva, fraca, com o prazer sexual. No entanto, neste mesmo estudo, os resultados foram diferentes para as mulheres idosas que não eram casadas, de tal modo que, neste caso, a integração de elementos religiosos no dia-a-dia mostrou uma relação negativa com a vida sexual. Num estudo recente, realizado com uma amostra de 1413 jovens adultos, Ahrold, Farmer, Trapnell e Meston (2010) verificaram que mesmo quando se controlavam diferenças individuais em termos de espiritualidade, as mulheres religiosas referiam significativamente menos fantasias sexuais do que as não religiosas (ateístas e agnósticas).

CAPÍTULO II.

Variáveis Médicas, Obstétricas, Estatuto Menopausico e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

Aspectos de natureza médica, incluindo o historial de doenças, uso de medicação, e alguns problemas ginecológicos, têm vindo a revelar um importante papel nas experiências sexuais femininas. Além da saúde em si mesma, a percepção acerca do estado de saúde tem mostrado poder influenciar a sexualidade feminina. O historial obstétrico, nomeadamente o tipo de parto, a depressão pós-parto e a experiência de aborto prévio, parecem também poder interferir no funcionamento e satisfação sexual das mulheres. Quanto ao estatuto menopausico, os estudos têm vindo a mostrar que o seu efeito não é consistente em todas as dimensões de funcionamento sexual e que as experiências sexuais satisfatórias podem não diminuir com a menopausa, embora alguns estudos sugiram o estatuto menopausico como um factor de risco para a problemática sexual (Allahdadi, Tostes, & Webb, 2009; Doumas, Tsiodras, Tsakiris, Douma, Chounta, Papadopoulou, et al., 2006; Esposito & Giugliano, 2005; Guzick & Hoeger, 2000; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; McCoy, 1992; Michelson & Bancroft, 2000; Redelman, 2010; Zivadinov, Zorzon, Bosco, Monti Bragadin, Moretti, Bonfigli, et al. 1999).

2. Variáveis médicas e sexualidade feminina

a) Avaliação do estado de saúde e sexualidade feminina

A boa saúde parece estar relacionada com a possibilidade de uma vida sexual também mais saudável. No estudo de Lindau e colaboradores (2007), por exemplo, verificou-se que os homens e as mulheres que avaliavam a sua saúde como sendo “fraca”, apresentavam igualmente menor probabilidade de serem sexualmente activos e, quando activos, eram os que referiam mais problemas sexuais (Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh, & Waite, 2007). Num outro estudo, verificou-se que as mulheres que avaliaram negativamente a sua saúde foram as que apresentaram níveis mais elevados de dispareunia (Laumann et al., 1999). De acordo com os resultados encontrados por Koster e Garde (1993) numa amostra de mulheres menopausicas, a frequência do desejo sexual mostrou uma forte correlação com a percepção quanto ao estado de saúde actual e passado.

Por outro lado, alguns dados revelam que, de modo geral, os homens e mulheres que são saudáveis e que têm parceiros também saudáveis, podem manter o seu interesse sexual até à meia-idade, terceira idade ou mesmo até ao fim da vida (Hartmann, Philippsohn, Heiser, & Ruffer-Hesse, 2004). Laumann e colaboradores (2005) observaram que, na maioria dos países estudados, a boa saúde dos homens e mulheres entre os 40 e os 80 anos estava associada com a ausência de disfunções ou problemas de desejo, lubrificação, orgasmo e dor, embora também tivesse sido evidente, neste estudo, a maior importância da saúde para o funcionamento sexual dos homens do que das mulheres (Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira et al., 2005). Outros estudos, pelo contrário, mostraram que a saúde da mulher não apresentava qualquer relação com o funcionamento sexual (Kingsberg, 2002).

Quanto à satisfação sexual, não foram encontrados muitos estudos que explorassem a relação com a percepção acerca da saúde. Na investigação conduzida por Carpenter e colaboradores (2009), o estado de saúde mostrou interferir com o prazer sexual apenas nos homens. Nas mulheres, a saúde mostrou estar relacionada com a satisfação emocional mas não com a satisfação sexual física. Segundo os investigadores, uma das explicações para esta relação nas mulheres menos saudáveis, mais do que propriamente a ausência de prazer físico, teria a ver com a frustração emocional resultante da incapacidade de desfrutarem inteiramente da actividade sexual devido às suas limitações físicas (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009). Um outro estudo em que foi investigada a relação entre saúde física e mental e satisfação sexual em mulheres pos-menopausicas mostrou não haver associação entre o estado de saúde físico das mulheres e as suas experiências sexuais (McCall-Hosenfeld, Jaramillo, Legault, Freund, Cochrane, Manson, et al., 2008b).

Além da percepção que a mulher tem acerca da sua saúde, também a condição física do companheiro, a percepção da mulher acerca dessa condição e o facto de ele próprio poder ter um problema sexual, parecem ser aspectos que podem influenciar as vivências sexuais femininas (Malatesta, 2007). O equilíbrio emocional e sexual do casal pode mudar quando um ou ambos os elementos ficam doentes ou desenvolvem problemas de saúde crónicos, passando o outro companheiro a cuidador ou mesmo enfermeiro do outro (Kingsberg, 2002). De acordo com Lindau e Gavrilova (2010), a razão mais frequente para as mulheres mais velhas não serem sexualmente tão activas

teria sobretudo a ver com a saúde dos seus parceiros, sendo que homens menos saudáveis têm tendência para ter mais problemas de disfunção erétil. Por exemplo, num estudo conduzido com mulheres suecas, Fugl-Meyer e colaboradores (2006) verificaram que o preditor mais importante de disfunção orgástica nas mulheres, eram os problemas de erecção e de ejaculação (prematura e retardada) dos seus companheiros, relacionados com a sua saúde física (Fugl-Meyer, Öberg, Lundberg, Lewin, & Fugl-Meyer, 2006).

b) Doenças e história ginecológica

A relação entre resposta sexual e problemas de saúde tem revelado ser próxima e complexa. Não raramente, a existência de problemas sexuais pode constituir um sinal de alarme ou uma consequência de doenças graves como diabetes, cancro ou situações de infecção, por exemplo. Por outro lado, problemas sexuais não tratados, além de poderem agravar-se, podem conduzir a problemas de saúde, nomeadamente depressão e outras queixas somáticas. Pode ainda acontecer indivíduos com diferentes problemas de saúde deixarem de tomar a medicação que lhes seria necessária devido aos efeitos secundários na sua vida sexual, sendo também possível que alguns medicamentos usados para tratar os problemas sexuais interfiram negativamente na saúde dos indivíduos (Laumann et al., 2005; Gonzalez, Viafara, Caba, & Molina, 2004; Lindau et al., 2007; Tatum, Liporace, Benbadis, & Kaplan, 2004).

De modo geral, a problemática sexual feminina, à semelhança da masculina, tem mostrado associação com diferentes patologias físicas, particularmente com problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, hipertensão e diabetes. Em relação a esta última, embora mais conhecidos os factores de risco e prevalência de disfunções sexuais nos homens com Diabetes Mellitus do que nas mulheres, alguns estudos documentam a associação com a problemática sexual feminina (Veronelli, Mauri, Zecchini, Peca, Turri, Valitutti, et al., 2009), tendo sido encontrada maior prevalência de disfunções sexuais nas mulheres com diabetes de tipo I (Doruk, Akbay, Çayan, Bozlu, & Acar, 2005). A existência de dificuldades sexuais nas mulheres diabéticas pode ser explicada através de diferentes mecanismos, desde biológicos a sociais e psicológicos (Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003). Por exemplo, a hiperglicémia pode reduzir os níveis de

hidratação das membranas mucosas da vagina, conduzindo assim a uma menor lubrificação e dispareunia; por outro lado, o risco aumentado de infecções vaginais nas mulheres diabéticas pode também levar ao maior desconforto vaginal e dispareunia; as lesões vasculares e neuropatia podem resultar na diminuição do fluxo sanguíneo genital, contribuindo para uma diminuição da resposta de excitação sexual fisiológica; além disso, aspectos psicológicos tais como o ajustamento ao diagnóstico de diabetes, o fardo de conviver com uma doença crónica ou a depressão associada, podem condicionar fortemente a resposta sexual. Num estudo conduzido por Wincze e Albert (1993), comparando mulheres diabéticas e um grupo de controlo, verificou-se que as mulheres com diabetes apresentaram índices significativamente mais baixos de excitação sexual fisiológica em resposta aos estímulos eróticos apresentados (excertos de filmes), embora as respostas de excitação sexual subjectiva fossem idênticas em ambos os grupos. Girdali e Kristensen (2010), num estudo de revisão bastante recente, concluem que, embora as mulheres com Diabetes Mellitus se encontrem em maior risco de desenvolver problemas sexuais, existe uma grande variabilidade nos resultados encontrados, sendo que a incidência de disfunção sexual nas mulheres diabéticas parece, de modo geral, menos relacionada com aspectos orgânicos e mais com factores psicológicos, sendo frequente a comorbilidade com a Depressão Major.

As doenças cardiovasculares têm também mostrado estreita relação com a disfunção sexual nas mulheres (Allahdadi et al., 2009; Eyada & Atwa, 2007; Veronelli et al., 2009). Resultados preliminares comparando mulheres com doença arterial coronariana e mulheres saudáveis mostraram que as primeiras tinham uma menor frequência sexual assim como níveis significativamente mais baixos de funcionamento sexual em geral e em todas as dimensões do FSFI, excepto na dimensão de satisfação sexual (Kaya, Yilmaz, Nurkalem, Ilktac, & Karaman, 2007). Num estudo outro estudo, envolvendo mulheres pós-menopausicas com doença cardiovascular (e.g., enfarto do miocárdio, doença arterial periférica, angina, insuficiência cardíaca), McCall-Hosenfeld e colaboradores (2008a) verificaram existir associação entre a doença arterial periférica e a insatisfação com a actividade sexual (McCall-Hosenfeld, Freund, Legault, Jaramillo, Cochrane, Manson, et al., 2008a). Alguns dados sugerem que a arteriosclerose pode igualmente constituir um factor de risco para problemas sexuais nas mulheres (Allahdadi et al., 2009).

Uma das condições físicas que tem revelado estar associada a uma maior prevalência de disfunções sexuais nas mulheres é a hipertensão arterial (Burchardt, Burchardt, Anastasiadis, Kiss, Baer, Pawar, et al., 2002; Doumas et al., 2006; Hale, Hannan, Heaton, & Adams, 2005). Alguns estudos revelam que as mulheres hipertensas, comparativamente a mulheres sem hipertensão, podem apresentar diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da resposta orgástica, e maiores níveis de dor durante a actividade sexual (Burchardt et al., 2002; Hale et al., 2005). Por outro lado e a complexificar ainda mais a temática, algumas drogas anti-hipertensoras têm também mostrado poder induzir problemas sexuais em mulheres hipertensas com um funcionamento sexual normal (Duncan, Lewis, Smith, Jenkins, Nichols, & Pearson, 2001).

O excesso de colesterol parece também constituir um factor de risco para a problemática sexual feminina (Esposito & Giugliano, 2005; Veronelli et al., 2009). Num estudo conduzido com mulheres premenopausicas com valores elevado de HDL e de triglicérideos (hiperlipidémia), Esposito e colaboradores (2009) verificaram que, comparativamente às mulheres sem hiperlipidémia, as primeiras apresentavam valores de funcionamento sexual significativamente mais baixos (Esposito, Ciotola, Maiorino, Giugliano, Autorino, De Sio, et al., 2009).

Têm ainda sido encontrados alguns resultados sugestivos de associação entre a problemática sexual feminina e problemas comuns como as alergias (Benninger & Benninger, 2009; Kirmaz, Aydemir, Bayrak, Yuksel, Ozenturk, & Degirmenci, 2005), doenças dos ossos e/ou das articulações (Anderson, Triplett, Nietert, & Brown, 2009; Areskoug-Josefsson, & Öberg, 2009; Carreon, Fried, Palevsky, Kimmel, Arnold, & Weisbord, 2008) e dores de cabeça crónicas ou enxaquecas (Ifergane, Ben-Zion, Plakht, Regev, & Wirguin, 2008; Redelman, 2010; Biehl, Evers, & Frese, 2007).

Outros estudos revelam a possibilidade de problemas a nível do funcionamento e da satisfação sexual em mulheres com situações clínicas tão diversas como epilepsia (Harden, 2005; Rees, Fowler, & Maas, 2007; Tatum et al., 2004), esclerose múltipla (McCabe, McKern, McDonald, & Vowels, 2003; McCabe, & McDonald, 2007; Rees et al., 2007; Tristano, 2009; Zivadnov et al. 1999) fibromialgia (Kool, Woertman, Prins, Van Middendorp, & Geenen, 2006). Tristano, 2009), síndrome de fadiga crónica

(Blazquez, Ruiz, Vazquez, de Sevilla, Garcia-Quintana, Garcia-Quintana, et al., 2008), síndrome do cólon irritável (Guthrie, Creed, & Whorwell, 1987; Spiegel, Gralnek, Bolus, Lin, Dulai, Mayer, et al., 2004), ou ainda lesão vértebro-medular (Gianotten, Bender, Post, & Höing, 2006; Mona, Krause, Norris, Cameron, Kalichman, & Lesondak, 2000; Valtonen, Karlsson, Siösteen, Dahlöf, & Viikari-Juntura, 2006).

Algumas situações oncológicas têm também mostrado estreita relação com as disfunções sexuais nas mulheres (Barni & Mondin, 1997; Höckel & Dornhöfer, 2008). Fleming e Kleinbart (2001), por exemplo, referem que algumas das dificuldades associadas ao cancro da mama incluem a diminuição do desejo sexual, problemas de excitação, diferente responsividade às sensações físicas, dor durante o acto sexual e perda de prazer sexual. Speer e colaboradores (2005), embora não tendo encontrado associações entre o tipo de tratamento (i.e., cirurgia, quimioterapia, radiação, Tamoxifeno) os níveis hormonais e o funcionamento sexual das mulheres, verificaram, no entanto, que as mulheres com cancro da mama, comparativamente a um grupo de controlo, apresentavam níveis significativamente mais baixos em todas as dimensões de funcionamento sexual, além de níveis mais elevados de perturbação interpessoal associada aos encontros sexuais (Speer, Hillenberg, Sugrue, Blacker, Kresge, Decker, et al., 2005).

Os problemas de hipotiroidismo ou hipertiroidismo têm também mostrado alguma interacção com a resposta sexual na mulher, apesar de os estudos serem mais escassos do que nos homens (Bhasin, Enzlin, Coviello, Basson, 2007; Veronelli et al., 2009). Dados preliminares obtidos junto de 48 mulheres com problemas de tiróide mostraram, comparativamente a um grupo de controlo, níveis mais baixos de lubrificação e orgasmo, no *FSFI*, além de valores significativamente mais elevados de depressão, altamente correlacionados com problemas de desejo, excitação e satisfação sexual (Slag, Morley, Elson, Trence, Nelson, Nelson, et al., 1983). Num estudo bastante mais recente, em que duas amostras, uma de mulheres com hipotiroidismo e uma outra com valores subclínicos de hipotiroidismo, foram comparadas com um grupo de controlo, verificou-se que, em relação a esta última, as duas primeiras apresentaram valores significativamente mais baixos de funcionamento sexual e uma maior percentagem de diagnósticos de disfunção sexual (Atis, Dalkilinc, Altuntas, Atis, Caskurlu, & Ergenekon, 2010).

Alguns problemas ginecológicos têm mostrado estar associados a dificuldades sexuais, sobretudo dispareunia, como é o caso da vulvodinia localizada e generalizada, a vulvovaginite por *Candida Albicans*, a vaginite atrofica ou lesões perineais na sequência de episiotomia (Kuppermann, Summitt Jr., Varner, McNeeley, Goodman-Gruen, Learman, et al., 2005). Também as infecções e doenças sexualmente transmitidas coexistem, frequentemente, com disfunções sexuais quer como causa ou consequência (Goldmeier & Leiblum, 2005; Sadeghi-Nejad, Wasserman, Weidner, Richardson, & Goldmeier, 2010). Problemas ao nível do útero ou dos ovários têm igualmente revelado relação quer com o funcionamento quer com a satisfação sexual (Battaglia, Nappi, Mancini, Cianciosi, Persico, Busacchi, P., 2008; Gorlero, Lijoi, Biamonti, Lorenzi, Pullè, Dellacasa, et al., 2008; Kuhn, Bapst, Stadlmayr, Vits, & Mueller, 2009; Mi Hae & Young Mi, 2009). Por outro lado, Hawton e colaboradores (1994), tendo estudado as experiências sexuais de um grupo de 436 mulheres e respectivos parceiros, e a sua relação com aspectos de natureza demográfica, psiquiátrica, marital, ginecológica e o estatuto menopausico, não encontraram qualquer associação entre problemas sexuais e sintomas ginecológicos (Hawton, Gath, & Day, 1994).

Relativamente à importância das intervenções ginecológicas na sexualidade feminina, os estudos são contraditórios e nem sempre conclusivos (Thakar, Ayers, Clarkson, Stanton, & Manyonda, 2002). Çayan e colaboradores (2004), por exemplo, estudaram a relação entre o funcionamento sexual e aspectos como a realização prévia de cirurgia pélvica, não tendo encontrado diferenças significativas entre mulheres com e sem disfunção sexual (Çayan, Akbay, Bozlu, Canpolat, Acar, & Ulusoy, 2004). No entanto, outros estudos mostraram que a histerectomia e a ooforectomia bilateral por exemplo, constituem importantes preditores de dificuldades sexuais (Guzick & Hoeger, 2000; West, Vinikoor, & Zolnoun, 2004). Ainda assim, quanto à histerectomia, há estudos que revelam que, nalguns casos, a intervenção pode ter efeitos positivos ao nível da resposta sexual feminina (Flory, Bissonnette, Amsel, & Binik, 2006; Kuppermann, Summitt Jr., Varner, McNeeley, Goodman-Gruen, Learman, et al., 2005). Bradford e Meston (2007) sublinham a importância da educação acerca dos potenciais efeitos negativos na sexualidade, como forma de minimizar esses mesmos efeitos e de aumentar a satisfação sexual e a satisfação com a histerectomia.

c) Medicação

Além das disfunções sexuais induzidas por substâncias, incluindo a medicação, a literatura tem revelado que determinados fármacos podem interferir com a resposta sexual feminina, designadamente os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS ou SSRIs), antidepressivos heterocíclicos, agentes bloqueadores de dopamina, anti-hipertensores, narcóticos e sedativos hipnóticos (Clayton & Shen, 1998; Hale et al., 2005; Hendrick & Gitlin, 2004; Malatesta, 2007; Montgomery, Baldwin, & Riley, 2002).

Quanto aos antidepressivos, vários estudos mostram que estes podem ter um efeito bastante negativo na resposta sexual, em particular ao nível do desejo, bem como contribuir para o surgimento e/ou agravamento de dificuldades sexuais (Clayton & Balon, 2009; Michelson, & Bancroft, 2000; Montgomery, Baldwin, & Riley, 2002; Stulberg, Ewigman, & Hickner, 2008; Werneke et al., 2006).

Os sedativos, pela sua acção inibitória a nível do sistema nervoso central, podem provocar anedonia e interferir negativamente com o orgasmo e a libido (Baldwin, 1995; Berman, Berman, & Goldstein, 1999a; Clayton, & Shen, 1998; Ghadirian, Chouinard, & Annable, 1982).

Foram ainda encontradas associações entre problemas sexuais nas mulheres e o uso de antipsicóticos (Baggaley, 2008; Baldwin, 1995; Baldwin & Birtwistle, 1997) e ansiolíticos (Arrington, Cofrancesco, & Wu, 2004; Baldwin, 1995; Clayton, & Shen, 1998).

Os cardiotónicos têm também sido associados a dificuldades de natureza sexual (Golomb & Evans, 2008; Hale et al., 2005), assim como a medicação anti-hipertensora (Croog, Levine, Testa, Brown, Bulpitt, C. Jenkins, et al., 1986; Duncan et al., 2001; Grimm, Gandits, & Prineas, 1997), particularmente os anti-hipertensores não diuréticos (Dunn, Croft, & Hackett, 2000; Townsend, 2006), os antiepilépticos (Boro & Haut, 2003; Harden, 2005; Tatum et al., 2004), diuréticos (Chang, Fine, Siegel, Chesney, Black, & Hulley, 1991; Cheng, 1992), e os vasodilatadores (Hale et al., 2005).

A relação entre o uso de contraceptivos orais e a resposta sexual tem gerado bastante polémica, particularmente no que respeita ao desejo. Alguns dados sugerem

que o facto de a mulher estar livre da preocupação quanto a uma possível gravidez não desejada ou não planeada pode fazer com que a apresente maior disponibilidade para o envolvimento sexual e para desfrutar do encontro. Há, inclusivamente, estudos que sugerem a possibilidade de aumento do interesse sexual, por vias que não as hormonais (para uma revisão, ver Schaffir, 2006), embora outros estudos, pelo contrário, apontem para uma diminuição da resposta sexual com o uso da pílula contraceptiva (Berman et al., 1999a; Davison, Bell, LaChina, Holden, & Davis, 2008; Sarajari, Wickman, Marin, & Berman, 2004). No entanto, há também bastantes estudos que não encontraram diferenças significativas entre mulheres com e sem disfunção sexual quanto ao uso de contraceptivos orais (Çayan et al., 2004; Stuckey, 2008). Por outro lado, as pílulas contraceptivas actualmente no mercado, são cada vez mais equilibradas em termos das dosagens de estrogénio e progestina de modo a não alterar muito a fisiologia natural da mulher (Stuckey, 2008).

Relativamente à terapêutica de substituição hormonal, a maioria dos estudos sugere que a reposição estrogénica ou estro-androgénica pode conduzir ao aumento do interesse sexual e fantasias sexuais e assim também contribuir para uma melhoria da satisfação sexual feminina (Berman, 2005; Berman, Berman, Werbin, Flaherty, Leahy, & Goldstein, 1999b; Davison et al., 2008; Nappi, Salonia, Traish, Van Lunsen, Vardi, Kodiglu et al., 2005) embora outros estudos não tenham encontrado qualquer efeito na resposta sexual com o uso de terapia de substituição hormonal (Ziaei, Moghasemi, & Faghihzadeh, 2010).

Apesar dos vários estudos sugerindo a importância das doenças e da medicação, outros estudos, como por exemplo o de Richters e colaboradores (2003), não foi encontrada qualquer relação entre o auto-relato de dificuldades sexuais nas mulheres e a toma de medicação para a hipertensão ou para a doença cardiovascular ou ainda o diagnóstico de diabetes ou hiperglicemia (Richters, Grulich, de Visser, Smith, & Rissel, 2003).

d) Variáveis obstétricas e sexualidade feminina

Quanto às variáveis obstétricas, algumas condições têm mostrado poder interferir com a resposta sexual feminina, como a gravidez, tipo de parto, depressão pós-parto ou a experiência de aborto. Relativamente à gravidez, embora possam ocorrer mudanças na resposta sexual da mulher, sobretudo ao longo do último trimestre de gravidez (Erol, Sanli, Korkmaz, Seyhan, Akman, & Kadioglu, 2007), e possíveis perdas quanto ao funcionamento sexual (Pauls, Occhino, & Dryfhout, 2008; Serati, Salvatore, Siesto, Cattoni, Zanirato, Khullar, et al., 2010), não têm sido encontradas modificações negativas a nível da satisfação sexual (Pauleta, Pereira, & Graça, 2010).

Nos últimos anos, o tipo de parto tem vindo a ser considerado como uma variável muito importante a ter em conta na saúde sexual das mulheres (Bertozzi, Londero, Fruscalzo, Driul, & Marchesoni, 2010; Gungor et al., 2007; Safarinejad, Kolahi & Hosseini, 2009). Alguns estudos mostram que o parto normal pode permitir a ocorrência de lesões no nervo pudendo ou problemas a nível do pavimento pélvico, podendo também conduzir, a curto ou longo prazo, a dores perineais ou a dispareunia (Nichols, Gill, Nguyen, Barber, & Hurt, 2004; Pollack, Nordenstam, Brismar, Lopez, Altman, & Zetterstrom, 2004). Safarinejad e colaboradores (2009) verificaram também que, nas mulheres saudáveis, com gravidezes a termo e um só feto na barriga, os partos mostraram estar associados com taxas mais elevadas de disfunção sexual e as cesarianas com taxas mais baixas de problemas sexuais a longo prazo (Safarinejad et al., 2009). Num outro estudo, avaliou-se o efeito do tipo de parto na satisfação sexual das mulheres, comparando mulheres com parto normal e cesariana (Gungor, Baser, Ceyhan, Karasahin, & Acikel, 2007). Os resultados mostraram uma prevalência de insatisfação sexual superior nas mulheres que tinham tido parto normal (14,4%, contra 4,4% nas mulheres que tinham feito cesariana). No entanto, o grau de prazer com o companheiro e na relação mostrou ser o preditor mais importante da satisfação em geral. Além disso, apesar das diferenças entre os grupos revelarem alguma tendência para uma maior insatisfação nas mulheres que tinham tido parto normal, comparativamente a cesariana, as diferenças não foram estatisticamente significativas (Gungor et al., 2007).

A depressão pós-parto é também uma condição que pode influenciar negativamente o funcionamento e a satisfação sexual feminina (Huang & Mathers,

2006; Morof, Barrett, Peacock, Victor, & Manyonda, 2003; Seimyr, Edhborg, Lundh, & Sjögren, 2004).

Relativamente à importância do aborto na resposta sexual da mulher, alguns estudos mostram que ela pode ter uma influência bastante negativa, quer a nível do funcionamento, quer na satisfação sexual, aumentando também os factores de risco para o surgimento de disfunções sexuais (Bianchi-Demicelli, Perrin, Ludicke, Bianchi, Chatton, & Campana, 2002; Rue, Coleman, Rue, & Reardon, 2004). Por exemplo, Veras e colaboradores (2009) observaram que muitas das mulheres da sua amostra que tinham disfunção sexual, tinham também tido uma história prévia de aborto (um ou mais) e que o elevado número de abortos estava ainda relacionado com a presença de sintomatologia depressiva (Veras, Rassi, Yukizaki, Franco, Novo, L., Valença, et al., 2009). No estudo de Rue e colaboradores (2004) verificou-se que 6,2% das mulheres, numa amostra russa e 24% das mulheres numa amostra americana, referiam problemas sexuais que atribuíam directamente a um aborto prévio (Rue et al., 2004). Coleman e colaboradores (2007) chamam a atenção para o impacto que o aborto pode ter na vida do casal e, desse modo, nas suas experiências de intimidade emocional e sexual (Coleman, Vincent, & Spence, 2007). Numa revisão da literatura relativamente recente, verificou-se que, entre os casais que tinham tido uma experiência de aborto, um quarto deles separavam-se ou divorciavam-se, devido a processos psicológicos relacionados com a experiência; além disso, as disfunções sexuais mostraram ser relativamente frequentes (até 30% dos casos) após o aborto, embora as dificuldades revelem tendência a esbater-se com o passar do tempo (Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007). Também num estudo de revisão, Bradshaw e Slade (2003) concluíram que 10 a 12% das mulheres experienciavam problemas sexuais relacionados com o aborto nas primeiras semanas e meses após o aborto e que 5 a 20% tinham dificuldades sexuais cerca de um ano depois de terem tido o aborto. No entanto, outros estudos, como por exemplo o de Kero e Lalos (2005) mostram que a maioria das mulheres, um ano após o aborto, podem ter experiências sexuais tão satisfatórias quanto antes.

e) Estatuto menopausico e sexualidade feminina

As respostas sexuais das mulheres apresentam mudanças ao longo do ciclo de vida, havendo alguns estudos que mostram que o interesse sexual e a frequência da actividade podem diminuir com a transição menopausica (Avis, Stellato, Crawford, Johannes, & Longcope, 2000; Dennerstein, Dudley, & Burger, 2001).

Definida pela ausência de período menstrual há mais de 12 meses, a menopausa caracteriza-se pelo encerramento dos ciclos menstruais e ovulatórios (Kaufert, Gilbert, & Tate, 1987; McCoy, 1992). Quanto à perimenopausa, constitui o período de tempo que ocorre antes da menopausa, e que pode durar desde meses a anos, sendo marcado por mudanças significativas no ciclo ou na duração, intensidade ou fluxo sanguíneo do período menstrual (Kaufert et al., 1987; Mansfield & Jorgensen, 1992). Alguns investigadores sugerem que a menopausa pode ter um papel importante na resposta sexual das mulheres na meia-idade, de forma directa e indirecta, através de mudanças nos níveis hormonais (McCoy, 1992; Sherwin, 1991). Durante a menopausa, os folículos ováricos tornam-se insensíveis à estimulação das gonadotrofinas e os ovários tornam-se menos capazes de produzir estrogénio e progesterona. Embora, após a menopausa, a produção de estrogénios continue a ter lugar fora dos ovários, a maioria das mulheres pós-menopausicas experiencia uma acentuada diminuição nos níveis de estrogénio circulante (McCoy, 1992). A par com essa diminuição, pode ocorrer alguma mudança no funcionamento sexual feminino, sendo relativamente comuns as queixas de falta de desejo, diminuição da actividade sexual, dor aquando da penetração, diminuição da responsividade sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição das sensações genitais de excitação sexual (Berman, 2005). A secura vaginal e os calores súbitos, duas condições decorrentes da diminuição dos níveis de estrogénio na transição menopausica, têm mostrado também associação com um declínio na responsividade sexual (Bachmann, 1990).

No entanto, não existem certezas quanto ao efeito directo ou indirecto da menopausa na sexualidade. No estudo de Gallicchio e colaboradores (2007), no qual se tentou perceber a relação entre a actividade hormonal na transição menopausica e a resposta sexual em mulheres sexualmente activas, verificou-se que as mulheres que referiam ter menos saúde e as que experienciavam mais sintomas depressivos, eram também as que referiam menor satisfação nas suas relações sexuais, mesmo depois de

controladas outras covariáveis associadas à menopausa. Além disso, nenhuma das hormonas avaliadas (foram recolhidas amostras de sangue para avaliar as concentrações de estrogénios e androgénios) mostrou associação significativa com a satisfação sexual em geral (Gallicchio, Schilling, Tomic, Miller, Zacur, & Flaws, 2007). Vários investigadores contestam o modelo puramente biomédico, argumentando a importância de outros factores contextuais capazes de melhor explicar o declínio no funcionamento sexual feminino na meia-idade, nomeadamente o facto de se ter parceiro ou de ser casado, a idade ou a auto-avaliação da saúde como sendo fraca e a antecipação dos sintomas menopausicos (Mansfield, Koch, & Voda, 2000; Mansfield, Voda, & Koch, 1995; Myers, 1995). Koster e Garde (1993), por exemplo, verificaram, numa amostra de mulheres menopausicas, que a frequência do desejo sexual estava fortemente associada a expectativas negativas quanto aos sintomas da menopausa, especificamente a antecipação de diminuição do desejo sexual.

Por outro lado, West e colaboradores (2004), numa revisão de estudos sobre prevalência e preditores de disfunções sexuais, encontraram um estudo em que, depois de controlada a idade, o nível de desejo sexual das mulheres menopausicas mostrou estar relacionado não com a idade mas com factores biológicos. Estes investigadores verificaram ainda que as mulheres menopausicas, comparativamente às premenopausicas, tinham níveis mais baixos de desejo sexual (West et al., 2004).

Independentemente da explicação, alguns estudos encontraram uma prevalência superior de disfunção sexual nas mulheres após a menopausa (Çayan et al., 2004). Oksuz e Malhan (2006) identificaram também o estatuto menopausico como um factor de risco para a problemática sexual. No estudo de Gonzalez e colaboradores (2004), a menopausa mostrou estar associada a uma diminuição da resposta sexual em várias dimensões do funcionamento sexual mas esta associação apenas se mostrou significativa a nível da lubrificação e da dor (Gonzalez et al., 2004). Já Avis e colaboradores (2000) verificaram que a menopausa estava relacionada com o baixo desejo sexual mas não encontraram qualquer relação com outros aspectos do funcionamento sexual (Avis et al., 2000).

Pelo contrário, Kingsberg (2002) verificou que o estatuto menopausico pouco contribuía para explicar o desejo sexual e a frequência da actividade sexual nas

mulheres e que, a nível do prazer sexual, não tinha qualquer capacidade preditiva. No estudo de Hawton e colaboradores (1994) também não foi encontrada associação entre o comportamento sexual e a resposta sexual das mulheres e o seu estatuto menopausico.

No que respeita à satisfação sexual, alguns estudos mostram que, com a menopausa, é frequente surgirem queixas de experiências sexuais insatisfatórias, acompanhadas de relatos de diminuição do desejo sexual, secura vaginal e dispareunia (Nappi & Lachowsky, 2009). Já Dundon e Rellini (2010) verificaram que os sintomas menopausicos, juntamente com o ajustamento diádico e o bem-estar psicológico, constituíam importantes preditores da satisfação sexual nas mulheres dos 40 aos 70 anos, mais do que e para além do funcionamento sexual. No entanto, há também estudos que mostram que a satisfação sexual pode manter-se elevada durante a transição menopausica. Por exemplo, Woloski-Wruble e colaboradores (2010) verificaram que as mulheres do seu estudo, recrutadas numa clínica de apoio e seguimento de mulheres na menopausa, tinham níveis de satisfação sexual superiores à média e uma boa comunicação sexual/íntima com o parceiro, sendo que a principal queixa de insatisfação tinha apenas a ver com a falta de variedade na sua vida sexual (Woloski-Wruble, Oliel, Leefsma, & Hochner-Celnikier, 2010). Num outro estudo a satisfação sexual no relacionamento mostrou estar mais relacionada com a idade do que propriamente com o estatuto menopausico (Deeks & McCabe, 2001). Contudo, este mesmo estudo revelou que, nas mulheres que referiam ter experienciado uma disfunção sexual, a menopausa constituía melhor preditor do que a idade.

CAPÍTULO III.
Hábitos de Vida
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

O estudo da importância do álcool, tabaco e outras substâncias recreativas a nível da resposta sexual e bem-estar sexual constitui uma área de investigação que, embora não sendo nova, permanece ainda pouco explorada, além de apresentar resultados contraditórios na população feminina. A presença de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente em termos alimentares e de exercício físico, ainda que seja comumente aceite como desempenhando um papel positivo e genericamente promotor de boa saúde, tem recebido pouca atenção científica no campo da sexologia.

2. Consumo de tabaco, álcool e outras drogas e sexualidade feminina

a) Tabaco

O acto de fumar, tradicionalmente e ainda nos nossos dias, é considerado sinónimo de sofisticação, prazer, maior atractividade e até algum *glamour* (Anderson, Glantz, & Ling, 2005; McKay, 2005). Assim considerado, o tabaco teria um papel promotor na atracção e aproximação sexual. No entanto, mediante análise dos dados médicos/científicos acerca dos efeitos da nicotina na resposta sexual, colocam-se bastantes interrogações e questionam-se alguns mitos.

Percorrendo a literatura empírica referente à relação entre consumo tabágico e sexualidade, um dos aspectos que imediatamente ressalta é a contração, em larga medida, na função erétil masculina. De facto, existe um corpo considerável de estudos que demonstram o impacto negativo do consumo de tabaco a nível da capacidade de erecção (Chew, Bremner, Stuckey, Earle, & Jamrozik, 2009; Millett, Wen, Rissel, Smith, Richters, Grulich, et al., 2006; Shiri, Koskimäki, Hakama, Häkkinen, Huhtala, Tammela, 2004).

Em parte, e considerando sobretudo os efeitos a curto prazo, compreende-se este esforço de investigação uma vez que a nicotina interfere com um conjunto de processos biológicos necessários para produzir e manter uma erecção, desde a vasodilatação, até ao relaxamento da musculatura lisa (Celermajer, Sorensen, Georgakopoulos, Bull,

Thomas, Robinson, et al., 1993; Conklin, Haberzettl, Prough, & Bhatnagar, 2009; Lehr, 2000). O consumo de tabaco reduz a eficiente circulação do sangue por todo o corpo, incluindo a área genital (Powell, 1998), cuja adequada irrigação sanguínea é indispensável para a resposta de excitação (erecção, nos homens, e ingurgitamento genital e intumescimento do clítoris, nas mulheres). Por outro lado, estudos em que foram avaliados os efeitos a longo prazo do consumo tabágico revelaram, consistentemente, riscos aumentados de disfunção erétil (Chew et al., 2009; Shiri et al., 2004), aumentando proporcionalmente ao número de cigarros consumidos e ao número de anos de consumo (Gades, Nehra, Jacobson, McGree, Girman, Rhodes et al., 2005).

Menos explorada tem sido a relação entre tabaco e resposta sexual na mulher, sendo que alguns resultados parecem ser contraditórios. Alguns estudos de prevalência e de factores de risco para as disfunções sexuais femininas que analisaram a importância do consumo de tabaco, mostraram que este diferencia mulheres com e sem problemas sexuais (Oksuz & Malhan, 2006); outros, evidenciaram ausência de relação entre hábitos tabágicos e disfunção sexual (Cayan, Akbay, Bozlu, Canpolat, Acar, & Ulusoy, 2004; Safarinejad, 2006). McCall-Hosenfeld e colaboradores conduziram recentemente uma investigação com mulheres pós-menopausicas, tendo encontrado associação entre consumo de tabaco e insatisfação sexual feminina (McCall-Hosenfeld, Jaramillo, Legault, Freund, Cochrane, Manson, et al. 2008).

Um estudo laboratorial conduzido por Harte e Meston (2008b) acerca dos efeitos agudos do tabaco em mulheres não fumadoras revelou que a ingestão de nicotina, consumida sob a forma de pastilha, cerca de 40 minutos antes da exposição a um filme erótico, reduzia significativamente (em 30%) a resposta de excitação fisiológica (mas não a resposta subjectiva, nem o humor), levando os investigadores a concluir que a nicotina constitui o principal agente responsável pelas alterações hemodinâmicas genitais promotoras de um conjunto de reacções vasculares e bioquímicas que podem afectar negativamente a resposta normal de excitação sexual na mulher. Resultados idênticos tinham sido encontrados pelos mesmos autores, usando um desenho experimental em tudo semelhante, numa amostra masculina, com uma redução de 23% na resposta de erecção (Harte & Meston, 2008a). Embora interessantes, estes resultados não podem ser generalizados aos consumidores regulares de tabaco, circunscrevendo-se, pois, ao âmbito dos efeitos a curto prazo.

b) Álcool

Ao longo da história e em diferentes culturas, tem vindo a alimentar-se a crença de que o álcool pode constituir um facilitador e desinibidor sexual, atribuindo-se-lhe até propriedades afrodisíacas (Goldman & Roehrich, 1991; Roehrich & Kinder, 1991).

Alguns resultados obtidos com amostras femininas revelam que consumos moderados de álcool podem resultar num aumento da excitação sexual subjectiva, desejo e prazer, embora não tenham sido encontrados sinais de aumento de excitação sexual fisiológica (Beckman & Ackerman, 1995; Malatesta, Pollack, Crotty, & Peacock, 1982), pelo que a maioria das expectativas e crenças em torno dos efeitos estimulantes do álcool não têm tido suporte empírico objectivo (Goldman & Roehrich, 1991).

Por outro lado, consumos exagerados, e durante largos períodos de tempo, revelam poder concorrer para problemas sexuais e disfunção, nomeadamente disfunção erétil, inibição do orgasmo e baixo desejo, no homem (Malatesta, Pollack, Wilbanks, & Adams, 1979) e dificuldades de lubrificação, inibição do orgasmo e dor durante o acto sexual, na mulher (Johnson, Phelps & Cottler, 2004; Peugh & Belenko, 2001; McKay, 2005). O álcool constitui um depressor do Sistema Nervoso Central, contribuindo para abrandar o funcionamento cerebral, a respiração e a circulação, pelo que, se consumido em elevadas doses, facilmente se compreende que, por várias vias, possa conduzir a alterações negativas no ciclo de resposta sexual (Peugh & Belenko, 2001).

Estudos em que foram avaliados os efeitos a curto prazo do álcool na resposta sexual masculina mostraram que o consumo de quantidades elevadas de álcool reduzia a capacidade de excitação e a possibilidade de ter ejaculação (Farkas & Rosen, 1976; Malatesta et al., 1979). Nos estudos realizados com mulheres, consumos exagerados de álcool demonstraram também provocar efeitos negativos na capacidade da mulher para se manter excitada durante o acto sexual e experienciar orgasmo (Malatesta et al., 1982; Wilson & Lawson, 1978). Outros estudos mostraram que, embora algumas mulheres possam referir um aumento da excitação sexual e sensações de prazer aumentadas durante o orgasmo, com o aumento das concentrações de álcool no sangue, a resposta de orgasmo tende a ser menos intensa e com períodos de latência mais longos (Beckman & Ackerman, 1995).

De modo geral, a existência de problemas relacionados com o álcool e o seu consumo excessivo, nas mulheres, tal como nos homens, têm demonstrado estar associados a um maior risco de disfunção sexual (Beckman & Ackerman, 1995; Covington & Kohen, 1984; McKay, 2005).

Embora alguns estudos apresentem o álcool como contribuindo para problemas sexuais, importa igualmente contextualizar os resultados encontrados sendo que, como referem Dunn e colaboradores (1999) uma grande parte do trabalho desenvolvido nesta área de investigação tem sido conduzida com amostras de indivíduos alcoólatras ou com cirrose hepática (Covington & Kohen, 1984; Dunn, Croft, & Hackett, 1999). Ora, estes casos representam apenas uma pequena proporção das pessoas que bebem, pelo que, no que diz respeito à comunidade em geral, particularmente a feminina, continua a não existir grande conhecimento acerca do efeito dos diferentes consumos de álcool no funcionamento e satisfação sexual.

Recentemente, Rosen e colaboradores (2009) encontraram um resultado curioso, num estudo que visava avaliar a relação entre sintomas urológicos e experiências sexuais, controlando os efeitos da idade, comorbilidades médicas e estilos de vida. Os autores recorreram a uma amostra ampla e representativa de homens e mulheres residentes em Boston, com idades entre os 30 e os 79 anos. Além de confirmarem a esperada associação entre sintomatologia urológica e significativa diminuição da actividade e do funcionamento sexual em ambos os géneros, os resultados mostraram existirem diferentes factores de risco e comorbilidades para homens e mulheres, revelando nomeadamente uma inesperada associação inversa, nas mulheres, entre disfunção sexual e consumo de álcool (Rosen, Link, O'Leary, Giuliano, Aiyer, & Mollon, 2009). Na amostra comunitária estudada por Johnson e colaboradores (2004) verificou-se também que, embora o álcool mostrasse associação com a inibição do orgasmo, não existia qualquer relação entre consumo de álcool e baixo desejo sexual. No entanto, Lutfey e colaboradores (2009) tendo examinado o funcionamento sexual de 3.205 mulheres, com idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos, no âmbito de uma diversificada amostra comunitária, encontraram associação entre o consumo de álcool e a presença de problemas sexuais (Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinlay, 2009)

Em suma, a relação entre o consumo de álcool e as experiências sexuais, particularmente as femininas, permanece ainda largamente desconhecida e com indicadores aparentemente contraditórios.

c) Outras drogas

Na cultura indiana, a *cannabis* era associada às práticas religiosas tântricas e à estimulação da excitação sexual, persistindo ainda a crença de que esta substância estimula o desejo e favorece o prolongamento da actividade sexual (Chopra & Chopra, 1957; Russo, 2005).

O que os resultados de diferentes estudos realizados até ao momento revelam, no seu conjunto, é que os efeitos da *cannabis* a nível do comportamento e da resposta sexual humana diferem em função da dose, com o aumento do consumo associado a efeitos menos positivos ou até negativos, e diferem em função do género, com resultados consistentemente positivos na mulher e efeitos menos claros ou contraditórios no homem (Gorzalka & Hill, 2006).

Weller e Halikas (1984) entrevistaram uma amostra de consumidores regulares de marijuana, com o intuito de perceber o modo como estes percepcionavam os efeitos do consumo da substância no comportamento sexual e nas práticas sexuais. Os resultados revelaram que o consumo de marijuana estava associado a uma maior frequência da actividade sexual e a um número mais elevado de parceiros sexuais; além disso, em concordância com estudos prévios (Dawley Jr., Baxter, Winstead, & Gay, 1979), confirmaram que a percepção que os consumidores tinham era a de que a marijuana aumentava o prazer sexual e a satisfação. As sensações descritas como sendo as mais salientes, sob o efeito da droga, eram o tacto e o paladar, sendo que muitos dos consumidores descreviam a marijuana como um afrodisíaco. A maioria dos indivíduos referiam ter recorrido ocasionalmente à marijuana como forma de preparação para a actividade sexual e 20% tinham tido esta prática regularmente. Algumas das explicações sistematizadas por estes investigadores para fundamentar os efeitos “afrodisíacos” da marijuana teriam a ver com o facto de a substância a) diminuir a inibição, b) aumentar o foco sensorial, c) provocar um aumento generalizado de bem-estar (hedonismo), d)

identificar a percepção do tempo, levando a que a actividade de prazer parecesse durar mais) ter reputação de estimulante sexual (efeito placebo) e, f) o seu consumo ocorrer num contexto de relaxamento, favorável à actividade sexual (Weller & Halikas, 1984). Num estudo experimental realizado em 1968, Hollister e colaboradores verificaram que a substância psicoactiva THC estimulava, entre reacções de outra natureza, a ocorrência de pensamentos sexuais, maior *insight* e melhoria do desempenho sexual e mais prazer (Hollister, Richards, & Gillespie, 1968). No entanto, ficou também demonstrado que, enquanto o consumo em doses baixas e controladas de *cannabis*, poderia facilitar a actividade sexual, doses elevadas e frequentes, em particular no caso masculino, seriam inibitórias, podendo mesmo conduzir a dificuldades sexuais (Rawson, Washton, Domier, & Reiber, 2002). Cohen (1982), por exemplo, encontrou algum nível de disfunção sexual em 19% dos homens que consumiam *cannabis* diariamente, comparativamente aos 8% encontrados no grupo de controlo.

Apesar destes e de outros estudos de inquérito e com recurso a entrevistas terem mostrado que muitos dos consumidores de marijuana percebem um efeito afrodisíaco e estimulador de maior prazer satisfação e prazer sexual, incluindo melhoria da qualidade subjectiva dos orgasmos (Gawin, 1978; Halikas, Weller, & Morse, 1982), a maioria dos utilizadores referiu que a droga não tinha efeito na função sexual, em si mesma, como por exemplo, maior frequência de orgasmos, erecção ou lubrificação (Gawin, 1978). Além disso, não foram encontrados estudos experimentais demonstrando claramente os efeitos da marijuana na psicofisiologia da resposta sexual humana (McKay, 2005).

Todas as sugestões que derivam da literatura empírica vão no sentido de explicar os efeitos positivos desta droga sobretudo através das mudanças nos processos perceptivos, reflectindo-se na experiência subjectiva de prazer sexual, com resultados consistentemente mais positivos nas mulheres do que nos homens (Gorzalka & Hill, 2006). Apenas foi encontrado um estudo com resultados menos abonatórios para o sexo feminino, realizado por Johnson e colaboradores (2004), no qual estes recorreram a uma amostra comunitária de cerca de 3.000 adultos. Depois de controladas variáveis demográficas, dimensões relacionadas com a saúde e comorbilidade psiquiátrica, os investigadores verificaram que a inibição do orgasmo estava associada com o consumo de marijuana, que a dor durante o acto sexual era também mais frequente em

consumidores de marijuana e outras drogas ilegais mas que os problemas de desejo não tinham qualquer associação com o consumo de álcool ou outras drogas.

Além da *cannabis*, existe a ideia generalizada de que os estimulantes, nomeadamente a cocaína e as metanfetaminas, aumentam o desejo sexual, melhoram o desempenho e aumentam as sensações sexuais (Kolodny, 1985; Rawson et al., 2002).

A maioria dos estudos sugere que a cocaína não parece ter um impacto directo no ciclo de resposta sexual, mas sim, tal como outros estimulantes do Sistema Nervoso Central, desempenhar um papel facilitador, através da sensação de bem-estar proporcionado pelo consumo da droga, podendo intensificar, despoletar ou aumentar sentimentos de desejo sexual e sensualidade (McKay, 2005). Nos consumidores em fase inicial ou nos que consomem raramente, foram encontradas descrições de efeitos benéfico, sobretudo ao nível do desejo (Peugh & Belenko, 2001). Alguns estudos sugerem que os consumidores regulares de cocaína descrevem ejaculações retardadas associados ao consumo de cocaína, efeito que, nalguns casos (e.g., ejaculação prematura, nos homens) pode até ser apreciado (Palha & Esteves, 2008). Outros estudos indicam que o consumo desta substância contribui para prolongar a excitação e atrasar o orgasmo, ou, pelo contrário, pode produzir orgasmos espontâneos (Gold, 1997).

Quanto às mulheres, o atraso ou inibição da resposta orgástica é sentido como indesejado (Saso, 2002), embora nem todas as que consomem cocaína refiram esta dificuldade. Por exemplo, Smith, Wesson e Apter-Marsh (1984), numa amostra de mulheres que consumiam cocaína e álcool, cerca de 20% relatavam que a cocaína aumentava a capacidade orgástica. Por outro lado, num estudo conduzido com 100 mulheres de etnia Afro-americana que consumiam *crack* em grandes quantidades ou que estavam em tratamento devido ao abuso de *crack*, desconfirmou-se a hipótese desta droga constituir um afrodisíaco feminino ou a ideia de que o uso de *crack* faria as mulheres quererem ter mais sexo (Henderson, Boyd, & Whitmarsh, 1995). Entre as consumidoras de cocaína e álcool, enquanto 20% referiam uma melhoria a nível do interesse sexual, 80% descreviam uma diminuição do desejo, associada ao consumo de cocaína (Smith et al., 1984). Na amostra de mulheres estudadas por Henderson e colaboradores (1995) encontraram-se elevados índices de disfunção sexual feminina entre as consumidoras de cocaína *crack* (Henderson et al., 1995).

Genericamente, têm sido encontrados relatos acerca de efeitos positivos e negativos ou inibitórios da cocaína, na função sexual. Tal como em relação a outras substâncias, pequenas doses desta droga parecem apresentar um efeito estimulante no funcionamento sexual, enquanto largas doses e consumos regulares, a longo prazo, podem causar disfunção sexual (Meston, & Gorzalka, 1992). Adicionalmente, e por fim, não é de desprezar o conhecimento de que o consumo de cocaína/ cocaína *crack* apresenta um impacto imediato sobre o sistema cardiovascular, incluindo perigoso aumento do batimento cardíaco, com elevação dos riscos de ataque cardíaco e morte súbita (McKay, 2005; Meston, & Gorzalka, 1992; Palha & Esteves, 2008; Warner, 1993).

3. *Exercício físico, alimentação e sexualidade feminina*

a) Exercício físico

A literatura demonstra que o exercício físico regular constitui um factor de protecção relativamente a muitos problemas de saúde, incluindo doenças crónicas, além de contribuir positivamente em termos de bem-estar mental e psicológico, aliviando condições de stress, melhorando o humor, a auto-imagem e a auto-confiança (Ensel & Lin, 2004; Fontane, 1996; Galetta, Franzoni, Femia, Roccella, Pentimone, & Santoro, 2005; Guskowska, 2009; Kujala, 2006; Palmer, 2005; Radak, Kumagai, Taylor, Naito, & Goto, 2007; Tiggemann, & Williamson, 2000; Young 2007). Além disso, existem actualmente evidências médicas de que o exercício físico contribui, de modo positivo, para a satisfação sexual dos indivíduos (Levin, 1993).

Penhollow e Young (2004) sugerem que níveis mais elevados exercício físico e boa forma física melhoram a percepção do desempenho sexual e a deseabilidade sexual. Numa amostra maioritariamente feminina, de 408 estudantes, os autores verificaram que os indivíduos que praticavam exercício físico experienciavam maior satisfação consigo próprios e uma auto-imagem mais positiva, apresentando também, desse modo, maiores probabilidades de se auto-avaliarem como sexualmente desejáveis e terem a percepção de que poderiam ter um bom desempenho sexual. Num estudo posterior, realizado também com estudantes, Penhollow e Young (2008) verificaram

que a imagem corporal e a forma física constituíam preditores significativos da satisfação sexual. Lindeman e colaboradores (2007) verificaram que, de entre os 678 estudantes avaliados, aqueles que realizavam exercício físico regularmente (operacionalizado como exercício vigoroso durante pelo menos 20 minutos, 3 ou mais vezes por semana) referiram níveis significativamente superiores de satisfação sexual, do ponto de vista físico, comparativamente aos que não realizavam actividade física regularmente. Além disso, os estudantes relataram a imagem corporal, a percepção quanto à desejabilidade sexual e a força física como sendo os três componentes fundamentais, associados ao exercício físico, com efeito na satisfação sexual.

A prática de exercício físico e um índice baixo de massa corporal (IMC) têm revelado estar associados a níveis mais baixos de insatisfação corporal e a um melhor funcionamento sexual (Davis & Fox, 1993; Wiederman & Hurst, 1998; White, Case, McWhirter, & Mattison, 1990). Contudo, um resultado diferente foi encontrado por Weaver e Byers (2006), num estudo conduzido com 214 mulheres universitárias. Embora a prática de exercício físico e um baixo IMC estivessem relacionados com a imagem corporal, depois de controlado o efeito desta última, nem a prática de exercício nem o IMC constituíam preditores significativos do funcionamento sexual.

Gerber e colaboradores (2005) realizaram um estudo longitudinal com mulheres durante o período da menopausa, tendo encontrado uma correlação positiva entre exercício físico e satisfação sexual. Estes investigadores explicam que o exercício físico pode contribuir para melhorar o funcionamento sexual através de vários biomecanismos. A prática de exercício estimula a produção de CRH (hormona libertadora de corticotrofina ou ACTH), resultando num aumento da produção de ACTH (hormona da adenohipófise que actua no córtex supra-renal favorecendo a produção de corticóides) e de endorfinas. Os opióides endógenos associados ao exercício físico podem ter efeitos positivos na função sexual, bem como a outros níveis da saúde física e psicológica (Gerber, Johnson, Bunn, & O'Brien, 2005). Nos ratos, por exemplo, os peptídeos opiáceos estão associados ao aumento da actividade sexual, um dado que reforça a associação entre factores que aumentam os opióides endógenos e melhoram a resposta sexual (Bodnar, 2008). Young (2007) aponta o exercício físico como um dos factores que pode contribuir para a melhoria do humor, não só mediante as recompensas proporcionadas pela prática (e.g., forma física, convívio, etc.), mas

através de um aumento concreto nos níveis de serotonina e de triptofano, aminoácido precursor da serotonina. Hamilton, Fogle e Meston (2008) explicam também que, nas mulheres, o facto de o exercício físico aumentar a resposta genital aos estímulos eróticos pode ocorrer por vários motivos, incluindo mudanças nos níveis hormonais, a nível dos neurotransmissores, no humor ou na actividade do Sistema Nervoso Autónomo, particularmente o simpático. Estudos laboratoriais conduzidos por Meston e Gorzalka (1995) mostraram que, perante exposição a excertos de vídeos eróticos, após realização de exercício físico durante 20 minutos, as mulheres apresentavam respostas sexuais fisiologicamente superiores (medidas através da amplitude do pulso vaginal e do volume sanguíneo vaginal) comparativamente à condição em que não realizavam exercício físico antes da exposição aos vídeos. Os investigadores verificaram ainda que o aumento da resposta genital após exercício físico acontecia quer nas mulheres sexualmente funcionais, quer nas que tinham problemas de natureza sexual, sugerindo implicação do Sistema Nervoso Simpático (Meston & Gorzalka, 1996).

Em suma, a actividade física regular parece contribuir para incrementar os níveis gerais de saúde e bem-estar, além de poder melhorar a aparência física, ambos os aspectos concorrendo para uma sexualidade mais saudável e satisfatória. Por outro lado, o exercício físico estimula a actividade do Sistema Nervoso Simpático e, deste modo, pode contribuir para o aumento da satisfação sexual física.

b) Alimentação

Vários estudos sugerem que, a par com o exercício físico, os cuidados com a alimentação, no sentido de a tornar saudável, variada e equilibrada, podem ter um papel protector e promotor de um bom nível geral de saúde (Ford, Bergmann, Kröger, Schienkiewitz, WeiKert, & Boeing, 2009; Sternfeld, Block, Quesenberry, Block, Husson, Norris et al., 2009; Tonks, 2009), nomeadamente em termos de prevenção da obesidade, elevada tensão arterial, diabetes ou colesterol elevado (Bowen, Balsam, Diergaarde, Russo, & Escamilla, 2006; Hoekstra, Beulens, & van der Schouw, 2009), condições clínicas que podem vulnerabilizar os indivíduos para o desenvolvimento de problemas sexuais. Existem ainda evidências de que uma eficiente circulação sanguínea na área genital é fundamental para a resposta de excitação sexual fisiológica (Nappi,

Salonia, Traish, Van Lunsen, Vardi, Kodiglu, et al., 2005; van Lunsen & Laan, 2004; Yang, Cold, Yilmaz, & Maravilla, 2006), sendo que uma alimentação adequada pode ter um papel muito importante na saúde vascular (Brook, 2006; Esposito, Ciotola, Giugliano, Schisano, Autorino, Iuliano et al., 2007b; Hannan, Maio, Komolova, & Adams, 2009).

Kolotkin (2006) encontrou associação entre obesidade e falta de prazer pela actividade sexual, falta de desejo sexual, dificuldades no desempenho sexual e evitamento de encontros sexuais. Num estudo em que foi avaliada a relação entre a obesidade e a sexualidade de indivíduos submetidos a um programa intensivo de redução do peso e modificação de estilos de vida, verificou-se que o IMC e a obesidade estavam relacionados com diversos constrangimentos sexuais e uma baixa qualidade de vida sexual (Kolotkin, Binks, Crosby, Østbye, Gress, & Adams, 2006). Esposito e colaboradores (2007a) estudaram a associação entre o funcionamento sexual e o peso corporal, tendo encontrado correlações significativas entre o IMC e dimensões do FSFI como a excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual, embora não tenham sido encontradas associações com a dor ou o desejo sexual. De modo geral, as mulheres obesas apresentaram valores significativamente mais baixos no índice de funcionamento sexual, e valores mais elevados de colesterol e triglicéridos, comparativamente às mulheres com um peso normal e uma alimentação equilibrada (Esposito, Ciotola, Giugliano, Bisogni, Schisano, Autorino et al., 2007a).

Mudanças nos hábitos de vida, traduzidas numa melhor alimentação e aumento do exercício físico, com o objectivo de reduzir o peso, conduziram a uma melhoria da capacidade erétil e da função endotelial em homens obesos ou com um IMC superior a 28.7, os quais apresentavam um risco de disfunção erétil aumentado em 30%, comparativamente aos que tinham um IMC inferior (Esposito, Giugliano, Ciotola, De Sio, D'Armiento, & Giugliano, 2008). Num outro estudo, no qual foram avaliadas mudanças na qualidade da vida sexual de indivíduos de ambos os sexos, na sequência de um tratamento de emagrecimento, ao longo de dois anos, Kolotkin e colaboradores (2008) verificaram que a perda de peso, que ocorreu num valor médio de 13.1%, estava significativamente associada a melhorias na qualidade da vida sexual. Nas mulheres, as maiores mudanças ocorreram nos primeiros 3 meses e revelaram-se em todas as dimensões consideradas problemáticas na qualidade da vida sexual, nomeadamente no

sentimento de não se ser atraente, falta de desejo sexual, relutância em ser vista despida, dificuldade no desempenho sexual, evitamento dos encontros sexuais e falta de prazer com a actividade sexual (Kolotkin, Binks, Crosby, Østbye, Mitchell, & Hartley, 2008).

Existem também evidências de que uma dieta equilibrada e saudável, de estilo mediterrânico (rica em peixe, fruta, vegetais, grãos de trigo, nozes e azeite de oliveira), pode ser eficaz em mulheres com Síndrome Metabólica (SM)¹ (Esposito et al., 2007b) e em homens obesos e com SM (Hannan et al., 2009), no sentido de reduzir as perturbações metabólicas (e.g., marcadores inflamatórios, resistência insulínica), diminuir os tecidos adiposos viscerais e melhorar a função vascular (e.g., melhoria da função endotelial), além de promover, pela redução destes factores de risco, uma significativa melhoria no funcionamento sexual em ambos os sexos.

Além da alimentação em si mesma, a percepção que se tem acerca do seu estilo alimentar, como sendo mais ou menos saudável, está relacionada com os comportamentos que se adoptam (Monneuse, Bellisle, & Koppert, 1997) e provavelmente terá algum tipo de relação com as experiências sexuais. Tem-se verificado, por exemplo, que bons hábitos alimentares tendem a estar associados à prática de exercício físico e a uma atitude positiva face à saúde, por oposição a estilos de vida menos saudáveis (Bowen et al., 2006; Pearson, Turner, Young, & Knickerbocker, 2007). Embora a investigação nesta área seja escassa, é de supor que a opção por hábitos salutareos esteja também relacionada com uma atitude positiva face ao sexo e com vivências sexuais satisfatórias e de bom funcionamento.

¹ Síndrome Metabólica designa uma condição que agrupa irregularidades metabólicas e um conjunto de factores de risco (como obesidade visceral, dislipidémia ou diminuição do colesterol HDL, hipertensão e hiperglicémia) para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e/ou Diabetes *Mellitus* tipo II e que ocorre em indivíduos com resistência à insulina e inflamação subclínica (e.g., Esposito et al., 2008)

CAPÍTULO IV.
Psicopatologia
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

A relação entre psicopatologia e sexualidade tem vindo a ser analisada de forma mais sistemática no âmbito clínico e do ponto de vista epidemiológico, sobretudo nos últimos 10 anos. Deste modo, quando se percorre a literatura empírica dedicada ao estudo das disfunções sexuais, rapidamente se encontram evidências de comorbidade psiquiátrica, particularmente com as perturbações do humor e ansiedade (Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis, Meyer, & King, 1981; Hartmann, 2007; Mercan, Karamustafalioglu, Ayaydin, Akpınar, Goksan, Gonenli, et al., 2006; Minnen & Kampman, 2000; Safir & Almagor, 1991).

2. Depressão e sexualidade feminina

Relativamente à sintomatologia depressiva, os resultados de investigações prévias demonstram, consistentemente, uma associação positiva com problemas sexuais, nomeadamente redução do interesse e da resposta sexual, quer nos homens, quer nas mulheres. De modo geral, tem-se verificado que as taxas de comorbidade com as disfunções sexuais nos indivíduos deprimidos são significativamente mais elevadas do que nos indivíduos não deprimidos (Basson, 2005; Mercan et al., 2006; Michael & O'Keane, 2000). Cerca de 70% das pessoas diagnosticadas com uma Depressão Major referem algum grau de perturbação no seu funcionamento sexual (Baldwin, 2001; Clayton, 2001; Werneke, Northey, & Bhugra, 2006). Além dos sintomas depressivos apresentarem frequentemente um impacto negativo na resposta sexual, o uso associado de psicofármacos antidepressivos, e respectivos efeitos secundários, têm demonstrado contribuir também para o surgimento e/ou agravamento de dificuldades sexuais (Clayton & Balon, 2009; Clayton & Shen, 1998; Montgomery, Baldwin, & Riley, 2002; Stulberg, Ewigman, & Hickner, 2008; Werneke et al., 2006).

Estudos clínicos realizados com amostras exclusivamente femininas revelaram também a existência de sintomas depressivos fortemente associados a problemáticas sexuais (Dobkin, Leiblum, Rosen, Menza, & Marin, 2006; Graziottin, 1998). Kuffel e Heiman (2006), num estudo experimental cujo desenho visava a activação de esquemas

sexuais, verificaram que, quando comparadas com um grupo de mulheres sem humor deprimido, as mulheres com humor mais deprimido (ainda que dentro de limites funcionais, relativamente às amostras clínicas) referiram níveis significativamente mais baixos de desejo sexual nos seus relacionamentos, apesar de não terem sido encontradas diferenças entre os dois grupos de mulheres no que se refere à excitação, lubrificação, função orgástica, satisfação e dor sexual. Com o objectivo de clarificar o contributo independente dos diferentes factores que podem influenciar o funcionamento sexual em mulheres deprimidas, Cyranowski e colaboradores (2004a) estudaram um grupo de 68 mulheres com diagnóstico recorrente de Depressão Major, fazendo avaliações em intervalos de 3 meses, durante um ano de tratamento com psicoterapia interpessoal, acompanhada e não acompanhada de antidepressivos (inibidores selectivos de recaptção da serotonina). Os preditores do funcionamento sexual considerados foram os sintomas depressivos, o uso de antidepressivos e a disponibilidade de um parceiro. Os resultados encontrados mostraram que, depois de controladas as outras variáveis, os sintomas depressivos mostravam estar associados a um decréscimo no desejo sexual, pensamentos/fantasias sexuais, resposta sexual de orgasmo e em termos de avaliações pessoais globais respeitantes à função sexual. Neste estudo, o tratamento com antidepressivos mostrou estar associado somente às dificuldades orgásticas (Cyranowski, Frank, Cherry, Houch, & Kupfer, 2004a).

Embora alguns estudos tenham mostrado que o humor deprimido se associa particularmente ao baixo desejo sexual (Baldwin, 2001; Clayton, McGarvey, Clavet, & Piazza, 1997; Gitlin, 1995; Safir & Almagor, 1991), noutras investigações foram também encontradas evidências de associação com problemas de excitação (Graziottin, 1998; Kennedy, Dickens, Eisfeld, & Bagby, 1999), orgasmo (Dunn et al., 1999; Graziottin, 1998; Kennedy et al., 1999) e dispareunia (Dunn et al., 1999; Ekselius & von Knorring, 2001; Kaya, Unal, Ozenli, Gursoy, Tekiner, & Kafkasli, 2006; Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1998).

Por outro lado, e do mesmo modo que, em sentido oposto, uma adequada expressão sexual pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e para aumentar o bem-estar físico e psicológico (Baldwin, 2001), alguns resultados têm também chamado a atenção para a possibilidade dos problemas de natureza sexual serem anteriores e até de contribuírem para a génese ou agravamento da psicopatologia, designadamente

sintomas depressivos (Baldwin, 2001; Hartmann, 2007; Michael & O'Keane, 2000). Derogatis e colaboradores (1981) e Schreiner-Engel e Schiavi (1986) examinaram a prevalência de sintomas psiquiátricos agudos e de psicopatologia ao longo da vida em homens e mulheres com diferentes problemas sexuais. No primeiro estudo encontraram-se elevados níveis de perturbação psicológica associados às dificuldades de natureza sexual, além de que um terço dos homens e metade das mulheres apresentavam concomitantemente um diagnóstico psiquiátrico. As mulheres anorgásmicas e as que tinham vaginismo e dispareunia revelavam os maiores índices de depressão, indicando elevado mal-estar psicológico e sentimentos de auto-depreciação associados (Derogatis et al., 1981). No estudo de Schreiner-Engel e Schiavi (1986) apenas foram estudados indivíduos com problemas de desejo sexual e os resultados encontrados foram idênticos em ambos os sexos: apesar de nenhum dos elementos manifestar qualquer perturbação do humor no momento da avaliação, de modo geral quase todos evidenciavam uma prevalência bastante superior de psicopatologia ao longo da vida, nomeadamente história anterior de Depressão Major, manifestando-se frequentemente de modo intermitente. Além disso, em 88% dos homens e 100% das mulheres, o primeiro episódio depressivo revelou preceder ou acompanhar o diagnóstico de Desejo Sexual Hipoactivo. Para Schreiner-Engel e Schiavi (1986), o facto das perturbações de humor frequentemente precederem ou acompanharem o início de problemas no desejo sexual sugere a possibilidade de etiologia comum ou da patogénese de ambas as perturbações estar associada à mesma condição subjacente. De modo geral, não obstante serem ainda largamente desconhecidas a direcção exacta e a natureza causal da relação entre sintomatologia psicopatológica e problemas sexuais, assume-se que o mais provável é haver bidireccionalidade (Dunn, Croft, & Hackett, 2000; Heiman, 2002; Kuffel & Heiman, 2006; Hartmann, 2007).

No que diz respeito ao desejo e excitação sexual, em particular, parecem existir dados contraditórios e paradoxais já que, embora a maioria dos estudos tenha mostrado associação negativa com os sintomas depressivos, outros há que demonstraram ser possível ocorrer um aumento do desejo e excitação sexual concomitantemente à sintomatologia depressiva (Bancroft & Vukadinovic, 2004; Mathew & Weinman, 1982). Lykins, Janssen e Graham (2006) estudaram 663 jovens estudantes do sexo feminino, verificando que, na sua maioria, elas referiam diminuição do interesse e resposta sexual quando estavam deprimidas ou ansiosas. No entanto, cerca de 10% das

jovens, quando estavam nesse mesmo estado de humor, referiam aumento do interesse e resposta sexual. A propensão para a excitação sexual e a redução nos níveis de inibição da resposta sexual, foram apresentadas como explicações plausíveis para a relação entre humor negativo e sexualidade feminina. Além disso, o facto de alguns indivíduos apresentarem maior probabilidade de envolvimento ou estimulação sexual quando deprimidos pode indicar um maior desejo sexual ou a necessidade de contacto pessoal ou de confirmação por parte da outra pessoa. Cyranowski e colaboradores (2004b), numa investigação em que analisaram uma amostra comunitária de 914 mulheres na meia-idade, encontraram igualmente um resultado curioso: ainda que as mulheres com história de Perturbação Depressiva Major (PDM), apresentassem níveis mais baixos de excitação sexual, prazer físico e satisfação relacional, comparativamente às mulheres sem história de PDM, as primeiras referiam também taxas mais elevadas de auto-estimulação sexual, mesmo depois de controladas outras importantes variáveis (Cyranowski, Bromberger, Youk, Matthews, Kravitz, & Powell, 2004b).

Bastante menos explorada do que com o funcionamento sexual tem sido a relação da sintomatologia psicopatológica com a satisfação sexual, embora os resultados pareçam apontar na mesma direcção (Frohlich & Meston, 2002; Lutfey et al., 2009; Minnen & Kampman, 2000; Vulink et al., 2006). Num inquérito *online*, recentemente conduzido com 253 mulheres com diferentes orientações sexuais, Henderson e colaboradores (2009) identificaram uma constelação de factores associados à satisfação sexual que seria comum a todas as mulheres e que, além de satisfação na relação, funcionamento sexual e suporte social, incluía sintomas depressivos (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2009). Gitlin (1995) encontrou também uma associação significativa entre depressão e satisfação sexual reduzida, a par com problemas a nível do desejo. Foi ainda encontrada uma investigação, conduzida por Gallicchio e colegas (2007), na qual foram analisadas 441 mulheres da população em geral, com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos. Os resultados revelaram que as mulheres que referiam ter menos saúde e as que experienciavam mais sintomas depressivos, eram também as que referiam menor satisfação nas suas relações sexuais, mesmo depois de controladas covariáveis associadas à menopausa (Gallicchio, Schilling, Tomic, Miller, Zacur, & Flaws, 2007).

3. *Ansiedade e sexualidade feminina*

Relativamente à ansiedade, encontram-se também estudos na literatura que exploram a relação com o funcionamento e a disfunção sexual. Um número significativo de investigações evidencia a elevada comorbilidade entre perturbações de ansiedade e disfunções sexuais, em indivíduos de ambos os sexos (Derogatis et al., 1981; Minnen & Kampman, 2000; Safir & Almagor, 1991). van Lankveld e Grotjohann (2000) estudaram casais com disfunção sexual tendo encontrado comorbilidade psiquiátrica sobretudo com perturbações de humor e de ansiedade. Nas mulheres, a taxa de prevalência de perturbações de ansiedade, foi de 20%, actualmente, e de 37%, ao longo da vida, valores bastante mais elevados do que na população feminina em geral. Catalan e colaboradores (1990) analisaram também a comorbilidade psiquiátrica em casais com problemas sexuais, verificando que, no caso das mulheres, a prevalência de perturbações psiquiátricas actuais e ao longo da vida, era de, respectivamente 50% e 51%. Os diagnósticos actuais, além da disfunção sexual, eram predominantemente quadros de ansiedade e depressão, ou quadros mistos de ansiedade e depressão (Catalan, Hawton, & Day, 1990).

Com o objectivo de tentarem perceber melhor a relação entre o diagnóstico de Perturbação de Pânico e problemas sexuais, assim como esclarecer adicionalmente o papel da depressão nas disfunções sexuais, Mercan e colaboradores (2006) compararam mulheres com Perturbação de Pânico acompanhada de Depressão Major ($n = 28$), mulheres somente com Perturbação de Pânico ($n = 12$) e grupo de controlo ($n = 13$). Os resultados evidenciaram valores significativamente mais baixos de desejo sexual e mais elevados de aversão sexual nas mulheres que tinham um quadro de pânico acompanhado de sintomatologia depressiva, comparativamente aos outros grupos. Por outro lado, estas mesmas mulheres, mas também as que tinham somente uma Perturbação de Pânico, mostraram diferenças significativas em relação ao grupo de controlo no que respeita à resposta orgástica. Deste modo, mesmo na ausência de depressão, um quadro de ansiedade traduzida em pânico justifica a pesquisa de problemas relacionados com o orgasmo (Mercan et al., 2006). Numa linha de análise semelhante, Figueira e colegas (2001), avaliaram o funcionamento sexual de indivíduos com perturbações de ansiedade, respectivamente com os diagnósticos de Fobia Social ($n = 30$) e Perturbação de Pânico ($n = 28$). Os resultados encontrados mostraram que os

indivíduos com pânico apresentavam maior proporção de problemas sexuais (75% dos casos), comparativamente aos fóbicos sociais (33% dos casos). Tornou-se ainda evidente que, nas mulheres com Perturbação de Pânico os problemas sexuais mais frequentes estavam relacionados com Aversão (50%) e Desejo Sexual Hipoactivo (21,4%), mas também Perturbação do Orgasmo e Dispareunia (7,1%) (Figueira, Possidente, Marques, & Hayes, 2001).

A análise do funcionamento sexual de mulheres com perturbações de ansiedade tem revelado dados interessantes. Minnen e Kampman (2000) compararam mulheres com Perturbação de Pânico ($n = 27$), Perturbação Obsessivo-Compulsiva ($n = 17$) e um grupo de controlo ($n = 34$), tendo avaliado diferentes dimensões psicopatológicas e a sua relação com o funcionamento sexual. Não obstante não se terem registado diferenças entre os dois grupos clínicos quanto à excitação ou orgasmo, ambos os grupos, comparativamente ao grupo de controlo, mostraram índices mais baixos de desejo sexual e menor frequência no contacto sexual. Além disso, nestes dois grupos foram encontrados mais problemas sexuais como baixo desejo e aversão sexual, resultado que os autores interpretaram como estando relacionado com comportamentos de evitamento sexual. As mulheres com Perturbação Obsessivo-Compulsiva foram, de entre todas, as que apresentaram maiores índices de disfunção sexual. Aksaray e colaboradores (2001) procuraram estudar os seus efeitos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva no funcionamento sexual, tendo verificado que as mulheres com esta perturbação, comparativamente a um grupo com Perturbação de Ansiedade Generalizada, eram significativamente mais evitantes do ponto de vista sexual, não sensuais e anorgásmicas. Os autores consideraram que as mulheres com traços obsessivos, clinicamente significativos, constituem um grupo de risco no que respeita aos problemas sexuais (Aksaray, Yelken, Kaptanoglu, Oflu & Özaltin, 2001). Steketee (1997) constatou também que os sintomas da Perturbação Obsessivo-Compulsiva têm implicações negativas a nível do funcionamento familiar e no relacionamento sexual. Vulink e colaboradores (2006) compararam o funcionamento sexual e a apreciação subjectiva da sexualidade de 350 mulheres com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, com mulheres saudáveis, controlando a influência da medicação e subtipos de Perturbação Obsessivo-Compulsiva no funcionamento e satisfação sexual. As mulheres do grupo clínico relataram maior repulsa sexual, menor desejo e excitação sexual e menor frequência de orgasmos satisfatórios, comparativamente às mulheres do grupo de

controlo, tendo-se verificado também que estes resultados não se encontravam relacionados com a medicação ou com as obsessões de contaminação (Vulink, Denys, Bus, & Westenberg, 2006). Normalmente trata-se de indivíduos que se preocupam com os seus pensamentos sexuais, fantasias e orientação sexual, queixando-se do seu carácter repetitivo, perverso, intrusivo e imoral. Este tipo de obsessões pode conduzir a perturbações secundárias como perturbações do humor, baixa auto-estima, dificuldades de concentração e inibições no comportamento sexual (Gordon, 2002).

A ansiedade tem também mostrado alguma relação com as perturbações da dor. Kaya e colegas (2006) compararam um grupo de mulheres saudáveis com um grupo de mulheres com Dor Pélvica Crónica tendo encontrado uma inequívoca associação entre ansiedade, depressão e dor pélvica; o vaginismo mostrou forte associação com a ansiedade clinicamente significativa (Kaya, Unal, Ozenli, Gursoy, Tekiner, & Kafkasli, 2006). Num outro estudo, conduzido com 759 mulheres entre os 18 e os 29 anos, das quais 14% referiam dor, pelo menos 50% das vezes que tinham tido actividade sexual, Meana e Lykins (2009) verificaram que, comparativamente às mulheres que referiam dor em menos de 10% das interações sexuais, as primeiras apresentavam níveis significativamente mais elevados de sensibilidade ansiosa, ansiedade relacionada com preocupações quanto à saúde física, e amplificação das experiências somatosensoriais. A hipótese dos aspectos cognitivos e emocionais poderem ter um papel explicativo nesta relação foi explorada por Payne e colaboradores (2005), para o que compararam 17 mulheres com Síndrome de Vestibulite Vulvar, com um grupo de controlo emparelhado quanto à idade e nível educacional. Os resultados mostraram que as primeiras, comparativamente às segundas, apresentavam maior hipervigilância da dor coital e exibiam um enviesamento selectivo da atenção relativamente aos estímulos associados à dor nas tarefas emocionais do *Stroop*. Os melhores preditores deste resultado eram a ansiedade estado e traço e o medo da dor (Payne, Binik, Amsel, & Khalife, 2005).

Quanto à relação entre satisfação sexual e ansiedade, Purdon e Holdaway (2006), por exemplo, estudaram uma amostra não clínica de estudantes (47 homens e 50 mulheres), tendo verificado que, nas mulheres, a ansiedade evocada por determinados pensamentos não sexuais durante a actividade sexual (e.g., pensamentos relacionados com a imagem corporal ou com as consequências negativas do envolvimento sexual),

estavam associados a uma menor satisfação sexual. Minnen e Kampman (2000) verificaram que a satisfação sexual estava negativamente associada com a psicopatologia em geral (depressão, ansiedade e somatização), o que os levou a colocar a hipótese da insatisfação sexual constituir uma queixa inespecífica e comum a qualquer perturbação neurótica, provavelmente desaparecendo com o tratamento dos sintomas psicopatológicos, sem intervenção específica a nível sexual. No entanto, neste mesmo estudo, constatou-se que, comparativamente ao grupo com pânico e ao grupo de controlo, as mulheres com Perturbação Obsessivo-Compulsiva foram as que referiram estar menos satisfeitas com a sua vida sexual. Um resultado idêntico a este último foi encontrado por Staebler, Pollard e Merkel (1993) numa amostra de indivíduos obsessivo-compulsivos, tendo os autores verificado que 60% do total da amostra referia insatisfação sexual com os parceiros actuais.

De modo geral, fora do âmbito clínico, poucos estudos têm sido conduzidos no sentido de melhor perceber a relação entre experiências sexuais e psicopatologia depressiva, ansiosa ou outra. Uma das excepções é o estudo de Frohlich e Meston (2002) no qual comparam um grupo de 47 estudantes do sexo feminino que apresentavam sintomas depressivos mas não tomavam medicação antidepressiva, com um grupo de controlo emparelhado quanto à idade. As participantes com sintomatologia depressiva, comparativamente ao grupo de controlo, relataram experienciar mais problemas de excitação, orgasmo e dor nas interacções sexuais com os seus parceiros, além de referirem menor satisfação sexual e menos prazer. Num outro estudo, realizado com uma ampla amostra comunitária de mulheres entre os 30 e os 79 anos, Lutfey e colaboradores (2009) verificaram que, entre as mulheres sexualmente activas, 13.7% apresentavam problemas sexuais e insatisfação com a sua vida sexual, sendo que o funcionamento global, em termos de saúde mental e a depressão estavam fortemente associados a estes problemas e insatisfação sexual (Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinlay, 2009).

Encontrou-se ainda um estudo interessante (Steinke & Wright, 2006), no qual foi explorada a relação entre a satisfação sexual e a ansiedade subsequente a um enfarte do miocárdio, num grupo de 64 indivíduos. Verificou-se que, na evolução ao longo dos 5 meses que se seguiram ao enfarte, a satisfação sexual constituía o melhor preditor de

baixa ansiedade; os indivíduos que referiam menores índices de satisfação sexual eram também os que apresentavam níveis mais elevados de ansiedade.

CAPÍTULO V.
Variáveis Cognitivas
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

A influência das variáveis cognitivas nas experiências sexuais femininas tem vindo a ser sugerida teoricamente e demonstrada nos estudos empíricos mais recentes, particularmente no que respeita ao papel das crenças sexuais disfuncionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003; Sbrocco & Barlow, 1996; van den Hout & Barlow, 2000; Wiegel, Scepkowski, & Barlow, 2007) e ao foco de atenção durante a actividade sexual (De Jong, 2009; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000; Seal & Meston, 2007). Também as fantasias têm revelado um importante potencial nas experiências sexuais das mulheres, espontâneas ou usadas deliberadamente e podendo ocorrer em diversos contextos sexuais (Basson, 2005; Cawood & Bancroft, 1996; Leitenberg & Henning, 1995; Meuwissen & Over, 1991). Alguns estudos sugerem ainda que a existência de preocupações durante a actividade sexual pode interferir cognitiva e/ou emocionalmente com a resposta sexual feminina e com a experiência de prazer (Bancroft et al., 2003; Meana & Lykins, 2009; Purdon & Holdaway, 2006).

2. Crenças sexuais e sexualidade feminina

Alguns importantes estudos têm demonstrado que o processamento cognitivo da informação, em interacção com aspectos de natureza emocional, desempenha um função central na resposta sexual e nas disfunções sexuais (Nobre, 2003, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006, 2008a, 2008b; Nobre et al., 2003, 2006; Wiegel et al., 2007), sendo de destacar, neste último contexto, o importante papel vulnerabilizador representado pelas crenças sexuais disfuncionais.

Heiman e LoPiccolo (1988) descreveram um conjunto de mitos sexuais característicos de mulheres com problemas sexuais, aos quais estariam subjacentes crenças sexuais relacionadas com conservadorismo sexual, com o papel da idade, ou com a importância da beleza física na actividade sexual, entre outras dimensões que potencialmente vulnerabilizam ou predispõem as mulheres para o desenvolvimento de disfunções sexuais. Também Hawton (1985) chamou a atenção para alguns mitos

femininos, nomeadamente reflectindo o duplo padrão sexual, permissivo e exigente para o homem e permissivo para a mulher, entre os quais a noção de que “um homem não pode dizer não ao sexo/ uma mulher não pode dizer sim ao sexo”, “qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral”, “ a masturbação no âmbito de uma relação sexual é errada”, ou “é errado ter fantasias durante uma relação”, por exemplo.

No estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006), visando testar o papel das crenças no desenvolvimento e manutenção das disfunções sexuais femininas, verificou-se existirem diferenças significativas a este nível entre as mulheres da amostra clínica e as do grupo de controlo. Especificamente, as mulheres com diagnóstico de disfunção sexual revelaram ter um número significativamente superior de crenças sexuais disfuncionais relacionadas com o papel da idade (e.g., “após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual”) e com a importância da imagem corporal e da beleza física no funcionamento feminino (e.g., “mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser felizes”). Crenças sexuais conservadoras (e.g., “o sexo oral é uma das maiores perversões”) e crenças na actividade sexual como pecado (“ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem”), embora não tendo atingido o limiar da significação estatística, mostraram também contribuir para discriminar entre as mulheres funcionais e disfuncionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre et al., 2003). Nobre e Pinto-Gouveia (2008) identificaram ainda algumas particularidades cognitivas associadas a quadros clínicos específicos, nomeadamente uma maior proximidade entre as crenças sexuais conservadoras das mulheres e os problemas de baixo desejo sexual (e, em certa medida, também as dificuldades orgásticas), assim como uma ligação mais próxima entre crenças relativas à importância da imagem corporal e pensamentos relacionados com baixa auto-imagem corporal e a perturbação do orgasmo. Adicionalmente, os resultados encontrados pelos autores mostraram que as mulheres com problemas sexuais activam mais frequentemente esquemas sexuais de incompetência quando confrontadas com situações de fracasso sexual, apresentando ainda escassez de pensamentos eróticos e foco de atenção aumentado para situações de fracasso e desistência (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008).

3. *Foco de atenção durante a actividade sexual*

Estudos antigos e mais recentes, realizados com indivíduos com funcionamento sexual normal e perturbado chamam a atenção para o importante papel dos mecanismos da atenção, sendo proposto que o processamento de estimulação erótica, capaz de produzir e manter as respostas sexuais físicas, exige capacidade atencional plena (Barlow, 1986; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000; van den Hout & Barlow, 2000). Pelo contrário, a redução desta capacidade com tarefas cognitivas distractivas, perturba a resposta genital (e.g., Abrahamson, Barlow, & Abrahamson, 1989; Dove & Wiederman, 2000).

O impacto do foco da atenção no decorrer da actividade sexual tem sido amplamente discutido na literatura, desde que o conceito de *spectatoring* (Masters & Johnson, 1970) foi introduzido para designar a auto-monitorização, auto-avaliação e inspecção que o indivíduo faz de si mesmo durante a actividade sexual (apreciação de si próprio como se se tratasse de uma terceira pessoa). A ideia de Masters e Johnson (1970) seria a de que focar a atenção na sua própria actividade sexual ou em si mesmo (auto-foco) no decurso do encontro sexual, em vez de nas sensações agradáveis do seu corpo, aumentaria os receios relacionados com o desempenho e prejudicaria, deste modo, o funcionamento sexual.

Barlow (1986), no seu modelo de processamento da informação referente às disfunções sexuais, evidenciou o papel crucial do viés no foco da atenção: “a natureza deste processo cognitivo nos indivíduos com disfunção sexual parece girar, em larga medida, em torno da atenção ou focagem de contextos irrelevantes para a tarefa” (Barlow, 1986, p. 146). Segundo este modelo, a atitude de espectador (*spectatoring*) viria interromper o desempenho sexual mediante interferência cognitiva, sendo a mente do indivíduo direccionada para si próprio e para a performance sexual (foco nas potenciais consequências ameaçadoras do fracasso sexual), em vez de orientada para os aspectos sensoriais e recompensadores da experiência sexual (pistas eróticas facilitadoras da excitação sexual) (Barlow, 1986).

A percepção dos estímulos sexuais e as respostas fisiológicas a estes estímulos podem adquirir muitos e diversos níveis de significação, alguns dos quais podem ser negativos ou positivos, e sexuais ou não. O direccionamento da atenção pode tornar

conscientes, de modo mais claro e vívido, diferentes aspectos destes significados, e a consciência destes significados terá impacto sobre os aspectos fisiológicos e subjectivos da resposta sexual, sendo isto particularmente evidente no caso da resposta de excitação sexual (De Jong, 2009). Vários estudos têm demonstrado uma estreita associação entre a atenção selectiva a estímulos de natureza não sexual, especificamente os mais relacionados com auto-monitorização e exigências de desempenho e a resposta genital disfuncional (Abrahamson et al., 1989; Nobre, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, Wincze, et al., 2004; van den Hout & Barlow, 2000).

Embora este paradigma cognitivo seja menos estudado em mulheres, estudos recentes têm sugerido que, na resposta sexual feminina, as preocupações com a aparência física e auto-imagem corporal podem exercer uma influência distractiva e perturbadora, semelhante à das exigências de erecção e desempenho sexual na resposta sexual masculina (Wiederman, 2001; Wiegel, Scepkowski, & Barlow, 2006). Por exemplo, alguns resultados mostram que as mulheres que avaliam negativamente a sua aparência física apresentam igualmente índices superiores de evitamento sexual (Faith & Schare, 1993) e menor experiência sexual, provavelmente em virtude do menor número de oportunidades de interacção sexual (Wiederman & Hurst, 1998). Num estudo recente, Seal e colaboradores (2009) demonstraram que a elevada auto-estima corporal estava positivamente relacionada com o desejo sexual em resposta aos estímulos eróticos apresentados em contexto laboratorial (Seal, Bradford, & Meston, 2009). Estudos de natureza correlacional têm mostrado uma relação negativa entre variáveis relativas à imagem corporal e um conjunto de variáveis referentes à sexualidade feminina, como a auto-estima sexual ou a satisfação sexual (e.g., Davison & McCabe, 2005; Wiederman, 2000).

Dove e Wiederman (2000) observaram também que as mulheres que apresentavam níveis mais elevados de distração cognitiva no decorrer da actividade sexual, nomeadamente relacionadas com o foco de atenção na aparência corporal ou no desempenho sexual (aspectos estes que, na população feminina, revelaram estar intimamente relacionados), eram as que apresentavam menor satisfação sexual, auto-estima sexual mais baixa, menor frequência de orgasmos e maior probabilidade de fingir o orgasmo.

No entanto, outros estudos, nomeadamente laboratoriais, conduziram a resultados que sugerem que focar a atenção em si mesmo, ou em aspectos de si, durante a resposta sexual, pode não ser necessariamente prejudicial para a mesma, se não constituir um distractor. Por exemplo, tal como lembram Trapnell e colaboradores (1997), os dados existentes acerca do foco sensorial (Masters & Johnson, 1970), sugerem que, nalguns casos, a auto-consciência pode favorecer a resposta sexual, mesmo em mulheres com disfunções sexuais, nomeadamente perturbações do orgasmo e da excitação (Trapnell, Meston & Gorzalka, 1997). Num outro estudo, Meston (2006) procurou estudar os efeitos da atenção (estado, por oposição a traço) auto-focada na resposta de excitação sexual e auto-consciência (estado) dessa excitação em mulheres sexualmente funcionais e disfuncionais. A atenção auto-focada foi induzida através de uma peça de vidro que reflectia em 50% a imagem da face e ombros, posicionada em frente da televisão com os estímulos eróticos, de tal modo que não interferia com o visionamento mas permitia aos participantes observarem-se durante esse mesmo visionamento. Os resultados indicaram que a atenção auto-focada não teve qualquer impacto sobre a resposta sexual subjectiva das mulheres funcionais ou disfuncionais, diminuiu consideravelmente a correlação entre as medidas subjectivas e objectivas da excitação sexual e aumentou significativamente a resposta de excitação fisiológica (VPA) nas mulheres funcionais, mas não nas disfuncionais. A auto-consciência privada da excitação sexual mostrou-se positivamente relacionada com o desejo, orgasmo, compatibilidade, alegria e satisfação sexual e a auto-consciência pública mostrou correlação com a ausência de dor sexual.

Num estudo mais antigo, verificou-se que as mulheres que eram instruídas a dar atenção aos indicadores genitais ou corporais de excitação, durante a estimulação sexual, apresentavam correlações mais elevadas entre a excitação sexual fisiológica e subjectiva, comparativamente ao grupo de controlo, sem esta instrução (Korff & Geer, 1983). Laan e colaboradores (1993) verificaram que as exigências de desempenho, induzidas pela instrução para atingir e manter o máximo de excitação sexual possível durante 2 minutos, aumentava a resposta de excitação sexual genital e subjectiva em mulheres jovens e sexualmente funcionais (Laan, Everaerd, van Aanhoud, & Rebel, 1993).

Um dos mecanismos através do qual o foco da atenção pode interferir com o funcionamento sexual é através dos efeitos distractivos da baixa imagem corporal. No sentido de examinar, em contexto laboratorial, os efeitos do auto-foco ou auto-consciência corporal e auto-relatos da estima corporal na resposta sexual, Seal e Meston (2007) avaliaram 21 mulheres com disfunção. A indução do auto-foco ou auto-consciência corporal e o assegurar de que as mulheres olhavam para si mesmas, tomando cada vez maior consciência do seu corpo, foi feita mediante recurso a um grande espelho, colocado em frente das participantes no de à sua frente para colocar 10 eléctrodos em diferentes partes do seu corpo de modo a prepararem-se para um possível electrocardiograma. Os resultados mostraram que a excitação sexual mental ou subjectiva e a percepção da excitação sexual física em resposta aos estímulos eróticos eram superiores na condição de “auto-consciência corporal”, em comparação com a condição de “não consciência corporal”. Assim, em mulheres com dificuldades sexuais e baixa estima corporal, mas perante a ausência de distracção cognitiva, o auto-foco corporal ou consciência do seu próprio corpo durante a actividade sexual, não só não diminuiu, como parece ter aumentado a resposta sexual subjectiva.

Em suma, a atitude de espectador (*spectatoring*), assim como o foco sensorial, envolvem auto-consciência (auto-foco da atenção), sendo que esta pode afectar o funcionamento sexual em direcções completamente opostas. Seal e Meston (2007) sugerem que o impacto do auto-foco sobre o funcionamento sexual pode ter sobretudo a ver com a valência do auto-foco da atenção, mais do que com a presença ou ausência de auto-consciência. Por outras palavras, o que pode ser mais importante para a resposta sexual é o alvo da atenção e o modo como é avaliado o conteúdo que é alvo dessa atenção: se a atenção for direccionada para sensações eróticas, pensamentos e sentimentos agradáveis, ajuda; sendo a atenção dirigida para pensamentos negativos, isso poderá perturbar o funcionamento sexual.

4. Fantasias sexuais

As fantasias sexuais podem ser qualquer tipo de imagem mental que adquire um significado erótico ou sexual e, de acordo com Byrne (1983), funcionam como mediadores, motivadores e geradores de comportamentos sexuais específicos, podendo

ser considerados estímulos interoceptivos ou estímulos psicogénicos internos com origem nos centros superiores, como sonhos ou memórias. Leitenberg e Henning (1995) referem que as fantasias sexuais constituem “padrões deliberados de pensamento visando estimular ou aumentar sentimentos/ sensações de prazer sexual, independentemente de envolverem reminiscências de experiências passadas, antecipação imaginária da actividade sexual futura, formulações conscientes de desejo ou prazer sexual, ou pensamentos sexuais que podem ser excitantes pelo que suscitam imaginariamente, sem que exista necessariamente o desejo de os colocar em prática” (p. 470).

Após terem realizado uma exaustiva revisão da literatura sobre fantasias sexuais, Leitenberg e Henning (1995) concluíram que, quer em homens quer por mulheres, as fantasias podem ocorrer ao longo do dia, durante a masturbação e durante a actividade sexual com o parceiro (Leitenberg & Henning, 1995). De facto, a maioria dos homens e das mulheres referem ter tido fantasias num ou noutro contexto (Crepault, Abraham, Porto, & Couture, 1977; Jones & Barlow, 1990; Nutter & Condrón, 1983).

Basson (2005) no entanto sugere que muitas mulheres fantasiam muito raramente e que aquelas que o fazem, curiosamente, usam muitas vezes as fantasias como uma forma deliberada de aumentarem os estímulos eróticos. Segundo Basson (2001, 2002a), embora possam ocorrer espontaneamente, no dia-a-dia, tal como acontece com o desejo sexual, as fantasias mais frequentemente são desencadeadas no decurso da actividade sexual. Assim, mais do que indicadores de desejo sexual inato, as fantasias sexuais constituem, muitas vezes, um recurso mental usado pelas mulheres para focarem os seus sentimentos sexuais ou para evitarem ficar distraídas durante a actividade sexual, sobretudo se estiverem dispostas a ficar excitadas e a desfrutar da experiência sexual, ou seja, se se encontrarem igualmente presentes motivações para o envolvimento sexual como, por exemplo, o aumento da proximidade emocional com o parceiro (intimidade emocional), ou a promoção do bem-estar e auto-imagem (noção de que se é atraente, feminina, apreciada, amada e/ou desejada, ou para reduzir sentimentos de ansiedade ou culpa pelo não envolvimento sexual) (Garde & Lunde, 1980; Basson, Leiblum, Brotto, Derogatis, Fourcroy, Fugl-Meyer, et al., 2004). Alguma literatura refere ainda que é relativamente frequente mulheres sexualmente saudáveis, sobretudo aquelas que se encontram em relações já estabelecidas, não terem consciência de

fantasias ou pensamentos sexuais espontâneos (Bancroft et al., 2003; Cawood & Bancroft, 1996).

Quanto à sua origem, embora nem sempre sendo óbvia, as fantasias sexuais podem ser estimuladas por algo que foi visto, vivido ou puramente imaginado. Algumas fantasias são aparentemente estimuladas por acontecimentos ou situações que fazem parte do ambiente mais próximo das pessoas. Uma das formas de estimular o erotismo e as fantasias, por exemplo, é a leitura de literatura erótica, sobretudo no caso das mulheres. Num estudo conduzido por Schmidt e colaboradores (1973), os investigadores pediram a estudantes universitários para lerem uma história erótica na qual um jovem casal tinha sexo, tendo depois avaliado as suas respostas. Os jovens classificaram a história como sendo sexualmente excitante e demonstraram sinais de excitação sexual fisiológica enquanto liam a história; além disso, nas 24 horas seguintes, relataram ter tido um aumento do desejo sexual, fantasias e comportamento sexual, tendo isto sido mais evidente nas raparigas do que nos rapazes (Schmidt, Sigusch, & Schafer, 1973).

Independentemente da sua origem, as fantasias sexuais favorecem o desenvolvimento da resposta sexual humana. O papel das fantasias é considerado fundamental na manutenção do desejo sexual (Kleinplatz, 1992), tendo também sido verificado que existe uma relação positiva entre a ausência de fantasias sexuais e a perturbação do desejo sexual hipoactivo (Nutter & Condrón, 1983). De modo semelhante, diversos estudos têm sublinhado a relação entre o uso de fantasias sexuais e as respostas de excitação sexual em homens e mulheres, sendo que as fantasias podem aumentar a excitação sexual e a excitação sexual pode conduzir ao aumento de fantasias (Heiman & Hatch, 1980; Meuwissen & Over, 1990; Smith & Over, 1987; Plaud & Bigwood, 1997). Num estudo realizado por Stock e Geer (1982), verificou-se que as mulheres que relatavam recorrerem mais frequentemente a fantasias no seu contexto sexual habitual (i.e., durante a masturbação e actividade sexual com o parceiro), apresentavam igualmente respostas fisiológicas de excitação sexual mais elevadas quando expostas aos estímulos eróticos em contexto laboratorial.

Partindo da distinção entre pensamentos sexuais internamente gerados (fantasias) e pensamentos sexuais provocados externamente (*urges*), Jones e Barlow

(1990) analisaram o imaginário sexual de homens e mulheres. Os resultados mostraram que ambos têm fantasias sexuais, embora as mulheres fantasiem menos frequentemente do que os homens, sobretudo no que respeita a fantasias que ocorrem espontaneamente e fantasias despoletadas por pistas eróticas externas. Por outro lado, comparativamente às mulheres, os homens apresentam uma frequência superior de fantasias sexuais durante a masturbação. Não foram, no entanto, encontradas diferenças significativas em função do género, quanto ao recurso a fantasias durante o coito (Jones & Barlow, 1990).

Embora a maioria das pessoas não mostre qualquer grau de perturbação em relação às suas fantasias sexuais, cerca de 25% revelam acentuada culpabilidade (Cado, & Leitenberg, 1990; Leitenberg & Henning, 1995). As pessoas que apresentam níveis mais elevados de culpa durante a actividade sexual com o parceiro são as que tendem a acreditar que essas fantasias são imorais, socialmente inaceitáveis, anormais, incomuns, e indicativas de algum tipo de problema pessoal ou na relação, ou ambos. A culpabilidade face às fantasias encontra-se associada à redução da sua frequência e a um maior número de problemas sexuais (Hardin & Gold, 1988; Moreault, & Follingstad, 1978; Morokoff, 1985; Pelletier & Herold, 1988)

Quanto aos temas mais frequentes das fantasias sexuais, alguns estudos sugerem a existência de quatro categorias principais, comuns a ambos os sexos: envolvimento heterossexual convencional com amantes passados, presentes ou imaginários; cenas envolvendo poder sexual e irresistibilidade; cenas com práticas, ambientes e posições sexuais variadas; cenas de submissão ou dominância em que está implicado ou envolvido algum grau de força física (Leitenberg & Henning, 1995). Comparativamente aos homens, as mulheres tendem mais a imaginar cenas sexuais em que algo lhes é feito (os homens imaginam sobretudo fazer algo sexual às parceiras), tendem a apresentar um imaginário sexual mais emocional e romântico (os homens apresentam um imaginário mais explícito e visual) e apresentam mais fantasias de submissão, de serem forçadas ou subjugadas (os homens descrevem mais fantasias de dominação) (Rokach, 1990; O'Sullivan & Byers, 1992). Outros temas frequentes nas fantasias são o envolvimento sexual com estranhos ou com múltiplos parceiros ao mesmo tempo (comuns a ambos os sexos), explorar comportamentos sexuais que não são praticados na vida real, reminiscências de encontros sexuais anteriores, visualização de cenas de filmes eróticos,

ser considerado irresistível por alguém ou ter sexo com pessoas famosas, por exemplo, entre muitos outros temas (Leitenberg & Henning, 1995).

Do mesmo modo que as pessoas diferem a outros níveis, encontram-se também diferenças individuais em termos da capacidade e tendência para criar fantasias e/ou pensamentos sexuais e imagens eróticas, e para desfrutar delas, fora do contexto sexual ou durante os encontros sexuais. Tokatlidis e Over (1995) avaliaram 119 mulheres, entre os 18 e os 47 anos, quanto à sua capacidade para criar imagens mentais, e exploraram a relação entre esta e a excitação genital e subjectiva associada às fantasias sexuais (sendo dados três temas diferentes: temas sensuais, temas genitais e temas de poder sexual). O que os autores verificaram foi que a excitação sexual induzida pelas fantasias estava sobretudo relacionada com a capacidade das mulheres para criarem imagens mentais claras e vívidas e para se envolverem nas mesmas durante as fantasias. Além disso, esta capacidade para imaginar vividamente e deixar-se envolver pelas imagens suscitadas pelas fantasias, bem como desfrutar fisicamente do prazer a elas associado, mostrou-se relacionada com a frequência com que as mulheres tinham usado os temas sexuais propostos nas suas próprias fantasias, ao longo do último ano (Tokatlidis & Over, 1995).

5. Preocupações durante a actividade sexual

A existência de preocupações durante o encontro sexual pode causar interferência emocional e/ou cognitiva (e.g., efeito distractivo) bem como, e também por esta via, influenciar a resposta sexual genital e subjectiva da mulher. Na avaliação das dificuldades sexuais, tem sido proposto que sejam avaliadas preocupações, nomeadamente as que se relacionam com questões de segurança (e.g., risco de doenças sexualmente transmissíveis, aspectos ligados à segurança emocional ou física (Bancroft et al, 2003; Basson, 2005) ou aspectos mais particulares relacionados com a questão do controlo.

A excitação sexual, por exemplo, pode ameaçar a tendência natural para o auto-controlo. Algumas pessoas que nunca tenham experienciado um orgasmo, podem sentir-se ameaçadas pela imagem ou antecipação desta experiência. Outras, podem ter

experienciado orgasmos durante a masturbação mas não se sentem capazes ou à vontade para ter essa experiência perante outra pessoa. Outras ainda, podem não gostar da sua aparência física durante o orgasmo, ou podem recear a perda do controlo intestinal ou urinária. Preocupações deste tipo reflectem a tendência para controlar, particularmente no tipo de pessoas que não se permite facilmente abandonar-se às experiências ou expressar emoções (Bancroft, 2009). Noutras pessoas, o medo ou preocupações podem advir da intensidade das sensações envolvidas ou da dimensão da perda de controlo sentida. Podem ter a sensação de ficarem vulneráveis, não apenas porque ficam incapazes de se proteger a si próprias, ainda que por momentos, mas também pela possibilidade de se exporem ao ridículo ou a uma eventual rejeição pelo companheiro (Bancroft, 2009; Tiefer, 2003). As preocupações relacionadas com o medo de perder o controlo têm sido encontradas de modo particular em mulheres que tiveram experiências prévias de abuso (e.g., Rellini & Meston, 2007; von Fraunhofer, 2006).

Além destas preocupações, algumas outras revelam poder interferir negativamente com a resposta sexual feminina e dificultar experiências satisfatórias, como é o caso da preocupação com a dor, sobretudo em mulheres com experiências prévias de desconforto físico com o acto sexual (Meana & Lykins, 2009; Payne, Binik, Amsel, & Khalife, 2005).

Outra das preocupações que pode surgir durante a actividade sexual e comprometer as experiências sexuais femininas é o receio de contrair doenças sexualmente transmissíveis (e.g., Bancroft et al., 2003; Basson, 2001, 2002a, 2002b; Tiefer, 2002, 2003).

O medo de uma gravidez indesejada tem também sido especificamente apontado como um dos aspectos que pode inibir ou prejudicar o interesse e/ou a excitação sexual (Bancroft et al., 2003; Graham, Sanders, Milhausen, & McBride, 2004; Maass, 2007; Tiefer, 1996; 2003).

Purdon e Holdaway (2006) exploraram a importância dos pensamentos não eróticos durante a actividade sexual, tendo verificado que, ao passo os homens tendiam a apresentar mais pensamentos relacionados com o desempenho, as mulheres apresentavam mais pensamentos associados à imagem corporal. Neste estudo, ambos os sexos revelaram a presença de pensamentos acerca das consequências externas (e.g.,

gravidez indesejada, serem “apanhados”) e das consequências emocionais da actividade sexual (e.g., moralidade, implicações para o relacionamento). Comparativamente aos homens, as mulheres referiram maior frequência destes pensamentos de natureza não sexual, assim como uma maior ansiedade associada aos mesmos. Quanto mais frequentes e quanto maior a ansiedade gerada por estes pensamentos, maior a probabilidade de ser igualmente encontrada baixa satisfação sexual nas mulheres e pior funcionamento sexual em geral, quer nos homens, quer nas mulheres (Purdon & Holdaway, 2006).

CAPÍTULO VI.
Bem-estar
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

Diversos estudos têm vindo a sugerir que, para se aprofundar o conhecimento acerca da sexualidade feminina, é importante considerar o papel de variáveis referentes ao bem-estar, nomeadamente aspectos ligados à apreciação que as mulheres fazem acerca de si mesmas, e de si enquanto parceiras sexuais, do seu corpo e da sua vida em geral (e.g., Andersen & Cyranowski, 1998; Apt, Hurlbert, Pierce, & White, 1996). Níveis mais elevados de bem-estar têm demonstrado estar associados a melhores índices de funcionamento e satisfação sexual (e.g., Ackard, Kearney-Cooke, & Peterson, 2000; Hally & Pollack, 1993; Impett e Tolman, 2006; Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira, et al., 2005; Weaver & Byers, 2003). Alguns estudos têm também revelado que as experiências sexuais das mulheres, positivas ou negativas, podem ter repercussões a nível da sua auto-estima e da estima sexual, da satisfação corporal e da satisfação com a vida (e.g., Robinson & Molzahn, 2007; Smith, 2007).

2. Auto-estima e sexualidade feminina

A auto-estima pode ser entendida como um conceito global de si mesmo e um sentido de valor pessoal, ou seja, um conceito unidimensional que reflecte uma orientação positiva ou negativa face a si próprio (Rosenberg, 1965). Embora existam algumas visões divergentes quanto à auto-estima, no sentido de a considerar como um conceito global ou de domínio específico e como sendo estável ou mutável, actualmente a maioria das teorias aceita tratar-se de um conceito global e as investigações têm sugerido que é global e estável (Moore & Katz, 1996; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). É também consensual a noção de que a auto-estima constitui uma variável fundamental para se compreender o comportamento humano (Kirkpatrick, & Ellis, 2001; Steffenhagen, 1990), incluindo aspectos ligados ao comportamento sexual e ao bem-estar sexual (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Belanger, Piche, & Trudel, 2000).

A relação entre auto-estima e sexualidade tem vindo a ser explorada em diferentes estudos, realizados em diferentes contextos e com resultados nem sempre concordantes entre si.

De modo geral, Hally e Pollack (1993) encontraram resultados que os levaram a concluir que os indivíduos com melhor auto-estima e com uma grande diversidade de experiências sexuais são os que apresentam níveis superiores de satisfação sexual. Especificamente, os indivíduos com um bom nível de auto-estima referiram maior satisfação sexual quando comparados com os indivíduos com mais baixa auto-estima. Os indivíduos que apresentaram maior diversidade de experiências sexuais referiam também maior satisfação sexual comparativamente aos indivíduos com experiência sexual limitada.

Larson e colaboradores (1998) estudaram a satisfação sexual de 70 casais no primeiro ano de casamento, explorando o papel de alguns factores pré-maritais como a auto-estima, nível de empatia, auto-revelação, comunicação aberta e estabilidade do relacionamento. Os resultados encontrados revelaram que a auto-estima da mulher se encontrava entre os melhores preditores da satisfação sexual do marido (juntamente com a comunicação aberta da mulher e a estabilidade da relação, por parte da mulher) e que a auto-estima da mulher era também um dos melhores preditores da satisfação sexual feminina, a par com a comunicação aberta por parte da mulher e a comunicação empática por parte do homem (Larson, Anderson, Holman, & Niemann, 1998). Num outro estudo, conduzido nos Estados Unidos, com cerca de cem casais, cujos maridos eram americanos e as esposas coreanas, Song e colaboradores (1995) verificaram igualmente que a auto-estima, a par com o elevado nível de comunicação, visão positiva mútua e coesão no casal, estavam relacionados com uma maior satisfação sexual em ambos os elementos do casal (Song, Bergen, & Schumm). Shackelford (2001) examinou também cerca de uma centena de casais com idades compreendidas entre os 17 e os 41 anos e que tinham estado juntos no último ano, no sentido de identificar preditores de satisfação marital, felicidade e longevidade. Em ambos os elementos do casal, a auto-estima mostrou estar correlacionada com a felicidade, sob a forma de satisfação global, sexual e emocional. De modo específico, a auto-estima dos maridos mostrou-se negativamente correlacionada com a infidelidade sexual e com as queixas das esposas em relação a abusos e ciúmes dos maridos; a auto-estima das esposas

revelou estar negativamente associada à depreciação, por parte dos maridos, relativamente à atracção física das esposas.

Quanto à relação entre auto-estima e aspectos particulares do funcionamento sexual, os resultados encontrados até à data contribuem mais para suscitar interrogações, do que para permitir conclusões definitivas. Hurlbert e Whittaker (1991), por exemplo, num estudo que visava explorar a relação entre satisfação sexual e marital e masturbação, analisaram uma amostra não clínica de mulheres casadas, com idades entre os 18 e os 30 anos, comparando dois grupos emparelhados, cada um com 41 mulheres. Verificou-se que as que tinham referido ter experienciado orgasmos através de práticas masturbatórias apresentavam níveis mais elevados de auto-estima comparativamente às mulheres que referiam nunca ter experienciado um orgasmo mediante auto-estimulação. Foi também encontrada uma relação positiva entre satisfação sexual e auto-estima. No entanto, os resultados encontrados pelos autores revelaram existir uma relação negativa entre auto-estima e excitação sexual nas mulheres. Resultados idênticos foram encontrados por Belanger e colegas (2000), quando procuraram aprofundar a relação entre o nível de auto-estima e o desejo e aversão sexual, a excitação sexual, a satisfação sexual e o comportamento sexual (número de actividades sexuais) usando uma amostra de 124 mulheres e 28 homens com uma idade média de 21 anos. Os resultados obtidos mostraram que, nas mulheres, o nível de auto-estima se encontrava positivamente associado à satisfação sexual, ao prazer com a actividade sexual e à satisfação relacionada com o prazer percebido no companheiro. Contudo, não foram encontradas neste estudo associações significativas entre a auto-estima dos participantes e o seu comportamento sexual, desejo, excitação ou aversão sexual (Belanger, Piche, & Trudel, 2000).

Resultados encontrados por Rehbein-Narvaez e colaboradores (2006), com uma amostra não clínica de 110 estudantes do sexo feminino, sugerem também que a relação entre a auto-estima e o funcionamento sexual nas mulheres poderá não ser tão forte como habitualmente se tem assumido. Os investigadores confirmaram que as mulheres com índices mais elevados de auto-estima foram as que revelaram maior satisfação com a vida sexual e com a resposta sexual de orgasmo. No entanto, não foi encontrada qualquer relação significativa entre a auto-estima e os pensamentos sexuais, a excitação sexual, ou o comportamento sexual. De acordo com os autores, uma auto-estima

elevada pode melhorar alguns aspectos do funcionamento sexual, do mesmo modo que um funcionamento sexual positivo pode contribuir para melhorar a auto-estima e/ou ambas as variáveis podem estar relacionadas com uma terceira variável (e.g., disponibilidade de um parceiro sexual desejado), pelo que advertem para a necessidade de interpretações cautelosas no que respeita à relação entre auto-estima e funcionamento sexual (Rehbein-Narvaez, García-Vázquez, & Madson, 2006).

Por outro lado, quando existem dificuldade a nível do funcionamento sexual, como é o caso do desejo sexual hipoactivo, isso pode ter um importante impacto na auto-estima da mulher. Por exemplo, Hurlbert e colegas (2005) estudaram uma amostra de 66 mulheres com diagnóstico de desejo sexual hipoactivo, examinando a relação entre funcionamento sexual, adaptação psicossocial e ajustamento do desejo sexual. Entre outros resultados, os autores verificaram que o stress sexual contribui de modo único para a variância na auto-estima da mulher (Hurlbert, Fertel, Singh, Fernandez, Menendez, & Salgado, 2005). A complexa relação entre experiências sexuais e auto-estima é também facilmente visível nas pessoas com deficiência física. Taleporos e McCabe (2002) investigaram a associação entre sexualidade e bem-estar psicológico numa amostra de 748 participantes com deficiência física e 448 participantes que não tinham qualquer deficiência física. Os resultados revelaram que a auto-estima sexual, a estima corporal e a satisfação sexual constituíam fortes preditores da auto-estima e depressão nas pessoas com deficiência física. Os autores verificaram também que, nas mulheres com deficiência física, a auto-estima estava mais associada à estima corporal, enquanto nos homens a auto-estima mostrava estar mais associada à auto-estima sexual.

3. Satisfação com a vida e sexualidade feminina

Embora a importância de se analisar a relação entre a satisfação com a vida e as experiências sexuais pareça óbvia, surpreendentemente, poucos estudos têm sido conduzidos a este respeito.

A satisfação com a vida, tal como avaliada pela Escala de Satisfação com a Vida (Diener et al., 1985) tem sido conceptualizada como o julgamento ou componente cognitiva do bem-estar subjectivo (Diener et al., 1985; Pavot, Diener, Colvin, &

Sandvik, 1991). Estudos realizados com esta escala revelam que a avaliação da satisfação/insatisfação com a vida constitui um indicador válido acerca do modo como as pessoas sentem a sua vida, ilustrando bem o seu bem-estar subjectivo, um fenómeno global e estável, e não apenas um julgamento de momento, baseado em condições ou influências transitórias (Laranjeira, 2009; Pavot & Diener, 1993; Pavot et al., 1991).

A relação entre as experiências sexuais e a satisfação com a vida e bem-estar geral é complexa e não linear. Resultados obtidos a partir de estudos de larga escala, envolvendo múltiplos países e continentes, têm mostrado que a actividade sexual e a satisfação sexual feminina se encontram significativamente associadas à satisfação com a vida, relacionamento com o parceiro e bem-estar geral (Laumann et al., 2005; Laumann et al., 2006; Lindau et al., 2007). Embora a natureza da relação causal entre sexualidade e satisfação com a vida em geral não seja clara, as mulheres com relacionamentos sexuais mais activos e satisfatórios referem consistentemente maiores níveis de satisfação emocional e relacional, sendo possível que este elevado sentido de bem-estar contribua subjectivamente para melhorar a saúde, entre outros resultados positivos (Rosen & Bachmann, 2008). A sexualidade tem demonstrado desempenhar um papel importante na vida das pessoas (Robinson & Molzahn, 2007).

De acordo com a teoria da auto-determinação (Deci & Ryan, 2000), o bem-estar psicológico deriva do facto de o indivíduo se sentir autónomo, competente e relacionado. Resultados encontrados por Smith (2007) sugerem que, quando a pessoa tem relações sexuais nas quais estas necessidades são satisfeitas, isso resulta em experiências de vida mais satisfatórias e positivas. De modo geral, Apt e colaboradores (1996) encontraram associação entre a satisfação sexual e indicadores de bem-estar psicossocial e satisfação com a vida (Apt, Hurlbert, Pierce, & White, 1996). Lewis e Borders (1995), num estudo realizado com mulheres trabalhadoras, solteiras e de meia-idade, verificaram que a satisfação sexual constituía o segundo melhor preditor da satisfação com a vida (sendo que o primeiro era a satisfação laboral). Um outro estudo, envolvendo adultos de terceira idade e que visava explorar a relação entre actividade sexual, intimidade e qualidade de vida mostrou que as variáveis que mais fortemente contribuíam para explicar a variância total da qualidade de vida eram a satisfação com o relacionamento interpessoal, o estado de saúde e a actividade sexual (Robinson & Molzahn, 2007). Em todo o caso, também aqui devem ser evitadas especulações de

ordem causal entre aspectos associados à qualidade de vida e sexualidade uma vez que esta relação se encontra ainda largamente inexplorada pela investigação.

Nas situações em que existe uma disfunção sexual, espera-se também uma estreita associação entre esta e a ocorrência de experiências insatisfatórias ao nível do relacionamento sexual e do bem-estar em geral. Não sendo claro se os problemas sexuais conduzem a uma pior qualidade de vida ou se a pior qualidade de vida conduz aos problemas sexuais, o que se tem constatado é que os problemas sexuais revelam algum grau de covariação com a qualidade de vida (Penhollow, Young, & Denny, 2009; Ventegodt, 1998). Verificou-se, por exemplo, que, nas mulheres, problemas sexuais como o baixo desejo, baixa excitação e problemas de dor sexual, estão fortemente associados com uma menor satisfação física e emocional e sentimentos de felicidade reduzidos (Laumann, Paik, & Rose, 1999). Öberg e Fugl-Meyer (2005) estudaram uma amostra representativa de mulheres suecas, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sexualmente activas e envolvidas num relacionamento estável, tendo sido encontrada uma associação significativa entre disfunções sexuais perturbadoras e diferentes aspectos da satisfação com a vida. Ventegodt (1998) estudou também uma amostra representativa de cidadãos dinamarqueses, entre os 18 e os 88 anos, através de um questionário com 317 itens referentes à qualidade de vida, incluindo 5 questões acerca da sexualidade; entre outros resultados, verificou que a qualidade de vida das pessoas com problemas sexuais era 20% inferior à média das restantes pessoas.

4. Satisfação corporal e sexualidade feminina

A relação entre satisfação corporal e experiências sexuais femininas faz sentido conceptualmente e tem evidências empíricas óbvias (Daniluk, 1993). Num estudo conduzido por Weaver e Byers (2003) obtiveram-se resultados sugestivos de que as mulheres com uma imagem corporal mais positiva apresentam melhor funcionamento sexual, sendo estes resultados significativos mesmo depois de se controlar a importância da forma corporal actual e da prática de exercício físico. Além disso, a elevada satisfação corporal mostrou estar associada a uma maior assertividade e estima sexual, menor ansiedade sexual e menos problemas de natureza sexual. O exercício físico e a forma corporal actual, por seu turno, embora relacionados com a imagem corporal,

mostraram não ter qualquer capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual. Ao explorarem o efeito de variáveis como a auto-imagem e a imagem corporal nos comportamentos sexuais das mulheres, Ackard e colaboradores (2000) verificaram também que as mulheres de modo geral mais satisfeitas com a sua imagem tendem a apresentar maior frequência de actividade sexual e mais orgasmos, iniciam mais frequentemente o acto sexual, descrevem maior conforto em despirem-se perante o parceiro ou em terem sexo com as luzes acesas, experimentam mais frequentemente novos comportamentos sexuais e revelam maior confiança na sua capacidade para proporcionar prazer sexual ao companheiro. Neste estudo, a imagem corporal positiva mostrou também estar relacionada com o relacionamento com os outros e com a satisfação em geral e inversamente relacionada com a auto-consciência e a importância da atracção física durante a actividade sexual (Ackard et al., 2000).

Numa perspectiva menos positiva da associação entre relação com o corpo e sexualidade, algumas investigações realizadas com jovens estudantes, de ambos os sexos, revelaram que aqueles que tinham maior insatisfação corporal tinham também maior tendência para referir maior insatisfação com a sua vida sexual (Faith, Cash, Schare, & Hangen, 1999) para evitar actividades sexuais (Faith & Schare, 1993), para se avaliarem a si mesmos como piores parceiros sexuais (Holmes, Chamberlin, & Young, 1994), e para referirem maior perturbação associada ao sexo (Berman, Berman, Miles, Pollets, & Powell, 2003). De modo geral, os estudos tem vindo a mostrar que a insatisfação corporal pode inibir o comportamento sexual e interferir com a qualidade das experiências sexuais (Wiederman, 2000). Por exemplo, Sanchez e Kiefer (2007) verificaram que, embora as mulheres se preocupem mais com a aparência corporal do que os homens, quer em contextos sexuais, quer não sexuais, em ambos os sexos as preocupações com o corpo mostram relação positiva com os problemas sexuais (menor excitação sexual e menor capacidade para atingir o orgasmo) e relação negativa com o prazer sexual. Em particular, o auto-foco consciente durante a intimidade física com o parceiro revelou mediar a relação entre a vergonha do corpo e o prazer e problemas sexuais, mesmo depois de se controlar o papel da idade e do relacionamento. Os resultados do estudo de Ackard et al. (2000) sugerem também que as preocupações com a imagem corporal podem influenciar o conforto durante a actividade sexual e, deste modo, a disponibilidade para desfrutar da experiência sexual. Além disso, a insatisfação

sexual extrema pode conduzir ao evitamento da actividade sexual, devido ao foco consciente dirigido ao seu próprio corpo (Wiederman, 1996).

A respeito da associação entre imagem corporal e resposta sexual, Wiederman e Hurst (1997) sistematizaram algumas explicações possíveis. Primeiro, a hipótese da pessoa estar insatisfeita com a sua imagem, o que poderia levar ao evitamento da interacção sexual ou diminuição da resposta sexual. Outra explicação possível passaria pela hipótese das experiências sexuais influenciarem subsequentemente a visão da mulher acerca da sua própria atractividade. Uma explicação alternativa para a relação entre satisfação com o corpo e sexualidade poderia ter a ver com imperfeições na aparência física, reais ou percebidas, as quais poderiam ter um impacto negativo nos parceiros sexuais. O mais provável é que, para diferentes mulheres, se apliquem diferentes explicações, e que a relação entre satisfação corporal e responsividade sexual constitua um processo interactivo.

Por outro lado, ao contrário dos estudos anteriores, demonstrando relação entre a satisfação corporal e o funcionamento e satisfação sexual, algumas investigações revelaram resultados divergentes. Num estudo realizado com mulheres jovens, Reissing e colaboradores (2005) verificaram que, embora as atitudes corporais mostrassem estar relacionadas com uma maior aversão sexual (de algum modo associada a um pior ajustamento sexual), de modo geral, as atitudes corporais mais negativas não se encontravam directamente associadas ao ajustamento sexual, auto-esquemas ou auto-eficácia sexual das mulheres (Reissing, Laliberté, & Davis, 2005). Abadjian-Mozian (2005), recorrendo a uma amostra de 50 mulheres casadas, encontrou igualmente alguns resultados discordantes. A sua hipótese principal era a de que haveria um relacionamento positivo entre a satisfação sexual e três componentes da auto-estima (aparência corporal, amabilidade e poder pessoal). Os resultados encontrados revelaram correlações positivas e significativas entre a satisfação sexual e dois dos componentes da auto-estima: a amabilidade e o poder pessoal. No entanto, a hipótese do componente ligado à aparência corporal estar relacionado com a satisfação sexual não teve qualquer suporte. Davidson e McCabe (2005) também não encontraram nas mulheres qualquer relação significativa entre a satisfação com o corpo e o funcionamento sexual, não obstante a imagem corporal mostrar estar associada à auto-estima, em ambos os sexos. Wiederman e Hurst (1997; 1998) exploraram as ligações entre a sexualidade de

mulheres jovens e a sua imagem corporal, atracção e tamanho do corpo. Os resultados mostraram que o tamanho do corpo e a percepção deste como sendo ou não atraente estavam, de algum modo, ligados à experiência sexual e ao estado da relação mas não foram encontradas quaisquer relações significativas entre a insatisfação corporal e o evitamento de contextos sexuais devido a preocupações com a aparência, grau de investimento na aparência física, experiência sexual ou estado da relação.

Em Portugal, encontrou-se somente um estudo (Pascoal & Pereira, 2006) no qual foi analisada a relação entre sexualidade e imagem corporal em jovens do sexo masculino, tendo sido encontradas diferenças significativas entre os jovens satisfeitos ($n=366$) e insatisfeitos ($n=30$) com a sua imagem. Os jovens mais satisfeitos revelavam maior satisfação com a sua vida e apresentavam melhor auto-estima; além disso, comparativamente aos jovens menos satisfeitos com a sua imagem corporal, os primeiros tinham começado mais cedo a masturbar-se e a ter relações sexuais, eram menos ansiosos e deprimidos e tinham menos dúvidas acerca das suas preferências sexuais.

Foram ainda publicados alguns estudos interessantes, relacionando sexualidade e satisfação corporal. Por exemplo, Koch e colaboradores (2005), estudaram uma amostra específica de mulheres da meia-idade, tendo verificado que o relato de diminuição na sua responsividade sexual estava associado com a percepção de menor atractividade. Por outro lado, embora a satisfação corporal tivesse revelado um impacto significativo no desejo sexual, prazer e frequência da actividade sexual, tal relação não foi encontrada no que respeita à satisfação sexual (Koch, Mansfield, Thureau, & Carey, 2005). Faith e Schare (1993) verificaram que a satisfação corporal geral se encontra positivamente relacionada com a quantidade de experiências sexuais de uma mulher ao longo da sua vida. A respeito da relação entre importância do corpo, insatisfação corporal, auto-conceito, auto-estima e auto-imagem da mulher ao longo da vida, Webster e Tiggemann (2003) não encontraram diferenças significativas quanto à insatisfação corporal ou importância do corpo entre as mulheres mais novas, de meia-idade ou mais velhas.

5. Auto-estima sexual e sexualidade feminina

O termo auto-estima sexual tem sido usado para descrever o sentido de si mesmo como ser sexual, variando desde sexualmente atraente até não atraente e de sexualmente competente a incompetente. A auto-estima sexual tem a ver com o valor que cada um atribui a si próprio enquanto ser sexual, incluindo aspectos como a identidade sexual e a percepção de aceitabilidade sexual (Mayers, Heller, & Heller, 2003). Snell (1989) define estima sexual como sendo a visão positiva e a confiança do indivíduo em relação à sua capacidade para experienciar a sua sexualidade de modo satisfatório e prazenteiro ou ainda como a tendência disposicional para se dedicar ao reforço interno inespecífico de si mesmo, em virtude da sua capacidade de se relacionar sexualmente com outra pessoa. O mesmo autor adverte para a possibilidade desta tendência não corresponder a uma avaliação realística mas antes reflectir as experiências prévias do indivíduo, relacionadas com a sua sexualidade (Snell, 2001).

Embora seja consensual a existência de uma resposta próxima entre estima sexual e resposta sexual nas mulheres, nomeadamente em termos de funcionamento e satisfação sexual, poucos estudos foram encontrados a este respeito. Uma das excepções passa por um estudo recentemente realizado por Kontula e Haavio-Mannila (2009), cujo principal objectivo era o de avaliar em que medida o envelhecimento pode modificar o desejo sexual. Os resultados mostraram que uma auto-estima sexual positiva, além de boa saúde, bom funcionamento sexual e um parceiro com competências sexuais constituíam os melhores preditores do desejo sexual, quer nos homens, quer nas mulheres entre os 45 e os 74 anos.

Além da auto-estima sexual, encontraram-se ainda algumas pesquisas que avaliaram um construto relacionado ou mesmo equivalente, como seja o auto-conceito sexual (Garcia, 1999; Vickberg & Deaux, 2005). Por exemplo, Impett e Tolman (2006) relacionaram o auto-conceito sexual, as motivações para o envolvimento sexual e o comportamento sexual de 116 adolescentes do sexo feminino (entre os 16 e os 19 anos) com a sua satisfação sexual. No sentido de perceber de que modo as adolescentes se construía como seres sexuais, o seu auto-conceito sexual, definido como o conceito geral de si como pessoa sexual, foi explorado, incluindo aspectos positivos (e.g., paixão, excitação, acção) e aspectos negativos (e.g., ansiedade, afecto negativo, embaraço). Os resultados mostraram que as adolescentes com auto-conceito sexual mais positivo

tinham sexo mais frequentemente e maior satisfação sexual, comparativamente às adolescentes com um auto-conceito sexual menos positivo, mas não tinham maior número de parceiros sexuais e nem iniciavam a sua actividade sexual numa idade mais precoce. Além disso, as adolescentes com auto-conceito sexual mais positivo mostraram maior tendência para ter relações sexuais no contexto de uma relacionamento importante e significativo e não tanto no âmbito de relações casuais. O auto-conceito sexual e as motivações para o envolvimento sexual mostraram estar significativamente associados com a satisfação sexual, contribuindo para explicar 53% da sua variância.

Também muito pouco estudada tem sido a relação entre auto-estima e auto-estima sexual, e aspectos ligados à sexualidade. Após uma exaustiva pesquisa, somente um estudo foi encontrado, conduzido por Oattes e Offman (2007), no qual foram examinadas as respostas de 74 homens e mulheres. Os resultados mostraram que níveis elevados de auto-estima e de auto-estima sexual predizem uma elevada capacidade para comunicar com o companheiro acerca dos comportamentos sexualmente satisfatórios. No entanto, a auto-estima sexual revelou ser o único preditor significativo da comunicação sexual, muito além e acima da contribuição da auto-estima global. De modo geral, embora relacionada com a auto-estima global, a auto-estima sexual mostrou ser distinta da primeira.

Quanto à associação entre auto-estima sexual e relação com o corpo, Wiederman e Hurst (1998) estudaram uma amostra de mulheres jovens adultas, tendo verificado que a estima sexual estava relacionada com a percepção que estas mulheres tinham de si mesmas como sendo ou não atraentes mas não com o tamanho actual do corpo ou com a avaliação feita pelos investigadores relativamente ao seu rosto (como atraente ou não).

De modo geral, como ilustrado pela exposição anterior, os estudos empíricos que relacionam a resposta sexual feminina com a auto-estima sexual (ou com conceitos equivalentes), são escassos e raramente realizados com mulheres adultas sexualmente saudáveis. A maior parte das investigações em que a auto-estima sexual tem sido incluída como variável, dizem sobretudo respeito a atitudes e comportamentos sexuais de risco na adolescência, abuso sexual, ou relação com doenças e deficiência física.

Um número considerável dos estudos dedicados à sexualidade das pessoas com deficiência física tem explorado também a auto-estima sexual. Por exemplo, um estudo

conduzido por Taleporos e McCabe (2001) mostrou que os participantes com deficiência física (18 homens e 17 mulheres) se debatiam com barreiras sociais e sexuais, associadas às suas limitações físicas, que facilmente conduziam a sentimentos de crescente negatividade. Muitos dos participantes acreditavam serem sexualmente menos atraentes do que alguém sem qualquer limitação física e consideravam que terem a deficiência constrangia consideravelmente a sua expressão sexual. Resultados idênticos foram encontrados em estudos posteriores conduzidos pelos mesmos autores (e.g., Taleporos & McCabe, 2002). McCabe e Taleporos (2003) investigaram também a associação entre estima sexual, depressão sexual, satisfação sexual e frequência de comportamentos sexuais em 748 indivíduos com deficiência física (367 homens, 381 mulheres) e 448 participantes sem qualquer deficiência (171 homens, 277 mulheres). Entre outros, os resultados demonstraram que as pessoas com limitações físicas mais severas experienciavam níveis significativamente mais baixos de auto-estima sexual e de satisfação sexual, e que se envolviam em actividade sexual mútua de modo significativamente menos frequente, quando comparados com as que tinham problemas físicos moderados ou com as que não tinham qualquer deficiência física. Num estudo em que examinaram a associação entre sexualidade, imagem corporal e satisfação com a vida em mulheres com e sem deficiência física, Moin e colaboradores (2009) constataram que as 70 mulheres com deficiência (lesões vertebrais e lesões resultantes de poliomielite) tinham exactamente as mesmas necessidades e desejos sexuais que as 64 mulheres sem quaisquer problemas físicos. As grandes diferenças entre os dois grupos mostraram-se ao nível da auto-estima sexual, imagem corporal, satisfação sexual e satisfação com a vida, significativamente mais baixas nas mulheres com deficiência física e, dentro destas últimas, de modo mais acentuado nas mulheres mais jovens (Moin, Duvdevany, & Mazor, 2009).

CAPÍTULO VII.
Afecto
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

Os estudos acerca da relação entre as emoções e as experiências sexuais, de um modo geral, e em particular no caso das mulheres, são relativamente escassos e maioritariamente centrados no papel da ansiedade e respostas emocionais típicas do humor deprimido (tristeza, desilusão, culpa) no funcionamento sexual e processos disfuncionais.

2. Ansiedade e sexualidade feminina

Relativamente à ansiedade, os estudos iniciais começaram por apontar o seu papel central nas disfunções sexuais, evidenciando um efeito aparentemente inibidor da resposta sexual (Kaplan; 1974; Masters & Johnson, 1970). No entanto, e apesar das evidências de comorbilidade psiquiátrica entre as perturbações clínicas de ansiedade e a problemática sexual (e.g., Derogatis et al., 1981; Minnen & Kampman, 2000; Safir & Almagor, 1991), dados clínicos e experimentais mais recentes sugerem que a ansiedade pode desempenhar um papel neutro ou mesmo positivo no funcionamento sexual, quer em homens (e.g., Barlow, Sakheim, & Beck, 1983; Redmond, Kosten, & Reiser, 1982), quer em mulheres (e.g., Beggs, Calhoun, & Wolchik, 1987; Hoon, Wincze, & Hoon, 1977).

Estudos laboratoriais conduzidos por Beck e colaboradores (1987), com uma amostra masculina, demonstraram que a ansiedade, operacionalizada sob a forma de ameaça de choque contingente (ansiedade de desempenho) e ameaça de choque não contingente (ansiedade generalizada) afectava diferencialmente indivíduos com e sem disfunções sexuais; nos homens sem disfunção sexual, a ameaça de choque contingente mostrou actuar como facilitadora da resposta sexual, enquanto nos homens sexualmente disfuncionais, ambas as condições indutoras de ansiedade mostraram conduzir a uma diminuição ou inibição da resposta sexual. De acordo com Cranston-Cuebas e Barlow (1990), a resposta sexual diferencial aos estímulos ansiógenos teria sobretudo a ver com a componente cognitiva que acompanha a componente fisiológica (excitatória) da ansiedade; assim, nos homens sem problemas sexuais, essa activação fisiológica estaria

associada a pensamentos eróticos ou relacionados com a actividade sexual; nos homens sexualmente disfuncionais, a mesma activação encontrar-se-ia associada a pensamentos relacionados com exigências de desempenho sexual, deste modo contribuindo para explicar a redução na resposta sexual.

Num estudo em que compararam mulheres sexualmente funcionais e disfuncionais, Palace e Gorzalka (1990) verificaram que ambos os grupos responderam com maior excitação sexual objectiva (activação fisiológica) perante um excerto de filme erótico após pré-exposição a um estímulo evocador de ansiedade do que após pré-exposição a um estímulo neutro. Curiosamente, não obstante a condição de ansiedade ter suscitado respostas sexuais superiores do ponto de vista fisiológico (com um efeito mais notório no grupo funcional), ambos os grupos relataram exactamente o contrário, ou seja, nesta condição, as mulheres sexualmente funcionais e disfuncionais apresentaram valores mais baixos quanto à resposta sexual subjectiva. A justificação apresentada pelos autores para explicar o efeito positivo da ansiedade a nível da excitação sexual objectiva, passaria pela implicação do sistema nervoso simpático, ou seja, perante estímulos ansiogénos, ocorreria uma activação fisiológica geral, com efeitos facilitadores também na resposta sexual fisiológica (Palace, 1995; Meston & Gorzalka, 1995, 1996). Mais recentemente, Bradford e Meston (2006) confirmaram a relação curvilínea entre a ansiedade-estado (mas não a ansiedade-traço) e a resposta fisiológica de excitação sexual, numa amostra feminina, não clínica; de modo geral, os resultados encontrados confirmaram a hipótese da implicação do sistema nervoso simpático, assim como os potenciais mecanismos de interferência cognitiva associados à ansiedade.

3. Afecto deprimido e sexualidade feminina

Quanto ao papel do afecto, diferentes investigações, sobretudo conduzidas com amostras masculinas, evidenciam o impacto negativo do humor depressivo (tristeza, desilusão e ausência de prazer) nas disfunções sexuais (e.g., Beck & Barlow, 1986; Meisler & Carey, 1991; Mitchell, DiBartolo, Brown, & Barlow, 1998).

Estudos realizados com amostras femininas demonstram igualmente o efeito negativo do afecto deprimido sobre a resposta sexual (e.g., Cyranowski, Frank, Cherry, Houch, & Kupfer, 2004a; Cyranowski, Bromberger, Youk, Matthews, Kravitz, & Powell, 2004b; Dobkin, Leiblum, Rosen, Menza, & Marin, 2006; Graziottin, 1998; Safir & Almagor, 1991) embora alguns estudos tenham revelado resultados que sugerem um efeito paradoxal. Verificou-se, por exemplo, que algumas mulheres reportaram um aumento de excitação sexual e recurso à auto-estimulação, associados à presença de humor negativo e elevados níveis de stress (e.g., Angst, 1998; Graham, Sanders, Milhausen, & McBride, 2004; Mathew, & Weinman, 1982). Recentemente, Lykins e colaboradores (2006) estudaram 663 estudantes do sexo feminino, verificando que, na sua maioria, as jovens referiam diminuição do interesse e resposta sexual quando estavam deprimidas ou ansiosas. No entanto, cerca de 10% das estudantes, quando estavam nesse mesmo estado de humor, referiam aumento do interesse e resposta sexual. A propensão para a excitação sexual e a redução nos níveis de inibição da resposta sexual, foram apresentadas como explicações plausíveis para a relação entre humor negativo e sexualidade feminina. Além disso, segundo os investigadores responsáveis por este estudo, o facto de alguns indivíduos terem apresentado maior probabilidade de envolvimento ou estimulação sexual quando deprimidos, poderia indicar um maior desejo sexual ou a necessidade de contacto pessoal ou de confirmação por parte da outra pessoa (Lykins, Janssen, & Graham, 2006).

4. Afecto positivo e afecto negativo e sexualidade feminina

No sentido de melhor perceber a relação entre o estado de humor, o stress, a atracção/proximidade física e a actividade sexual, bem como explorar de que modo estas variáveis podem influenciar-se mutuamente, Burleson e colaboradores (2007) analisaram os diários de 58 mulheres na meia-idade, realizados todas as manhãs, durante 36 semanas. Os resultados mostraram que a atracção/proximidade física e a actividade sexual com o companheiro, num dia, prediziam significativamente o bom ou mau humor e o maior ou menor stress, no dia seguinte. Por outro lado, o bom humor num dia permitia predizer maior atracção/proximidade física ou actividade sexual com o companheiro no dia seguinte. Esta investigação veio assim reforçar um modelo causal bidireccional segundo o qual a atracção/proximidade física e a interacção sexual diádica

conduziriam à melhoria do humor e à redução do stress e este estado emocional, por seu turno, aumentaria a probabilidade de maior actividade sexual futura, assim como reforçaria a atracção/proximidade física face ao companheiro. Curiosamente, neste estudo, o afecto negativo não mostrou qualquer relação com as variáveis sexuais consideradas (Burlison, Trevathan, & Todd, 2007). Pelo contrário, num estudo realizado com adolescentes do sexo feminino, Fortenberry e colaboradores (2005) constataram que a presença de humor negativo num dia diminuía a probabilidade de ocorrência de relações sexuais nesse mesmo dia (Fortenberry, Temkit, Tu, Graham, Katz, & Orr, 2005).

Num estudo relativamente recente, Nobre e Pinto-Gouveia (2006) analisaram as respostas emocionais de 376 indivíduos sexualmente funcionais e disfuncionais, de ambos os sexos, e a sua relação com os pensamentos automáticos, durante a actividade sexual. Quer os homens, quer as mulheres com problemas sexuais, evidenciaram menor frequência de respostas emocionais positivas aos pensamentos automáticos durante a actividade sexual. Além disso, quando comparadas com as mulheres sem disfunção sexual, as mulheres sexualmente disfuncionais mostraram mais emoções de tristeza, desilusão, culpa e irritação durante a actividade sexual e menos emoções de prazer e satisfação. Os resultados deste estudo parecem ir de encontro às mais recentes investigações mostrando que a ausência de afecto positivo parece constituir um aspecto central nos indivíduos com problemas sexuais, mais do que propriamente a presença de emoções negativas, geralmente mais relacionadas com a ansiedade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Numa lógica complementar, alguns resultados sugerem que as mulheres, quando experienciam emoções positivas, tendem a revelar maior predisposição para o envolvimento sexual (Bancroft, 2009). Um estudo retrospectivo em que foi explorada a relação entre estado de humor, ciclos menstruais, contraceptivos orais e sexualidade mostrou que o interesse sexual da mulher, os seus sentimentos e o seu prazer se encontram fortemente relacionados com níveis elevados de humor positivo e energia (Warner & Bancroft, 1988). Blanchflower e Oswald (2004), num estudo que envolveu cerca de 15.000 adultos, aleatoriamente seleccionados, verificaram que a frequência da actividade sexual se encontrava fortemente correlacionada com a felicidade em geral.

Além dos estudos correlacionais, alguns estudos experimentais têm também evidenciado a importância do afecto positivo na resposta sexual. Por exemplo, Mitchell e colaboradores (1998), numa investigação conduzida com homens sem problemas de natureza sexual, constataram que a indução de humor positivo facilitava a excitação, quer subjectiva quer genital, enquanto a indução de estados de humor deprimido reduzia a excitação genital (Mitchell, DiBartolo, Brown, & Barlow, 1998). No entanto, num outro estudo, também realizado com uma amostra masculina, Meisler e Carey (1991) verificaram que a indução de estados de felicidade não conduzia a alterações a nível da excitação e que o humor depressivo retardava a resposta de excitação sexual subjectiva mas não afectava a resposta fisiológica de excitação.

Os estudos laboratoriais realizados com mulheres apontam, de modo geral, para a diminuição do afecto negativo e aumento do afecto positivo após a visualização de material erótico (Hackbert & Heiman, 2002; Laan, Everaerd, van Bellen, & Hanewald, 1994; Senn & Desmarais, 2004). Heiman (1980) constatou que a excitação sexual das mulheres durante a visualização dos estímulos eróticos se encontrava positivamente relacionada com a avaliação afectiva positiva destes mesmos estímulos. Num outro estudo, verificou-se que, independentemente do humor apresentado antes da visualização do filme erótico, as mulheres que apresentaram maiores níveis de excitação durante o filme, mostraram também níveis mais elevados de alegria e níveis de depressão mais baixos (Hackbert, & Heiman, 2002). Em contraste com estes resultados, Laan e colaboradores (1995) verificaram experimentalmente que a indução de afecto positivo não conduzia a alterações na excitação sexual feminina. No entanto, após visualização do filme erótico, as mulheres na condição de afecto positivo revelavam menos emoções negativas (Laan, Everaerd, van Berlo, & Rijs, 1995).

Num estudo em que procuraram avaliar os efeitos dos auto-esquemas sexuais a nível do afecto e da excitação sexual (genital e subjectiva) feminina, Middleton e colaboradores (2008) verificaram que, tal como esperado, a adopção de um esquema sexual positivo ou negativo, além de afectar a resposta sexual, mostrava ter um impacto significativo a nível do afecto. Assim, na condição correspondente ao esquema positivo, as participantes de ambos os grupos (clínico e não clínico), referiram níveis significativamente mais elevados de afecto positivo e vigor/actividade, a par com níveis mais elevados de excitação sexual, quer genital, quer subjectiva, comparativamente à

condição do esquema negativo. Nesta última, pelo contrário, as mulheres revelaram níveis de afecto negativo, tensão/ansiedade e raiva/hostilidade significativamente mais elevados, além de respostas sexuais significativamente mais baixas, também em ambos os grupos (Middleton, Kuffel, & Heiman, 2008).

Mehrabian e Stanton-Mohr (1985) exploraram o efeito dos estados emocionais no desejo sexual e nas disfunções sexuais, tendo verificado que o desejo era superior quando os indivíduos sentiam emoções de prazer, em vez de desprazer, ausência de provocação/activação, em vez de provocação/activação e dominância, em vez de passividade. Além disso, constataram que o desejo aumentava com o aumento da provocação/activação em situações de prazer, mas, em situações de desprazer, o desejo diminuía com o aumento da provocação/activação. Níveis mais elevados de desejo e ausência de problemas sexuais mostraram associação com sentimentos agradáveis e de dominância (e.g., sentir-se admirado e vigoroso, ou relaxado e confortável), enquanto níveis de desejo mais baixos mostraram estar associados a sentimentos desagradáveis e de provocação/activação, tais como sentir-se hostil e zangado ou magoado e embaraçado. Ainda quanto à hostilidade, estudos experimentais anteriores sugeriram que a indução de estados emocionais de raiva podia reduzir a resposta sexual em homens sexualmente funcionais (Beck & Bozman, 1995; Bozman & Beck, 1991). No *focus group* realizado por Graham e colaboradores (2004), a par com o humor deprimido, a raiva foi também descrita por algumas mulheres como constituindo um poderoso inibidor da resposta sexual.

Além dos estados emocionais relacionados com a ansiedade e o humor, os estudos que exploram outros afectos são escassos e alguns deles remetem para outros aspectos que não necessariamente o papel das emoções. Por exemplo, no que respeita à preocupação, Katz e Jardine (1999) encontraram uma relação estatisticamente significativa, embora fraca, entre a tendência para a preocupação, concebida como traço de personalidade, e o baixo desejo sexual e aversão sexual. Também a culpa tem sido sobretudo estudada como traço de personalidade e não tanto como estado emocional (e.g., Langston, 1973; Mendelsohn & Mosher, 1979; Mosher, 1973; O'Grady, 1982), sendo que a maioria dos resultados sugere um efeito negativo da culpa na resposta sexual, sobretudo subjectiva (e.g., Mosher & Greenberg, 1969; Mosher & O'Grady,

1979; Mosher & White, 1980), embora a excitação genital pareça não ser negativamente influenciada pela culpa sexual (e.g., Morokoff, 1985).

CAPÍTULO VIII.
Variáveis Relacionais
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

A relação entre as experiências sexuais e o contexto relacional no qual estas ocorrem tem sido alvo de numerosos estudos, a maioria deles mostrando uma íntima associação entre ambos (Henderson-King & Veroff, 1994; Hurlbert & Apt, 1994; Sprecher, 2002; Sprecher & Cate, 2004; Yela, 2000). Contudo, a natureza desta relação continua ainda por elucidar em muitos aspectos, além de que alguns estudos têm mostrado dados divergentes, como por exemplo quanto aos efeitos da duração da relação (Byers, & Wang, 2004; Edwards & Booth, 1994; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Klusmann, 2002; Liu, 2003; Schwartz & Rutter, 2000) ou a importância do amor e do envolvimento emocional para as mulheres (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009; Haavio-Mannila & Kontula, 1997). Também ainda não parece ser completamente claro em que medida a qualidade do relacionamento afectará ou não do mesmo modo o funcionamento sexual ou as experiências de satisfação sexual feminina (Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling, 1988; Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993). Embora existam algumas sugestões quanto à importância de aspectos como a atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro ou a sensibilidade do companheiro (Aron & Aron, 1986; Basson, 2005; Laumann et al., 1999; Leiblum, 2003), poucos estudos empíricos lhe têm dedicado a necessária atenção.

2. Qualidade do relacionamento e sexualidade feminina

Os aspectos não sexuais dos relacionamentos influenciam as experiências sexuais, nomeadamente em termos de experiências sexuais satisfatórias ou não. Por exemplo, a presença de conflitos não resolvidos, o facto de a pessoa não se sentir amada, ou a distância emocional experienciada pelos parceiros, podem reflectir-se de forma marcante na qualidade da interacção sexual, no funcionamento e na satisfação sexual (Byers & Wang, 2004; Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling, 1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983). A maioria dos estudos tem revelado que a frequência das actividades sexuais, a satisfação sexual e o interesse sexual dos parceiros, são aspectos estreitamente interligados com a satisfação marital (Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993; Huston & Vangelisti, 1991).

Dunn e colaboradores (1999) verificaram que as dificuldades maritais se encontravam significativamente associadas às disfunções sexuais por eles investigadas, exceptuando os problemas de lubrificação e a dispareunia (Dunn, Croft, & Hackett, 1999). Também Öberg e Fugl-Meyer (2005) verificaram que os baixos níveis de satisfação no relacionamento com o parceiro se encontravam intimamente associados com a perturbação e sofrimento decorrentes da perturbação do desejo ou interesse sexual, excitação sexual e orgasmo.

Em geral, os homens e as mulheres que referem estar satisfeitos com os seus relacionamentos, indicam também estarem satisfeitos com os seus relacionamentos sexuais. Por outro lado, e apesar de alguns resultados em contrário, os estereótipos culturais sugerem que aquilo que é considerado importante para uma vida sexual satisfatória difere consoante o género sendo que, para as mulheres, os aspectos emocionais dos relacionamentos sexuais parecem ser um dos aspectos centrais, ao passo que, para os homens, a primazia vai para a frequência sexual (Hurlbert & Apt, 1994; Hurlbert, Apt, & Rabehl, 1993). Num estudo conduzido com estudantes universitários, a duração dos relacionamentos mostrou ser melhor predita pela satisfação relacional nas mulheres e pela satisfação sexual nos homens (Sprecher, 2002). Noutro estudo, a satisfação sexual mostrou, mais nas mulheres do que nos homens, estar mais proximamente ligada à expectativa de um relacionamento durável (Waite & Joyner, 2001). Tem-se ainda verificado que, de modo particular nas mulheres, a qualidade emocional das interacções constitui o aspecto mais marcante nas suas avaliações sexuais, sendo que as mulheres que revelam maior insatisfação sexual são as que mais referem necessitar de amor, afeição e carinho (DeLamater, 1991).

A satisfação sexual e outras medidas subjectivas da sexualidade (e.g., intimidade sexual) têm mostrado estar positivamente associadas com outros indicadores da qualidade da relação, incluindo o amor (Aron & Henkemeyer, 1995; Grote & Frieze, 1998; Sprecher & Regan, 1998; Yela, 2000) e o compromisso ou a probabilidade da relação ser durável (Pinney, Gerrard, & Denney, 1987; Sprecher, Metts, Burleson, Hatfield, & Thompson, 1995; Waite & Joyner, 2001).

Na maioria das culturas, a expressão sexual constitui um aspecto central no casamento. É de esperar, por exemplo, que a escolha do cônjuge seja baseada, pelo

menos em parte, na atracção sexual. Além disso, a satisfação sexual é considerada por alguns estudiosos como o barómetro da qualidade do casamento, sendo que o modo como os cônjuges se sentem na esfera sexual do seu relacionamento, está intimamente ligado à forma como sentem todo o relacionamento (e.g., Henderson-King & Veroff, 1994). Segundo um dos modelos que procura explicar a relação entre satisfação sexual e relacional, o Modelo Interpessoal de Satisfação Sexual, de Lawrance e Byers (1992, 1995), a satisfação sexual representa um balanço favorável da relação entre ganhos e custos nas dimensões sexuais do relacionamento. De acordo com este modelo, a satisfação sexual aumenta na medida em que, no relacionamento sexual, existem poucos custos, os ganhos são elevados, a relação entre custos e ganhos é favorável e existe igualdade entre os parceiros sexuais na relação entre custos e ganhos (Byers, Demmons, & Lawrance, 1998). Uma relação sexual satisfatória poderá contribuir para a qualidade do relacionamento em geral (satisfação, amor e compromisso). De modo geral, quanto maiores os ganhos ou recompensas numa dada área do relacionamento (e.g., a relação sexual), melhor a qualidade do relacionamento. Além disso, quanto mais equitativas forem as trocas na relação, incluindo trocas em termos de sentimentos e comportamentos sexuais, maior a probabilidade dos parceiros se encontrarem satisfeitos com o relacionamento (e.g., Hatfield, Greenberger, Traupmann, & Lambert, 1982; Hatfield, Utne, & Traupmann, 1979).

Recentemente, têm sido encontradas evidências acerca dos efeitos positivos da satisfação sexual a nível do relacionamento interpessoal e do bem-estar (Laumann et al., 2005; Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh, & Waite, 2007). Por outro lado, a baixa satisfação sexual tem revelado predizer separações nos relacionamentos, no caso dos homens, apesar de o mesmo não ter sido encontrado nas mulheres (Sprecher, 2002). Não obstante a natureza da relação da relação ser pouco clara, as mulheres que se encontram em relacionamentos sexuais mais activos e satisfatórios referem, consistentemente, níveis superiores de satisfação emocional e relacional (Henderson-King & Veroff, 1994; Hurlbert & Apt, 1994; Rosen, & Bachmann, 2008).

Além dos estudos que documentam a associação entre satisfação na relação e experiências sexuais satisfatórias ao nível das relações conjugais e de longo termo (e.g.,

Blumstein & Schwartz, 1983; Cupach & Comstock, 1990; Edwards & Booth, 1994; Henderson-King & Veroff, 1994), encontram-se também alguns estudos que revelam que a mesma associação está presente nas relações de namoro (Byers et al., 1998; Davies, Katz, & Jackson, 1999).

A grande maioria dos estudos que tem estudado a associação entre a satisfação sexual e relacional é de natureza transversal (Henderson-King & Veroff, 1994). Embora escassos, alguns estudos longitudinais têm também sugerido a existência de associação entre as variáveis relacionais e as experiências sexuais. Num estudo sobre instabilidade marital ("*The Longitudinal Study of Marital Instability*"), Edwards e Booth (1994) verificaram que as mudanças no comportamento sexual estavam, de modo geral, relacionadas com mudanças em termos de bem-estar psicológico e qualidade marital, embora não tivesse sido possível conhecer a direção causal destas mudanças. Também Henderson-King e Veroff (1994) analisaram os resultados de um estudo longitudinal ("*Early Years of Marriage Project*") e encontraram associações positivas entre satisfação sexual (alegria e excitação e ausência de aborrecimento durante a actividade sexual) e medidas da qualidade do relacionamento durante ambos, o 1º e o 3º ano de casamento.

De modo geral, as investigações sugerem que níveis elevados de satisfação sexual estão relacionados com maior qualidade e estabilidade do relacionamento (Sprecher & Cate, 2004), sendo que a sexualidade tem mostrado constituir um componente central na qualidade do relacionamento (Hassebrauck & Fehr, 2002). No entanto, existem também algumas evidências clínicas sugestivas de que alguns casais podem estar, em geral, satisfeitos com os seus relacionamentos, mas insatisfeitos no relacionamento sexual e vice-versa (Birnbaum, Reis, Mikulince, Gillath, & Orpaz, 2006; Edwards & Booth, 1994; Kaplan, 1974).

Embora o prazer sexual que a mulher pode obter com a actividade sexual pareça, mais do que no homem, depender de aspectos relacionais, algumas evidências empíricas têm sugerido resultados algo divergentes. Por exemplo, num estudo conduzido pela AARP (*American Association for Retired Persons*), verificou-se que os homens de meia-idade e os homens idosos avaliaram a sensibilidade do parceiro e o ter um relacionamento romântico como sendo mais importante para a satisfação sexual do que

avaliaram as mulheres da mesma idade (AARP, 1999, cit in Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009). Carpenter e colaboradores (2009) verificaram que, curiosamente, nas mulheres, as práticas sexuais corporais constituíram melhores preditores da satisfação física e emocional do que os factores relacionais, e que nos homens, os factores relacionais mostraram ser melhores preditores de ambos os tipos de satisfação (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009). No estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997), a reciprocidade no amor mostrou ser um preditor significativo da satisfação sexual para os homens mas não para as mulheres.

3. Duração do relacionamento e sexualidade feminina

O aumento da duração da relação tem mostrado estar associado à diminuição da frequência da actividade sexual (Blumstein & Schwartz, 1983; Byers, & Wang, 2004; Call, Sprecher, & Schwartz, 1995; Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994). Segundo Byers e Wang (2004), uma possível explicação para a diminuição da frequência sexual em relacionamentos de longa duração, poderá estar relacionada com o balanço entre ganhos e custos sexuais, nomeadamente a frequente percepção que tende a existir nos casais, com o decorrer dos anos, quanto à diminuição nos ganhos devido a fenómenos de habituação ou diminuição do efeito de novidade (Call et al., 1995).

Num dos estudos mais amplos que foi realizado com casais até à data, Blumstein e Schwartz (1983) entrevistaram aproximadamente 6.000 casais (casados e em coabitação, gays e lésbicas) e fizeram acompanhamento de *follow-up* a 300 casais. O que verificaram foi que a actividade sexual diminuía de frequência com a idade e com a duração da relação, embora existissem algumas diferenças em função do tipo de casal: nos indivíduos casados, a idade e a duração do relacionamento mostraram uma influência negativa idêntica; nos casais gays e lésbicos, quer a duração, quer a idade, mostraram ser influentes, embora a duração da relação tenha mostrado maior impacto negativo sobre a actividade sexual; nos casais heterossexuais que estavam em coabitação, a duração da relação, mas não a idade, mostrou ter um impacto negativo significativo na frequência sexual.

Os efeitos da duração do relacionamento parecem assim conseguir explicar, mais do que, e para além da idade, a diminuição da frequência da actividade e dos níveis de satisfação sexual. Liu (2003) por exemplo, verificou que quando a idade dos cônjuges era controlada, os relacionamentos mais longos continuavam a constituir importantes preditores da baixa satisfação sexual em indivíduos casados entre os 18 e os 59 anos. Um outro estudo, realizado por Johnson e colaboradores (1994) mostrou também haver uma clara diminuição da actividade sexual com o aumento da duração da relação, sendo essa relação bastante mais acentuada do que a tendência encontrada para a idade (Johnson, Wadsworth, Wellings, & Field, 1994). Carvalheira e colaboradores (2010), num estudo recentemente realizado com uma amostra da população portuguesa, verificaram que, depois de controlada a idade, a duração do relacionamento mostrou associação negativa com a frequência da iniciativa sexual das mulheres, com a satisfação com a sua sexualidade e com a satisfação sexual com o parceiro (Carvalheira, Brotto, & Leal, 2010). Klusmann (2002), nos casais que estudou, verificou também uma clara diminuição da actividade sexual e da satisfação sexual com o aumento da duração da relação. Adicionalmente, encontrou algumas particularidades ligadas ao género, designadamente o facto de o desejo sexual feminino ter tendência a diminuir com o número de anos em conjunto; por outro lado, verificou que o desejo de carinho e proximidade emocional aumentava nas mulheres e diminuía nos homens (Klusmann, 2002).

No entanto, e embora a maioria dos estudos mostre que a actividade sexual pode tornar-se menos frequente ao longo do tempo da relação, outros dados indicam que ela não se torna necessariamente menos prazenteira, sendo que os níveis de satisfação sexual podem manter-se idênticos ao longo dos anos (Schwartz & Rutter, 2000). Por outro lado, o estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997) mostrou mesmo que a duração da relação deixava de ter um papel importante na actividade sexual ou no desejo sexual feminino, depois de controladas variáveis importantes, como por exemplo, a idade, o facto de a mulher ter um parceiro saudável ou o facto de valorizar a sua vida sexual.

4. Atracção pelo companheiro, sensibilidade do companheiro e sexualidade feminina

Entre alguns importantes determinantes psicológicos e interpessoais que podem concorrer para explicar as experiências sexuais femininas, Bancroft (2001) menciona o contributo da atractividade do parceiro para a mulher e da sensibilidade manifestada pelo mesmo face às necessidades e preferências sexuais femininas. O papel da atracção física nos relacionamentos interpessoais, particularmente nas relações amorosas, tem vindo a ser assumido como sendo importante não apenas para os homens mas igualmente para as mulheres (e.g. Aron & Aron, 1986; Cook & Wilson, 1979; Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer, & Pan, 2007; Sangrador & Yela, 2000).

Alguns resultados têm demonstrado existir uma forte associação negativa entre os problemas sexuais e um conjunto de indicadores psicossociais, nomeadamente a atracção pelo companheiro e as emoções positivas em relação ao mesmo durante a actividade sexual (Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Laumann et al., 1999). Num estudo epidemiológico recente (*Global Study of Sexual Attitudes and Behavior*), envolvendo homens e mulheres de 29 países, Mulhall e colaboradores (2008) verificaram que vários aspectos sexuais foram considerados por ambos os sexos como sendo muito importantes para a satisfação sexual (i.e., actividade sexual, penetração, capacidade para atingir orgasmo, atracção pelo parceiro) e que, de entre todos, aquele que mostrou ser mais importante, quer para os homens, quer para as mulheres, foi o grau de atracção sentido em relação ao companheiro, sendo referido, como tal, por 71% das mulheres e 73% dos homens. Além disso, cerca de 97% dos homens e 94% das mulheres mencionaram ser importante dar prazer ao companheiro durante o encontro sexual (Mulhall, King, Glina, & Hvidsten, 2008). Leiblum (2003) refere também que o facto de a mulher se sentir ou não atraída (sexualmente, emocionalmente ou ambas) pelo companheiro, pode facilitar ou, pelo contrário, dificultar a resposta sexual (sobretudo a nível da excitação).

CAPÍTULO IX.
Actividade Sexual, Contexto
e Sexualidade Feminina

1. Breve Introdução

A importância dos aspectos contextuais nas experiências sexuais femininas tem sido sugerida por diversos teóricos, assim como tem sido sublinhada a necessidade de se proceder especificamente à sua avaliação aquando da existência de dificuldades sexuais.

Não obstante as diversas sugestões, são ainda escassas as contribuições empíricas dedicadas ao estudo do seu papel específico e sua relação com o funcionamento e com a satisfação sexual.

2. Frequência da actividade sexual e sexualidade feminina

A actividade sexual frequente tem revelado estar associada à satisfação sexual (Blumstein & Schwartz, 1983; Haavio-Mannila, & Kontula, 1997) assim como à satisfação geral com o relacionamento (Call, Sprecher, & Schwartz, 1995). DeLamater e colaboradores (2008) estudaram uma ampla amostra de homens e mulheres entre os 60 e os 70 anos, tendo verificado que a frequência da actividade sexual, assim como a satisfação marital/relacional, constituíam os principais preditores da satisfação com a actividade sexual (DeLamater, Hyde, & Fong, 2008). Num estudo realizado com 275 mulheres universitárias, verificou-se que as que tinham actividade sexual mais frequente relatavam igualmente níveis mais elevados de satisfação sexual (Pinney, Gerrard, & Denney, 1987). Além disso, a frequência sexual parece contribuir para a estabilidade e qualidade dos relacionamentos, sobretudo em uniões de coabitação (Yabiku, & Gager, 2009). A este respeito verificou-se que a coabitação, mais do que o casamento ou mesmo o namoro, constitui a condição em que o sexo é mais frequente, mesmo quando se controla a idade (Blumstein & Schwartz, 1983; Sprecher, & Regan, 2000).

Apesar da importância da actividade sexual para a satisfação sexual e relacionamentos mais satisfatórios, nem sempre se pode assumir que a presença de uns assegurará a existência dos outros. Por exemplo, Greeley (1991) observou que, depois de controlada a satisfação sexual, a frequência da actividade sexual não afectava a qualidade dos relacionamentos. Por outro lado, a frequência sexual também não constitui condição obrigatória para a satisfação sexual, nem deve ser confundida com

esta ou com o funcionamento sexual (Henderson-King & Veroff, 1994). Embora a actividade sexual frequente possa ser um importante correlato do desejo sexual e de relacionamentos sexuais satisfatórios (DeLamater, et al., 2008; Haavio-Mannila, & Kontula, 1997), seria redutor considerar a frequência sexual como consequência ou critério de satisfação sexual, ou expressão linear do desejo. Regan (2000), por exemplo, verificou no seu estudo que o desejo sexual e a actividade sexual apenas se encontravam moderadamente relacionados e de modo não significativo. Os resultados de uma investigação conduzida na Dinamarca, com uma amostra aleatória, mostraram que, de modo geral, embora os homens relatassem o desejo de ter maior frequência na actividade sexual do que as mulheres, e embora homens e mulheres referissem estar satisfeitos sexualmente, ambos desejariam ter sexo com maior regularidade do que a actual (Solstad & Hertoft, 1993). Rosen e colaboradores constataram também que mais de metade das mulheres referiu que a frequência da sua actividade sexual era menor do que a desejada (Rosen et al., 1993).

À semelhança do que acontece com o desejo e o funcionamento sexual em geral, a frequência da actividade sexual tende a diminuir com a idade e com a ausência de um parceiro (Beutel, Stöbel-Richter, & Brähler, 2008). Por exemplo, Piccinino e Mosher (1998) constataram que a frequência média da actividade sexual entre os 18 e os 29 anos era de 112 vezes/ano, de 86 vezes/ano entre os 30 e os 39 anos e de 69 vezes/ano entre os 40 e os 49 anos. De acordo com a maioria dos estudos em que foi avaliada a frequência sexual, observou-se que os casais mais jovens têm actividade sexual duas ou três vezes por semana, embora seja expectável um declínio da frequência com a duração do casamento, assim como com a idade, devido à maior incidência de doenças, atitudes negativas face à sexualidade na terceira idade, entre outros aspectos associados ao envelhecimento (Call et al., 1995; Laumann, Gagnon, Michaels, 1994 ; Sprecher & Regan, 2000). Além disso, a diminuição na frequência da actividade sexual pode também ocorrer devido a uma situação temporária que passa entretanto a ser o esquema partilhado e aceite pelo casal, sem que se retome a frequência anterior e podendo até acontecer, nalguns casos, a cessação completa da actividade sexual (Donnelly, 1993).

3. Contexto sexual e sexualidade feminina

O contexto no qual decorrem os encontros sexuais, assim como aquilo que cada mulher considera ou aprende a considerar como erótico, podem influenciar a resposta sexual feminina. A ausência de um contexto apropriado ou com privacidade, o facto de existirem preocupações, assuntos domésticos ou questões laborais pendentes, cansaço ou ainda o horário disponibilizado para a actividade sexual, muitas vezes insuficiente e/ou tardio, podem dificultar a capacidade de excitação sexual e reduzir o prazer e satisfação associados à actividade sexual (Bancroft et al., 2003; Basson, 2005).

Bodenmann e colaboradores (2007), estudaram 198 casais, tendo encontrado resultados claramente sugestivos da interferência dos aspectos contextuais no relacionamento íntimo. Pequenas perturbações diárias, relacionadas com factores de stress exteriores à díade conjugal (e.g., questões económicas, problemas ou contrariedades no trabalho, número excessivo de tarefas, etc.), mostraram influenciar negativamente a actividade sexual e a satisfação com o relacionamento. As associações entre stress exterior, relacionamento conjugal e actividade sexual revelaram mesmo ser mais acentuadas para os pequenos problemas quotidianos (incluindo irritações, frustrações e exigências do dia-a-dia) do que para os acontecimentos de vida críticos (Bodenmann, Ledermann, & Bradbury, 2007). Outras investigações têm evidenciado a ligação entre o stress diário nos relacionamentos e a actividade sexual, em termos da sua qualidade e frequência (Brezsnyak & Whisman, 2004; Hendrick & Hendrick, 2002; Hurlbert, Apt, Hurlbert, & Pierce, 2000). Num estudo realizado por Burleson e colaboradores (2007), além do estado de humor, também os níveis de stress de uma amostra de mulheres na meia-idade foram analisados na sua relação com as suas experiências sexuais, sendo que os resultados mostraram que a maior atracção/proximidade física e a actividade sexual com o companheiro, num dia, prediziam significativamente o menor stress e melhor humor, no dia seguinte. A redução do stress e a melhoria do humor, por seu turno, mostraram aumentar a probabilidade de maior actividade sexual futura, assim como reforçar a atracção/proximidade física em relação ao companheiro (Burleson, Trevathan, & Todd, 2007). Morokoff e Gilliland (1993), por seu turno, encontraram resultados algo surpreendentes e contraditórios, tendo verificado que a frequência de actividade sexual desejada aumentava com os agentes diários indutores de stress, quer nos maridos, quer

nas esposas. Embora contraditório, este dado é, em parte, consistente com a noção de que a actividade sexual serve frequentemente como forma de reduzir a tensão em casais que têm de lidar com situações diárias de stress ou naqueles cujos relacionamentos são tensos (McCarthy's, 2003).

No diagnóstico das dificuldades sexuais das mulheres, Basson e colaboradores (2004), chamam a atenção para a necessidade de se avaliarem os “descritores contextuais”, sendo que, no seu entender, aspectos como o cansaço ou fadiga, a falta de tempo e um ambiente pouco estimulante podem actuar como factores predisponentes, precipitantes e/ou de manutenção de problemas a nível do desejo e excitação (Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, et al., 2005; Basson et al., 2004). Sugrue e Whipple (2001) mencionam também a importância do contexto, erótico e com condições favoráveis ao surgimento de uma resposta sexual funcional. Tiefer (2002, 2003), referindo-se à origem da problemática sexual feminina, aponta, entre outros factores, os sócio-culturais, ilustrando com o exemplo da fadiga resultante das obrigações familiares e laborais. Bancroft (2002), no âmbito da teoria do controlo dual da resposta sexual (excitação/inibição), propõe que, perante um contexto sexual pouco excitante ou estimulante, a existência de uma resposta de inibição sexual possa ser considerada como uma resposta adaptativa e compreensível. Por exemplo, quando existe stress, acentuado cansaço ou tristeza ou um ambiente em que estão presentes, de forma contínua, padrões comportamentais negativos ou ameaçadores por parte do companheiro ou outros, é natural que tal contexto iniba a mulher de se expressar sexualmente e que tal inibição cumpra uma função adaptativa. Deste modo, avaliar e ter em consideração o ambiente sexual envolvente é fundamental, antes de se descrever a ausência de uma resposta sexual como sendo problemática ou disfuncional.

Em termos gerais, os teóricos sublinham assim a importância de se analisarem as experiências sexuais em relação ao contexto envolvente e não focar somente o que acontece ao nível fisiológico ou mesmo intra-psíquico.

4. Recurso a actividades auxiliares e sexualidade feminina

Quanto ao uso de auxiliares eróticos, também designados como “pistas” eróticas externas (“*erotic triggers/ cues*”), ele tem sido assumido como uma das possibilidades

de contribuir para melhorar a experiência sexual dos casais, nomeadamente quando existem dificuldades ao nível do desejo sexual. Por exemplo, Levine (2003) propôs um conjunto de 11 grupos de estímulos que podem funcionar como facilitadores ou despoletadores do desejo de envolvimento sexual, incluindo-se, entre estes, ver, ler ou ouvir pessoas a falar explicitamente de sexo com prazer, assistir a uma sequência romântica ou erótica entre duas pessoas atraentes, ou invocar uma fantasia que tenha sido erótica no passado. Leiblum e Sachs (2002), no livro "*Getting the Sex you Want: A woman's guide to becoming proud, passionate, and pleased in bed*", lembram o potencial que podem assumir alguns estímulos externos auxiliares, tais como brinquedos eróticos ou pornografia, o envolvimento em práticas masturbatórias e visualizações eróticas, a inclusão de experiências com algumas músicas, sabores ou fragrâncias eventualmente estimulantes do desejo sexual, embora cada um destes recursos possa ter um efeito diferente de mulher para mulher. Em "*Reclaiming desire: Four keys to finding your lost libido*", Goldstein e Brandon (2004) mencionam também a importância da receptividade ou abertura a pistas sexuais externas, desde o recurso a roupas provocantes ou exóticas, aventuras sexuais eróticas ou românticas, música sensual, banhos em conjunto, entre outras sugestões visando estimular o desejo sexual. Em combinação com técnicas sexuais diversificadas, o recurso a materiais sexuais auxiliares revelou contribuir para relatos de maior satisfação e prazer sexual nas mulheres (Haavio-Mannila, & Kontula, 1997).

Relativamente à masturbação, a investigação tem mostrado que ela pode ter efeitos positivos em termos de saúde sexual, contribuir para um melhor funcionamento sexual, nomeadamente maior capacidade orgástica, e para uma sexualidade mais satisfatória (Coleman, 2002; Kelly, Strassberg & Kircher, 1990; Levin, 2007). Por exemplo, Hurlburt e Whittaker (1991) verificaram que, de entre as mulheres casadas, as que tinham orgasmos mediante masturbação, apresentavam maior satisfação sexual e marital, comparativamente às que não se masturbavam. Também Kinsey e colaboradores (1953) tinham já verificado que as mulheres que não experienciavam orgasmos com a masturbação antes do casamento, tinham muito menor probabilidade de se tornarem orgásticas com os seus parceiros após o casamento (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gephard, 1953). Durante os encontros sexuais, o recurso à masturbação pode aumentar a satisfação sexual de ambos os parceiros. Pode também providenciar algum alívio da pressão relacionada com a actividade sexual exclusivamente conjunta. Pode

ainda servir como recurso ou alternativa quando o parceiro sexual está desinteressado ou indisponível para o acto sexual (Coleman, 2002). A masturbação pode ainda contribuir para melhorar a relação da mulher consigo mesma, em termos de auto-estima e de satisfação corporal (Heiman & LoPiccolo, 1988). O conforto com o seu próprio corpo é fundamental para diminuir a ansiedade em contextos interpessoais, melhorar o conforto quanto à expressão sexual e aumenta a satisfação sexual (Barbach, 1976).

No caso das mulheres com problemas ao nível do orgasmo ou outro tipo de problemas sexuais, o recurso a técnicas de masturbação com instruções guiadas, sobretudo numa fase inicial da terapia, tem revelado um importante valor terapêutico (Heiman & LoPiccolo, 1988; Leiblum & Rosen, 1989; LoPiccolo & Lobitz, 1972). Entre outras vantagens, presume-se que aumentar o conhecimento da mulher acerca da sua própria resposta sexual irá também facilitar a comunicação ao companheiro acerca das suas preferências sexuais ou daquilo que lhe dá mais prazer.

De modo geral, as mulheres que referem práticas masturbatórias frequentes apresentam igualmente maior abertura e conforto em relação à sua sexualidade, sendo também as que mais frequentemente relatam maior frequência da actividade sexual e maior satisfação com a componente sexual dos seus relacionamentos (Leitenberg, Detzer, & Srebnik, 1993). Laumann e colaboradores (1994), verificaram na sua amostra que 16.5% dos homens casados e 4.7% das mulheres casadas referiam recorrer à masturbação pelo menos uma vez por semana. Entre os estudantes do liceu, Pinkerton e colaboradores (2002) encontraram relatos de masturbação numa frequência média 12 vezes por semana para os rapazes e 4.7 vezes para as raparigas. Janus e Janus (1993) verificaram que 5% dos homens do seu estudo e 11% das mulheres nunca se tinham masturbado. Um dado curioso é que as mulheres recorram significativamente menos do que os homens à masturbação, embora seja mais frequente elas terem um orgasmo ao masturbarem-se (ou serem masturbadas pelos companheiros) do que durante o coito. Segundo Leitenberg e colaboradores (1993), um das explicações prováveis para esta contradição pode ter a ver com questões culturais, nomeadamente com o processo de socialização que tradicionalmente associa a satisfação e a responsividade sexual feminina a aspectos como a partilha da intimidade e o romance, menos do que a simples procura de prazer, mais associada à masturbação.

No que respeita ao recurso a fantasias sexuais durante a actividade sexual os resultados da maioria dos estudos têm mostrado que as mulheres que fantasiam mais frequentemente são também as que têm vidas sexuais mais preenchidas e satisfatórias (Alfonso, Allison, & Dunn, 1992). Leitenberg e Henning (1995) consideram que as fantasias ajudam a aumentar a excitação e a responsividade durante o encontro sexual e que as mulheres que fantasiam durante a masturbação mais fácil e frequentemente têm orgasmos no decurso do coito. Além disso, as pessoas que referem ter frequentemente fantasias sexuais geralmente têm menos problemas sexuais e desfrutam mais da actividade sexual (Leitenberg & Henning, 1995; Moreault & Follingstad, 1978; Purifoy, Grodsky, & Giambra, 1992; Wilson, 1992). Uma descrição mais aprofundada acerca das fantasias e seu uso durante a actividade sexual poderá ser encontrada no capítulo correspondente às variáveis cognitivas (cf. capítulo V).

CAPÍTULO X.
Variáveis Biopsicossociais
e Sexualidade Feminina

1. Breve introdução

Um significativo número de investigações assume a estreita associação entre o funcionamento sexual das mulheres e as suas experiências sexuais satisfatórias. Contudo, poucos estudos exploram directamente esta relação, além de que se encontra na literatura alguma sobreposição e indiferenciação entre estas duas dimensões da sexualidade feminina (Abadjian-Mozian, 2005; Barrientos & Páez, 2006; Davison et al., 2008; Henderson et al., 2009; Parish et al., 2007; Rellini & Meston, 2007).

Quanto aos seus determinantes, embora poucos estudos tenham mostrado uma abordagem integrativa e multidimensional na compreensão das experiências de funcionamento e satisfação sexual, vários resultados têm apontado a importância de diferentes factores demográficos, biomédicos, relacionais, contextuais, cognitivos e emocionais (e.g., Bancroft et al., 2003; Basson et al., 2004; Laumann et al., 1994; Tiefer, 2002).

2. Funcionamento sexual e satisfação sexual

Segundo o modelo tradicional da resposta sexual humana, inicialmente descrito por Masters e Johnson (1966) e aperfeiçoado por Kaplan (1976), a resposta feminina, à semelhança da masculina, progrediria invariavelmente de um estado inicial de desejo sexual consciente, para um estado de excitação, focado na intumescência e lubrificação vaginais, seguindo-se a libertação orgástica e a resolução. De salientar que a criação do modelo clássico resultou da observação laboratorial de centenas de voluntários de ambos os sexos, embora, como sublinha Tiefer (2001), tenham sido poucos os investigadores a solicitarem às mulheres que descrevessem as suas experiências do ponto de vista pessoal. Após terem chamado a atenção para as semelhanças genitais e fisiológicas entre homens e mulheres no que respeita às respostas sexuais durante a actividade sexual, Williams Masters e Virgínia Johnson concluíram então que as disfunções sexuais também deveriam ser semelhantes. As categorias diagnósticas assim resultantes (por exemplo, a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo, a Perturbação da Excitação Sexual na Mulher ou a Perturbação do Orgasmo na Mulher), actualmente ainda presentes nos manuais diagnósticos (DSM-IV-TR, APA, 1994, 2000; ICD-10,

WHO, 1992), reflectem pois um modelo linear e centrado preferencialmente nos genitais, o qual tem vindo a ser seriamente questionado nos últimos anos.

Tiefer (1996, 2002, 2003), por exemplo, refere que esta abordagem baseada no modelo clássico da resposta sexual não permite compreender os problemas da sexualidade, particularmente a feminina, devido à separação corpo-mente que lhe está subjacente, ao reducionismo biológico, ao foco na doença, em vez de nas pessoas, e à excessiva confiança nas normas. A mesma autora acrescenta que a redução da “função sexual normal” às questões fisiológicas implica, incorrectamente, que é possível avaliar e tratar as dificuldades genitais e físicas sem que se considere o relacionamento no contexto do qual a actividade sexual ocorre, o que é problemático uma vez que muitos factores relacionais estão frequentemente na origem de problemas sexuais e da satisfação sexual (e.g., desejo de intimidade, o desejo de agradar ao parceiro, ou, em certos casos, o desejo de não ofender, perder ou zangar o parceiro).

Leiblum (2001, 2003) critica também as limitações do modelo linear da resposta sexual humana para explicar a sexualidade feminina, bastante mais complexa e contextualizada do que pressuposto, assim como os problemas sexuais das mulheres, muitas vezes mais relacionados com a falta de paixão, amor, romance e sensualidade em geral, do que com a adequação da resposta genital. Assim, segundo Leiblum (2001), é perfeitamente possível uma mulher experienciar adequada excitação sexual ou até mesmo orgasmo, por exemplo, sem que sinta satisfação genuína, prazer, ou mesmo vontade de repetir a experiência.

Na sequência do questionamento ao modelo clássico da resposta sexual, Sugrue e Whipple (2001) sublinham a importância de atender a aspectos específicos das experiências sexuais das mulheres, tal como estas as relatam aos investigadores, clínicos e companheiros. Assim, na avaliação do funcionamento sexual de uma mulher, sugerem que sejam considerados aspectos como a sua capacidade para experienciar prazer, independentemente da ocorrência de orgasmo; o desejo ou receptividade para experienciar prazer e satisfação sexual; a capacidade física para responder à estimulação (vasocongestão) sem dor ou desconforto; e a capacidade para experienciar orgasmo em circunstâncias apropriadas (e.g., ausência de distração, desejo de ter orgasmo, adequada estimulação, foco erótico, etc.) (Sugrue & Whipple, 2001).

De acordo com Basson (2005), uma conceptualização alternativa, baseada num ciclo de resposta sexual com fases que se podem sobrepor e seguir uma ordem variável, poderia facilitar, não só a avaliação, mas também a abordagem terapêutica das disfunções sexuais femininas. Deste modo, apresenta um modelo de modelo de resposta circular (Figura 1), segundo o qual a intimidade origina, alimenta e termina o ciclo sexual, sendo vivida de um modo bastante contextualizado (Basson, 2000, 2001, 2005).

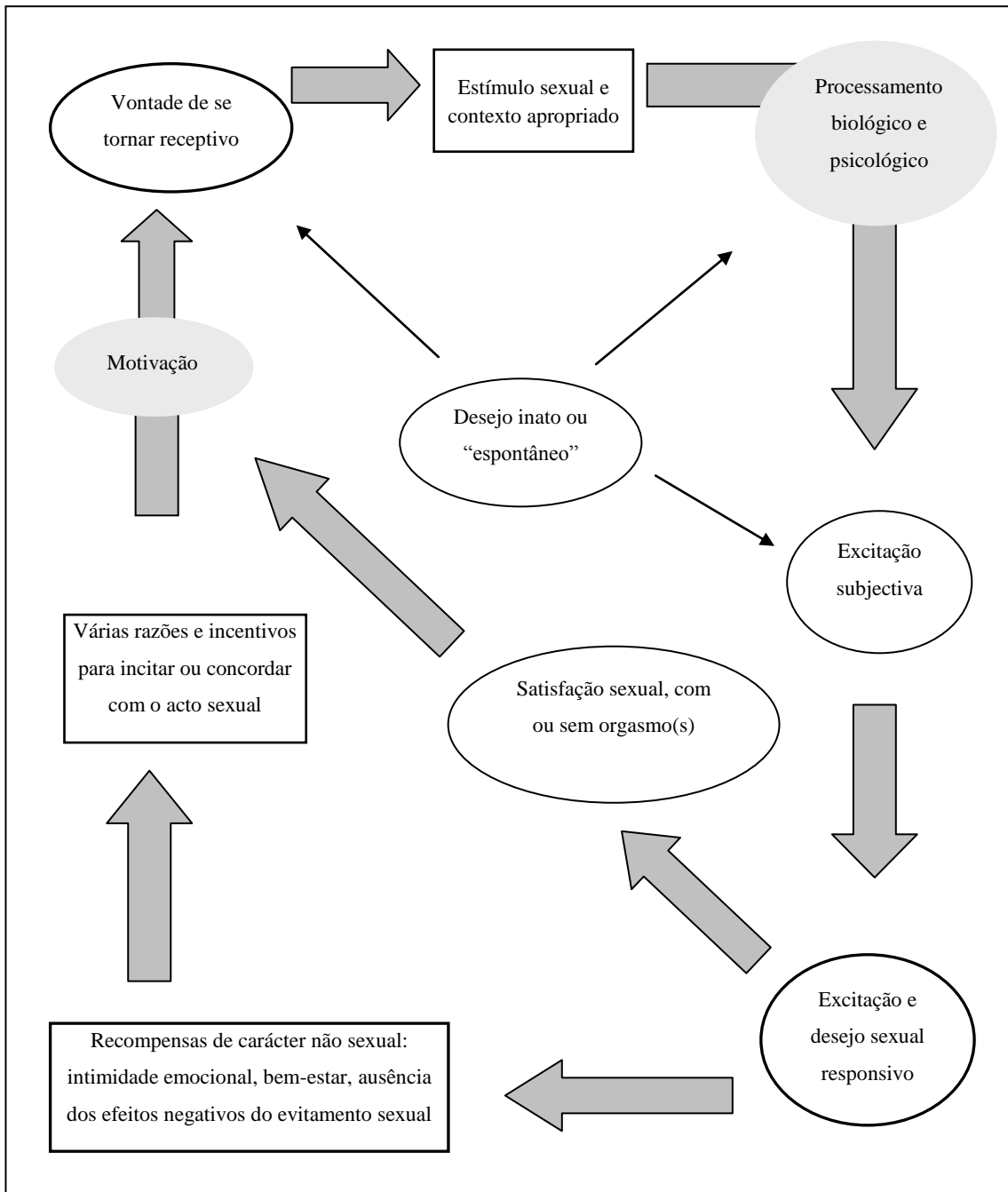


Figura 1. Esquema representativo do ciclo de resposta sexual feminina (adaptado de Basson, 2005)

O ciclo proposto por Basson (2005) ilustra o desejo sexual responsivo, experienciado durante a actividade sexual e o desejo sexual entendido como variável inicial (“desejo espontâneo”). Segundo esta autora, é perfeitamente possível que no início de uma determinada experiência sexual, a mulher não sinta qualquer desejo sexual em si mesmo. Na fase “inicial” (na Figura 1, à esquerda), existe neutralidade sexual, mas com motivação positiva. As motivações femininas para o envolvimento sexual são complexas e podem ir desde o aumento da proximidade emocional com o parceiro (intimidade emocional), até à promoção do bem-estar e auto-imagem (noção de que se é atraente, feminina, apreciada, amada e/ou desejada), ou para reduzir sentimentos de ansiedade ou culpa pelo não envolvimento sexual. Esta motivação conduz à disposição da mulher para encontrar estímulos sexuais e focar conscientemente a sua atenção nos mesmos. Estes estímulos são processados mentalmente, sendo influenciados por aspectos biológicos e psicológicos. O estado resultante é o de excitação sexual subjectiva. A estimulação continuada permite que a excitação sexual e o prazer se tornem mais intensos, desencadeando o desejo de actividade sexual: o interesse sexual, inicialmente ausente, passa então a estar presente. A satisfação sexual, com ou sem orgasmo, ocorre quando a estimulação continua por tempo suficiente e a mulher consegue manter-se focada, desfruta da sensação de excitação sexual e está livre de qualquer resultado negativo como, por exemplo, da dor (Basson, 2005). Naturalmente que o tipo de estimulação, o tempo necessário e o contexto (quer erótico, quer interpessoal) são aspectos muito variáveis de mulher para mulher. As emoções e os resultados físicos positivos aumentarão, segundo Basson, a motivação subsequente (Basson, 2001, 2002). Deste modo também, o modelo de Basson parece também sugerir alguma circularidade entre o funcionamento sexual e a satisfação sexual, de tal forma que o envolvimento no encontro sexual, o interesse e a excitação sexual contribuem para experiências sexuais gratificantes e satisfatórias e estas, por seu turno, contribuem para aumentar o interesse sexual de um modo geral.

Embora a satisfação sexual seja implicitamente assumida como estando relacionada com o funcionamento sexual, não foram encontrados muitos estudos que abordassem directamente esta relação (Parish, Luo, Stolzenberg, Laumann, Farrer, & Pan, 2007). A satisfação sexual tem sido conceptualizada de diversos modos, sendo frequentemente assumida como sinónimo de orgasmo e actividade sexual frequente (Haavio-Manila & Kontula, 1997; Laumann et al., 1994). Além disso, estes dois

indicadores têm sido aqueles que mais têm sido usados para inferir acerca das experiências sexuais satisfatórias nas mulheres (Haavio-Manila & Kontula, 1997).

Por outro lado, as escassas investigações a respeito da relação entre funcionamento e satisfação sexual procuram maioritariamente perceber em que medida a disfunção sexual feminina pode ou não comprometer as experiências sexuais satisfatórias, tendo sido encontrados alguns resultados díspares e mesmo discordantes (Dunn et al., 2000). Catania e colaboradores (1990), por exemplo, encontraram uma associação estreita entre problemas sexuais em geral e baixa satisfação sexual feminina (Catania, Pollack, McDermott, Qualls, & Cole, 1990). Um estudo conduzido com casais mostrou igualmente que a insatisfação sexual estava associada aos problemas sexuais, particularmente problemas a nível da excitação sexual e que esta associação era mais forte nas mulheres do que nos homens (Frank, Anderson, & Rubenstein, 1978). Também Laumann e colaboradores (2009) encontraram uma importante associação negativa entre as disfunções sexuais e a satisfação sexual emocional e física, bem como sentimentos de felicidade. Além disso, neste estudo, o baixo desejo sexual em ambos os sexos, os problemas de excitação nas mulheres e a disfunção erétil no homem, revelaram uma associação forte com a insatisfação sexual (Laumann et al., 1999).

Contudo, alguns outros estudos mostram que a satisfação sexual, sobretudo nas mulheres com mais idade, pode ser mais influenciada por factores de ordem contextual, qualidade de vida e bem-estar geral, do que propriamente pelas respostas corporais correspondentes a um bom funcionamento sexual (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Hurlbert et al., 1993, Young et al., 2000). Bancroft e colaboradores (2003), numa amostra de 987 mulheres com idades entre os 20 e os 65 anos, verificaram que as mulheres mais velhas eram as que tinham mais problemas a nível do seu interesse ou resposta sexual mas as mais novas eram as que se mostravam mais perturbadas por esta experiência e, logo, mais insatisfeitas sexualmente. Mais recentemente, Dundon e Rellini (2010), constataram também que a satisfação sexual era apenas parcialmente explicada pela função sexual e que outros importantes factores da vida das mulheres, tais como o seu bem-estar psicológico, o ajustamento na relação ou, em menor grau, os sintomas menopausicos, permitiram explicar as experiências sexuais satisfatórias, independentemente do funcionamento sexual.

3. Determinantes biopsicossociais da sexualidade feminina

A compreensão integrada e ampla das experiências sexuais de funcionamento e satisfação nas mulheres sugere a necessidade de se considerarem quer a sua complexidade quer as várias dimensões biopsicossociais que lhe estão associadas.

Sugrue e Whipple (2001), por exemplo, referem que a experiência sexual feminina vai além da mera vasocongestão ou da capacidade orgástica, tratando-se, antes, de um fenómeno complexo, mediado e modelado pelos *scripts* sociais e culturais, pelas experiências no contexto da família de origem, pelas dinâmicas relacionais e por factores biológicos. Aspectos adicionais como a auto-estima, a imagem corporal, a informação sexual e a experiência, por exemplo, são igualmente considerados por estes autores como poderosos determinantes da sexualidade feminina (Sugrue & Whipple, 2001).

Leiblum (2003), referindo-se aos problemas sexuais das mulheres (sobretudo a nível da excitação), considera que inúmeros aspectos psicológicos e interpessoais podem dificultar o funcionamento sexual, nomeadamente a falta de atracção pelo companheiro (sexual, emocional ou ambas), o aborrecimento sexual, emoções negativas, tais como culpa, vergonha, ansiedade ou ressentimento, pensamentos negativos e sentimentos associados à actividade sexual, e distração ou falta de atenção ao contexto sexual. Além disso, a mesma autora refere factores motivacionais que podem facilitar a excitação sexual ou dificultá-la. Assim, uma mulher poderá ficar motivada para a actividade sexual pelo desejo de ficar grávida, de evitar um castigo ou de satisfazer o parceiro, por exemplo. Pelo contrário, ela poderá querer resistir à excitação sexual para contrariar o parceiro, para evitar recordações associadas a experiências anteriores de abuso sexual, ou ainda para resistir aos sentimentos de perda de controlo associadas à experiência de se abandonar à actividade sexual (Leiblum, 2003).

Basson e colaboradores (2004a), também a propósito das disfunções sexuais femininas, enfatizam a importância de uma abordagem multidimensional no diagnóstico e na avaliação. Sugerem assim a necessidade de se avaliarem dificuldades actuais, desde disfunção sexual do parceiro, até estimulação inadequada ou contexto sexual emocionalmente insatisfatório; factores do passado, incluindo educação negativa ou

perdas ou traumas (físicas, sexuais, emocionais), relações interpessoais e restrições religiosas ou culturais; condições médicas, psiquiátricas, medicação e abuso de substâncias (Basson et al., 2004a).

Bancroft (2001) sugere igualmente diversos factores que podem afectar as experiências sexuais femininas, como sejam o bem-estar geral, o estado de saúde, a experiência sexual subjectiva, a frequência da actividade sexual, ou factores ligados ao parceiro e ao relacionamento.

Tal como foi sendo mencionado ao longo dos capítulos anteriores, atendendo à natureza complexa e multideterminada da sexualidade feminina, importa que se considerem na sua compreensão as diversas dimensões que lhe estão associadas.

Os estudos têm sugerido que algumas variáveis de cariz sóciodemográfico, particularmente a idade, as habilitações literárias ou a religião, podem ter um importante papel no funcionamento e na satisfação sexual (e.g., Bancroft et al., 2003; Farmer et al., 2009; Hawton et al., 1994; Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993).

Também os aspectos de natureza médica (doenças, medicação, e alguns problemas ginecológicos) e a percepção acerca do estado de saúde, bem como o historial obstétrico (e.g., depressão pós-parto, aborto) e o estatuto menopausico, têm mostrado poder influenciar as experiências sexuais das mulheres, embora em relação a este último os dados nem sempre sejam congruentes (e.g., Allahdadi et al., 2009; Dumas et al., 2006; Esposito & Giugliano, 2005; Guzick & Hoeger, 2000; Laumann et al., 1999; McCoy, 1992; Michelson & Bancroft, 2000; Redelman, 2010; Zivadinov et al. 1999).

Hábitos de vida saudáveis, nomeadamente em termos alimentares e de exercício físico, além de contribuírem para uma boa saúde, parecem poder ter efeitos a nível da resposta sexual (e.g., Davis & Fox, 1993; Esposito et al., 2008; Gerber et al., 1993; Kolotkin et al., 2006; Wiederman & Hurst, 1998). Apesar de não existirem ainda muitos estudos a este respeito, o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias recreativas, parecem também poder interferir com as experiências sexuais das mulheres (e.g., Gorzalka & Hill, 2006; McCall-Hosenfeld et al. 2008; McKay, 2005; Johnson et al., 2004; Oksuz & Malhan, 2006; Peugh & Belenko, 2001)

Por outro lado, em termos de psicopatologia, encontram-se na literatura empírica bastantes estudos que sugerem uma importante relação com a sexualidade, sobretudo sintomatologia depressiva e perturbações de ansiedade, incluindo perturbações de natureza obsessivo-compulsiva (e.g., Basson, 2005; Bradford & Meston, 2006; Catalan et al., 1990; Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis et al., 1981; Dobkin et al., 2006; Graziottin, 1998; Mercan et al., 2006; Michael & O'Keane, 2000; Ware et al., 1996; Werneke et al., 2006).

A influência das variáveis cognitivas nas experiências sexuais femininas tem sido sugerida e demonstrada empiricamente, sendo de destacar o papel das crenças sexuais disfuncionais (e.g., Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre et al., 2003; Sbrocco & Barlow, 1996; van den Hout & Barlow, 2000; Wiegel, Scepkowski, & Barlow, 2007), preocupações (e.g., Bancroft et al., 2003; Meana & Lykins, 2009; Purdon & Holdaway, 2006; Tiefer, 1996; 2003), fantasias (e.g., Basson, 2005; Cawood & Bancroft, 1996; Leitenberg & Henning, 1995; Meuwissen & Over, 1991) e foco de atenção durante a actividade sexual (e.g., De Jong, 2009; Laan et al., 1993; Janssen et al., 2000; Seal & Meston, 2007; Trapnell et al., 1997).

Alguns estudos têm chamado a atenção para a interacção entre bem-estar e sexualidade feminina, nomeadamente dimensões ligadas à apreciação que as mulheres fazem acerca de si próprias, do seu corpo e da sua vida em geral (e.g., Andersen & Cyranowski, 1998; Apt et al., 1996). Também a auto-estima sexual, ou seja, a imagem que a mulher tem de si enquanto ser sexual parece estar intimamente ligada à sexualidade feminina (e.g., Hurlbert et al., 2005; Oattes & Offman, 2007; Rehbein-Narvaez et al., 2006).

A relação entre as emoções e as experiências sexuais das mulheres, embora ainda longe de estar completamente estudada, tem vindo a revelar ser próxima e importante, sendo que a maioria dos estudos sugere que os estados de humor negativos, particularmente o humor deprimido e a hostilidade, podem interferir no sentido de prejudicar a resposta sexual enquanto os estados de humor mais positivos parecem ter um efeito inverso (e.g., Burleson et al., 2007; Cyranowski et al., 2004a; Dobkin et al., 2006; Graziottin, 1998; Mitchell et al., 1998; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Safir & Almagor, 1991).

Os factores relacionais, designadamente a qualidade e a duração dos relacionamentos, encontram-se intimamente ligados ao funcionamento e satisfação femininas, embora a natureza e direcção desta relação continue ainda por elucidar (Christopher & Sprecher, 2000; Donnelly, 1993; Henderson-King & Veroff, 1994; Hurlbert & Apt, 1994; Sprecher, 2002; Sprecher & Cate, 2004; Yela, 2000). A literatura sugere também poderem ser importantes variáveis como a atracção da mulher pelo companheiro ou a sensibilidade deste quanto às necessidades e preferências da mulher (Aron & Aron, 1986; Basson, 2005; Laumann et al., 1999; Leiblum, 2003), não obstante os estudos empíricos serem mais escassos a este respeito.

A literatura tem também referido a importância dos determinantes contextuais nas experiências sexuais femininas (por exemplo, a existência de um contexto erótico e com privacidade, ou o recurso a actividades auxiliares como fantasias, masturbação ou materiais eróticos, entre outros), assim como tem sido sublinhada a relevância da sua avaliação específica, nos casos de dificuldades sexuais (Bancroft, 2002; Basson, 2005; Bodenmann et al., 2007; McCarthy's, 2003; Tiefer, 2002).

Apesar da diversidade de estudos sugerindo diferentes e importantes factores relacionados com a sexualidade feminina, poucos estudos têm procurado integrar e considerar simultaneamente as diferentes dimensões biopsicossociais na compreensão das experiências sexuais de funcionamento e satisfação (Althof et al., 2005; Bancroft et al., 2003; Basson et al., 2004; Laumann et al., 1994, 1999; Wiederman, 1998; Wylie & Mimoun, 2009).

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO XI.

Objetivos e Metodologia

1. Objectivos

Com este estudo pretendemos aprofundar e testar algumas hipóteses acerca do papel das dimensões afectivas, cognitivas e relacionais, bem como de algumas variáveis contextuais e biológicas apontadas na literatura, no que respeita às experiências sexuais femininas.

Como objectivos gerais, pretendemos:

- a) Analisar detalhadamente e perceber inter-relações entre preditores biopsicossociais do funcionamento e da satisfação sexual sugeridos pela literatura teórica e empírica:
 - Variáveis sócio demográficas,
 - Variáveis médicas (doenças e medicação), historial obstétrico e estado menopausico,
 - Hábitos de vida,
 - Psicopatologia,
 - Variáveis cognitivas (crenças sexuais, preocupações sexuais, fantasias sexuais e foco de atenção)
 - Bem-estar geral e auto-estima sexual
 - Afecto durante a actividade sexual
 - Relacionamento,
 - Actividade sexual e contexto
- b) Aprofundar a relação entre funcionamento e satisfação sexual das mulheres
- c) Apresentar implicações terapêuticas e sugestões para intervenção preventiva e de promoção da saúde sexual feminina;
- d) Apresentar implicações terapêuticas e sugestões para intervenção preventiva e de promoção da saúde sexual feminina.

Cada um destes objectivos gerais será oportunamente detalhado em objectivos específicos e hipóteses, ao longo dos capítulos empíricos seguintes.

2. Metodologia

2.1. Participantes

Os estudos conduzidos no âmbito da presente investigação baseiam-se nas respostas dadas por 668 mulheres a uma bateria de instrumentos destinados a avaliar características sociodemográficas, história médica e hábitos de vida, psicopatologia, variáveis relacionais, dimensões cognitivas e afectivas envolvidas nas experiências sexuais, contexto sexual geral, assim como especificidades ligadas ao perfil sexual, particularmente ao funcionamento e satisfação sexual das participantes.

No total, a amostra é composta por 2 grupos de mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, casadas ou a viver junto, há 6 meses ou mais:

1) Grupo usado no estudo preliminar: 171 mulheres da população geral, recrutadas em diferentes regiões do país (norte, centro, grande Lisboa, Algarve, Açores e Madeira). Este grupo foi considerado somente no contexto dos estudos psicométricos, tendo também servido como forma de obter *feedback* prévio em relação à bateria de instrumentos a usar no estudo propriamente dito.

2) Grupo do estudo final: 497 mulheres recrutadas em função da estratificação por idade e nível de escolaridade, de acordo com os dados representativos da população portuguesa (amostra de conveniência).

De modo a que fosse possível examinar eventuais diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual, o grupo da população geral foi subdividido em dois conjuntos de subgrupos, tendo por base, respectivamente, as pontuações obtidas no Índice de Funcionamento Sexual Feminino (*FSFI*; Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, et al., 2000) e no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*; Rust & Golombok, 1986a). Assim:

- a) Dois subgrupos de funcionamento sexual (em função do valor do ponto de corte para o *FSFI* = 26.55; Rosen et al., 2000):
- Subgrupo sexualmente mais funcional (mulheres com pontuação acima do ponto de corte); n = 397;
 - Subgrupo sexualmente menos funcional (mulheres com pontuação abaixo do ponto de corte); n = 99;

b) Dois subgrupos de satisfação sexual (em função da mediana no GRISS = 9.00):

- Subgrupo sexualmente mais satisfeito (mulheres com pontuação acima da mediana); n = 257;
- Subgrupo sexualmente menos satisfeito (mulheres com pontuação abaixo da mediana) n = 239;

Os dados sociodemográficos principais, referentes à idade, nível de escolaridade, estado civil e duração da relação, dos grupos do estudo preliminar e do estudo final, clínico e da população geral, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Principais características sociodemográficas das participantes dos grupos do estudo preliminar e do estudo final

	Grupos			
	Estudo preliminar		Estudo final	
	n	%	n	%
Idade				
M	36		37	
Min-Máx.	18-75		18-75	
D.P.	10.81		14.02	
Duração da relação (meses)				
M	139		169	
Min-Máx.	6-636		6-672	
D.P.	123.68		152.67	
Estado civil				
Solteira	23	13.5	149	30.0
Casada/ união de facto	140	81.9	329	66.2
Divorciada/ separada	2	1.2	1	0.2
Viúva	6	3.5	18	3.6
Habilitações literárias				
Sem estudos	0	0.0	2	0.4
Do 1º ao 4º ano	9	5.3	79	15.9
Do 5º ao 9º ano	15	8.8	109	22.0
Do 10º ao 12º ano	42	24.5	171	34.4
Ensino superior	105	61.4	136	27.3

Quanto ao grupo do estudo final, uma vez que constitui a base da maioria das análises apresentadas neste estudo, importa descrever, para além das já referidas características, outras particularidades sociodemográficas relevantes para o tema em análise.

Assim, no que respeita à orientação sexual, observa-se que, na sua maioria, as participantes descrevem uma orientação exclusivamente heterossexual (90%) ou parcialmente heterossexual (6%), sendo as restantes (4%) de orientação exclusivamente homossexual, parcialmente homossexual ou igualmente heterossexual e homossexual. Apenas duas participantes não responderam ao item.

Quanto à religião, apenas 86 mulheres (17%) referem não professar qualquer religião. Das restantes 411 que professam alguma religião (83%), somente 5 participantes mencionam outro tipo de religião (1%) que não a Católica; 34% mulheres descrevem a sua prática religiosa como *muito* ou *muitíssimo* acentuada e as restantes 66% como *pouco* ou *muito pouco*.

A maioria das participantes são de etnia caucasiana (n = 477; 96%) e apenas 20 (4%) descrevem uma etnia diferente, negra (2%), latino-americana (1%) ou outra (1%).

Em termos de situação profissional, 308 mulheres (62% do grupo) encontram-se em situação activa; 16% são estudantes, 13%, desempregadas e 9%, reformadas. O rendimento médio anual ilíquido *per capita* das participantes é, na sua maioria, abaixo de 5.000 euros (45%) ou entre 5.000 e 12.000 euros (35%).

Relativamente à zona de residência, 86% das mulheres do presente estudo foram recrutadas na zona norte e, as restantes 14%, em Lisboa (4%) e na zona centro (10%). O meio de proveniência é, de modo sensivelmente idêntico, urbano (55%) e rural (45%).

2.2. Procedimentos

As participantes do grupo do estudo preliminar e do grupo da população geral foram recrutadas mediante colaboração de um grupo de alunos do curso de Psicologia da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, bem como através de colegas (psicólogos, docentes do ensino superior e investigadores) de várias regiões do país. A recolha destes dois grupos foi feita de acordo com métodos não aleatórios (amostra de conveniência) tendo decorrido por fases: entre Junho e Setembro de 2006 (recolha do grupo do estudo preliminar; taxa de resposta de 65.33%); entre Novembro de 2006 e

Maior de 2007 (grupo do estudo final; taxa de resposta de 80.43%). Todos os colaboradores foram devidamente instruídos acerca do processo de entrega dos questionários e eventual esclarecimento de dúvidas às participantes, antes do preenchimento.

Cada participante foi instruída a responder por si própria, sem colaboração de terceiros e num ambiente de privacidade. Foi reforçado, verbalmente e por carta, o pedido de sinceridade nas respostas mediante garantia de confidencialidade e anonimato, bem como explicitando os objectivos do estudo e a instituição de referência associada (Universidade de Coimbra). O consentimento informado foi assinado pelas participantes tendo havido o cuidado de o separar dos questionários. Pediu-se às participantes que devolvessem os questionários preenchidos, por correio (envelopes pré-pagos) ou entregando os envelopes, devidamente selados, aos colaboradores.

Não houve pagamento pela participação no estudo.

Para o tratamento estatístico da informação, recorreu-se aos programas SPSS para Windows (versão 13.0). O recurso ao SPSS justificou-se para algumas análises psicométricas (validade convergente, consistência interna e estabilidade temporal) e em todas as restantes análises conduzidas: análises univariadas e multivariadas da variância e covariância e análises de regressão.

2.3. Instrumentos de avaliação

Os diversos instrumentos que constituem o protocolo de avaliação visam avaliar as áreas temáticas seguintes:

- a) Características sociodemográficas:
 - i. Questionário Sociodemográfico (QSD; Vilarinho & Nobre, 2006);
- b) Aspectos de natureza médica e hábitos de vida:
 - ii. Questionário de História Médica e Hábitos de Vida (QHMHV; Vilarinho & Nobre, 2007);
- c) Factores psicopatológicos:
 - iii. Inventário Breve de Sintomas (BSI; Derogatis, 1982; tradução e adaptação de Canavarro, 1995);

d) Variáveis relacionais:

- iv. Inventário de Satisfação Marital de Golombok-Rust (GRIMS- versão feminina; Rust, Bennum, Crowe, & Golombok, 1988a; tradução e adaptação de Vilarinho & Nobre, 2006);

e) Dimensões cognitivas e afectivas:

- v. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD – versão feminina; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003);
- vi. Escalas de Afecto Positivo Afecto Negativo - versão Expandida (PANAS-X; Watson & Clark, 1994; tradução e adaptação de Vilarinho & Nobre, 2006);
- vii. Escala de Auto-Estima de Rosenberg (SES; Rosenberg, 1989; tradução e adaptação de Simões, 1992);
- viii. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; tradução e adaptação de Simões, 1992);
- ix. Subescala Auto-Estima Sexual (SSEs; Snell, 1989; tradução e adaptação de Pascoal, Narciso, Nobre, & Vilarinho, 2006);
- x. Subescala Insatisfação Geral com o Corpo (GBDs; Probst, Vandereycken, Van Poppenolle, & Vanderlinden, 1995; tradução e adaptação de Vilarinho & Nobre, 2006);

f) Funcionamento, satisfação e actividade sexual:

- xi. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002);
- xii. Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust (GRISS- versão feminina; Rust & Golombok, 1986a; tradução e adaptação de Vilarinho & Nobre, 2006);
- xiii. Questionário sobre Actividade Sexual (QAS; Vilarinho & Nobre, 2006).

De seguida, será feita uma breve caracterização dos instrumentos mencionados. Para cada instrumento, após uma descrição geral inicial, seguir-se-á a apresentação dos resultados dos estudos psicométricos efectuados no âmbito do estudo preliminar.

De mencionar que, em relação aos instrumentos originalmente em português (caso do QCSD- versão feminina) e aos que, sendo originalmente em língua estrangeira,

já haviam sido submetidos a um processo de validação prévio, ou mesmo de aferição, no contexto de outros estudos realizados em Portugal, caso do *BSI*, *SES*, *SWLS* e *FSFI*, optou-se por uma análise psicométrica limitada, na maior parte dos casos, ao estudo da consistência interna.

Quanto aos instrumentos que ainda não se encontravam validados para a população portuguesa, houve cuidados particulares na sua tradução e adaptação bem como na realização de um estudo psicométrico exaustivo. Assim, no caso dos instrumentos *GRIMS*, *PANAS-X*, *SSEs*, *GBDs* e *GRISS*, após ter sido obtida autorização para utilização, junto dos respectivos autores, seguiu-se o necessário procedimento de tradução, seguida de retroversão para a língua original, com a ajuda de técnicos bilingues. Além disso, nestes casos e cumprindo as indicações recomendadas, procedeu-se a um estudo psicométrico mais detalhado, cujos resultados se apresentarão de seguida.

Ainda no âmbito do estudo preliminar e de modo a permitir a análise da validade convergente com o *GRIMS* e com o *GRISS*, foram utilizados dois instrumentos de avaliação de conceitos similares, usualmente utilizados na literatura científica e possuindo características psicométricas validadas:

- Medida Global da Satisfação com a Relação (GMREL, Lawrance & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal & Narciso, 2006);
- Medida Global da Satisfação Sexual (GMSEX; Lawrance & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal & Narciso, 2006).

Estes instrumentos serão também adiante descritos.

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

Pela relevância que algumas variáveis de cariz sociodemográfico assumem na sexualidade feminina em geral e no que respeita às disfunções sexuais, optou-se pela sua inclusão no questionário sociodemográfico que assim passou a avaliar: idade; escolaridade, profissão, rendimento mensal médio; etnia; orientação sexual; religião; estado civil e tipo de relação com o companheiro; duração da relação; idade e profissão do companheiro.

Este questionário é composto por questões de auto-preenchimento, de resposta curta ou de alternativa.

2.3.2 *Questionário de História Médica e Hábitos de Vida*

A fim de se poderem avaliar variáveis de natureza médica e biológica e comportamentos relacionados com a saúde que a literatura revela estarem associados à sexualidade das mulheres, procurou-se reunir, num mesmo instrumento, um conjunto de questões relevantes. Assim, o questionário de história médica e hábitos de vida, como o próprio nome sugere, surge composto por duas grandes partes: uma delas visa avaliar aspectos relativos à história médica, incluindo a percepção subjectiva das condições de saúde, dados relativos ao estatuto menopausico, historial obstétrico e ginecológico, condição médica e medicação; a outra parte do questionário explora informação mais geral, relacionada com hábitos de vida, sendo avaliados aspectos como o consumo de tabaco, álcool ou outras drogas, a prática de exercício físico e o tipo de alimentação.

Este instrumento é composto por questões de resposta curta ou de alternativa.

2.3.3 *Inventário Breve de Sintomas*

O *Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982)* é uma versão abreviada do *SCL-90-R (Derogatis, 1977)* e visa avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em termos de dimensões de psicopatologia e três índices globais, respectivamente, o Índice Geral de Sintomas (IGS; pontuação combinada entre o número de sintomas psicopatológicos e a intensidade do mal estar associado), Índice de Sintomas Positivos (ISP; representa a média da intensidade de todo os sintomas assinalados, i.e., constitui uma medida da intensidade dos sintomas) e o Total de Sintomas Positivos (TSP; número de sintomas assinalados, ou seja, constitui uma medida da complexidade da sintomatologia); em relação a estes dois últimos índices, é possível que um indivíduo tenha um ISP baixo, indicando que os sintomas que apresenta não são particularmente intensos/perturbadores e que, simultaneamente, tenha um TSP elevado, apontando para uma constelação complexa de sintomatologia (Derogatis, 1993; Canavarro, 1999a). As 9 dimensões de psicopatologia consideradas são:

- Somatização (7 itens): prende-se com o mal-estar associado à percepção do funcionamento somático (e.g., queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro), dores musculares ou outras manifestações somáticas da ansiedade;

- **Obsessões-Compulsões (6 itens):** inclui sintomas associados à perturbação obsessivo-compulsiva, incluindo cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes, ego-distónicos, indesejados e aos quais o indivíduo não consegue resistir; inclui ainda comportamentos que revelam uma dificuldade cognitiva mais geral;
- **Sensibilidade Interpessoal (4 itens):** tem a ver com sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade e auto-depreciação na comparação com os outros, hesitação, desconforto e timidez durante as interações sociais;
- **Depressão (6 itens):** os itens desta dimensão reflectem indicadores de depressão clínica, desde sintomas de afecto e humor disfórico, a perda de energia vital, falta de motivação e desinteresse pela vida;
- **Ansiedade (6 itens):** inclui indicadores gerais de ansiedade generalizada, nervosismo, tensão, ataques de pânico, apreensão e outros correlatos somáticos da ansiedade;
- **Hostilidade (5 itens):** inclui pensamentos, emoções e comportamentos negativos típicos dos estados de cólera;
- **Ansiedade Fóbica (5 itens):** prende-se com a resposta de medo persistente, irracional e desproporcionada face ao estímulo (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) e que conduz ao comportamento de evitamento; as manifestações são patognomónicas e disruptivas;
- **Ideação Paranóide (5 itens):** traduz o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, podendo incluir aspectos como suspeição, delírios, pensamento projectivo, hostilidade, grandiosidade, egocentrismo ou medo de perda de autonomia;
- **Psicoticismo (5 itens):** representa o constructo de psicoticismo como uma dimensão contínua da experiência humana, indo desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência dramática de psicose; inclui indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenias, desde alucinações a controlo de pensamento.

Quatro dos itens do *BSI* não pertencem a qualquer uma das dimensões descritas, sendo apenas considerados no cálculo das pontuações globais.

Neste inventário, composto por 53 itens de auto-resposta, é pedido ao participante que classifique o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, desde *nunca* (0) a *muitíssimas vezes* (4).

O *BSI* encontra-se adaptado e em processo de aferição para Portugal (Canavarro, 1999a; 2008). Na versão original este instrumento mostra elevada consistência interna para os 9 grupos de sintomas (valores *alfa* de Cronbach entre .71 e .85), e para o Índice Geral de Sintomas (*alfa* de Cronbach de .90) (Derogatis, 1993). Em termos da fidelidade teste-reteste, revela valores significativos para as nove dimensões (entre $r = .68$ e $r = .91$) e, para os três índices globais, entre $r = .87$ (Índice de Sintomas Positivos) e $r = .90$ (Índice Geral de Sintomas) (Derogatis, 1993).

Estudos psicométricos realizados com a versão portuguesa do inventário revelam que o mesmo apresenta níveis adequados de consistência interna para as 9 escalas, com valores *alfa* de Cronbach entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 e .81 (Canavarro, 1999b). A validade deste instrumento foi também comprovada, tendo-se encontrado, com base na fórmula de Fisher, um ponto de corte de 1.7, capaz de discriminar indivíduos emocionalmente perturbados, de indivíduos da população em geral; assim, com um resultado no *BSI* igual ou superior a esse valor, é provável encontrar pessoas emocionalmente perturbadas; abaixo desse valor, encontram-se pessoas sem perturbação emocional (Canavarro, 1999a; 1999b; 2008).

No âmbito da presente investigação, foram analisados os valores relativos à consistência interna do *BSI*, para a amostra do estudo preliminar ($n = 171$), tendo-se encontrado índices de Cronbach entre .67 (Ansiedade fóbica) e .82 (Somatização), valores bastante semelhantes aos encontrados por Canavarro (1999a; 2008).

2.3.4 Inventário de Satisfação Marital de Golombok-Rust

O *Golombok Rust Inventory of Marital State* (*GRIMS*; Rust et al., 1988a) é um inventário de auto-resposta que pretende avaliar a qualidade geral do relacionamento entre um homem e uma mulher casados ou a viver juntos. Segundo Rust e colaboradores (1988a; 1988c), os itens do *GRIMS* cobrem aquelas áreas nas quais um

conselheiro matrimonial ou terapeuta familiar desejaria observar mudanças ao longo da terapia ou seja, as crenças, atitudes e sentimentos do casal em relação a aspectos tão diversos como os interesses partilhados, a comunicação, o amor e carinho, a confiança e respeito entre o casal, as expectativas de papel e os objectivos, os processos de decisão, a gestão de hostilidade, e ainda, as formas de lidar com problemas e crises. O instrumento é composto por 28 itens, os quais devem ser respondidos de acordo com uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos, desde *concordo fortemente* a *discordo fortemente*. As versões masculina e feminina do questionário são idênticas, sendo que o resultado total no inventário permite obter uma noção da qualidade ou satisfação no relacionamento. De acordo com a forma de cotação sugerida pelos autores, quanto maior o valor obtido no *GRIMS*, piores os índices de qualidade ou satisfação marital (Rust et al., 1988b; 1988c).

Estudos psicométricos realizados com o *GRIMS*, demonstram tratar-se de um instrumento fiel e válido. A garantia ou fidelidade deste instrumento foi originalmente obtida mediante análise da consistência interna, em que se obteve um *alfa* de Cronbach de .89 e *split half*, com um valor de .86 (Rust et al., 1988c). Num estudo efectuado por Quek e colaboradores (2002), com uma amostra específica de 60 participantes da Malásia, foram ainda encontrados resultados abonatórios de uma adequada estabilidade temporal: no teste-reteste, com 12 semanas de intervalo, encontrou-se um coeficiente de Pearson de .78 para o total do inventário.

Em termos de validade discriminante, o inventário apresenta valores estatisticamente significativos, discriminando grupo clínico e grupo de controlo na maioria dos itens e no resultado total (Rust et al., 1988c; Quek, Low, Razack, Chua, & Loh, 2002).

Na presente investigação, os resultados psicométricos obtidos com o grupo do estudo preliminar, atestam igualmente a fidelidade do *GRIMS*. Tal como para os estudos com a versão original do instrumento, procedeu-se á análise da consistência interna, tendo-se encontrado um *alfa* de Cronbach de .87. O *split half* revelou valores de .82 e .72 para as duas metades, com um coeficiente de Spearman-Brown de .83, assegurando deste modo a confiança no inventário. O valor do coeficiente de Pearson ($r = .87$) no teste-reteste ($n = 40$), com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações, constitui um bom indicador da estabilidade temporal do *GRIMS*.

A validação convergente do *GRIMS* foi feita em relação ao *GMREL* (Lawrance & Byers, 1998), tendo-se encontrado, tal como seria de esperar, uma correlação negativa¹ e significativa ($r = -.38, p < .001$), o que significa que o inventário avalia o constructo que pretende avaliar, ou seja, a qualidade geral do relacionamento.

2.3.5. *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD– versão feminina; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003)*

O Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD), versão feminina, é um instrumento que visa avaliar um conjunto de estereótipos e crenças sexuais específicas, descritas na literatura empírica como estando de algum modo associadas ao desenvolvimento de disfunções sexuais femininas (Heiman & LoPiccolo, 1988; Nobre, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006, 2008a). Os participantes respondem em que medida concordam com cada uma das 40 afirmações listadas (os 40 itens que compõem o questionário), mediante utilização de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, desde *discordo completamente* (1) a *concordo completamente* (5).

Este instrumento foi construído por Nobre e Pinto-Gouveia (2003), tendo os estudos psicométricos iniciais com o instrumento sido realizados em Portugal (Nobre, 2003; Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003). Actualmente o QCSD encontra-se traduzido para diversas línguas (e.g., inglês, italiano, turco, espanhol, romeno, alemão, etc.).

A versão feminina do QCSD revelou uma boa consistência interna (*alfa* de Cronbach de .81 para o total da escala, aumentando para .86 quando se exclui o factor 5) e elevada estabilidade temporal ($r = .80$). Os índices de Cronbach para as dimensões variam entre .51 (Negação da Primazia do Afecto) e .78 (Conservadorismo Sexual). Em termos de validade convergente, foram demonstradas correlações significativas com o Questionário de Crenças e Informação Sexual (*SBIQ*, Adams, Dubbert, Chupurdia, Lofland, & Leermakers, 1996) e com o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (*FSFI*; Rosen et al., 2000). Relativamente à estrutura factorial, este instrumento revelou a presença de 6 factores, com consistência teórica e explicando 42.5% do total da

¹ No sentido de simplificar a organização da informação e de a tornar mais congruente com a dos restantes instrumentos, ao longo dos capítulos empíricos seguintes, os resultados referentes ao *GRIMS* serão trabalhados e apresentados de forma invertida. Assim, resultados mais elevados, em vez de significarem um relacionamento mais problemático, como proposto pelo sistema de cotação original (Rust et al., 1988a; 1988b), traduzirão melhores índices de qualidade marital.

variância: Conservadorismo Sexual, Desejo Sexual como Pecado, Crenças Sexuais Relacionadas com a Idade, Crenças Sexuais Relacionadas com a Imagem Corporal, Negação da Primazia do Afecto e Primazia da Maternidade. O factor 5 (Negação da Primazia do Afecto), por ter apresentado baixas correlações com os restantes factores, foi excluído do cálculo do valor total do questionário. Todos os restantes factores apresentam fortes inter-correlações (Nobre, 2003; Nobre et al., 2003).

No âmbito do presente estudo não foram usadas as dimensões Negação da Primazia do Afecto e Primazia da Maternidade, em função de, em estudos anteriores, terem revelado valores mais baixos de consistência interna e menor capacidade discriminativa a nível do funcionamento sexual (Nobre, 2003; Nobre et al., 2003) e, sobretudo, dada a necessidade de reduzir o número de itens da bateria completa. Deste modo, o instrumento ficou reduzido a 22 itens, correspondentes às dimensões seguintes:

- Conservadorismo Sexual: reúne crenças relacionadas com as ideias de que a sexualidade humana é sobretudo equivalente a penetração vaginal ou coito, de que a masturbação e o sexo oral/anal traduzem comportamentos perversos ou desviantes, de que à mulher compete um papel passivo e de que a virgindade pré-matrimonial constitui um valor a defender a todo o custo;
- Desejo Sexual como Pecado: crenças associadas à ideia de que as mulheres devem controlar os seus impulsos e prazeres sexuais (vistos como pecaminosos) e mormente reservados aos homens;
- Crenças Sexuais Relacionadas com a Idade: crenças que associam a idade, e sobretudo a fase pós menopausa, à redução do desejo sexual, do prazer ou da capacidade para atingir o orgasmo;
- Crenças Sexuais Relacionadas com a Imagem Corporal: crenças que enfatizam a noção da imagem corporal como um aspecto central na sexualidade feminina.

Pela análise psicométrica conduzida com o grupo do estudo preliminar ($n = 171$) no âmbito da presente investigação, o valor alfa de Cronbach de .86 (encontrado para o total da escala), confirma que a consistência interna não diminui (relativamente aos valores encontrados por Nobre et al., 2003) quando se excluem os 2 factores anteriormente mencionados. Quanto às dimensões do QCSD, os valores de alfa variam

entre .69 (Crenças Sexuais Relacionadas com a Imagem Corporal) e .89 (Desejo Sexual como Pecado), atestando uma boa consistência interna.

2.3.6. Escalas de Afecto Positivo Afecto Negativo- versão Expandida

O *Positive and Negative Affect Schedule- Expanded Form (PANAS-X; Watson & Clark, 1994)* é um instrumento de avaliação por auto-resposta que permite obter dois factores gerais ou dimensões dominantes da experiência emocional, designados como Afecto Positivo (AP) e Afecto Negativo (AN), além de estados emocionais específicos. Assim, num nível hierárquico superior, o *PANAS-X* possibilita a avaliação da valência das classes de humor (em que medida representam estados positivos ou negativos) e, num nível hierárquico inferior, permite a avaliação do seu conteúdo particular (i.e., as qualidades que distinguem os afectos dos indivíduos). O instrumento é composto por 60 itens, correspondentes a 60 palavras que descrevem sentimentos. Em relação a cada palavra, os participantes devem pontuar, de acordo com o modo como se sentem, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos: *muito pouco ou nada, pouco, moderadamente, bastante, extremamente*. O *PANAS-X* surgiu como uma expansão da versão original, *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988)*, com apenas 20 itens e duas escalas (Afecto Positivo e Afecto Negativo) e o seu desenvolvimento passou por três fases distintas: primeiro, como referido, desenvolveram-se as duas escalas de ordem superior (afecto positivo e negativo); seguidamente, foram construídas 7 escalas específicas de afecto sobretudo negativo; por fim, foram criadas 4 escalas específicas de afecto positivo. Os 60 itens foram sucessivamente submetidos a diversas análises, com diferentes grupos de participantes e utilizando tempos diferentes nas instruções (*o presente momento, hoje, os últimos dias, a última semana, as últimas semanas, o último mês, o último ano e em geral*). Os resultados dos estudos de validação conduzidos por Watson e Clark (1994) demonstraram que, adicionalmente às duas escalas originais, de nível superior, o *PANAS-X* permite avaliar 11 afectos específicos, correspondentes às subescalas: Medo, Tristeza, Culpa, Hostilidade, Timidez, Fadiga, Surpresa, Jovialidade, Autoconfiança, Atenção, e Serenidade. Estes afectos específicos, por sua vez, são agrupáveis em 3 grandes categorias: Emoções Básicas Positivas, Emoções Básicas Negativas e Outros Estados Afectivos.

Em relação às qualidades psicométricas, elas revelam ser bastante adequadas, quer na forma original (*PANAS*), em que se confirma a elevada consistência interna e estabilidade temporal deste instrumento, bem como são referidas evidências de validade convergente e discriminante (Watson et al., 1988), quer na sua forma expandida (*PANAS-X*), demonstrando-se bons níveis de consistência interna (com tendência a ser mais elevados em função da diminuição no tempo a que se reportam as instruções), adequada validade convergente, nomeadamente com o *Profile of Mood States (POMS)*; McNair, Lorr, & Droppleman, 1971), e confirmação da estrutura factorial proposta (duas dimensões principais, num nível mais elevado e, numa ordenação de nível inferior, 11 estados específicos, correspondentes a 3 grandes categorias).

No âmbito do presente estudo, procuraram-se avaliar estados afectivos e não traços, solicitando-se ao respondente que considerasse, para as suas respostas, *o último mês*. Enquanto medida de estados afectivos (i.e., flutuações de humor num curto prazo), o *PANAS-X* revela ser bastante sensível a mudanças nas circunstâncias internas ou externas aos indivíduos, sobretudo quando se consideram as instruções de tempo breve (i.e., *no presente momento* ou *hoje*). Além disso, esta versão expandida do *PANAS* permite avaliar flutuações de humor num curto espaço de tempo, revelando elevada validade convergente com outras medidas equivalentes de afecto específico, como o Perfil de Estados de Humor (*POMS*; McNair, Lorr, & Droppleman, 1971; cit. in Watson & Clark, 1994), o Inventário de Depressão de Beck (*BDI*; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; cit. in Watson & Clark, 1994), ou subescalas do *SCL-90* (Derogatis, 1977; cit. in Watson & Clark, 1994), entre muitos outros exemplos de validação que seria possível descrever.

No contexto da presente investigação, a análise psicométrica do *PANAS-X* foi conduzida com o grupo do estudo preliminar ($n = 171$), tendo-se calculado valores de consistência interna e estabilidade temporal quer para as dimensões dominantes da experiência emocional (equivalente ao *PANAS* original: Afecto Positivo/ afecto Negativo), quer para as várias escalas correspondentes a estados emocionais específicos (3 categorias gerais e 11 dimensões de afecto específico). Os resultados pormenorizados do teste-reteste (coeficiente de correlação momento-produto de Pearson) e *alfa* de Cronbach encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Escalas do PANAS-X: Estabilidade temporal (teste-reteste) e consistência interna (*alfa* de Cronbach) no estudo preliminar ($n = 171$)

Escalas do PANAS-X	Número de itens	Alfa de Cronbach	Teste-reteste
<i>Dimensões dominantes</i>			
Afecto Positivo	10	.88	.76***
Afecto Negativo	10	.66	.47**
<i>Emoções Básicas Negativas</i>		.86	.63***
Medo	6	.58	.49**
Hostilidade	6	.66	.78***
Culpa	6	.75	.74***
Tristeza	5	.86	.72***
<i>Emoções Básicas Positivas</i>		.94	.75***
Alegria	8	.91	.72***
Autoconfiança	6	.84	.76***
Atenção	4	.65	.80***
<i>Outros Estados Afectivos</i>		.55	.67***
Timidez	4	.81	.66***
Fadiga	4	.76	.76***
Serenidade	3	.70	.78***
Surpresa	3	.65	.58***

** $p < .01$ *** $p < .001$.

Os valores do coeficiente de Pearson, no teste-reteste ($n = 40$), com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações, são estatisticamente significativos ($p < .001$) atestando a garantia temporal para as várias escalas do PANAS-X. Embora se encontrem níveis de significância mais baixos ($p < .01$) para a dimensão geral de Afecto Negativo e para a escala de Medo, estas, não deixam, por isso, de revelar estabilidade temporal.

Os índices de Cronbach encontrados mostram-se bastante bons para as duas categorias de afecto específico (.94 para as Emoções Básicas Positivas e .86 para as Emoções Básicas Negativas) e menores para Outros Estados Afectivos (.55), o que, neste último caso, sugere uma leitura provisória de todos os resultados baseados nesta categoria. Também as dimensões emocionais dominantes (correspondente ao PANAS)

apresentam valores de *alfa* adequados, sobretudo a escala de Afecto Positivo (.88). Nas escalas de afecto específico, os valores são, em geral, bastante aceitáveis.

2.3.7. Escala de Auto-Estima de Rosenberg

A *Self-Esteem Scale* (*SES*; Rosenberg, 1989) é uma das medidas de avaliação da auto-estima mais frequentemente utilizadas no domínio da investigação nas ciências sociais e humanas. Trata-se de uma escala composta por 10 itens, respondidos pelos participantes em relação ao seu grau de concordância com cada uma das afirmações listadas, numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, desde *concordo fortemente* (1) a *discordo fortemente* (4). Não existe um ponto de corte discreto que delinieie objectivamente uma alta e uma baixa auto-estima. Os estudos realizados com este instrumento têm revelado quer uma estrutura unidimensional, quer bidimensional (autoconfiança e autodepreciação) da escala (Rosenberg, 1986; Blascovich & Tomaka, 1993).

A ampla utilização da *SES* em variadas investigações, tem permitido documentar as suas características psicométricas, demonstrado possuir validade e elevada fidelidade (Rosenberg, 1986). Estudos iniciais de validação realizados com a população portuguesa confirmam também a confiança neste instrumento de avaliação. Simões e Lima (1992), obtiveram um *alfa* de Cronbach de .63 e um índice de fidelidade teste-reteste de .60.

No âmbito da presente investigação, os resultados do estudo preliminar para a *SES* confirmam os elevados níveis de consistência interna, com um índice de Cronbach de .89 para o total da escala e um coeficiente de Pearson de .76 no teste-reteste ($n = 40$; intervalo de 3 semanas entre as administrações consecutivas), indicador de estabilidade temporal.

2.3.8. Escala de Satisfação com a Vida

A *Satisfaction With Life Scale* (*SWLS*; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) destina-se a avaliar apreciações cognitivas globais dos indivíduos acerca da sua própria vida. Trata-se de uma escala breve, composta por apenas 5 itens. Embora não permita avaliar a satisfação com a vida em domínios específicos como a saúde ou as finanças, por exemplo, permite, no entanto, que os respondentes ponderem e integrem estes domínios do modo como melhor entenderem (Pavot & Diener, 1993). A escala limita-se, pois, à avaliação de aspectos cognitivos de satisfação geral com a vida e não

apresenta qualquer ligação com constructos relacionados tais como afecto positivo ou solidão (Diener et al., 1985). É recomendada a sua utilização como complemento de escalas focadas no bem-estar emocional ou na psicopatologia uma vez que permite avaliar, mediante os próprios critérios dos indivíduos, a sua apreciação consciente em relação à sua vida (Pavot & Diener, 1993).

A *SWLS* apresenta características psicométricas adequadas, incluindo elevada estabilidade temporal (correlação teste-reteste, com intervalo de 2 meses, de $r = .82$) e consistência interna (coeficiente *alfa* de Cronbach com valores entre $.85$ e $.87$). Os resultados obtidos mostram ainda boa validade convergente desta escala com outras medidas de bem-estar subjectivo e apresentam correlação previsível com características de personalidade específicas. Blais e colaboradores (1989) demonstraram a existência de uma forte correlação negativa ($r = -.72$.) entre esta escala e o Inventário de Depressão de Beck (*BDI*, Beck et al., 1961). A *SWLS* tem revelado ser também um instrumento suficientemente sensível ao ponto de detectar mudanças na satisfação com a vida no decurso de uma psicoterapia. É um instrumento que pode ser usado com diferentes grupos etários e requer habitualmente cerca de um minuto para ser respondido (Pavot & Diener, 1993).

Em Portugal, a *SWLS* foi, pela primeira vez, validada por Neto e colaboradores (1990), numa amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, tendo os autores encontrado um valor *alfa* de Cronbach de $.78$. Além disso, a análise factorial em componentes principais revelou a existência de um só factor, contribuindo para 53,1% da variância. Posteriormente, Simões (1992) desenvolveu estudos no sentido de simplificar o preenchimento da escala (e.g., reduziu o número de alternativas de resposta para 5) e tornar o conteúdo mais compreensível para populações de nível cultural inferior. Esta nova validação da *SWLS* conduziu, no entanto, a valores praticamente idênticos aos do estudo anterior no que respeita à consistência interna (*alfa* de Cronbach de $.77$) e à validade factorial (emergindo um único factor, explicativo de 53,1% da variância). Na presente investigação, e quanto à consistência interna, a *SWLS* revela um valor de *alfa* de Cronbach de $.62$ no estudo preliminar².

² Na amostra global ($n = 497$), verificou-se uma melhoria no índice de Cronbach, subindo para $.87$ o valor de *alfa*.

2.3.9. Subescala Auto-Estima Sexual

A *Sexual Self-Esteem subscale* (SSEs; Snell, 1989), é uma subescala da *Sexuality Scale* (SS) criada por Snell (1989) e fornece uma medida da estima sexual ou tendência para o indivíduo se auto-avaliar positivamente como parceiro sexual, ou seja, confiança na capacidade para se relacionar sexualmente com outra pessoa. Adicionalmente, Snell e Papini (1989) definem auto-estima sexual como a tendência positiva de procura e confiança na capacidade para conseguir experienciar a sua própria sexualidade de forma prazenteira e satisfatória. Na SSEs, o respondente deve referir o seu grau de acordo ou desacordo com cada um dos 10 itens que compõem a subescala, usando uma escala de 5 pontos (desde *discordo* = 1, a *concordo* = 5). Para calcular o resultado total, faz-se a conversão dos itens invertidos e somam-me depois todos os itens. Quanto maior for a pontuação obtida, maior é a auto-estima sexual. Da *Sexuality Scale* fazem ainda parte mais duas subescalas, a *Sexual Depression* e a *Sexual Preoccupation*, cada uma com 10 itens mas que não foram usadas no presente estudo.

A subescala de auto-estima sexual apresenta boas características psicométricas, nomeadamente em termos de valores de consistência interna, justificando o seu uso frequente em diversos estudos que pretendem avaliar a estima sexual dos indivíduos (e.g., Clark & Wiederman, 2000; Dove & Wiederman, 2000; Snell & Papini, 1989; Wiederman & Allgeier, 1993). No estudo psicométrico inicial deste instrumento, Snell e Papini (1989) encontraram para a subescala SSE, valores *alfa* de Cronbach de .92 (mulheres) e .93 (homens). Num estudo mais recente, a estabilidade temporal revelou um valor .67 no teste-reteste, no caso das mulheres (Snell, 2001). Também neste estudo, os resultados da análise factorial da *Sexuality Scale*, confirmaram a estrutura tridimensional do instrumento (SS), tendo-se encontrado coeficientes entre .52 e .82 para o factor correspondente à subescala SSE (Snell, 2001). A análise das intercorrelações entre as três subescalas do instrumento revelaram que a subescala auto-estima sexual se correlacionava negativamente e de modo significativo ($p < .001$) com a subescala de depressão sexual ($r = -.49$ nas mulheres e $r = -.70$ nos homens) (Snell & Papini, 1989).

Os resultados da análise psicométrica realizado com o grupo do estudo preliminar ($n = 171$) no âmbito da presente investigação, confirmam que a subescala SSE possui uma boa consistência interna, revelando um *alfa* de Cronbach de .92 e, no *split half*, um coeficiente de Spearman-Brown de .87. O valor do coeficiente de Pearson

($r = .90$) no teste-reteste ($n = 40$; intervalo de 3 semanas entre as administrações consecutivas), constitui uma excelente garantia da estabilidade temporal da subescala.

A validação convergente da *SSEs* foi feita em relação às dimensões Desejo, Excitação e Satisfação do *FSFI* (Rosen et al., 2000) e em relação ao Não Evitamento e total da *GRISS* (Rust & Golombok, 1986a), sendo de esperar associações positivas entre as medidas uma vez que a noção de auto-estima sexual pressupõe confiança e tendência para procurar prazer e satisfação sexual na relação com o outro. Os valores de correlação com as referidas dimensões do *FSFI* (entre $r = .39$ e $r = .49$), e com o Não Evitamento ($r = .51$) e total na *GRISS* ($r = .57$) mostram-se significativos ($p < .001$) e satisfatórios, demonstrando que a subescala de satisfação sexual mede o constructo que visa medir. Optou-se ainda por avaliar a relação desta medida com o item *Como classificaria a sua auto-estima sexual?*, respondido por cada participante de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (desde *muito má* = 1, a *muito boa* = 5), tendo-se encontrado um coeficiente de correlação momento-produto de Pearson de .61, estatisticamente significativo ($p < .001$).

A validade discriminante da subescala de auto-estima sexual foi estabelecida em relação à dimensão Hostilidade do *BSI* (Derogatis, 1982), sendo de prever a independência das medidas. O valor obtido ($r = -.09$; $p = .24$) demonstra que a *SSEs* não mede conceitos que é suposto não estarem relacionados com a auto-estima sexual, revelando-se também abonatório da validade de constructo da subescala.

2.3.10. Subescala Insatisfação Geral com o Corpo

A *General Body Dissatisfaction (GBD)*, é uma subescala do teste *Body Attitude Test (BAT)*, criado por Probst e colaboradores (1995), que permite obter uma medida geral da insatisfação com o corpo. O participante é convidado a responder a 4 itens relacionados com a avaliação do corpo, indicando em que medida concorda com cada um desses itens, numa escala de 6 pontos (desde *nunca* = 1, a *sempre* = 6). O resultado total obtém-se pela soma dos itens sendo que quanto maior for a pontuação obtida, maior é a insatisfação geral com o corpo³.

³ Para efeitos de apresentação e discussão dos dados e de modo a simplificar a organização da informação, os resultados referentes à subescala de insatisfação corporal serão sistematicamente tratados de acordo com o seu equivalente positivo, ou seja, a satisfação corporal.

Os valores de consistência interna desta subescala são bastante satisfatórios, justificando o seu uso frequente como medida da relação geral com o corpo (Probst et al., 1995). Para os 4 itens da subescala foram encontrados valores *alfa* de Cronbach de .88 (Clark & Wiederman, 2000), .89 (Dove & Wiederman, 2000) e, numa amostra representativa da população japonesa, .91 (Kashima, Yamashita, Okamoto, Nagoshi, Wada, Tadai, et al., 2003).

No âmbito do estudo preliminar, os resultados da presente investigação confirmam a existência de níveis adequados de consistência interna para a subescala *GBD*, com um índice de Cronbach de .86. Além disso, foi avaliada e encontrada uma boa estabilidade temporal, mediante um coeficiente de Pearson de .67, no teste-reteste ($n = 40$), com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações. Deste modo, é possível concluir que a subescala usada no presente estudo para avaliar a relação com o corpo é fidedigna.

2.3.11 Índice de Funcionamento Sexual Feminino

O *Female Sexual Function Index (FSFI)*; Rosen et al., 2000) é uma medida de auto-resposta que permite avaliar dimensões essenciais do funcionamento sexual feminino. Este instrumento é constituído por 19 itens, respondidos segundo uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos, em relação às 4 últimas semanas. A partir dos resultados no *FSFI*, além de um índice total, é também possível calcular índices específicos para as diferentes dimensões, correspondentes aos factores: Interesse Sexual/ Desejo, Excitação Sexual, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação Sexual e Dor Sexual.

O índice total de funcionamento sexual resulta do somatório das várias dimensões específicas e quanto mais elevados os resultados obtidos, melhores os índices de funcionamento sexual.

Quanto às qualidades psicométricas do *FSFI*, Rosen e colaboradores (2000) demonstraram uma boa estabilidade temporal dos resultados (correlações entre $r = .79$ e $r = .86$) e consistência interna (*alfa* de Cronbach com valores superiores a .86). Em termos de validade discriminante, o *FSFI* mostrou diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$), em todas as dimensões avaliadas, entre um grupo clínico e um grupo de controlo (Rosen et al., 2000). A análise em componentes principais, seguida de rotação *varimax* do *FSFI* evidenciou, num primeiro momento, uma solução com 5

factores; no entanto, as interpretações clínicas da análise factorial determinaram uma estrutura factorial com 6 domínios (o factor desejo/excitação ficaria melhor se dividido em desejo e excitação subjectiva) (Rosen et al., 2000).

Num estudo realizado posteriormente, Wiegel, Meston & Rosen (2005) procuraram validar o *FSFI* em várias amostras de mulheres com diferentes diagnósticos de disfunção sexual ($n = 307$) assim como desenvolver pontos de corte (*cut-off scores*) visando uma potencial classificação das disfunções sexuais femininas. Neste estudo, os índices de consistência interna confirmaram ser excelentes para todas as 6 dimensões consideradas (valores *alfa* de Cronbach $> .90$). Além disso, a validade discriminante confirmou a capacidade, quer do *FSFI* total, quer das respectivas dimensões, para diferenciarem mulheres sexualmente funcionais e disfuncionais. A partir dos resultados foi possível estabelecer um ponto de corte de 26.55; com base neste *cut-off*, 70.7% das mulheres com disfunção sexual e 88.1% das mulheres sem disfunção sexual mostraram ser correctamente classificadas (Wiegel et al., 2005). O estudo da validade e fidelidade da versão portuguesa do *FSFI* sugere igualmente boas características psicométricas (Nobre, 2008).

No contexto do presente estudo e considerando os resultados obtidos no *FSFI* pelo grupo do estudo preliminar ($n = 171$), confirma-se a adequada consistência interna do instrumento, tendo-se encontrado valores *alfa* de Cronbach entre .81 (Satisfação) e .94 (Dor) para as 6 dimensões e .96 para o índice total de funcionamento sexual.

2.3.12 Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust

O *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (female version)* (*GRISS*-versão feminina; Rust & Golombok, 1986a) é um instrumento destinado a avaliar a percepção que o elemento feminino do casal tem acerca do relacionamento sexual. Existe uma escala correspondente para avaliar a percepção do elemento masculino (*GRISS*- versão masculina). Este inventário inclui um total de 28 itens, respondidos de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, que produzem resultados correspondentes a um índice total de insatisfação sexual e 7 subescalas específicas: Não

actividade, Não comunicação, Insatisfação feminina, Evitamento feminino, Não sensualidade feminina, Anorgasmia e Vaginismo⁴.

A versão feminina do *GRISS* apresenta características psicométricas bastante adequadas. Em termos de fidelidade, o método de *split-half* revelou valores elevados, de cerca de .94, nas principais subescalas do inventário; a consistência interna foi também elevada (com valores *alfa* de Cronbach desde .61, na subescala Não Comunicação, até .83, na subescala Anorgasmia, e um valor médio de *alfa* de .74); os valores obtidos no teste-reteste (coeficiente de .65 para a escala total) permitem afirmar a adequada estabilidade temporal do inventário. Quanto à validade discriminante, o *GRISS* mostrou valores estatisticamente significativos, diferenciando um grupo clínico e um grupo de controlo. De modo geral, as várias subescalas do inventário mostraram bons níveis de validade e fidelidade (Rust & Golombok, 1986c; Ter Kuile, Van Lankveld, Kalkhoven, & Van Egmond, 1999).

No âmbito da presente investigação, os resultados do estudo preliminar (n = 171) confirmam os adequados níveis de consistência interna para o total do inventário, com um índice de Cronbach de .89 e, através do método de *split half*, um coeficiente de Spearman-Brown de .88. Os valores de consistência para as subescalas do *GRISS* são também aceitáveis (desde .53, na subescala Anorgasmia, até .75, na subescala Evitamento, e um valor médio de *alfa* de .59), exceptuando o *alfa* de Cronbach na subescala Não comunicação (.21). Uma possível justificação para este valor mais baixo poderá estar relacionada com o número de itens (somente 2) que constituem a referida subescala⁵.

No estudo preliminar, os valores do coeficiente de Pearson no teste-reteste (n = 40) com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações), mostram-se significativos ($p < .001$) quer para o total do inventário ($r = .91$), quer para as subescalas (r entre .72 e .91), sendo indicadores de uma muito boa estabilidade temporal do *GRISS*. Os valores do teste-reteste encontram-se também detalhados na Tabela 3.

⁴ No âmbito do estudo propriamente dito, para evitar que o protocolo de avaliação se tornasse repetitivo e desnecessariamente mais longo, optou-se por incluir apenas as dimensões do *GRISS* que não se sobrepusessem às dimensões do *FSFI*, pelo que se excluíram da análise os valores referentes às subescalas Não actividade, Anorgasmia e Vaginismo.

⁵ Na amostra global (n = 497), verificou-se uma melhoria dos índices de Cronbach, quer para o total do inventário (*alfa* de .91), quer para as subescalas (valor médio de *alfa* de .68) e, de modo particular, para a subescala Não comunicação (subida do índice de Cronbach para .57).

Tabela 3. Total e subescalas do *GRISS*: Estabilidade temporal e consistência interna no 1º estudo (grupo do estudo preliminar; $n = 171$) e consistência interna no 2º estudo (grupo da população geral; $n = 497$)

<i>GRISS</i>	Número de itens	Estabilidade temporal (teste-reteste)		Consistência interna (alfa de Cronbach)	
		1º estudo	1º estudo	1º estudo	2º estudo
Subescalas					
Não actividade	2	.73***	.71	–	–
Não Comunicação	2	.72**	.21	.57	.57
Insatisfação	4	.84**	.70	.72	.72
Evitamento	4	.81***	.75	.72	.72
Não sensualidade	4	.75***	.61	.70	.70
Anorgasmia	4	.74***	.53	–	–
Vaginismo	4	.91***	.62	–	–
Índice total		.91***	.89	.91	.91

** $p < .01$ *** $p < .001$.

A validade convergente do questionário foi sustentada com base em estudos correlacionais com a Medida Global da Satisfação Sexual (Lawrance & Byers, 1998) e com a dimensão Satisfação do *FSFI* (Rosen et al., 2000). Os valores, estatisticamente significativos ($p < .001$), dos coeficientes de correlação momento-produto de Pearson entre o índice total do *GRISS* e o *GMSEX* ($r = -.42$)⁶, e entre o índice total do *GRISS* e a dimensão Satisfação do *FSFI* ($r = -.63$) ** demonstram que a versão feminina do *GRISS* apresenta associação, previsível, com outras medidas da satisfação sexual e portanto mede aquilo que visa medir.

A validade discriminante do índice total do *GRISS* foi estabelecida em relação à dimensão Hostilidade do *BSI* (Derogatis, 1982). Com o mesmo objectivo, analisou-se ainda a relação entre esta dimensão do *BSI* e a subescala Insatisfação feminina do *GRISS*. Tal como seria de esperar, as medidas revelaram-se independentes (índice total do *GRISS* e dimensão Hostilidade: $r = -.07$, $p = .41$; subescala Insatisfação feminina e

⁶ Apesar de o sistema de cotação originalmente proposto para este instrumento conduzir a resultados invertidos (i.e., índices superiores no *GRISS* traduzem valores mais baixos de satisfação sexual), ao longo dos capítulos seguintes, os resultados referentes ao *GRISS*, tal como os resultados referentes ao *GRIMS* e à subescala *GBD*, serão trabalhados e apresentados de forma oposta ao original. Assim, valores mais elevados neste inventário passarão a ser sinónimo de maior satisfação sexual e as dimensões incluídas no estudo serão designadas como “Comunicação”, “Satisfação feminina”, “Não evitamento feminino” e “Sensualidade feminina”. Desta forma, pretende-se tornar mais simples a descrição e compreensão da relação entre variáveis.

dimensão Hostilidade: $r = -.06$, $p = .48$) demonstrando que o inventário em análise não se relaciona com medidas de conceitos supostamente não relacionados com a satisfação sexual. Deste modo fica também reforçada a validade de constructo do *GRISS*.

2.3.13. *Questionário sobre Actividade Sexual (QAS; Vilarinho & Nobre, 2006)*

De modo a permitir a avaliação de dimensões da vida sexual não abrangidas pelos restantes instrumentos do protocolo de avaliação e que a literatura revela serem pertinentes no estudo da sexualidade feminina, optou-se pela sua inclusão num questionário mais geral sobre actividade sexual. Pretendeu-se criar um instrumento que permitisse, através de questões de resposta curta ou de alternativa, avaliar informações complementares aos outros instrumentos do estudo, nomeadamente em relação a variáveis contextuais, relacionais e de natureza cognitiva. O questionário sobre actividade sexual é, deste modo, composto por 13 conjuntos de questões, que visam explorar os seguintes aspectos:

- Frequência da actividade sexual;
- Recurso a actividades auxiliares na actividade sexual (e.g., masturbação, fantasias, roupas exóticas, revistas ou vídeos eróticos, etc.);
- Fantasias sexuais: espontâneas (i.e., fantasias que surgem no dia a dia, fora do contexto sexual) ou responsivas (e.g., fantasias que surgem durante a relação sexual e/ou masturbação, usadas como forma de aumentar envolvimento e prazer na actividade sexual);
- Contexto habitual da actividade sexual (e.g., apropriado, com privacidade, erótico, adequado, cansaço, preocupações e stress);
- Foco de atenção durante a actividade sexual: centrado no corpo (seu e/ou do companheiro), centrado no prazer (seu e/ou do companheiro), centrado no desempenho ou performance sexual (seu e/ou do companheiro);
- Grau de atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro;
- Percepção da sensibilidade do companheiro face às suas necessidades e preferências sexuais;
- História anterior de experiências sexuais não desejadas, forçadas e/ou traumáticas;

- Preocupações habituais durante a actividade sexual: risco de gravidez não desejada, risco de doenças sexualmente transmissíveis, receio de dor ou desconforto físico, medo de perder o controlo, medo de ser abandonada ou outros;
- Percepção de eventuais dificuldades sexuais: a que nível, grau de desconforto ou perturbação que provoca à própria mulher e ao seu companheiro, medidas adoptadas para tentar resolver as dificuldades);
- Percepção de eventuais dificuldades sexuais no companheiro: em que grau, a que nível, grau de desconforto ou perturbação que provoca à própria mulher e ao seu companheiro.

Uma vez que nenhum dos grupos de questões nem o questionário no seu conjunto visavam a obtenção de um *score* total, não houve necessidade de realizar o estudo psicométrico deste instrumento.

2.3.14. Medida Global da Satisfação com a Relação

A *Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL)*; Lawrence & Byers, 1998) avalia a satisfação com o relacionamento em geral. Os indivíduos avaliam o seu relacionamento, atribuindo uma pontuação de 1 a 7, segundo cinco escalas bipolares: muito boa – muito má; muito agradável – muito desagradável; muito positiva – muito negativa; muito satisfatória – muito insatisfatória; muito valiosa – sem valor. Os valores possíveis oscilam entre 5 a 35, sendo que valores mais altos indicam maior satisfação no relacionamento.

Lawrence e Byers encontraram evidências de bons resultados psicométricas da *GMREL*, quer em termos de validade, quer de fidelidade (e.g., Byers, 2005; Byers & Demmons, 1999; Lawrence & Byers, 1998; Renaud, Byers, & Pan, 1997).

No estudo preliminar da presente investigação foram encontrados muito bons níveis de consistência interna para esta medida, com um *alfa* de Cronbach de .97. Os valores do coeficiente de Pearson no teste-reteste ($n = 40$) com um intervalo de 3 semanas entre as duas administrações), mostram-se significativos e adequados ($r = .66$, $p < .001$), assegurando também a estabilidade temporal da *GMREL*.

2.3.15. Medida Global da Satisfação Sexual

A *Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)*; Lawrance & Byers, 1998) é uma medida bastante idêntica à *GMREL* excepto no facto de que, neste caso, os respondentes são convidados a avaliar o seu relacionamento sexual com o companheiro.

Lawrence e Byers confirmaram as boas qualidades psicométricas da *GMSEX* em vários estudos (e.g., Byers, 2005; Byers & Demmons, 1999; Renaud, Byers, & Pan, 1997), quer em termos de validade, quer de fidelidade (sobretudo a nível de consistência interna, com valores de *alfa* de Cronbach sempre superiores a .90).

No presente estudo, a análise psicométrica da *GMSEX* revelou um *alfa* de Cronbach de .98, garantindo a consistência interna da medida. A estabilidade temporal encontra-se também assegurada, com um valor de teste-reteste de $r = .85$ ($p < .001$). Deste modo, podemos concluir que a *GMSEX* constitui uma medida fidedigna o que legitima a sua utilização na análise de validação convergente com o *GRISS*.

CAPÍTULO XII.
Variáveis Sociodemográficas,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

A maioria dos estudos sugere que as variáveis de cariz sócio-demográfico têm um importante papel nas experiências sexuais das mulheres (Hawton et al., 1994; Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993), sendo comum apresentar-se a idade como factor de vulnerabilidade para dificuldades sexuais. Estudos recentes indicam no entanto que a idade não constitui o único preditor demográfico do funcionamento e da satisfação sexual, sendo de destacar o papel do nível educacional. Laumann e colaboradores (1999) apontam as habilitações literárias como o preditor demográfico mais consistente das disfunções sexuais femininas, sustentando que, nas mulheres, a idade pode até ter uma influência positiva na maioria dos aspectos do funcionamento sexual, à excepção da lubrificação. Assim, os dados que se encontram na literatura nem sempre são convergentes. Além da idade e do nível educacional, algumas outras variáveis sociodemográficas têm mostrado poder ter associação com as vivências sexuais femininas, como o estado civil, o facto de se ter ou não filhos, a residência em meio rural, a orientação sexual, o estatuto socioeconómico ou a religião. Por outro lado, e apesar do estudo dos factores sociodemográficos ser referido como muito importante, poucos estudos em Portugal têm sido publicados a este respeito.

Neste capítulo, pretende-se averiguar se existem diferenças entre mulheres com diferentes características sociodemográficas, a nível do seu funcionamento e satisfação sexual. Adicionalmente, espera-se contribuir para clarificar a importância relativa destas variáveis nas experiências sexuais femininas de funcionamento e satisfação. Perante a revisão da literatura apresentada e com estes objectivos, o presente estudo propõe-se averiguar o suporte empírico das seguintes hipóteses:

- H1: Esperamos encontrar índices mais elevados de funcionamento sexual (de modo geral e nas diferentes dimensões da resposta sexual) nas mulheres mais novas, com habilitações literárias superiores, profissionalmente activas, residentes em meios urbanos, e não religiosas, comparativamente às mais velhas, com menos estudos, desempregadas e reformadas, residentes em meios rurais, e religiosas;

- H2: Esperamos também que as mulheres mais novas, com mais estudos, e não religiosas apresentem valores de satisfação sexual mais elevados, quando comparadas com as mulheres mais velhas, menos instruídas e religiosas;

- H3: Esperamos que as diferentes variáveis sociodemográficas estudadas constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino, em particular a idade e as habilitações literárias;

- H4: Esperamos que as variáveis sociodemográficas consideradas constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Funcionamento sexual em função das variáveis sociodemográficas

a) Idade

A análise da relação entre a idade e o funcionamento sexual foi feita mediante recurso a uma análise multivariada da variância (MANOVA). A idade foi assumida como variável independente (6 grupos: 1 = dos 18 aos 25 anos; 2 = dos 26 aos 35 anos; 3 = dos 36 aos 45 anos; 4 = dos 46 aos 55 anos; 5 = dos 56 aos 65 anos; 6 = dos 66 aos 75 anos). Na análise multivariada da variância e análises univariadas subsequentes, assumiram-se como variáveis dependentes as 5 dimensões de funcionamento sexual consideradas. A pontuação total no *FSFI* foi também assumida como variável dependente na análise univariada da variância correspondente.

O teste multivariado revelou o efeito estatisticamente significativo da idade nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .69$, $F(25, 1811) = 7.62$, $p < .001$, η^2 parcial = .07.

Depois de ajustados os níveis de significância, com a fórmula de correcção de Bonferroni, os dados das análises univariadas confirmaram os resultados do teste multivariado, verificando-se o efeito significativo da idade em relação a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas ($p < .001$). O efeito da idade mostrou-se também significativo quanto ao total no funcionamento sexual ($p < .001$). As diferenças entre os grupos etários mostraram assumir maior magnitude sobretudo na dimensão de Excitação, $F(5, 491) = 26.83$, $p < .001$, η^2 parcial = .22, e Desejo, $F(5,$

491) = 25.70, $p < .001$, η^2 parcial = .21, bem como no total do *FSFI*, $F(5, 491) = 23.58$, $p < .001$; η^2 parcial = .19, sendo a magnitude das diferenças menos elevada na dimensão sexual relativa à ausência de dor, $F(5, 491) = 8.73$, $p < .001$; η^2 parcial = .08 (Tabela 1).

Para as comparações múltiplas entre grupos etários, recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. Os resultados encontrados ao nível das várias dimensões e total do funcionamento sexual evidenciaram diferenças significativas, sobretudo entre os grupos dos 56 aos 75 anos, e os grupos correspondentes a faixas etárias inferiores. Embora o grupo dos 18 aos 25 anos apresente níveis de funcionamento sexual tendencialmente mais elevados, registam-se poucas diferenças estatisticamente significativas entre os 18 e os 45 anos. De modo geral, a análise dos contrastes *a posteriori* evidenciou a tendência para a diminuição do funcionamento sexual com o aumento da idade (Tabela 1).

Relativamente ao desejo, as mulheres na faixa etária dos 66 aos 75 são as que apresentam pontuações médias mais baixas, sendo as diferenças significativas em relação a todos os grupos etários. Nas participantes com idades entre os 26 e 35 e até aos 55 anos, não se encontram diferenças significativas relativamente ao desejo sexual. Nas mulheres dos 56 aos 65 anos, os valores médios de desejo apenas são significativamente mais baixos em relação às idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos. O grupo de participantes entre os 18 e os 25 anos apresenta valores de desejo significativamente superiores em relação a todas as faixas etárias.

Um padrão bastante semelhante ao do desejo, observa-se em relação à excitação sexual, embora nesta dimensão de funcionamento sexual não se encontrem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres dos 18 aos 25 e as mulheres dos 26 aos 35 anos.

No que se refere à lubrificação, as mulheres na faixa etária dos 66 aos 75 são as que apresentam pontuações médias mais baixas, com diferenças significativas em relação a todos os grupos etários. Entre os 18 e os 55 anos não se registam diferenças a nível da lubrificação. As mulheres entre os 56 e os 65 anos apenas se diferenciam significativamente das mulheres nas faixas etárias extremas.

Quanto ao orgasmo, as diferenças significativas encontradas registam-se junto das mulheres com idades compreendidas entre os 56 e os 65 anos (só não se diferenciam das mulheres entre os 26 e os 35 anos) e das mulheres dos 66 aos 75 anos.

Relativamente à dor durante a actividade sexual, as mulheres entre os 66 e os 75 anos diferenciam-se significativamente de todas as restantes faixas etárias, à excepção da faixa correspondente aos 56-65 anos. Entre os 18 e os 55 anos as mulheres mostram um padrão semelhante nesta dimensão, apresentando os valores mais elevados de ausência de dor.

Considerando o total no *FSFI*, observou-se que as participantes com idades entre os 18 e os 25 anos apresentam pontuações significativamente superiores, excepto quando comparadas com a faixa etária entre os 26 e os 35 anos. Dos 26 aos 55 anos não se encontram diferenças significativas. As mulheres entre os 66 e os 75 anos distinguem-se em relação aos restantes grupos etários, com níveis significativamente inferiores no total do funcionamento sexual. Dos 46 até aos 65 anos, os valores no total do *FSFI* são semelhantes (Tabela 4).

Tabela 4. Funcionamento sexual, em função da idade (seis grupos): Análises univariadas da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 497$).

	Grupos etários												<i>F</i> (5, 491)	η^2
	18-25		26-35		36-45		46-55		56-65		66-75			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	(<i>n</i> = 125)		(<i>n</i> = 139)		(<i>n</i> = 105)		(<i>n</i> = 72)		(<i>n</i> = 32)		(<i>n</i> = 24)			
Desejo	4.90	.09	4.39	.09	4.21	.10	3.97	.12	3.66	.18	2.68	.21	25.70***	.207
	a		b		bc		bc		c		d			
Excitação	5.19	.09	4.87	.08	4.66	.10	4.47	.12	4.02	.17	2.95	.20	26.83***	.215
	a		a		b		bc		c		d			
Lubrific.	5.61	.09	5.42	.09	5.28	.10	5.13	.12	4.74	.18	3.49	.21	20.29***	.171
	a		ab		ab		ab		b		c			
Orgasmo	5.22	.11	5.00	.10	5.26	.12	4.91	.14	4.46	.21	3.18	.25	14.09***	.126
	a		ab		a		a		b		c			
Dor (ausente)	5.30	.09	5.29	.09	5.19	.10	5.00	.12	4.56	.18	4.10	.21	8.73***	.082
	a		a		a		ab		b		bc			
Total <i>FSFI</i>	31.83	.44	30.29	.42	29.86	.48	28.50	.58	26.03	.87	21.03	1.03	23.58***	.194
	a		ab		b		bc		c		d			

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

b) Habilitações literárias

Para se analisar a relação entre as habilitações literárias e o funcionamento sexual recorreu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA). Assumiram-se as habilitações literárias como variável independente (6 grupos: 1 = 1º ciclo (do 1º ao 4º ano); 2 = 2º ciclo (5º e 6º ano); 3 = 3º ciclo (do 7º ao 9º ano); 4 = ensino secundário (do 10º ao 12º ano); 5 = licenciatura; 6 = pós-licenciatura)⁷. Como variáveis dependentes, tomaram-se os valores obtidos nas dimensões e no total do *FSFI*.

O teste multivariado indicou o efeito estatisticamente significativo das habilitações literárias nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .84$, $F(25, 1946) = 2.94$, $p < .001$, η^2 parcial = .04.

Os resultados das análises univariadas da variância, após correcção de Bonferroni para os níveis de significância, confirmaram o efeito significativo do grau de instrução em relação ao desejo, excitação, lubrificação, ausência de dor ($p < .001$) e orgasmo ($p < .01$), mostrando também um efeito significativo a nível do total no *FSFI* ($p < .001$). A magnitude das diferenças entre os grupos de habilitações literárias revelou ser superior a nível da Excitação, $F(5, 488) = 10.37$, $p < .001$, η^2 parcial = .11, e Desejo, $F(5, 488) = 9.84$, $p < .001$, η^2 parcial = .11, bem como no total do *FSFI*, $F(5, 488) = 8.77$, $p < .001$; η^2 parcial = .10, sendo a magnitude das diferenças entre os grupos menos evidente a nível do Orgasmo, $F(5, 488) = 3.69$, $p < .01$; η^2 parcial = .04 (Tabela 5).

Para melhor se perceberem as diferenças entre grupos com diferentes graus de instrução recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. De modo geral, é possível observar que as mulheres com mais habilitações literárias, sobretudo com o ensino superior e secundário, são as que apresentam níveis mais elevados de funcionamento sexual, considerando o total e as dimensões do *FSFI* (Tabela 5).

Quanto ao desejo, encontram-se diferenças significativas sobretudo entre as mulheres com o primeiro e segundo ciclo e as mulheres com o ensino secundário e licenciatura. As mulheres com o terceiro ciclo e com pós licenciatura não se diferenciam significativamente das restantes.

No que respeita à excitação, as diferenças são significativas entre as participantes com o primeiro ciclo e as participantes do terceiro ciclo até à licenciatura.

⁷ Apenas duas participantes referiram não ter quaisquer estudos pelo que se optou pela sua exclusão das análises efectuadas.

Encontram-se também diferenças significativas a nível da excitação entre as mulheres com o segundo ciclo e as que completaram o ensino secundário. Os grupos de mulheres com o segundo ciclo e com pós licenciatura não apresentam diferenças significativas em relação a nenhum dos restantes grupos.

Em relação à lubrificação, encontram-se diferenças significativas entre as mulheres com o primeiro ciclo e as mulheres com o segundo ciclo, ensino secundário e licenciatura. As mulheres com o terceiro ciclo e com pós licenciatura não se diferenciam significativamente das restantes.

Relativamente ao orgasmo, as diferenças são significativas somente entre as participantes com o primeiro ciclo e as participantes com o ensino secundário e a licenciatura.

A nível da dor, verifica-se que existem diferenças significativas entre as mulheres com o primeiro ciclo e as mulheres com estudos desde o terceiro ciclo até à licenciatura. Os grupos de mulheres com o terceiro ciclo e com pós licenciatura não apresentam diferenças significativas em relação a nenhum dos restantes grupos.

Os resultados relativos ao total do funcionamento sexual revelaram que apenas as mulheres com instrução correspondente ao segundo ciclo apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação às mulheres com o terceiro ciclo, ensino secundário e licenciatura e que as mulheres com o primeiro ciclo e com pós licenciatura não se diferenciam das restantes (Tabela 5).

Tabela 5. Funcionamento sexual, em função das habilitações literárias (seis grupos): Análises univariadas da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 495$).

	Habilitações literárias												F (5, 488)	η^2
	Primeiro ciclo ($n = 79$)		Segundo ciclo ($n = 48$)		Terceiro ciclo ($n = 61$)		Ensino secund. ($n = 171$)		Licenciatura ($n = 118$)		Pós licenc. ($n = 18$)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Desejo	3.62	.12	3.99	.16	4.17	.14	4.64	.08	4.46	.10	4.10	.25	9.84***	.108
	ab		ab		abc		ac		ac		abc			
Excit.	3.97	.12	4.42	.15	4.70	.13	5.03	.08	4.83	.10	4.77	.24	10.37***	.113
	abd		abcd		acd		ac		acd		abcd			
Lubrif.	4.66	.12	5.27	.16	5.17	.14	5.46	.08	5.39	.10	5.42	.25	5.66***	.065
	ab		ac		abc		ac		ac		abc			
Orgas.	4.42	.14	4.93	.18	5.00	.16	5.19	.10	5.05	.12	4.98	.30	3.69**	.043
	ab		abc		abc		ac		ac		abc			
Dor (ausente)	4.56	.12	5.06	.15	5.14	.13	5.29	.08	5.26	.09	5.31	.24	5.22***	.060
	ab		abc		ac		ac		ac		abc			
Total	26.20	.59	28.68	.76	29.34	.67	31.03	.40	30.46	.48	29.62	1.23	8.77***	.097
FSFI	abc		ab		ac		ac		ac		abc			

** $p < .01$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

c) Estado civil

A análise da relação entre o estado civil e o funcionamento sexual foi feita mediante recurso a uma análise multivariada da variância (MANOVA). Assumiu-se como variável independente o estado civil (3 grupos: 1 = casada/ união de facto; 2 = solteira; 3 = separada/ divorciada)⁸. Como variáveis dependentes, consideraram-se os valores obtidos nas dimensões de funcionamento sexual, tendo-se também considerado o total no *FSFI*, nas análises univariadas da variância.

Os resultados do teste multivariado indicaram o efeito estatisticamente significativo do estado civil nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .83$, $F(10, 980) = 9.78$, $p < .001$, η^2 parcial = .09.

⁸ Apenas uma das participantes do estudo referiu a condição de viuvez pelo que se optou pela sua exclusão das análises efectuadas.

Os resultados das análises univariadas da variância, após correção de Bonferroni para os níveis de significância, confirmaram o efeito significativo do estado civil no que respeita ao desejo ($p < .001$), excitação ($p < .001$), lubrificação ($p < .001$) e orgasmo ($p < .05$), mas não a nível da ausência de dor. Observou-se ainda um efeito significativo do estado civil quanto ao total no *FSFI* ($p < .001$). A magnitude das diferenças entre os grupos de estado civil é sobretudo evidente a nível do Desejo, $F(2, 494) = 42.59, p < .001, \eta^2$ parcial = .15, e da Excitação, $F(2, 494) = 28.90, p < .001, \eta^2$ parcial = .11 (Tabela 6).

Para se avaliar em que medida os três grupos de estado civil diferem entre si, recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. De modo geral, as mulheres solteiras tendem a apresentar níveis mais elevados de funcionamento sexual (excepto na dimensão orgasmo, na qual as mulheres separadas ou divorciadas são as que apresentam pontuações mais altas, embora sem significância estatística), sendo as mulheres casadas as que pontuam mais baixo no total e dimensões do *FSFI*. A análise mais detalhada dos contrastes à posteriori revelou que, no que respeita ao desejo e à excitação, as mulheres casadas se diferenciam significativamente das solteiras e das separadas/ divorciadas. A nível da lubrificação e orgasmo e quanto ao total no *FSFI*, apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres casadas e as solteiras (Tabela 6).

Tabela 6. Funcionamento sexual, em função do estado civil (três grupos): Análises univariadas da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 497$).

	Estado civil						$F(2, 494)$	η^2
	Casada/ união de facto ($n = 329$)		Solteira ($n = 149$)		Separada/ divorciada ($n = 19$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	3.98a	.06	4.91b	.09	4.80b	.24	42.59***	.147
Excitação	4.45a	.06	5.20b	.09	5.16b	.24	28.90***	.105
Lubrific.	5.11a	.06	5.56b	.09	5.53ab	.25	9.55***	.037
Orgasmo	4.83a	.07	5.22b	.10	5.45ab	.29	6.24*	.025
Dor (ausente)	5.05a	.06	5.31b	.09	5.01ab	.24	3.32	.013
Total <i>FSFI</i>	28.56a	.29	31.79b	.43	30.98ab	1.21	19.92***	.075

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$).

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

d) Filhos

A análise da relação entre a condição ter ou não filhos e o funcionamento sexual, teve por base uma análise multivariada da variância (MANOVA). Definiu-se, como variável independente, a dicotómica referente aos filhos (2 grupos: 1 = nenhum filho; 2 = um ou mais filhos) e, como variáveis dependentes, as dimensões de funcionamento sexual. Nas análises univariadas considerou-se também o total no *FSFI*.

Os resultados do teste multivariado revelaram que o ter ou não filhos apresenta um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .84$, $F(5, 491) = 18.91$, $p < .001$, η^2 parcial = .16.

Após ajustamento dos níveis de significância com a correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram o efeito estatisticamente significativo do facto da mulher ter ou não ter filhos relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas ($p < .001$, no caso do desejo, excitação e lubrificação; $p < .05$, no caso do orgasmo e da ausência de dor), assim como para o total do *FSFI* ($p < .001$) As

diferenças entre os grupos mostraram assumir maior magnitude sobretudo nas dimensões de Desejo, $F(1, 495) = 11.71, p < .001, \eta^2$ parcial = .12, e Excitação, $F(1, 495) = 11.95, p < .001, \eta^2$ parcial = .11, e a nível do funcionamento sexual total $F(1, 495) = 36.71, p < .001; \eta^2$ parcial = .07 (Tabela 7).

A análise das médias mostrou que, quando comparadas com as mulheres que têm um ou mais filhos, as mulheres que não têm filhos apresentam valores de funcionamento sexual (total e dimensões) significativamente superiores (Tabela 7).

Tabela 7. Funcionamento sexual, em função da condição ter ou não filhos (nenhum filho/ um ou mais filhos): Análises univariadas da variância ($n = 497$).

	Filhos				<i>F</i> (1, 495)	η^2
	Nenhum ($n = 212$)		Um ou mais ($n = 285$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.75	.07	3.95	.06	69.24***	.123
Excitação	5.11	.07	4.40	.06	58.32***	.105
Lubrific.	5.45	.08	5.10	.07	13.76***	.027
Orgasmo	5.15	.09	4.84	.08	7.36*	.015
Dor (ausente)	5.27	.07	5.01	.06	7.69*	.015
Total <i>FSFI</i>	31.29	.36	28.38	.31	36.71***	.069

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

e) Situação profissional e rendimento anual médio ilíquido (per capita)

Para se analisar a relação entre a situação profissional e o funcionamento sexual procedeu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA) para as dimensões de funcionamento sexual. Assumiu-se, como variável independente, a situação profissional da mulher (4 grupos: 1 = activa; 2 =desempregada; 3 = reformada; 4 = estudante) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nas dimensões do *FSFI*; considerou-se ainda como variável dependente o valor total no índice de funcionamento sexual, na análise univariada correspondente.

A relação entre as condições económicas e o funcionamento sexual foi analisada também através de uma MANOVA. Neste caso, definiu-se como variável independente

o rendimento médio anual líquido, *per capita* (5 grupos: 1 = menos de 5.000 euros; 2 = entre 5.000 e 12.000 euros; 3 = entre 12.000 e 18.000 euros; 4 = entre 18.000 e 24.000 euros; 5 = mais de 24.000 euros). As variáveis dependentes assumidas foram as mesmas que na análise anterior.

No que respeita à situação profissional, os resultados do teste multivariado revelaram ter um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .79$, $F(15, 1351) = 7.92$, $p < .001$, η^2 parcial = .08.

As análises univariadas da variância, após correcção de Bonferroni para os níveis de significância, confirmaram o efeito significativo da situação profissional em relação a todas as dimensões do funcionamento sexual ($p < .001$), e quanto ao total no *FSFI* ($p < .001$) (Tabela 8). A magnitude das diferenças entre os grupos revelou ser mais evidente a nível do Desejo, $F(3, 4932) = 27.86$, $p < .001$, η^2 parcial = .15, e da Excitação, $F(3, 4932) = 28.40$, $p < .001$, η^2 parcial = .15.

De modo a avaliar diferenças específicas entre os grupos relativos à situação profissional, recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. Os resultados, apresentados na Tabela 8, evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas para as mulheres em situação de reforma, com níveis mais baixos de funcionamento sexual comparativamente a cada um dos restantes três grupos, verificando-se este padrão quer a nível das dimensões quer quanto ao total no *FSFI*. No que respeita ao desejo, encontram-se ainda diferenças significativas entre as mulheres do grupo das estudantes (com pontuações mais elevadas) e todos os restantes grupos.

Tabela 8. Funcionamento sexual, em função da situação profissional (quatro grupos): Análises univariadas da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 497$).

	Situação profissional								<i>F</i> (3, 493)	η^2
	Activa		Desempr.		Reformada		Estudante			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	($n = 308$)		($n = 64$)		($n = 44$)		($n = 81$)			
Desejo	4.34a	.06	4.25a	.13	3.03b	.16	4.79c	.12	27.86***	.145
Excitação	4.80a	.06	4.74a	.13	3.39b	.15	5.02a	.11	28.40***	.147
Lubrific.	5.38a	.06	5.31a	.13	4.02b	.16	5.41a	.12	23.18***	.124
Orgasmo	5.13a	.07	5.08a	.15	3.77b	.18	4.94a	.14	16.05***	.089
Dor (usente)	5.18a	.06	5.19a	.13	4.40b	.16	5.26a	.11	8.18***	.047
Total <i>FSFI</i>	30.16a	.29	29.78a	.64	23.27b	.78	30.83a	.57	24.75***	.131

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

Quanto ao rendimento médio anual, os resultados do teste multivariado revelaram a inexistência de qualquer efeito estatisticamente significativo nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .97$, $F(20, 1603) = .64$, *ns*, η^2 parcial = .01.

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância (correcção de Bonferroni), os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada e, portanto, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas, bem como a nível do total do *FSFI* (Tabela 9).

Tabela 9. Funcionamento sexual, em função do rendimento médio anual líquido, *per capita* (cinco grupos): Análises univariadas da variância ($n = 492$).

	Rendimento médio anual líquido, <i>per capita</i>										$F (4, 487)$	η^2
	Menos de 5.000 € ($n = 223$)		De 5.000 a 12.000€ ($n = 173$)		De 12.000 a 18.000€ ($n = 67$)		De 18.000 a 24.000€ ($n = 20$)		Mais de 24.000 € ($n = 9$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.32	.08	4.27	.09	4.09	.14	4.23	.25	4.60	.38	.73	.006
Excitação	4.71	.07	4.71	.08	4.58	.13	4.70	.25	4.83	.37	.24	.002
Lubrificação	5.23	.07	5.31	.08	5.17	.14	5.16	.15	5.43	.37	.34	.003
Orgasmo	4.92	.09	5.08	.10	4.84	.16	4.98	.29	5.20	.43	.62	.005
Dor (ausente)	5.04	.07	5.18	.08	5.17	.13	5.36	.23	5.02	.35	.76	.006
Total FSFI	29.55	.40	29.81	.42	29.00	.67	29.57	1.23	30.47	1.83	.32	.003

f) Meio

A análise da relação entre o meio no qual as participantes vivem e o seu funcionamento sexual teve por base uma análise multivariada da variância (MANOVA). O tipo de meio (2 grupos: 1 = rural; 2 = urbano) foi incluído nas análises como variável independente. Assumiram-se, como variáveis dependentes, os valores obtidos nas dimensões e, na análise univariada correspondente, o total no *FSFI*.

Os resultados do teste multivariado revelaram que o meio apresenta um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .96$, $F(5, 489) = 4.45$, $p < .01$, η^2 parcial = .04.

Uma vez ajustados os níveis de significância com a correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram o efeito estatisticamente significativo do meio relativamente às dimensões de desejo e ausência de dor e quanto ao total no funcionamento sexual ($p < .05$), apesar da baixa magnitude dos efeitos. A análise das médias mostrou que, quando comparadas com as mulheres que vivem em meios rurais, as que vivem no meio urbano apresentam valores significativamente superiores (Tabela 10).

Tabela 10. Funcionamento sexual, em função do meio (rural/ urbano): Análises univariadas da variância ($n = 495$).

	Meio				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Rural		Urbano			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.15	.07	4.42	.07	7.19*	.014
Excitação	4.57	.07	4.82	.07	6.63	.013
Lubrific.	5.26	.07	5.28	.07	.04	.000
Orgasmo	4.94	.08	5.02	.08	.61	.001
Dor (ausente)	4.99	.07	5.26	.06	8.41*	.017
Total <i>FSFI</i>	29.12	.36	30.14	.32	4.47*	.009

* $p < .05$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

g) Orientação sexual

Para se estudar a relação entre a orientação sexual das participantes e o seu funcionamento sexual, procedeu-se uma análise multivariada da variância (MANOVA). Assumiu-se, como variável independente, o tipo de orientação sexual auto-relatado (2 grupos: 1 = exclusivamente heterossexual; 2 = não exclusivamente heterossexual)⁹ e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nas dimensões e total do *FSFI*.

Os dados do teste multivariado relativamente à orientação sexual, embora exigindo ressalvas na sua interpretação, dada a não equidade dos grupos, mostraram não existir um efeito estatisticamente significativo nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .97$, $F(10, 976) = 8.29$, *ns*, η^2 parcial = .01.

Após ajustamento dos níveis de significância (correção de Bonferroni), os testes univariados confirmaram a ausência de diferenças estatisticamente significativas

⁹ De modo a tornar possível a análise do efeito da orientação sexual no funcionamento sexual e dado que, nas opções de resposta referentes a outros tipos de orientação sexual que não a exclusivamente heterossexual, o número de respostas para cada opção foi muito baixo (e.g., parcialmente heterossexual, $n = 29$; igualmente heterossexual e homossexual, $n = 17$; parcialmente homossexual, $n = 1$; exclusivamente homossexual, $n = 3$) optou-se por juntá-las e constituir um só grupo ($n = 50$) com todas as condições diferentes da exclusivamente heterossexual. Deste modo, ficaram constituídos dois grupos de orientação sexual: exclusivamente heterossexual/ não exclusivamente heterossexual.

entre os grupos, relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas, assim como quanto ao total do *FSFI* (Tabela 11).

Tabela 11. Funcionamento sexual, em função da orientação sexual (heterossexual/ não heterossexual): Análises univariadas da variância ($n = 495$).

	Orientação sexual				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Heterossexual		Não heterossexual			
	<i>(n = 445)</i>		<i>(n = 50)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.28	.05	4.38	.16	.34	.001
Excitação	4.71	.05	4.72	.15	.01	.000
Lubrific.	5.29	.05	5.03	.16	2.44	.005
Orgasmo	4.98	.06	4.91	.18	.13	.000
Dor (ausente)	5.13	.05	5.14	.15	.00	.000
Total <i>FSFI</i>	29.67	.26	29.49	.77	.05	.000

h) Religião

Para se analisar a relação entre a religião e o funcionamento sexual recorreu-se a duas análises multivariadas da variância (MANOVAs). Na primeira MANOVA, assumiu-se como variável independente o facto de a mulher professar ou não alguma religião (2 grupos: 1 = não professa qualquer religião; 2 = professa alguma religião) e, na segunda MANOVA, o grau de prática religiosa (4 grupos: 1 = muito pouco; 2 = pouco; 3 = muito; 4 = muitíssimo). Em qualquer das análises assumiram-se como variáveis dependentes os valores obtidos nas dimensões do *FSFI* e, na análise univariada correspondente, o seu total.

Os dados do teste multivariado mostraram que a religião apresenta um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .96$, $F(5, 491) = 3.76$, $p < .01$, η^2 parcial = .04.

Depois de ajustados os níveis de significância, com a fórmula de correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram os resultados da estatística multivariada para o desejo, excitação e ausência de dor, assim como para o total do funcionamento sexual. Embora sendo, de modo geral, baixas, as diferenças entre os grupos mostraram

assumir maior magnitude a nível do desejo, $F(1, 495) = 11.99, p < .01, \eta^2$ parcial = .02. Mediante análise das médias ajustadas verificou-se que as mulheres que referem não professar qualquer religião apresentam pontuações significativamente mais elevadas a nível do desejo ($p < .01$), excitação e ausência de dor ($p < .05$), e quanto ao total no *FSFI* ($p < .01$) (Tabela 12).

Tabela 12. Funcionamento sexual, em função da religião (professa/ não professa): Análises univariadas da variância ($n = 497$).

	Religião				<i>F</i> (1, 495)	η^2
	Professa ($n = 411$)		Não professa ($n = 86$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.21	.06	4.67	.12	11.99**	.024
Excitação	4.63	.05	5.02	.12	9.02*	.018
Lubrific.	5.21	.05	5.49	.12	4.81	.010
Orgasmo	4.95	.06	5.11	.14	1.13	.002
Dor (ausente)	5.06	.05	5.43	.11	9.21*	.018
Total <i>FSFI</i>	43.72	.42	46.47	.93	7.25**	.014

* $p < .05$. ** $p < .01$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Quanto ao grau de prática religiosa, o teste multivariado revelou existir um efeito estatisticamente significativo nas dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .90, F(15, 1107) = 2.93, p < .001, \eta^2$ parcial = .04.

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância (correção de Bonferroni), e embora ressalvando a distribuição não equitativa dos grupos, os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, revelando o efeito estatisticamente significativo da prática religiosa relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas ($p < .001$, para desejo, excitação, lubrificação e dor; $p < .05$, para orgasmo), e quanto ao total do *FSFI* ($p < .001$). As diferenças entre grupos assumem maior magnitude a nível do funcionamento sexual total $F(3, 405) = 10.43, p < .001; \eta^2$ parcial = .07, e nas dimensão de Dor, $F(3, 405) = 10.56, p < .001, \eta^2$ parcial = .07, e Excitação, $F(3, 405) = 8.66, p < .001, \eta^2$ parcial = .06. (Tabela 13).

Pela análise dos resultados do teste *post hoc* de Bonferroni verificou-se que, comparativamente às restantes mulheres, apenas as que descrevem o seu grau de prática religiosa como correspondendo a “muitíssimo” apresentam níveis significativamente mais baixos de desejo, excitação, lubrificação e dor, assim como total no *FSFI*. Na dimensão referente ao orgasmo, as mulheres que referem praticar “muito” ou “muitíssimo” não se diferenciam entre si, mas apresentam pontuações significativamente mais baixas em relação às mulheres que referem uma menor prática religiosa (i.e., “muito pouco” ou “pouco”) (Tabela 13).

Tabela 13. Funcionamento sexual, em função do grau de prática religiosa (quatro grupos): Análises univariadas da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 409$).

	Grau de prática religiosa								<i>F</i> (3, 405)	η^2
	Muito pouco		Pouco		Muito		Muitíssimo			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.33a	.11	4.36a	.09	4.08a	.11	3.41b	.21	6.82***	.048
Excitação	4.82a	.10	4.75a	.09	4.51a	.10	3.76b	.20	8.66***	.060
Lubrific.	5.43a	.11	5.28a	.09	5.07a	.11	4.70b	.21	6.45***	.046
Orgasmo	5.13a	.12	5.01a	.10	4.87a	.12	4.15b	.24	4.69*	.034
Dor (ausente)	5.34a	.10	5.19a	.08	4.76b	.10	4.36b	.20	10.56***	.073
Total <i>FSFI</i>	30.46a	.52	30.02a	.44	28.20b	.52	24.88c	1.01	10.43***	.072

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

2.2. Satisfação sexual em função das variáveis sociodemográficas

a) Idade

A análise da relação entre a idade e a satisfação sexual foi feita mediante recurso a uma análise univariada da variância (ANOVA). A idade foi assumida como variável independente (6 grupos: 1 = dos 18 aos 25 anos; 2 = dos 26 aos 35 anos; 3 = dos 36 aos 45 anos; 4 = dos 46 aos 55 anos; 5 = dos 56 aos 65 anos; 6 = dos 66 aos 75 anos) e a

pontuação total no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*), como variável dependente.

O teste univariado revelou o efeito estatisticamente significativo da idade na satisfação sexual, $F(5, 490) = 19.63, p < .001; \eta^2$ parcial = .17 (Tabela 14).

Para as comparações múltiplas entre grupos etários, recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. Pela análise dos resultados foi possível verificar que as mulheres entre os 18 e os 25 anos não se diferenciam das mulheres dos 26 aos 35 anos, mas que, quando comparadas com todas as outras, apresentam valores significamente mais elevados no total do *GRISS*. Nas mulheres dos 26 aos 55 anos não se encontram diferenças significativas. As mulheres entre os 66 e os 75 anos são as que apresentam pontuações mais baixas na satisfação sexual, distinguindo-se significativamente em relação às mulheres dos restantes grupos etários, excepto dos 56 até aos 65 anos (Tabela 14).

Tabela 14. Satisfação sexual, em função da idade (seis grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Grupos etários												$F(5, 490)$	η^2
	18-25		26-35		36-45		46-55		56-65		66-75			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total	48.05	.71	45.44	.67	43.09	.77	42.82	.94	38.66	1.40	33.29	1.62	19.63***	.167
<i>GRISS</i>	a		ab		bc		bc		cd		d			

*** $p < .001$.

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

b) Habilitações literárias

Para se analisar a relação entre as habilitações literárias e a satisfação sexual recorreu-se a uma análise univariada da variância (ANOVA). Assumiram-se as habilitações literárias como variável independente (6 grupos: 1 = 1º ciclo (do 1º ao 4º ano); 2 = 2º ciclo (5º e 6º ano); 3 = 3º ciclo (do 7º ao 9º ano); 4 = ensino secundário (do 10º ao 12º ano); 5 = licenciatura; 6 = pós-licenciatura); cf. nota de rodapé equivalente,

no ponto referente ao funcionamento sexual. Como variável dependente, tomou-se a pontuação total no *GRISS*.

Os resultados da análise univariada mostraram o efeito estatisticamente significativo das habilitações literárias na satisfação sexual feminina, $F(5, 487) = 11.42$, $p < .001$, η^2 parcial = .12 (Tabela 15).

Pela análise dos resultados do teste *post hoc* de Bonferroni verificou-se que as mulheres com instrução correspondente ao primeiro ciclo apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação a todas as restantes mulheres. De modo geral, observa-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados os valores obtidos pelas mulheres no total do *GRISS* (Tabela 15).

Tabela 15. Satisfação sexual, em função das habilitações literárias (seis grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Habilitações literárias												F (5, 487)	η^2
	Primeiro ciclo (n = 78)		Segundo ciclo (n = 48)		Terceiro ciclo (n = 61)		Ensino secund. (n = 171)		Licenciatura (n = 118)		Pós licenc. (n = 18)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Total	38.21	.92	43.13	1.18	43.53	1.04	46.23	.62	46.15	.75	44.94	1.92	11.42***	.123
GRISS	a		bc		bc		c		bc		bc			

*** $p < .001$.

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

c) Estado civil

A análise da relação entre o estado civil e a satisfação sexual foi feita mediante recurso a uma análise univariada da variância (ANOVA). Assumiu-se como variável independente o estado civil (3 grupos: 1 = casada/ união de facto; 2 = solteira; 3 = separada/ divorciada; cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Como variável dependente, consideraram-se os valores obtidos no total do *GRISS*.

Os resultados da análise univariada da variância revelaram o efeito estatisticamente significativo do estado civil na satisfação sexual, $F(2, 493) = 19.70$, $p < .001$; η^2 parcial = .07.

De acordo com o teste *post hoc* de Bonferroni, verificou-se que as mulheres solteiras apresentam níveis significativamente superiores de satisfação sexual ($p < .05$), quando comparadas com as mulheres casadas mas que não se diferenciam das mulheres separadas/ divorciadas. As mulheres casadas também apenas em relação às solteiras apresentam diferenças significativas (Tabela 16).

Tabela 16. Satisfação sexual, em função do estado civil (três grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Estado civil						<i>F</i> (2, 493)	η^2
	Casada/ união de facto ($n = 329$)		Solteira ($n = 148$)		Separada/ divorciada ($n = 19$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	42.60a	.46	47.78b	.69	43.95ab	1.91	19.70***	.074

*** $p < .001$.

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

d) Filhos

A análise da relação entre a condição ter ou não filhos e a satisfação sexual, teve por base uma análise univariada da variância (ANOVA). Definiu-se, como variável independente, a dicotómica referente aos filhos (2 grupos: 1 = nenhum filho; 2 = um ou mais filhos) e, como variável dependente, o total no *GRISS*.

A análise univariada da variância revelou o efeito estatisticamente significativo do facto da mulher ter ou não filhos, na satisfação sexual, $F(1, 494) = 54.68$, $p < .001$; η^2 parcial = .10. A análise das médias mostrou que as mulheres que não têm filhos apresentam valores significativamente superiores de satisfação sexual, quando comparadas com as mulheres que têm um ou mais filhos (Tabela 17).

Tabela 17. Satisfação sexual, em função da condição ter ou não filhos (nenhum filho/ um ou mais filhos): Análise univariada da variância ($n = 496$).

	Filhos				<i>F</i> (1, 494)	η^2
	Nenhum ($n = 211$)		Um ou mais ($n = 285$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	47.37	.57	41.85	.49	54.68***	.100

*** $p < .001$.

e) Situação profissional e rendimento anual médio líquido (per capita)

Para se analisar a relação entre a situação profissional e a satisfação sexual procedeu-se a uma análise univariada da variância (ANOVA). Assumiu-se, como variável independente, a situação profissional da mulher (4 grupos: 1 = activa; 2 =desempregada; 3 = reformada; 4 = estudante) e, como variável dependente, o valor total no índice de satisfação sexual.

O estudo da relação entre as condições económicas e a satisfação sexual foi também feito através de uma ANOVA, sendo que, nesta análise, a variável independente assumida foi o rendimento médio anual líquido, *per capita* (5 grupos: 1 = menos de 5.000 euros; 2 = entre 5.000 e 12.000 euros; 3 = entre 12.000 e 18.000 euros; 4 = entre 18.000 e 24.000 euros; 5 = mais de 24.000 euros).

No que respeita à situação profissional, os resultados da análise univariada da variância revelaram o efeito estatisticamente significativo na satisfação sexual, $F(3, 492) = 23.50$, $p < .001$; η^2 parcial = .13.

Os resultados do teste *post hoc* de Bonferroni evidenciam a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas para as mulheres em situação de reforma, sendo estas as que apresentam os níveis mais baixos de satisfação sexual (Tabela 18).

Tabela 18. Satisfação sexual, em função da situação profissional (quatro grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Situação profissional								$F(3, 492)$	η^2
	Activa		Desembr.		Reformada		Estudante			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Total <i>GRISS</i>	44.82a	.46	44.02a	1.02	34.84b	1.22	47.05a	.90	23.50***	.125

*** $p < .001$.As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

Quanto ao rendimento médio anual, os resultados do teste univariado revelaram a inexistência de qualquer efeito estatisticamente significativo na satisfação sexual, $F(4, 486) = .27$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 19).

Tabela 19. Satisfação sexual, em função do rendimento médio anual líquido, *per capita* (cinco grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 491$).

	Rendimento médio anual líquido, <i>per capita</i>										$F(4, 486)$	η^2
	Menos de 5.000 €		De 5.000 a 12.000€		De 12.000 a 18.000€		De 18.000 a 24.000€		Mais de 24.000 €			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Total <i>GRISS</i>	44.27	.58	44.31	.66	43.19	1.06	44.05	1.94	45.22	2.90	.27	.002

f) Meio

A análise da relação entre o meio no qual as participantes vivem e a satisfação sexual teve por base uma análise univariada da variância (ANOVA). O tipo de meio (2 grupos: 1 = rural; 2 = urbano) foi incluído nas análises como variável independente. Assumiu-se, como variável dependente, o total no *GRISS*.

Os resultados do teste univariado revelaram o efeito estatisticamente significativo do meio na satisfação sexual, $F(1, 492) = 8.39$, $p < .01$; η^2 parcial = .02.

Pela análise das médias verificou-se que as mulheres que vivem em meios rurais apresentam valores de satisfação sexual mais baixos, comparativamente às que vivem em meios urbanos (Tabela 20).

Tabela 20. Satisfação sexual, em função do meio (rural/ urbano): Análise univariada da variância ($n = 494$).

	Meio				<i>F</i> (1, 492)	η^2
	Rural		Urbano			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	43.02	.57	45.26	.52	8.39**	.017

** $p < .01$.

g) Orientação sexual

Para se estudar a relação entre a orientação sexual das participantes e a sua satisfação sexual, procedeu-se uma análise univariada da variância (ANOVA). Assumiu-se, como variável independente, o tipo de orientação sexual auto-relatado (2 grupos: 1 = exclusivamente heterossexual; 2 = não exclusivamente heterossexual; (cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual) e, como variável dependente, os valores obtidos no total do *GRISS*.

Não obstante as necessárias ressalvas na interpretação dos resultados (dada a não equidade dos grupos), o teste univariado da variância revelou não haver qualquer efeito estatisticamente significativo da orientação sexual na satisfação sexual, $F(1, 492) = .00$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 21).

Tabela 21. Satisfação sexual, em função da orientação sexual (heterossexual/ não heterossexual): Análise univariada da variância ($n = 494$).

	Orientação sexual				<i>F</i> (1, 492)	η^2
	Heterossexual		Não heterossexual			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	44.23	.41	44.24	1.22	.00	.000

h) Religião

Para se analisar a relação entre a religião e a satisfação sexual recorreu-se a duas análises univariadas da variância (ANOVAs). Na primeira ANOVA, assumiu-se como variável independente o facto de a mulher professar ou não alguma religião (2 grupos: 1 = não professa qualquer religião; 2 = professa alguma religião) e, na segunda ANOVA, o grau de prática religiosa (4 grupos: 1 = muito pouco; 2 = pouco; 3 = muito; 4 = muitíssimo). Em qualquer das análises assumiu-se como variável dependente o total no *GRISS*.

Os dados do teste univariado revelaram a existência de um efeito estatisticamente significativo da religião na satisfação sexual, $F(1, 494) = 7.25$, $p < .01$; η^2 parcial = .01. A análise dos valores médios mostrou que as mulheres que referem professar alguma religião apresentam pontuações mais baixas no total do *GRISS*, em comparação com as que não professam qualquer religião (Tabela 22).

Tabela 22. Satisfação sexual, em função da religião (professa/ não professa): Análise univariada da variância ($n = 496$).

	Religião				<i>F</i> (1, 494)	η^2
	Professa		Não professa			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	43.72	.42	46.47	.93	7.25**	.014

** $p < .01$.

Quanto ao grau de prática religiosa, os resultados do teste univariado revelaram o efeito estatisticamente significativo na satisfação sexual, $F(3, 404) = 6.29, p < .001$; η^2 parcial = .05.

A análise dos valores médios, apresentados na Tabela 23, revela a tendência geral para a diminuição no total do *GRISS*, com o aumento do grau de prática religiosa. Os resultados do teste *post hoc* de Bonferroni mostraram que, comparativamente às mulheres que referem uma menor prática religiosa (i.e., “muito pouco” ou “pouco”), as que descrevem o seu grau de prática como correspondendo a “muitíssimo” apresentam níveis significativamente mais baixos de satisfação sexual. As mulheres que referem praticar “muito pouco” apresentam pontuações significativamente mais elevadas também em relação às mulheres que descrevem praticar “muito”. As mulheres que referem praticar “muito” ou “muitíssimo” não se diferenciam entre si. Também não se encontraram diferenças quanto à satisfação sexual entre as mulheres que descrevem a sua prática religiosa como correspondendo a “muito pouco” ou “pouco”.

Tabela 23. Satisfação sexual, em função do grau de prática religiosa (quatro grupos): Análise univariada da variância e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 408$).

	Grau de prática religiosa								$F(3, 404)$	η^2
	Muito pouco ($n = 111$)		Pouco ($n = 158$)		Muito ($n = 110$)		Muitíssimo ($n = 29$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	45.75a	.84	44.33ab	.70	42.05bc	.84	38.97c	1.64	6.29***	.045

*** $p < .001$.

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

2.3. Variáveis sociodemográficas como preditores do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada às variáveis sociodemográficas, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Selecionaram-se, como variáveis predictoras, a idade da mulher, as habilitações literárias, e o rendimento anual. O estado civil, a situação profissional, o meio, o ter ou não filhos e a religião foram também variáveis incluídas na análise, como

preditoras, depois de transformadas em *dummy*¹⁰. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. As variáveis preditoras foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise de regressão múltipla evidenciou um modelo significativo, $F(12, 473) = 9.56, p < .001$, permitindo explicar 19% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .186).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que a idade ($\beta = -.23, p < .05$) constitui o melhor preditor do funcionamento sexual, sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde uma modificação de -.23 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. Mostraram também ser preditores significativos do funcionamento sexual, a situação profissional “reformada”¹¹ ($\beta = -.18, p < .05$), e a situação profissional “estudante”¹² ($\beta = .15, p < .05$) (Tabela 24).

¹⁰ No caso das variáveis policotómicas estado civil e situação profissional, e de modo a evitar situações de multicolinearidade, foram criadas k-1 variáveis indicadoras, ou seja, respectivamente, duas e três variáveis indicadoras (Hardy, 1993; O'Grady & Medoff, 1988). No primeiro caso, a categoria de referência foi o estado civil “casada” e, no segundo caso, a categoria “activa”. A variável religião foi transformada em variável artificial explicativa, de acordo com as indicações de Hubert e Rousseeuw (1997) e de Hardy (1993) para as variáveis dicotómicas. Do mesmo modo, e a fim de que pudessem ser incluídas na análise, as variáveis meio, filhos e orientação sexual foram transformadas segundo a categorização seguinte: 1 = meio urbano/ 0 = não urbano (meio); 1 = um ou mais filhos/ 0 = não tem filhos (filhos); 1 = heterossexual/ 0 = não heterossexual (orientação sexual).

¹¹ diferença entre a categoria “reformada” e a categoria de referência “activa”

¹² diferença entre a categoria “estudante” e a categoria de referência “activa”

Tabela 24. Variáveis sociodemográficas como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 487$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Idade	-0.87	.27	-.23*
Habilitações literárias	.24	.22	.07
Estado civil 1 (solteira)	1.22	.79	.10
Estado civil 2 (divorciada/separada)	5.56	4.88	.05
Filhos	-.53	.70	-.05
Situação profissional 1 (desempregada)	-.23	.70	-.01
Situação profissional 2 (reformada)	-3.50	1.02	-.18*
Situação profissional 3 (estudante)	2.16	.82	.15*
Rendimento anual médio	-.02	.30	.00
Orientação sexual	.32	.74	.02
Meio	.10	.48	.01
Religião	-.91	.60	-.06

* $p < .05$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/13 = .00385$; $p = .01/13 = .00077$; $p = .001/13 = .00008$).

2.4. Variáveis sociodemográficas como preditores da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva das variáveis sociodemográficas consideradas no presente estudo, a nível da satisfação sexual, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, segundo o método *enter*, tendo-se seleccionado, como variáveis predictoras: a idade, as habilitações literárias, o rendimento anual, a idade do companheiro e as variáveis *dummy* estado civil, situação profissional, meio, filhos e religião (cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Como variável critério, seleccionou-se a satisfação sexual (total no *GRISS*). As variáveis predictoras foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção Bonferroni.

Da análise de regressão múltipla para a satisfação sexual, surgiu um modelo significativo, $F(12, 473) = 9.34$, $p < .001$, explicativo de 18% da variabilidade (R^2 Ajustado = .182).

A análise dos coeficientes de regressão estandardizados revelou, como preditores significativos da satisfação sexual nas mulheres, a situação profissional “reformada”¹³ ($\beta = -.19, p < .001$) e as habilitações literárias ($\beta = .14, p < .05$). A cada modificação de um desvio padrão nestas variáveis, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de, respectivamente $-.19$ e $.14$ desvios padrão no índice de satisfação sexual feminino (Tabela 25).

Tabela 25. Variáveis sociodemográficas como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 487$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Idade	-.79	.44	-.13
Habilitações literárias	.83	.35	.14*
Estado civil 1 (solteira)	.77	1.28	.04
Estado civil 2 (divorciada/separada)	4.92	7.86	.03
Filhos	-2.02	1.14	-.12
Situação profissional 1 (desempregada)	-.68	1.13	-.03
Situação profissional 2 (reformada)	-5.84	1.64	-.19***
Situação profissional 3 (estudante)	-2.02	1.32	-.09
Rendimento anual médio	-.45	.48	-.05
Orientação sexual	.01	1.20	.00
Meio	.69	.77	.04
Religião	-.96	.97	-.04

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/13 = .00385$; $p = .01/13 = .00077$; $p = .001/13 = .00008$).

3. Discussão e conclusões

Neste capítulo, pretendia-se avaliar em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes características sociodemográficas, a nível do seu funcionamento e satisfação sexual, bem como perceber a importância relativa destas variáveis nas experiências sexuais femininas.

¹³ diferença entre a categoria “desempregada” e a categoria de referência “activa”

Relativamente à Hipótese 1, os resultados encontrados confirmaram as previsões, de modo geral, tendo sido identificadas diferenças significativas no funcionamento sexual entre mulheres de diferentes idades, diferentes níveis de instrução, situação profissional, meio e religião. Além disso, foram encontradas diferenças não esperadas no que respeita ao estado civil das mulheres e ao facto de as mulheres terem ou não filhos. Apenas a orientação sexual e o rendimento anual médio revelaram não ter qualquer efeito a nível do funcionamento sexual feminino.

Quanto à idade, tal como previsto, os resultados do presente estudo estão na linha das mais recentes investigações sugerindo uma diminuição da resposta sexual em geral, em função do aumento da idade (Lutfey et al., 2009; Öberg et al., 2004; Trudel et al., 2000, 2008). As mulheres mais velhas, particularmente entre os 56 e os 75 anos mostraram os níveis mais baixos de funcionamento sexual. Embora as mulheres dos 18 aos 25 anos tenham sido as que apresentaram valores mais elevados de funcionamento sexual, o que está de acordo com a literatura (e.g., Laumann et al., 1994; Smith, 1998), de modo geral, não se diferenciaram muito das mulheres entre os 18 e os 45 anos. O efeito da idade foi mais evidente a nível da excitação e do desejo, e menos importante em termos de dor, o que é também convergente com algumas sugestões resultantes do estudo de Laumann e colaboradores (1999), nomeadamente a de que a dispareunia não é a área de funcionamento sexual mais afectada com a idade. As mulheres entre os 18 e os 55 anos não mostraram diferenças entre si, tendo sido as que referiram menos dor durante a actividade sexual. Em termos de desejo, as mulheres entre os 66 e os 75 anos apresentaram as pontuações médias mais baixas e as mulheres dos 18 aos 25 anos apresentaram os valores mais elevados de desejo sexual. O padrão, no que respeita à excitação sexual, foi em tudo idêntico ao do desejo, excepto que não se encontraram diferenças significativas nas mulheres entre os 18 e os 35 anos. A nível da lubrificação, as principais diferenças foram encontradas na faixa etária dos 66 aos 75 anos, tendo sido estas as mulheres que apresentaram pontuações médias mais baixas comparativamente a todos os grupos etários.

A influência negativa da idade no funcionamento sexual feminino foi, além disto, confirmada na análise de regressão na qual se incluíram as várias dimensões sociodemográficas consideradas neste estudo. Tal como previsto na Hipótese 3, a idade ressaltou como o principal preditor (negativo) significativo do funcionamento sexual,

juntamente com a situação profissional de reformada (preditor negativo), correspondendo também a idades mais avançadas, e de estudante (preditor positivo), ou seja, mulheres com idades mais jovens. De modo geral, estes resultados contrariam algumas sugestões da literatura segundo as quais a idade não só não alteraria como poderia ser facilitadora nalgumas das dimensões do funcionamento sexual das mulheres (Laumann et al., 1999; Meston, Hamilton, & Harte, 2009).

No que respeita às habilitações literárias, as mulheres com um nível de instrução superior foram as que apresentaram níveis mais elevados de funcionamento sexual, o que faz sentido à luz da literatura prévia encontrada (e.g., Laumann et al., 1999; Rosen et al., 1993). As mulheres que são mais instruídas de modo um modo geral, dispõem também, provavelmente, de mais informação acerca da sua resposta sexual e têm mais recursos disponíveis, quer em termos bibliográficos, quer através da Internet, caso tenham dificuldades ou simplesmente procurem incrementar a qualidade e riqueza das suas experiências sexuais.

No presente estudo, as diferenças quanto ao nível de instrução revelaram-se de modo particular nas dimensões de excitação e desejo sexual. Quanto ao desejo sexual, as mulheres com o ensino superior e secundário apresentaram níveis significativamente mais elevados, sobretudo em relação às mulheres com o primeiro e segundo ciclo. A nível da excitação sexual, as participantes com o primeiro ciclo mostraram valores significativamente mais baixos, quando comparadas com as mulheres com um nível de instrução igual ou superior terceiro ciclo. Resultados idênticos foram encontrados para a lubrificação, orgasmo e dor, sendo sempre as mulheres com o primeiro ciclo as que apresentaram os valores mais baixos de funcionamento nestas áreas. De notar também que as participantes que apenas têm o 1º ciclo são também, tendencialmente, mulheres mais velhas, o que pode, em parte, explicar os resultados pelo efeito da idade. Esta hipótese explicativa é parcialmente apoiada pelos dados resultantes da análise conjunta dos diferentes preditores sociodemográficos, na qual a idade, mas não o nível de instrução, mostrou capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual.

Relativamente ao estado civil, as mulheres casadas diferenciaram-se significativamente das solteiras e das separadas ou divorciadas, sobretudo em termos de desejo e excitação sexual. As mulheres casadas foram as que apresentaram os níveis

mais baixos de funcionamento em todas as dimensões. Este dado parece contrariar a maioria dos estudos sugestivos de um menor número de problemas sexuais nas mulheres em situação de conjugalidade (Kinsey et al., 1953; Laumann et al., 1999; Oksuz e Malhan, 2006; Rosen et al., 1993). Por outro lado, o facto de as mulheres solteiras terem sido as que apresentaram pontuações mais elevadas de funcionamento sexual coincide também com a explicação quanto ao efeito da idade já que geralmente é entre as mulheres mais jovens que se encontram as solteiras. Provavelmente também por isso, quando se controlou simultaneamente o efeito dos diferentes preditores sociodemográficos, incluindo a idade, a importância do estado civil tornou-se estatisticamente insignificante.

Comparativamente às mulheres com um ou mais filhos, as mulheres sem filhos apresentaram valores de funcionamento sexual (total e dimensões) significativamente superiores, tendo estas diferenças assumido maior magnitude nas dimensões de desejo, excitação e funcionamento sexual em geral. Este resultado, embora interessante e convergente com alguma da literatura na área, sugestiva de uma vida sexual mais complicada nos casais com filhos e uma maior probabilidade de problemas sexuais nas mulheres múltiparas (Blumstein & Schwartz, 1983; Call et al., 1995; Çayan et al., 2004; Greenblatt, 1983), é igualmente congruente com a hipótese explicativa referente ao papel da idade, uma vez que as mulheres mais velhas geralmente têm filhos, ao passo que nas mais novas nem sempre isso acontece. Por outro lado, quando consideradas as diferentes variáveis sociodemográficas em simultâneo, na análise de regressão, o facto de a mulher ter ou não filhos não apresentou qualquer capacidade preditiva face ao funcionamento sexual.

Quanto ao rendimento médio anual, não foram encontradas diferenças entre as mulheres com diferentes classes de rendimento em qualquer das dimensões ou total de funcionamento sexual, resultado este que é surpreendente, tanto mais que as sugestões da literatura apontam no sentido de um melhor funcionamento sexual nas classes médias e altas (Barrientos & Páez, 2006; Laumann et al., 1994; Laumann et al., 1999). Uma explicação possível para esta não identificação de diferenças poderá ter a ver com a distribuição não equitativa dos cinco grupos de rendimento médio anual líquido considerados, sendo que quase metade da amostra pertencia a um só grupo, o das mulheres que referiram ter rendimentos abaixo dos 5.000 euros. Por outro lado, ao

contrário dos rendimentos, a situação profissional das mulheres mostrou ter efeito na resposta sexual feminina, sobretudo em termos de desejo e excitação. Comparativamente aos restantes grupos, as mulheres em situação de reforma apresentaram níveis significativamente mais baixos de funcionamento sexual em todas as dimensões e total do *FSFI*. A nível do desejo sexual, as estudantes pontuaram significativamente mais alto que todas as outras mulheres. Uma vez mais, aqui, o efeito da idade poderá concorrer para explicar as diferenças entre os grupos, tanto mais que as mulheres reformadas correspondem habitualmente às faixas etárias superiores enquanto as estudantes se encontram sobretudo nas camadas mais jovens. Exceptuando na dimensão de desejo, as mulheres em situação activa não se diferenciaram significativamente das estudantes, o que está de acordo com as sugestões de que o facto de a mulher ter um emprego e uma remuneração não afecta negativamente a esfera sexual (Barnett & Rivers, 1996; Call et al., 1995; Hyde et al., 2001; Hyde et al., 1998).

Tal como previsto no que respeita ao meio, verificou-se que, comparativamente às mulheres que vivem em meios urbanos, as que vivem em meios rurais apresentaram valores significativamente inferiores de funcionamento sexual, desejo e ausência de dor sexual. Este resultado é convergente com os escassos estudos encontrados a este respeito, sugerindo que a vida em meios rurais, pelas suas peculiaridades culturais e menor abertura à educação e informação, pode condicionar e limitar a actividade sexual e o bem-estar sexual das mulheres (Call et al., 1995; Lau et al., 2006; Parish et al., 2007; Trussell & Westoff, 1980). Apesar da relevância dos dados, merecedora de aprofundamento em futuros estudos, na análise conjunta dos diferentes preditores sociodemográficos, o meio não mostrou capacidade explicativa do funcionamento sexual.

Relativamente à orientação sexual, não foram encontradas diferenças entre as mulheres em qualquer das dimensões ou total de funcionamento sexual o que, embora contrariando algumas sugestões da literatura (Beaber & Werner, 2009; Breyer et al., 2010; Peterson et al., 2010), apoia a noção de que provavelmente as variações na resposta sexual em função da orientação sexual são pouco evidentes nas mulheres e de que eventuais especificidades em gays e lésbicas poderão ter mais a ver com questões de género do que de orientação (Peplau & Garnets, 2000; Sprecher, 2002; Tracy & Junginger, 2007). Todavia, importa igualmente ressaltar eventuais conclusões quanto a

este resultado, quer atendendo à distribuição não equitativa dos grupos em comparação, quer considerando a natureza heterogênea do grupo “não exclusivamente heterossexual”, o qual incluiu mulheres que se auto-avaliaram em diferentes categorias, desde parcialmente heterossexual, a igualmente heterossexual e homossexual, parcialmente homossexual, ou exclusivamente homossexual.

Os resultados mostraram ainda existirem diferenças a nível do funcionamento sexual em função da religião, no seguimento de estudos prévios ilustrativos da importante influência que esta parece continuar a exercer a nível das atitudes, actividade sexual, e vivências sexuais dos seus seguidores (Beckwith & Morrow, 2005; Lefkowitz et al., 2004; Leiblum et al., 2003; Rowatt & Schmitt, 2003). Tal como previsto na Hipótese 1, comparativamente às mulheres religiosas, aquelas que não professam qualquer religião apresentaram pontuações significativamente mais elevadas em termos de desejo, excitação, ausência de dor e quanto ao total no *FSFI*. Foi sobretudo ao nível do desejo sexual que as diferenças entre os dois grupos mais se revelaram, sugerindo que, além das atitudes e comportamentos mais conservadores (e.g., Alferes, 1997; Sneddon & Kremer, 1992), a religião pode ter algum papel na motivação para o envolvimento sexual das mulheres.

Além disso, também no que respeita ao grau de prática religiosa, os resultados mostraram diferenças significativas em todas as dimensões de funcionamento sexual, principalmente nas dimensões de dor e excitação. Corroborando algumas das sugestões encontradas na literatura (e.g. Davidson et al., 2004; Farmer et al., 2009; Visser et al., 2007), as principais diferenças encontradas foram sobretudo nas mulheres cujo grau de prática religiosa correspondia a “muitíssimo”, sendo estas as que apresentaram os níveis mais baixos de desejo, excitação, lubrificação e dor, assim como no total do *FSFI*. Contudo, e embora interessante, este resultado implica algum cuidado na interpretação dado que o grupo correspondente ao grau mais elevado de religiosidade (“muitíssimo”) apresentava um número bastante mais reduzido de mulheres comparativamente aos restantes. Além disso, o papel da religião no funcionamento sexual, quando analisado em simultâneo com as restantes variáveis sociodemográficas, mostrou não assumir capacidade preditiva significativa.

Relativamente à Hipótese 2, os resultados confirmaram as previsões iniciais, tendo sido encontradas diferenças significativas entre as mulheres quanto à satisfação sexual em função da idade, nível de instrução e religião. Foram ainda encontradas diferenças que não tinham sido previstas em relação ao estado civil, ter ou não filhos, situação profissional e meio. Tal como para o funcionamento sexual, somente a orientação sexual e o rendimento anual médio não revelaram qualquer efeito na satisfação sexual feminina.

No respeitante à idade, os resultados do presente estudo mostraram que as mulheres mais velhas, dos 66 aos 75 anos, foram as que apresentaram os valores mais baixos de satisfação sexual, afastando-se significativamente das mulheres dos 18 aos 56 anos. Este resultado sugere concordância com alguns dos estudos que referem a tendência para a diminuição das experiências sexuais satisfatórias com o aumento da idade (Fugl-Meyer & Sjögren Fugl-Meyer, 1999; Haavio-Mannila & Kontula, 1997). À semelhança do estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997), o presente estudo mostrou também que as mulheres entre os 18 e os 35 anos revelaram ser as mais satisfeitas sexualmente. No entanto, entre os 26 aos 55 anos não se encontraram diferenças significativas nas mulheres em termos de satisfação sexual, o que é um dado interessante e sugestivo de que é sobretudo a partir dos 66 anos que ocorrem alterações negativas a este nível.

Contudo, e ao contrário do que se encontrou para o funcionamento sexual, quando se analisaram em simultâneo os vários preditores sociodemográficos da satisfação sexual, verificou-se que a idade não apresentava qualquer capacidade preditiva. Com efeito, em relação à Hipótese 4, verificou-se que unicamente as habilitações literárias e a situação profissional de reformada constituíram preditores explicativos de experiências sexuais satisfatórias.

Especificamente em relação às habilitações literárias, observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados os valores de satisfação sexual, tendência que tem vindo a ser sublinhada por diversos estudos (Laumann et al., 1994; Barrientos, & Páez, 2006). As mulheres com um grau de instrução correspondente ao primeiro ciclo foram as únicas que se diferenciaram significativamente das restantes, apresentando os valores mais baixos.

Quanto ao estado civil, os resultados mostraram diferenças significativas entre as mulheres solteiras e as mulheres casadas ou em união de facto, sendo que as primeiras apresentaram níveis significativamente superiores de satisfação sexual. Não foram encontradas diferenças relativamente às mulheres separadas ou divorciadas. O facto de as mulheres casadas serem as mais insatisfeitas sexualmente diverge dos dados encontrados por Barrientos e Páez (2006), embora possa estar relacionado com uma outra variável, o tempo de relação, que os estudos têm mostrado poder contribuir para a diminuição da actividade sexual e da satisfação sexual nos casais (Klusmann, 2002; Liu, 2003). Por outro lado, na análise de regressão com todas as variáveis sociodemográficas, o estado civil não revelou capacidade preditiva.

As mulheres sem filhos, quando comparadas com as mulheres com um ou mais filhos, apresentaram valores significativamente superiores de satisfação sexual. Este dado contraria as sugestões de que as mulheres que têm filhos (um ou mais) têm maior prazer orgástico e são mais satisfeitas sexualmente (Witting et al., 2008). Uma explicação possível para as diferenças poderá ter a ver com o contexto, sendo que as mulheres que não têm filhos, provavelmente por não estarem tão preocupadas com questões relativas à maternidade e ao cuidar (Basson et al., 2004; Bodenmann et al., 2007; Tiefer et al., 2002, 2003), apresentam maior disponibilidade para fruïrem das suas experiências sexuais. Outras explicações poderão estar relacionadas com mudanças que frequentemente ocorrem no corpo da mulher depois de terem filhos e que podem contribuir para alguma insatisfação corporal e sexual ou comprometer o sentido de que é sensual (Ahlborg et al., 2006; Olsson et al., 2005). Apesar do interesse das diferenças encontradas, na análise simultânea dos preditores sociodemográficas consideradas no presente estudo, o facto de a mulher ter ou não filhos, não revelou capacidade explicativa quanto à satisfação sexual feminina.

Relativamente às condições económicas, e em paralelismo com o que se verificou para o funcionamento sexual, não foram encontradas quaisquer diferenças na satisfação sexual entre mulheres com diversos níveis de rendimento anual *per capita*. No entanto, quando se considerou a situação profissional, encontraram-se diferenças significativas entre as mulheres, tendo-se verificando que as reformadas foram as que mostraram níveis mais baixos de satisfação sexual. Ademais, na análise de regressão com os diferentes preditores sociodemográficos, incluindo a idade, confirmou-se o

importante papel preditivo da situação profissional de reformada, juntamente com as habilitações literárias (além de serem os únicos preditores significativos da satisfação sexual, no seu conjunto, mostraram uma capacidade explicativa de 18% da variabilidade). Assim, mais do que propriamente a idade associada à condição da reforma, parece ser o facto de a mulher estar reformada, eventualmente sem ocupação ou sem sentido de que é útil e produtiva (Aneshensel, 1986; Barnett & Rivers, 1996; Rosenfield, 1989) ou talvez mais insatisfeita com a vida e consigo própria (Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira et al., 2005; Laumann et al., 2006; Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh, & Waite, 2007), o que mais pode afectar negativamente as suas experiências sexuais de prazer e satisfação.

No tocante ao meio, as mulheres de meios urbanos mostraram-se significativamente mais satisfeitas do ponto de vista sexual, quando comparadas com as mulheres de meios rurais. Embora na análise conjunta dos diferentes preditores sociodemográficos, o meio não tenha mostrado capacidade explicativa significativa em relação às experiências sexuais satisfatórias das mulheres da nossa amostra, o facto de se ter encontrado, nas que vivem em meios rurais, uma maior insatisfação sexual, é convergente com os resultados previamente encontrados por Lau e colaboradores (2006), assim como vai de encontro a sugestões de outros estudos (Call at al., 1995; Parish, et al., 2007) e merece, a nosso ver, ser explorado em estudos futuros.

Quanto à orientação sexual, tal como para o funcionamento sexual, não foram encontradas diferenças na satisfação sexual entre as mulheres heterossexuais ou não heterossexuais. Apesar das necessárias ressalvas relacionadas com a nossa amostra (grupos não equitativos em termos numéricos e heterogeneidade do grupo “não exclusivamente heterossexual”), a ausência de diferenças entre os grupos e o facto de a orientação sexual não ter mostrado qualquer capacidade preditiva na satisfação sexual feminina, é convergente com os estudos encontrados a este respeito, mostrando maiores semelhanças do que diferenças entre mulheres heterossexuais, lésbicas e bissexuais (Bailey et al., 1994; Henderson et al., 2009; Peplau & Garnets, 2000).

Em relação à religião, as mulheres sem qualquer religião apresentaram valores mais elevados de satisfação sexual, em comparação com as que referiram professar alguma religião. Além disso, e considerando o grau de prática religiosa,

comparativamente às mulheres que se descreveram mais como sendo “muito” ou “muitíssimo” praticantes, as mulheres com menor prática religiosa (i.e., grau de prática correspondente a “muito pouco” ou “pouco”) mostraram ser mais satisfeitas sexualmente. Estes resultados, sendo semelhantes aos encontrados para o funcionamento sexual, embora não sejam conclusivos, tendo em consideração que as amostras em comparação não eram exactamente equivalentes e atendendo a que não foram controladas todas as variáveis associadas à religião (e.g., tipo de religião, grau de conservadorismo) e grau de prática religiosa (e.g., operacionalização e quantificação da prática), são, apesar de tudo, sugestivos da importância da religião na satisfação sexual feminina, à semelhança de estudos anteriores neste sentido (Ahrold et al., 2010; Haavio-Mannila & Kontula, 1997) e justificam aprofundamento futuro.

CAPÍTULO XIII.

Variáveis Médicas, Obstétricas, Estatuto Menopausico, Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Um significativo número de investigações sugere a importância da saúde e da percepção acerca desta, na sexualidade feminina (Koster & Garde, 1993; Laumann et al., 1999; Lindau & Gavrilova, 2010). Condições obstétricas como a gravidez ou o tipo de parto têm mostrado poder interferir também com a resposta sexual da mulher; contudo, em relação à satisfação sexual, os dados parecem ser mais mais contraditórios (Pauleta et al., 2010; Pollack et al., 2004; Safarinejad et al., 2009). A depressão pós-parto e o aborto têm sido apontados como factores de risco para a problemática sexual, apesar de nem todos os estudos serem concordantes a este respeito (Bianchi-Demicelli et al., 2002; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007; Kero & Lalos, 2005; Rue et al., 2004; Morof et al., 2003). Muitos estudos mostram associação negativa entre a menopausa e o funcionamento e satisfação sexual, apesar de alguns dados questionarem também essa associação, sugerindo explicações alternativas ao papel da menopausa no declínio da resposta sexual que pode ocorrer a partir da meia-idade, como a idade ou aspectos contextuais (Avis et al., 2000; Berman, 2005; Dennerstein et al., 2001; Gallicchio et al., 2007; Kingsberg, 2002; Koster & Garde, 1993; Myers, 1995; Woloski-Wruble et al., 2010). Condições médicas como os problemas cardíacos, hipercolesterolemia e hiperlipidemia, hipertensão, diabetes ou problemas ginecológicos, por exemplo, e o uso de determinados fármacos, sobretudo antidepressivos, sedativos, cardiotónicos e anti-hipertensores, parecem constituir importantes factores de vulnerabilidade para as disfunções sexuais (Allahdadi et al., 2009; Burchardt et al., 2002; Duncan et al., 2001; Dunn et al., 2000; Esposito et al., 2009; Goldmeier & Leiblum, 2005; Kaya et al., 2007; Michelson, & Bancroft, 2000; Veronelli et al., 2009). Outros estudos, no entanto, não confirmaram a importância destas dimensões médicas (Berman, 2005; Çayan et al., 2004; Richters et al., 2003; Stuckey, 2008). De modo geral, observam-se pois algumas incongruências ao nível da literatura a este respeito.

Neste capítulo, pretende-se averiguar se existem diferenças quanto ao funcionamento e satisfação sexual das mulheres, em função da percepção acerca da saúde, variáveis obstétricas e estatuto menopausico. Pretende-se ainda contribuir para clarificar a importância das variáveis médicas (doenças, história ginecológica e medicação) nas experiências sexuais femininas de funcionamento e satisfação. Assim, e

perante a revisão de estudos apresentada, o presente estudo propõe-se averiguar o suporte empírico das seguintes hipóteses:

- H1: Esperamos encontrar índices mais elevados de funcionamento sexual (de modo geral e nas diferentes dimensões da resposta sexual) nas mulheres com uma percepção positiva acerca do seu estado de saúde, que tenham tido parto normal, sem qualquer experiência prévia de aborto ou depressão pós-parto e que se encontrem na pré-menopausa, comparativamente a mulheres que avaliem negativamente a sua saúde e a do seu companheiro, que tenham tido parto por cesariana, experiência de aborto ou depressão pós-parto e que se encontrem na pós-menopausa;

- H2: Esperamos que as diferentes doenças, em particular os problemas cardiovasculares, hipercolesterolemia e hiperlipidemia, hipertensão, diabetes, e o historial ginecológico, assim como o consumo de determinados fármacos, particularmente os antidepressivos, sedativos e anti-hipertensores, e ainda o uso de contraceptivos orais e terapêutica de substituição hormonal, constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino. Ao nível da satisfação sexual, esperamos encontrar um padrão idêntico ao do funcionamento sexual, designadamente, valores mais elevados de satisfação sexual nas mulheres com uma percepção positiva acerca da sua saúde, sem aborto prévio, nem história de depressão pós-parto e que se encontrem na pré-menopausa;

- H3: Ao nível da satisfação sexual, esperamos encontrar um padrão idêntico ao do funcionamento sexual, designadamente, valores mais elevados de satisfação sexual nas mulheres com uma percepção positiva acerca da sua saúde, sem aborto prévio, nem história de depressão pós-parto e que se encontrem na pré-menopausa;

- H4: Esperamos que as variáveis médicas consideradas constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina. De modo particular, esperamos que as doenças cardiovasculares e os problemas ginecológicos, assim como o uso de contraceptivos orais e a reposição hormonal apresentem capacidade explicativa relativamente à satisfação sexual.

2. Resultados

2.1. Funcionamento sexual em função das variáveis médicas, obstétricas e estatuto menopausico

a) Variáveis médicas

a.1) Avaliação do estado de saúde

A análise da relação entre a avaliação da saúde (da própria e do companheiro) e o funcionamento sexual foi feita mediante recurso a duas análises multivariadas da covariância (MANCOVA's). Em qualquer das análises, a avaliação subjectiva do estado de saúde (4 grupos: 1 = mau; 2 = razoável; 3 = bom; 4 = muito bom¹⁴) foi assumida como variável independente. Como variáveis dependentes, assumiram-se as dimensões de funcionamento sexual; nas análises univariadas da covariância considerou-se também o total no *FSFI*. A idade e a situação profissional (estudante e reformada – variáveis *dummy*), foram introduzidas como covariáveis, por apresentarem um efeito significativo sobre o funcionamento sexual (cf. Capítulo I).

a.1.1.) Auto-avaliação do estado de saúde

Após controlado o efeito das covariáveis, os resultados do teste multivariado revelaram o efeito estatisticamente significativo da avaliação do seu próprio estado de saúde nas 5 dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .90$, $F(15, 1345) = 3.65$, $p < .001$, η^2 parcial = .04.

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância com a fórmula de correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, revelando o efeito estatisticamente significativo da avaliação que a mulher faz da sua saúde relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas ($p < .001$), e quanto ao total do *FSFI* ($p < .001$). As diferenças entre os grupos de auto-avaliação do estado de saúde mostraram assumir maior magnitude sobretudo a nível do funcionamento sexual total $F(3, 491) = 15.47$, $p < .001$; η^2 parcial

¹⁴ A opção relativa ao estado de saúde como sendo “muito mau” foi excluída das análises uma vez que não houve qualquer resposta ($n = 0$).

= .09, e nas dimensão de Excitação, $F(3, 491) = 11.71, p < .001, \eta^2$ parcial = .07, e Lubrificação, $F(3, 491) = 11.95 p < .001, \eta^2$ parcial = .07 (Tabela 26).

Para se avaliar em que medida os quatro níveis de auto-avaliação do estado de saúde diferem entre si, recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. De modo geral, as mulheres que avaliam a sua saúde como sendo boa ou muito boa tendem a apresentar também pontuações mais elevadas nas dimensões de funcionamento sexual. A análise mais detalhada dos contrastes *a posteriori* revelou que, no que respeita ao orgasmo, apenas as mulheres que avaliam o seu estado de saúde como sendo mau se diferenciam significativamente das restantes. Nas restantes dimensões de funcionamento sexual (i.e., desejo, excitação, lubrificação e ausência de dor), as mulheres que avaliam o seu estado de saúde como sendo mau diferenciam-se de todas as outras; nestas dimensões encontraram-se também diferenças significativas entre as mulheres que referem ter uma saúde razoável e as que descrevem a sua saúde como sendo muito boa; as mulheres que avaliam a sua saúde como sendo boa ou muito boa não se diferenciam entre si. No total do *FSFI*, existem diferenças significativas entre todos os grupos excepto entre as mulheres que avaliam a sua saúde como sendo boa ou como sendo razoável (Tabela 26).

Tabela 26. Funcionamento sexual, em função da auto-avaliação do estado de saúde (quatro grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Auto-avaliação do estado de saúde								$F(3, 491)$	η^2
	Mau ($n = 8$)		Razoável ($n = 176$)		Bom ($n = 233$)		Muito bom ($n = 79$)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Desejo	3.11	.35	4.14	.08	4.32	.07	4.66	.11	7.91***	.046
	a		b		bc		c			
Excitação	3.20	.34	4.52	.08	4.77	.06	5.07	.11	11.71***	.067
	a		b		bc		c			
Lubrific.	3.39	.36	5.15	.08	5.30	.07	5.57	.12	11.95***	.068
	a		b		bc		c			
Orgasmo	3.22	.43	4.90	.10	4.97	.08	5.32	.14	7.66***	.045
	a		b		b		b			
Dor (ausente)	3.67	.35	4.99	.08	5.15	.07	5.48	.11	9.57***	.055
	a		b		bc		c			
Total FSFI	19.98	1.71	28.92	.39	29.80	.32	31.62	.55	15.47***	.086
	a		b		b		c			

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

a.1.2) Avaliação do estado de saúde do companheiro

Após controlado o efeito da idade e situação profissional, os resultados do teste multivariado (MANCOVA) mostraram não haver um efeito estatisticamente significativo da avaliação do estado de saúde do companheiro nas dimensões de funcionamento sexual na mulher, $\Lambda = .95$, $F(15, 1342) = 1.63$, *ns*, η^2 parcial = .02.

Os dados das análises univariadas da variância, após correção de Bonferroni para os níveis de significância, revelaram, no entanto, um efeito significativo da avaliação do estado de saúde do companheiro a nível da excitação da mulher ($p < .01$). A análise univariada da variância mostrou também um efeito significativo para o total do *FSFI* ($p < .01$) (Tabela 27).

Pela análise dos resultados do teste *post hoc* de Bonferroni, verificou-se que as mulheres que avaliam o estado de saúde do companheiro como sendo razoável apresentam níveis de excitação e valores no total do *FSFI* significativamente mais baixos do que as mulheres que avaliam o estado de saúde do companheiro como sendo muito bom, não se encontrando outras diferenças significativas entre os grupos (Tabela 27).

Tabela 27. Funcionamento sexual da mulher, em função da avaliação do estado de saúde do companheiro (quatro grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 496$).

	Avaliação do estado de saúde do companheiro								<i>F</i> (3, 490)	η^2
	Mau ($n = 20$)		Razoável ($n = 141$)		Bom ($n = 234$)		Muito bom ($n = 101$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.27	.23	4.16	.09	4.26	.07	4.55	.10	2.70	.016
Excitação	4.96a	.22	4.56ab	.09	4.72a	.06	4.97b	.10	5.43**	.032
Lubrific.	5.41	.24	5.09	.09	5.25	.07	5.50	.11	2.98	.018
Orgasmo	5.03	.28	4.75	.11	4.98	.08	5.27	.13	3.09	.019
Dor (ausente)	5.24	.23	4.92	.09	5.13	.07	5.38	.10	3.63	.022
Total <i>FSFI</i>	30.05a	1.15	28.55ab	.44	29.63a	.33	31.08b	.51	4.52**	.027

** $p < .01$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Para cada dimensão e total no *FSFI*, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

a.2) Doenças e história ginecológica

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada à presença de determinadas condições médicas, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Selecionaram-se, como variáveis preditoras, as respostas referentes a doenças que pudessem estar associadas à função sexual (presença/ausência), problemas ginecológicos (presença/ausência) e intervenções ginecológicas

(alguma vez/ nunca)¹⁵. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. Para a análise das variáveis preditoras, tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise dos resultados evidenciou um modelo significativo, $F(21, 474) = 5.15$, $p < .001$, permitindo explicar 15% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .150).

De acordo com os coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que, de entre as variáveis médicas consideradas, as doenças cardiovasculares ($\beta = -.22$, $p < .001$) constituem o melhor preditor do funcionamento sexual sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão corresponde uma modificação de $-.22$ desvios padrão no funcionamento sexual feminino. As doenças dos ossos/ articulações revelaram também constituir um preditor significativo ($\beta = -.17$, $p < .001$). As restantes doenças, os problemas ginecológicos e as intervenções ginecológicas não revelaram qualquer capacidade preditiva a nível do funcionamento sexual das mulheres (Tabela 28).

¹⁵ No caso das condições médicas “acidente vascular cerebral” e “endometriose”, por não ter havido qualquer respondente ($n = 0$), optou-se pela sua exclusão das análises. O tratamento estatístico da informação relativa à “candidíase genital” e “doenças venéreas” (condições listadas no questionário relativo às doenças) foi incluído no tópico referente aos problemas ginecológicos. As condições “depressão”, “ansiedade” e “problemas do comportamento alimentar”, por serem consideradas do âmbito da psicopatologia, não foram incluídas nas presentes análises.

Tabela 28. Condição médica como preditor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Doenças</i>			
Alergias ^a	.89	.57	.07
Arteriosclerose ^a	-.37	1.92	-.01
Diabetes ^a	.32	1.37	.01
Doença cardiovascular ^a	-6.15	1.29	-.22***
Doença neurológica ^a	-.73	2.45	-.01
Doença oncológica ^a	-1.12	2.12	-.02
Doenças dos ossos/ articulações ^a	-2.28	.62	-.17***
Dores de cabeça crónicas/ enxaquecas ^a	-1.02	.51	-.09
Epilepsia ^a	-1.83	3.17	-.03
Colesterol elevado ^a	-1.86	.68	-.12
Fibromialgia ^a	-1.67	1.90	-.04
Hipertensão arterial ^a	-2.18	.76	-.13
Hipotensão arterial ^a	.85	1.31	.03
Problemas de tiróide ^a	-1.46	.98	-.06
Síndrome de fadiga crónica ^a	-.22	1.65	-.01
Síndrome de cólon irritável ^a	-2.40	2.05	-.05
<i>Problemas ginecológicos</i>			
Candidíase genital ^a	-.39	.77	-.02
Doença venérea ^a	-1.45	2.02	-.03
Problemas no útero ^a	-.81	1.18	-.03
Problemas nos ovários ^a	-1.46	1.95	-.03
Intervenções ginecológicas ^a	-.22	.69	-.02

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/21 = .00238$; $p = .01/21 = .00048$; $p = .001/21 = .00005$).

^a Número de participantes que referiram a condição¹⁶

¹⁶ Número de participantes que referiram a condição: $n = 108$ (alergias); $n = 8$ (arteriosclerose); $n = 15$ (diabetes); $n = 19$ (doença cardiovascular); $n = 5$ (doença neurológica); $n = 6$ (doença oncológica); $n = 100$ (doenças dos ossos/ articulações); $n = 149$ (dores de cabeça crónicas/ enxaquecas); $n = 3$ (epilepsia); $n = 78$ (colesterol elevado); $n = 9$ (fibromialgia); $n = 60$ (hipertensão arterial); $n = 17$ (hipotensão arterial); $n = 31$ (problemas de tiróide); $n = 12$ (síndrome de fadiga crónica); $n = 7$ (síndrome de cólon

a.3) Medicação

De modo a conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada ao uso de fármacos, realizou-se uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Como variáveis preditoras, seleccionaram-se as respostas referentes à toma de medicação (toma/ não toma, para cada medicamento¹⁷), tendo-se assumido como variável critério o funcionamento sexual (total no *FSFI*). A fórmula de correcção de Bonferroni foi usada para corrigir os níveis de significância na análise dos preditores.

Os resultados mostraram um modelo significativo, $F(10, 485) = 7.68, p < .001$, permitindo explicar 12% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .119).

Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que o melhor preditor do funcionamento sexual é a medicação cardiotónica ($\beta = -.25, p < .001$), de tal modo que, por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão ocorre uma modificação de -.22 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. O uso de sedativos revelou ser também um preditor significativo do funcionamento sexual ($\beta = -.14, p < .05$) (Tabela 29).

irritável); $n = 53$ (candidíase genital); $n = 9$ (doença venérea); $n = 22$ (problemas no útero); $n = 8$ (problemas nos ovários); $n = 75$ (intervenções ginecológicas).

¹⁷ O recurso a medicação antipsicótica foi referido por apenas uma participante pelo que se optou por excluir das análises esta condição.

Tabela 29. Medicação como preditor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Anorexiantes ^a	.41	1.21	.02
Anti-hipertensores não diuréticos ^a	1.41	1.91	.05
Antidepressivos ^a	-.74	.72	-.05
Ansiolíticos ^a	-.36	.59	-.02
Cardiotónicos ^a	-8.97	1.65	-.25***
Diuréticos ^a	.20	1.17	.01
Sedativos ^a	-2.14	.69	-.14*
Pílula anti-conceptiva ^a	1.26	.48	.12
Terapêutica de substituição hormonal ^a	.21	1.30	.01
Vasodilatadores ^a	-2.23	1.34	-.08

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/10 = .005$; $p = .01/10 = .001$; $p = .001/10 = .0001$).

^a Número de participantes que referiram a condição; cf. nota de rodapé¹⁸

b) Variáveis obstétricas

De modo a conhecer a relação entre o funcionamento sexual da mulher e variáveis relativas à gravidez (alguma vez grávida; actualmente grávida) e parto (normal; cesariana; aborto; depressão pós-parto), recorreu-se a seis análises multivariadas da covariância (MANCOVA's). As variáveis independentes assumidas foram, respectivamente: gravidez prévia (2 grupos: 1 = alguma vez grávida; 2 = nunca grávida); gravidez actual (2 grupos: 1 = grávida; 2 = não grávida); parto normal (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); cesariana (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); aborto (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); depressão pós-parto (2 grupos: 1 = sim; 2 = não). Como variáveis dependentes, assumiram-se as dimensões de funcionamento sexual. Nas análises univariadas considerou-se também o total no *FSFI*, como variável dependente. Em qualquer das análises, as variáveis idade e situação profissional (estudante e reformada

¹⁸ Número de participantes que referiram tomar medicação: $n = 20$ (anorexiantes); $n = 22$ (anti-hipertensores não diuréticos); $n = 84$ (antidepressivos); $n = 38$ (ansiolíticos); $n = 12$ (cardiotónicos); $n = 23$ (diuréticos); $n = 79$ (sedativos); $n = 241$ (pílula anti-conceptiva); $n = 18$ (terapêutica de substituição hormonal); $n = 18$ (vasodilatadores).

– variáveis *dummy*), foram introduzidas como covariáveis, por apresentarem um efeito significativo sobre o funcionamento sexual (cf. Capítulo I). Nas análises relativas à gravidez, considerou-se a totalidade da amostra. Nas análises respeitantes ao parto, apenas se incluíram as mulheres que referiram alguma vez terem estado grávidas.

b.1) Gravidez

Em relação à gravidez prévia, após controlado o efeito da idade e situação profissional, os resultados do teste multivariado indicaram um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .97$, $F(5, 489) = 3.14$, $p < .01$, η^2 parcial = .03.

Por seu turno, os resultados dos testes univariados, uma vez ajustados os níveis de significância (correção de Bonferroni), revelaram não existirem diferenças significativas entre os grupos nas dimensões de funcionamento sexual, assim como no total do *FSFI* (Tabela 30).

Tabela 30. Funcionamento sexual, em função de gravidez prévia (alguma vez grávida/ nunca grávida): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 497$).

	Gravidez prévia				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Alguma vez grávida		Nunca grávida			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
	(n = 294)		(n = 203)			
Desejo	4.22	.07	4.39	.09	.21	.003
Excitação	4.61	.07	4.83	.09	.12	.005
Lubrific.	5.33	.07	5.15	.10	.20	.003
Orgasmo	5.01	.09	4.92	.12	.61	.001
Dor (ausente)	5.13	.07	5.11	.09	.87	.000
Total <i>FSFI</i>	29.53	.36	29.76	.47	.12	.000

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Quanto à gravidez actual, o teste multivariado mostrou não ter um efeito estatisticamente significativo nas dimensões de funcionamento sexual da mulher, após controlado o efeito das covariáveis, $\Lambda = .99$, $F(5, 489) = .87$, *ns*, η^2 parcial = .01.

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância, com a fórmula de correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada e, portanto, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, actualmente grávida ou não, relativamente a todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas, bem como a nível do total do *FSFI* (Tabela 31).

Tabela 31. Funcionamento sexual, em função da gravidez actual (grávida/ não grávida): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).

	Gravidez actual				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Grávida ($n = 10$)		Não grávida ($n = 486$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.28	.32	4.29	.05	.00	.000
Excitação	4.75	.31	4.70	.05	.03	.000
Lubrific.	5.33	.33	5.26	.05	.05	.000
Orgasmo	4.53	.39	4.98	.06	1.32	.003
Dor (ausente)	5.24	.32	5.12	.05	.14	.000
Total <i>FSFI</i>	29.84	1.60	29.62	.23	.89	.000

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

b.2) Parto

Relativamente ao parto normal, uma vez controlado o efeito das covariáveis, a MANCOVA mostrou não existir um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do funcionamento sexual, $\Lambda = .97$, $F(5, 286) = 1.66$, *ns*, η^2 parcial = .03.

Os resultados dos testes univariados confirmaram a ausência de diferenças significativas entre os grupos de parto normal ou não, quer a nível das dimensões, quer quanto ao total no *FSFI* (Tabela 32).

Tabela 32. Funcionamento sexual, em função de parto normal (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).

	Parto normal				<i>F</i> (1, 290)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 233)</i>		<i>(n = 61)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	3.98	.07	3.89	.14	.35	.001
Excitação	4.48	.07	4.14	.14	4.56	.015
Lubrific.	5.19	.08	4.82	.15	4.74	.016
Orgasmo	4.92	.09	4.54	.17	3.96	.013
Dor (ausente)	5.09	.07	4.73	.15	4.75	.016
Total <i>FSFI</i>	28.82	.72	26.96	.72	5.14	.017

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

No que respeita à cesariana, depois de controlado o efeito das covariáveis, o teste multivariado revelou também não existir qualquer efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI*, $\Lambda = .98$, $F(5, 286) = 1.46$, *ns*, η^2 parcial = .03.

Os resultados dos testes univariados confirmaram a ausência de diferenças significativas entre os grupos de mulheres que fizeram ou não cesariana, nas dimensões e no total do funcionamento sexual (Tabela 33).

Tabela 33. Funcionamento sexual, em função de cesariana (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).

	Cesariana				<i>F</i> (1, 290)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 81)</i>		<i>(n = 213)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.02	.12	3.94	.07	.32	.001
Excitação	4.23	.12	4.46	.07	1.59	.005
Lubrific.	5.05	.13	5.13	.08	.28	.001
Orgasmo	4.72	.15	4.89	.09	.91	.003
Dor (ausente)	4.93	.12	5.04	.08	.57	.002
Total <i>FSFI</i>	27.96	.62	28.61	.38	.78	.003

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Quanto ao aborto, após controlado o efeito das covariáveis, a MANCOVA revelou um efeito significativo a nível das dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .95$, $F(5, 286) = 3.10$, $p < .05$, η^2 parcial = .05.

Após ajustamento dos níveis de significância (correção de Bonferroni), os testes univariados confirmaram os resultados da estatística multivariada para todas as dimensões e total do funcionamento sexual. Mediante análise das médias ajustadas verificou-se que as mulheres que referem ter tido um ou mais abortos apresentam pontuações significativamente mais baixas nas dimensões de desejo, excitação, lubrificação, ausência de dor ($p < .05$), orgasmo ($p < .01$) e quanto ao total no *FSFI* ($p < .001$). Embora de modo geral baixas, as diferenças entre os grupos mostraram assumir maior magnitude a nível do orgasmo, $F(1, 290) = 11.64$, $p < .01$, η^2 parcial = .04, e no índice total de funcionamento sexual, $F(1, 290) = 12.60$, $p < .001$, η^2 parcial = .04 (Tabela 34).

Tabela 34. Funcionamento sexual, em função de aborto (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).

	Aborto				<i>F</i> (1, 290)	η^2
	Sim		Não			
	(n = 51)		(n = 243)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	3.67	.15	4.02	.07	4.50*	.015
Excitação	4.08	.15	4.48	.07	5.76*	.019
Lubrific.	4.66	.16	5.21	.07	9.57*	.032
Orgasmo	4.28	.18	4.96	.08	11.64**	.039
Dor (ausente)	4.61	.15	5.10	.07	8.01*	.027
Total <i>FSFI</i>	25.94	.77	28.94	.35	12.60***	.042

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Em relação à depressão pós-parto, depois de controlado o efeito das covariáveis, o teste multivariado revelou não existir qualquer efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .98$, $F(5, 286) = .96$, ns , η^2 parcial = .02.

Pela análise dos testes univariados confirmou-se a ausência de diferenças significativas entre os grupos que tiveram ou não depressão pós-parto, nas dimensões de funcionamento sexual, assim como no total no *FSFI* (Tabela 35).

Tabela 35. Funcionamento sexual, em função de depressão pós-parto (Sim/ não): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 294$).

	Depressão pós-parto				<i>F</i> (1, 290)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 30)</i>		<i>(n = 264)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	3.97	.20	3.96	.07	.00	.000
Excitação	4.30	.20	4.42	.07	.31	.001
Lubrific.	5.17	.21	5.11	.07	.09	.004
Orgasmo	4.61	.24	4.87	.08	1.08	.004
Dor (ausente)	4.98	.21	5.02	.07	.02	.000
Total <i>FSFI</i>	27.86	1.03	28.49	.34	.34	.001

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

c) Estatuto menopausico

A análise da relação entre o estatuto menopausico da mulher e o seu funcionamento sexual foi feita mediante recurso a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). As três condições possíveis face à menopausa (3 grupos: 1 = pré-menopausa; 2 = peri-menopausa; 3 = pós-menopausa) foram assumidas como variável independente. Como variáveis dependentes, assumiram-se as dimensões de funcionamento sexual; nas análises univariadas da covariância considerou-se também o total no *FSFI*. As variáveis idade e situação profissional (estudante e reformada - *dummy*), foram introduzidas como covariáveis, por apresentarem um efeito significativo sobre o funcionamento sexual (cf. Capítulo I).

Uma vez controlado o efeito das covariáveis, os resultados do teste multivariado mostraram não existir um efeito estatisticamente significativo do estatuto menopausico nas dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .97$, $F(10, 976) = 8.29$, *ns*, η^2 parcial = .01.

Após correcção de Bonferroni para os níveis de significância, os resultados dos testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, ou seja, a ausência de qualquer efeito significativo do estatuto menopausico nas dimensões de funcionamento sexual, assim como no total do *FSFI* (Tabela 36).

Tabela 36. Funcionamento sexual, em função do estatuto menopausico (três grupos): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).

	Estatuto menopausico						<i>F</i> (2, 492)	η^2
	Pré-menopausa		Peri-menopausa		Pós-menopausa			
	<i>(n = 392)</i>		<i>(n = 16)</i>		<i>(n = 89)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.30	.06	4.49	.26	4.22	.16	.43	.002
Excitação	4.74	.06	4.74	.25	4.53	.16	.72	.003
Lubrific.	5.29	.06	5.26	.26	5.10	.16	.50	.002
Orgasmo	5.07	.07	5.11	.31	4.53	.20	3.00	.012
Dor (ausente)	5.20	.06	4.70	.26	4.88	.16	2.47	.010
Total <i>FSFI</i>	29.90	.29	29.35	1.27	28.45	.80	1.18	.005

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

2.2. Satisfação sexual em função das variáveis médicas, obstétricas e estatuto menopausico

a) Variáveis médicas

a.1) Avaliação do estado de saúde

A análise da relação entre a avaliação do estado de saúde (da própria e do companheiro) e a satisfação sexual foi feita mediante recurso a duas análises univariadas da covariância (ANCOVA's). Em ambas as análises assumiu-se como variável independente a avaliação subjectiva do estado de saúde (4 grupos: 1 = mau; 2 = razoável; 3 = bom; 4 = muito bom (cf. nota de rodapé correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Como variável dependente, assumiu-se o índice total no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*). As habilitações literárias e a situação profissional (reformada – variável *dummy*), por terem mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual, foram introduzidas como covariáveis (cf. Capítulo I).

a.1.1) Auto-avaliação do estado de saúde

Depois de controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância revelou o efeito estatisticamente significativo da avaliação do seu próprio estado de saúde a nível da satisfação sexual, $F(3, 490) = 11.5666$, $p < .001$; η^2 parcial = .07.

Os resultados do teste *post hoc* de Bonferroni referentes às médias ajustadas mostraram que as mulheres que descrevem a sua saúde como sendo má apresentam valores significativamente inferiores de satisfação sexual, quando comparadas com todas as outras. As mulheres que referem ter uma saúde razoável também se diferenciam de todas as restantes. As mulheres que avaliam a sua saúde como sendo boa ou muito boa não se diferenciam entre si e são as que apresentam níveis mais elevados de satisfação sexual (Tabela 37).

Tabela 37. Satisfação sexual, em função da auto-avaliação do estado de saúde (quatro grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 495$).

	Auto-avaliação do estado de saúde								$F(3, 490)$	η^2
	Mau ($n = 8$)		Razoável ($n = 176$)		Bom ($n = 233$)		Muito bom ($n = 78$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	34.18a	2.85	42.16b	.63	44.91c	.53	47.70c	.93	11.56***	.066

*** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

a.1.2) Avaliação do estado de saúde do companheiro

Os resultados da análise univariada mostraram o efeito estatisticamente significativo da avaliação do estado de saúde do companheiro na satisfação sexual feminina, após controlado o efeito das habilitações literárias e situação profissional, $F(3, 490) = 10.79$, $p < .001$, η^2 parcial = .06.

Pela análise dos resultados do teste *post hoc* de Bonferroni foi possível verificar que as mulheres que avaliam o estado de saúde do companheiro como sendo mau ou como sendo razoável não se diferenciam entre si, mas que apresentam valores significativamente mais baixos no total do *GRISS*, quando comparadas com as mulheres que avaliam o estado de saúde do companheiro como sendo bom ou muito bom (Tabela 38).

Tabela 38. Satisfação sexual, em função da avaliação do estado de saúde do companheiro (quatro grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 495$).

	Avaliação do estado de saúde do companheiro								$F(3, 490)$	η^2
	Mau ($n = 20$)		Razoável ($n = 141$)		Bom ($n = 234$)		Muito bom ($n = 100$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	38.29a	1.81	41.93a	.70	44.87b	.53	47.17b	82	10.79***	.062

*** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

a.2) Doenças e história ginecológica

Para se avaliar a capacidade preditiva da condição médica na satisfação sexual, bem como analisar o contributo específico de cada uma das variáveis médicas consideradas, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*, tendo-se seleccionado, como variáveis predictoras, as respostas referentes à presença ou ausência de doenças (cf. nota de rodapé correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual), à presença ou ausência de problemas ginecológicos e à realização prévia ou não de intervenções ginecológicas. A satisfação sexual (total no *GRISS*) foi incluída na análise como variável critério. Para a análise das variáveis predictoras consideraram-se os níveis de significância ajustados (fórmula de correcção de Bonferroni).

Da análise dos resultados emergiu um modelo significativo, $F(21, 474) = 4.00$; p

$< .001$, o qual permite explicar 11% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .113).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados, verificou-se que, de entre as variáveis médicas consideradas, somente a doença cardiovascular ($\beta = -.15$, $p < .05$) e a hipertensão arterial ($\beta = -.15$, $p < .05$) constituem preditores significativos. Por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões, quando controladas todas as outras, ocorre também uma modificação de $-.15$ desvios padrão no índice de satisfação sexual (Tabela 39).

Tabela 39. Condição médica como preditor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Doenças</i>			
Alergias ^a	1.97	.91	.08
Arteriosclerose ^a	-3.85	3.10	-.06
Diabetes ^a	-.11	2.21	-.00
Doença cardiovascular ^a	-6.91	2.07	-.15*
Doença neurológica ^a	-1.82	3.95	-.02
Doença oncológica ^a	-5.05	3.41	-.06
Doenças dos ossos/ articulações ^a	-1.72	1.01	-.08
Dores de cabeça crônicas/ enxaquecas ^a	-2.34	.82	-.12
Epilepsia ^a	-5.88	5.11	-.05
Colesterol elevado ^a	-2.00	1.10	-.08
Fibromialgia ^a	-.56	3.06	-.01
Hipertensão arterial ^a	-3.93	1.22	-.15*
Hipotensão arterial ^a	.96	2.11	.02
Problemas de tiróide ^a	-.75	1.57	-.02
Síndrome de fadiga crônica ^a	-1.70	2.67	-.03
Síndrome de cólon irritável ^a	-6.13	3.29	-.08
<i>Problemas ginecológicos</i>			
Candidíase genital ^a	-1.35	1.24	-.05
Doença venérea ^a	-.75	3.05	-.01
Problemas no útero ^a	.07	1.90	.00
Problemas nos ovários ^a	.96	3.15	.01
Intervenções ginecológicas ^a	-.44	1.11	-.02

* $p < .05$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/21 = .00238$; $p = .01/21 = .00048$; $p = .001/21 = .00005$).

^a (número de participantes que referiram a condição; cf. nota de rodapé equivalente, na tabela referente ao funcionamento sexual)

a.3) Medicação

Para se conhecer a variabilidade da satisfação sexual associada ao uso de medicamentos, realizou-se uma análise de regressão múltipla, com o método *enter*. Como variáveis preditoras, seleccionaram-se as respostas referentes à toma ou não de medicação, para cada medicamento considerado (cf. nota de rodapé referente à análise de regressão correspondente, para o funcionamento sexual). Como variável critério, assumiu-se a satisfação sexual (total no *GRISS*). A fórmula de correcção de Bonferroni foi usada para corrigir os níveis de significância na análise dos preditores.

Os resultados mostraram um modelo significativo, $F(10, 485) = 3.55, p < .001$, permitindo explicar 5% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .049).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados foi possível identificar o uso de medicação cardiotónica como único preditor significativo da satisfação sexual ($\beta = -.14, p < .05$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão ocorre uma modificação de -.14 desvios padrão na satisfação sexual das mulheres (Tabela 40).

Tabela 40. Medicação como preditor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Anorexiantes ^a	.63	1.98	.01
Anti-hipertensores não diuréticos ^a	.61	1.95	.02
Antidepressivos ^a	.10	1.18	.00
Ansiolíticos ^a	.54	1.56	.02
Cardiotônicos ^a	-7.88	2.70	-.14*
Diuréticos ^a	-1.06	1.92	-.03
Sedativos ^a	-2.53	1.23	-.11
Pílula anti-conceptiva ^a	2.22	.78	.13
Terapêutica de substituição hormonal ^a	1.25	2.13	.03
Vasodilatadores ^a	-2.60	2.19	-.06

* $p < .05$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/10 = .005$; $p = .01/10 = .001$; $p = .001/10 = .0001$).

^a (número de participantes que referiram a condição; cf. nota de rodapé equivalente, na tabela referente ao funcionamento sexual).

b) Variáveis obstétricas

Para se analisar a relação entre as variáveis relativas à gravidez/ parto e a satisfação sexual, realizaram-se três análises univariadas da covariância (ANCOVA's), assumindo-se como variáveis independentes, as variáveis dicotômicas gravidez prévia (2 grupos: 1 = alguma vez grávida; 2 = nunca grávida); gravidez actual (2 grupos: 1 = grávida; 2 = não grávida); parto normal (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); cesariana (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); aborto (2 grupos: 1 = sim; 2 = não); depressão pós-parto (2 grupos: 1 = sim; 2 = não). Como variável dependente, considerou-se o índice total no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*). As variáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada – *dummy*) foram introduzidas como covariáveis, nas três análises realizadas, por terem mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual (cf. Capítulo I). Nas análises relativas à gravidez, considerou-se a totalidade da amostra. Nas análises respeitantes ao parto, apenas se incluíram as mulheres que referiram alguma vez terem estado grávidas.

b.1) Gravidez

Após controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância revelou o efeito estatisticamente significativo da gravidez prévia na satisfação sexual, $F(1, 493) = 24.88$, $p < .001$; η^2 parcial = .05. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram que as mulheres que nunca estiveram grávidas apresentam níveis superiores de satisfação sexual ($p < .001$), quando comparadas com as mulheres que alguma vez estiveram grávidas (Tabela 41).

Tabela 41. Satisfação sexual, em função de gravidez prévia (alguma vez grávida/ nunca grávida): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).

	Gravidez prévia				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Alguma vez grávida		Nunca grávida			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	42.54	.49	46.62	.60	24.88***	.048

*** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função da das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

Quanto à gravidez actual, uma vez controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância mostrou a ausência de qualquer efeito significativo a nível da satisfação sexual feminina, $F(1, 493) = .72$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 42).

Tabela 42. Satisfação sexual, em função da gravidez actual (grávida/ não grávida): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).

	Gravidez actual				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Grávida		Não grávida			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	46.38	2.60	44.15	.37	.72	.001

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

b.2) Parto

Relativamente ao parto normal, após controlado o efeito das habilitações literárias e situação profissional, os resultados da análise univariada da covariância revelaram não ter um efeito estatisticamente significativo na satisfação sexual feminina, $F(1, 291) = 1.06$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 43).

Tabela 43. Satisfação sexual, em função de parto normal (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).

	Parto normal				<i>F</i> (1, 291)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 233)</i>		<i>(n = 61)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	42.18	.62	40.74	1.24	1.06	.004

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

No que respeita à cesariana, depois de controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância mostrou também não existir qualquer efeito estatisticamente significativo a nível da satisfação sexual feminina, $F(1, 291) = .13$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 44).

Tabela 44. Satisfação sexual, em função de cesariana (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).

	Cesariana				<i>F</i> (1, 291)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 81)</i>		<i>(n = 213)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	41.56	1.06	42.01	.65	.13	.000

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

Quanto ao aborto, os resultados da ANCOVA revelaram a ausência de efeito significativo a nível da satisfação sexual, uma vez controlado o efeito das covariáveis, $F(1, 291) = 2.45$, *ns*; η^2 parcial = .01 (Tabela 45).

Tabela 45. Satisfação sexual, em função de aborto (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).

	Aborto				<i>F</i> (1, 291)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 51)</i>		<i>(n = 243)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total GRISS	40.02	1.31	42.28	.60	2.45	.008

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

Em relação à depressão pós-parto, depois de controlado o efeito das covariáveis, o teste univariado revelou também a inexistência de qualquer efeito estatisticamente significativo na satisfação sexual feminina, $F(1, 291) = .31$, *ns*, η^2 parcial = .00 (Tabela 46).

Tabela 46. Satisfação sexual, em função de depressão pós-parto (Sim/ não): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 294$).

	Depressão pós-parto				<i>F</i> (1, 291)	η^2
	Sim		Não			
	<i>(n = 30)</i>		<i>(n = 264)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total GRISS	43.20	7.10	41.74	9.75	.31	.001

*** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

c) Estatuto menopausico

A análise da relação entre o estatuto menopausico da mulher e a sua satisfação sexual foi feita mediante recurso a uma análise univariada da covariância (ANCOVA).

As três condições possíveis face à menopausa (3 grupos: 1 = pré-menopausa; 2 = peri-menopausa; 3 = pós-menopausa) foram assumidas como variável independente e, como variável dependente, considerou-se o índice total no *GRISS*. As variáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada – *dummy*) foram introduzidas como covariáveis, por terem mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual (cf. Capítulo I).

Uma vez controlado o efeito das covariáveis, e embora ressalvando a distribuição não equitativa dos grupos, pela análise do teste univariado verificou-se existir um efeito estatisticamente significativo do estatuto menopausico na satisfação sexual, $F(2, 492) = 15.62, p < .001, \eta^2 \text{ parcial} = .06$. Os resultados do teste *post hoc* de Bonferroni mostraram que as mulheres que se encontram na pós-menopausa apresentam níveis significativamente mais baixos de satisfação sexual ($p < .001$), quando comparadas com as mulheres na pré-menopausa, não se encontrando diferenças em relação às mulheres que se encontram na peri-menopausa (Tabela 47).

Tabela 47. Satisfação sexual, em função do estatuto menopausico (três grupos): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) e teste *post hoc* de Bonferroni ($n = 495$).

	Estatuto menopausico						<i>F</i> (2, 492)	η^2
	Pré-menopausa		Peri-menopausa		Pós-menopausa			
	(n = 392)		(n = 16)		(n = 89)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Total <i>GRISS</i>	45.32a	.41	41.20ab	2.02	39.79b	.90	15.62***	.060

*** $p < .001$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

3. Discussão e conclusões

Os objectivos deste capítulo passavam por avaliar em que medida existiriam diferenças a nível do funcionamento e da satisfação sexual das mulheres em função da percepção acerca da saúde, historial obstétrico e estatuto menopausico, bem como tentar

clarificar a importância de determinadas doenças e medicação nas experiências sexuais femininas.

Quanto à Hipótese 1, os resultados encontrados confirmaram apenas parcialmente as previsões, tendo sido identificadas diferenças significativas no funcionamento sexual somente em função da auto-avaliação do estado de saúde (com diferenças menos evidentes no que respeita à avaliação da saúde do companheiro) e da experiência anterior de aborto. Contrariamente ao previsto, não foram encontradas diferenças quanto ao tipo de parto ou história de depressão pós-parto, nem quanto ao estatuto menopausico.

No que respeita à percepção da mulher acerca da sua própria saúde, os resultados mostraram relação com a função sexual, o que está de acordo com estudos prévios (Hartmann et al., 2004; Laumann et al., 1999; Laumann et al., 2005; Lindau et al., 2007). As mulheres que avaliaram a sua saúde como sendo boa ou muito boa, revelaram também as pontuações mais elevadas no total e dimensões de funcionamento sexual, com diferenças mais notórias ao nível da excitação e da lubrificação. Por outro lado, não se encontraram diferenças significativas entre as mulheres que avaliaram a sua saúde como sendo boa ou muito boa. Por seu turno, as mulheres que avaliaram o seu estado de saúde como sendo mau, diferenciam-se significativamente de todas as outras, tendo sido as que apresentaram pontuações mais baixas em todas as dimensões do funcionamento sexual. Estes resultados, embora coerentes com a literatura, merecem alguma reflexão, sobretudo se consideramos que, no presente estudo, a maioria das doenças consideradas não revelou capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual, ao contrário da percepção acerca da saúde, que mostrou diferenciar significativamente mulheres sexualmente mais e menos funcionais. Dito de outro modo, além da saúde ou da doença, em si mesmas, a avaliação subjectiva que a mulher faz da sua condição física parece influenciar as suas experiências sexuais e merece, por isso, ser considerada, quer na avaliação clínica, no caso das disfunções sexuais, quer em eventuais programas de prevenção e promoção da saúde sexual.

Relativamente à avaliação do estado de saúde do companheiro, verificou-se que somente as mulheres que descreveram uma saúde razoável no companheiro, comparativamente às que avaliaram o estado de saúde do companheiro como sendo

muito bom, apresentaram níveis significativamente mais baixos de funcionamento sexual em geral e de excitação sexual. No presente estudo, o facto de haver uma percepção negativa (correspondendo, provavelmente, ao estado de saúde efectivo), não mostrou relevância para o funcionamento sexual da mulher o que parece não confirmar alguns dos estudos que sugerem ligação entre a saúde do companheiro e o seu bom funcionamento sexual e, logo, experiências sexuais mais frequentes e gratificantes também para a mulher (Fugl-Meyer et al., 2006; Lindau & Gavrilova, 2010; Malatesta, 2007).

Além da percepção acerca da saúde, procurou-se ainda avaliar em que medida as variáveis obstétricas ou o estatuto menopausico seriam importantes para o funcionamento sexual feminino. Quanto à gravidez, embora a literatura sugira a possibilidade de ocorrerem algumas modificações negativas na resposta sexual da mulher com a gestação, sobretudo na fase final da mesma (Erol et al., 2007; Pauls et al., 2008; Serati et al., 2010), no nosso estudo, as mulheres que mencionaram estarem grávidas quando responderam, não mostraram diferenças significativas a nível do seu funcionamento sexual em relação às mulheres que, na altura, não estavam grávidas. No entanto, importa ressaltar interpretações dado que este resultado pode ter sido condicionado pelo reduzido número de mulheres grávidas na nossa amostra ($n = 10$).

Nas variáveis referentes ao parto, o facto de as mulheres deste estudo terem tido um parto normal ou de cesariana não mostrou ter qualquer efeito a nível do seu funcionamento sexual. Embora, do total de 294 mulheres que mencionaram ter filhos, apenas 61 tenham referido um parto sem ser normal, este dado está em desacordo com um elevado número de estudos que apontam o parto normal como factor de vulnerabilidade para problemas de natureza sexual, nomeadamente dispareunia (Bertozzi et al., 2007; Nichols et al., 2004; Pollack et al., 2004; Safarinejad et al., 2009). De modo semelhante, a ocorrência prévia de depressão pós-parto mostrou não estar relacionada com a resposta sexual feminina. As 30 mulheres que indicaram ter tido depressão prévia subsequente ao parto não apresentaram níveis mais baixos de resposta sexual, o que contraria a literatura (Huang & Mathers, 2006; Morof et al., 2003; Seimyr et al., 2004) mas que, por outro lado, pode também resultar do facto de poder ter ocorrido remissão espontânea durante o período de tempo transcorrido entre a depressão

pós-parto e o momento do estudo, ou ter havido intervenção terapêutica adequada, minorando os efeitos negativos a nível da resposta sexual da mulher.

Ao contrário das condições anteriores, o facto de a mulher ter tido previamente um aborto revelou ter um importante efeito no funcionamento sexual. Embora a magnitude das diferenças tenha sido mais elevada a nível do orgasmo, os resultados encontrados mostraram que as mulheres que referiram ter tido um ou mais abortos apresentaram pontuações significativamente mais baixas em todas as dimensões de funcionamento sexual e no total do FSFI. Não obstante os dados serem concordantes com a literatura (Bianchi-Demicelli et al., 2002; Rue et al., 2004; Veras et al., 2009) e sugerirem a necessidade de se considerar e aprofundar futuramente o impacto que esta experiência de perda pode ter na saúde sexual das mulheres, importa também acautelar interpretações excessivas uma vez que não foram controladas nem analisadas outras variáveis que poderiam explicar este resultado, nomeadamente relacionadas com o que poderá ter acontecido desde a experiência de aborto até à realização do estudo (e.g., Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007), incluindo a possibilidade de mediação por via do relacionamento conjugal (e.g., Coleman et al., 2007). Em futuros estudos comparativos seria também importante assegurar maior equidade numérica entre mulheres com e sem experiência prévia de aborto.

Quanto ao estatuto menopausico, não foram encontradas diferenças entre as mulheres em qualquer das dimensões ou total do funcionamento sexual. Este resultado, embora interessante e tendo algum paralelismo com estudos prévios (Kingsberg, 2002; Hawton et al., 1994), não é, no entanto, convergente com a maior parte da literatura, que sugere um importante efeito da menopausa na resposta sexual feminina, particularmente a nível do desejo (Avis et al., 2000), excitação (Berman, 2005), lubrificação e dor (Bachmann, 1990; Gonzalez et al., 2004), associada ou não a factores hormonais (Çayan et al., 2004; Gallicchio et al., 2007; Oksuz & Malhan, 2006; West et al., 2004). Uma possibilidade explicativa para esta ausência de diferenças entre mulheres pré e pós menopausicas, contrariamente ao que havia sido esperado, poderá estar relacionada com o facto de o efeito da idade ter sido estatisticamente controlada. Nesta linha, alguns estudos sugerem exactamente que, mais do que o estatuto menopausico, em si, a idade (ou outras variáveis como o facto de se ter parceiro ou não, ou a auto-avaliação da saúde

como sendo fraca) pode melhor justificar uma diminuição do funcionamento sexual (Mansfield et al., 1995, 2000; Myers, 1995).

Relativamente à Hipótese 2, os resultados só em parte confirmaram as previsões. No caso das doenças, apenas se confirmou a capacidade preditiva das doenças cardiovasculares no funcionamento sexual. No que respeita à medicação, de entre os preditores previstos, somente os sedativos revelaram relevância estatística. Além destes, encontraram-se como preditores significativos, embora não previstos na hipótese inicial, os problemas a nível ósseo e/ou das articulações e a medicação cardiotónica.

Considerando as várias doenças que a literatura tem vindo a sugerir estarem associadas ao funcionamento sexual (Gonzalez et al., 2004; Lindau et al., 2007; Laumann et al., 1999, e atendendo também à importância revelada pela percepção da mulher acerca da sua saúde, seria de esperar que as doenças apresentassem algum papel na resposta sexual feminina, sobretudo as mais frequentemente citadas como é o caso da hipertensão, excesso de colesterol, problemas cardiovasculares e diabetes (Burchardt et al., 2002; Doruk et al., 2005; Doumas et al., 2006; Esposito & Giugliano, 2005; Esposito et al., 2009; Eyada & Atwa, 2007; Hale et al., 2005; Veronelli et al., 2009), bem como problemas de saúde mais específicos como sejam os problemas ginecológicos, desde doenças nos ovários ou no útero, doenças sexualmente transmissíveis ou intervenções ginecológicas (Battaglia et al., 2008; Goldmeier & Leiblum, 2005; Gorlero et al., 2008; Kuppermann et al., 2005; Sadeghi-Nejad et al., 2010). No presente estudo, uma das explicações para que estas variáveis não tenham mostrado qualquer importância a nível do funcionamento sexual, poderá ter a ver com o facto de as mulheres do nosso estudo serem maioritariamente saudáveis, dado que se trata de uma amostra comunitária e não de uma amostra clínica com problemas de saúde específicos. Por outro lado, e em concordância com alguns dados da literatura, pode significar um papel relativamente periférico das doenças na resposta sexual feminina (Çayan et al., 2004; Hawton et al., 1994; Richters et al., 2003). Ainda assim e uma vez que algumas das participantes referiram ter problemas de saúde (por exemplo, foram identificadas 149 mulheres com dores de cabeça crónicas ou enxaquecas, 108 com alergias diversas, 100 com doenças dos ossos ou articulações, 78 com colesterol elevado, 75 referiram intervenções ginecológicas prévias, 60 com hipertensão arterial, 53 com candidíase genital, 31 com problemas de tiróide, entre outras doenças menos

frequentes), o facto de as doenças cardiovasculares e os problemas a nível ósseo e/ou das articulações terem apresentado capacidade preditiva significativa, é revelador de alguma importância e congruente com estudos anteriores (Allahdadi et al., 2009; Anderson et al., 2009; Areskoug-Josefsson, & Öberg, 2009; Carreon et al., 2008; Eyada & Atwa, 2007; Veronelli et al., 2009), tendo permitido explicar, no seu conjunto, 15% da variabilidade do funcionamento sexual. Estes dados, além de apontarem a necessidade de aprofundamento em futuros estudos, nomeadamente para perceber a especificidade das doenças cardiovasculares e problemas ósseos e/ou das articulações que interferem com a resposta sexual feminina, sugerem que, nas avaliações clínicas de mulheres com problemas sexuais, a problemática cardiovascular e músculo-esquelética merece ser considerada.

Quando examinada a importância do uso ou não de diferentes fármacos no funcionamento sexual das mulheres, os resultados deste estudo mostraram que apenas a medicação cardiotónica e os sedativos revelaram constituir preditores significativos, explicando 12% da sua variabilidade. Relativamente aos sedativos, este dado é coerente com estudos prévios (Hale et al., 2005; Montgomery et al., 2002), nomeadamente sugerindo interferência na resposta sexual por via da sua acção inibitória a nível do sistema nervoso central (Arrington et al., 2004; Baldwin, 1995; Berman et al., 1999a; Clayton, & Shen, 1998; Ghadirian et al., 1982). No presente estudo, apesar de referida por apenas 12 mulheres da amostra, a toma de medicação cardiotónica mostrou um efeito significativo no funcionamento sexual, o que, embora não sendo um dado novo (Golomb & Evans, 2008; Hale et al., 2005), robustece a importância também revelada pelos problemas cardiovasculares na função sexual e remete para a necessidade de se abordar especificamente esta área nas avaliações clínicas de mulheres com problemas sexuais. Ao contrário do que alguns estudos têm mostrado, medicamentos que, pelos seus efeitos secundários, podem estar associados a problemas sexuais, como é o caso dos antidepressivos ou anti-hipertensores (Arrington et al., 2004; Croog et al., 1986; Dunn et al., 2000; Townsend, 2006), não revelaram aqui qualquer capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual feminino. Apesar de tudo, importa lembrar que o presente estudo foi efectuado com uma amostra não clínica, pelo que o número de mulheres deprimidas ou a tomar fármacos antidepressivos é bastante mais reduzido do que o considerado na maioria dos estudos clínicos que demonstram os efeitos negativos de alguma da medicação usada no tratamento da depressão (Clayton & Balon, 2009;

Michelson, & Bancroft, 2000; Montgomery et al., 2002; Stulberg et al., 2008; Werneke et al., 2006).

Relativamente à Hipótese 3, os resultados confirmaram diferenças significativas entre as mulheres quanto à satisfação sexual somente em função da percepção acerca da saúde e do estatuto menopausico.

No que respeita à percepção acerca da saúde, o presente estudo mostrou que, depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, as mulheres que descreveram a sua saúde como sendo má apresentaram valores significativamente mais baixos de satisfação sexual, comparativamente a todas as outras. Tal como se verificou para o funcionamento sexual, não se encontraram diferenças de relevo entre as mulheres que avaliaram a sua saúde como sendo boa ou muito boa, tendo sido as que mostraram estar mais satisfeitas sexualmente. Embora não tenham sido encontrados na literatura muitos estudos que explorassem directamente a relação entre satisfação sexual feminina e percepção acerca da saúde, este resultado é convergente com os dados relativos ao funcionamento sexual e mostra semelhanças com alguns resultados encontrados para os homens em estudos anteriores (Carpenter et al., 2009; Lindau et al., 2007). Quanto à saúde do companheiro, os resultados mostraram também valores de satisfação sexual significativamente mais baixos nas mulheres que descreveram os seus companheiros como tendo um estado de saúde mau ou razoável, comparativamente às mulheres que o avaliaram como sendo bom ou muito bom. No conjunto, estes dados sugerem que a percepção que a mulher tem acerca da saúde, sua e do parceiro, é importante para uma vida sexual satisfatória.

Nas variáveis relativas à gravidez, e em concordância com estudos prévios (e.g., Pauleta et al., 2010), não foram identificadas diferenças em termos de satisfação sexual entre as mulheres que referiram estarem grávidas na altura em que responderam ao presente estudo e as que não estavam grávidas na altura. De entre as variáveis referentes ao parto, incluindo parto normal, de cesariana, aborto ou depressão pós-parto, nenhuma delas mostrou ter efeito a nível da satisfação sexual das mulheres deste estudo. Embora a investigação de Gungor e colaboradores (2007) tenha sugerido alguma tendência para uma maior insatisfação sexual nas mulheres após um parto normal, a maior parte dos resultados encontrados na literatura não aponta para diferenças a este nível, à

semelhança do que aconteceu no presente estudo (Morof et al., 2003; Pauleta et al., 2010; Safarinejad et al., 2009). A experiência de aborto prévio, apesar de ter mostrado relevância ao nível do funcionamento sexual, e embora se saiba que pode afectar a vida conjugal e, assim, interferir também com a intimidade e satisfação sexual do casal (Coleman et al., 2007), no presente estudo não mostrou diferenciar mulheres mais e menos satisfeitas. Congruentemente, a maioria dos estudos que encontrados a este respeito, apontaram sobretudo uma maior vulnerabilidade para as disfunções sexuais e não tanto para um comprometimento das experiências sexuais satisfatórias (Kero & Lalos, 2005; Rue et al., 2004; Veras et al., 2009).

No que diz respeito ao estatuto menopausico, depois de controlado o efeito das habilitações literárias e situação profissional, verificou-se que as mulheres que se encontravam na pós-menopausa apresentaram níveis significativamente mais baixos de satisfação sexual, comparativamente às mulheres pré-menopausicas. Apesar de, nesta análise, a idade não ter sido controlada (por não ter mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual) e, embora considerando a distribuição não equitativa dos grupos, o que implica algumas ressalvas na interpretação dos resultados, este resultado é particularmente interessante, tanto mais que a nível do funcionamento sexual não foram encontradas quaisquer diferenças entre os grupos. Este dado vai de encontro aos resultados de Dundon e Rellini (2010) mostrando a importância dos sintomas menopausicos, juntamente com o ajustamento diádico e o bem-estar psicológico, enquanto preditores da satisfação sexual, independentemente do funcionamento sexual. A possibilidade de existirem, por parte da mulher menopausica, algumas expectativas negativas quanto a esta fase do seu ciclo de vida (Koster & Garde, 1993; Mansfield et al., 2000) poderá também justificar, em parte, algum auto-condicionamento da sua vida sexual, quer em termos de frequência da actividade sexual (Avis et al., 2000; Dennerstein et al., 2001) ou capacidade para desfrutar da mesma, ou ainda humor negativo (Gallicchio et al., 2007), contribuindo assim para experiências menos satisfatórias, mesmo quando a função sexual se mantém idêntica (Mansfield et al., 1995; Myers, 1995).

Relativamente às previsões da Hipótese 4 para a satisfação sexual, apenas as doenças cardiovasculares mostraram capacidade explicativa. Além, disso, e embora não tenham sido previstos, também os problemas de hipertensão, revelaram constituir um

preditor significativo das experiências sexuais satisfatórias. Por outro lado, tendo-se considerado simultaneamente os vários fármacos que poderiam interferir com a resposta sexual, os resultados permitiram identificar o uso da terapêutica cardiotónica como único preditor significativo, explicativo de 5% da variabilidade da satisfação sexual.

O importante papel revelado pelos problemas cardiovasculares e pela medicação cardiotónica não só a nível do funcionamento como também da satisfação sexual, reforça a necessidade de aprofundamento desta área em futuros estudos, bem como justifica uma avaliação específica em contexto clínico, seja uma avaliação cuidada da sexualidade em mulheres com patologia cardiovascular, seja a exploração de fragilidades cardiovasculares e eventuais efeitos colaterais da correspondente terapêutica, em mulheres com queixas de natureza sexual.

Por outro lado, relativamente às doenças, o facto de somente os problemas de hipertensão e cardiovasculares terem revelado capacidade explicativa significativa da satisfação sexual, e o facto do historial ginecológico, em particular, não ter mostrado qualquer valor preditivo, são aspectos que contrastam com a percepção acerca da saúde, a qual mostrou ser uma variável com um importante efeito ao nível da satisfação sexual feminina. Esta aparente contradição levanta a desafiante questão de saber em que medida uma vida sexual satisfatória (e funcional) poderá ser mais influenciada pelas doenças em si, ou pela noção de que se é doente. Seria interessante, por exemplo, em futuros estudos, avaliar a percepção acerca da sua própria saúde em mulheres com patologias físicas diversas (e.g., cardiovascular, problemas de diabetes, hipertensão, entre outras) e em que medida esta percepção poderá mediar a relação entre a doença e a satisfação sexual.

CAPÍTULO XIV.
Hábitos de Vida,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Embora se encontrem na literatura empírica alguns estudos documentando a relação entre sexualidade e hábitos de vida, a maioria deles tem explorado sobretudo a relação com a resposta sexual masculina, e tem estado essencialmente centrada na patologia, estudando-se ora os efeitos do abuso de substâncias e maus hábitos alimentares na sexualidade, ora estudando-se os hábitos de vida de indivíduos com disfunção sexual. Deste modo, escasseiam estudos que analisem o papel do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, ou a importância dos estilos alimentares e da prática de exercício físico na resposta sexual de mulheres sexualmente activas e da população geral. Alguns estudos têm vindo a mostrar resultados inconsistentes, particularmente no que respeita ao consumo de substâncias e quanto à importância da alimentação nas experiências sexuais masculinas, mas sobretudo nas femininas. Mais, enquanto alguns estudos têm dedicado atenção ao funcionamento sexual, é notória a quase total ausência de investigações que explorem a relação entre consumo de tabaco, álcool e outras drogas, estilos alimentares e prática de exercício físico, e a satisfação sexual. Por outro lado, até ao momento, nenhum dos estudos realizados examinou conjuntamente o papel dos diferentes hábitos de vida considerados, no sentido de clarificar o seu papel explicativo a nível no funcionamento e satisfação sexual das mulheres.

Neste capítulo, pretende-se averiguar a eventual presença de diferenças a nível do funcionamento e da satisfação sexual entre grupos de mulheres com diferentes hábitos de vida. Adicionalmente, espera-se contribuir para clarificar a importância relativa de cada um destes aspectos, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, prática de exercício físico e tipo de alimentação, nas experiências sexuais femininas. Perante a revisão da literatura apresentada e com estes objectivos, o presente estudo propõe-se averiguar o suporte empírico das seguintes hipóteses:

- H1: Esperamos encontrar índices mais elevados de funcionamento sexual (de modo geral e nas diferentes dimensões da resposta sexual) nas mulheres que não fumam, que não consomem álcool ou que consomem de forma moderada, que não consomem outras substâncias, que praticam exercício físico regularmente e que

descrevem uma alimentação mais saudável, comparativamente às mulheres com hábitos de vida menos saudáveis nos aspectos considerados;

- H2: Esperamos que as mulheres com opções mais saudáveis em termos de consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, assim como exercício físico e alimentação, apresentem valores mais elevados de satisfação sexual, comparativamente às mulheres com opções de vida menos saudáveis;

- H3: Esperamos que as variáveis consumo de tabaco, álcool e outras substâncias, exercício físico e alimentação constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino;

- H4: Esperamos que as variáveis referentes aos hábitos de vida considerados constituam igualmente preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Funcionamento sexual em função dos hábitos de vida

a) Consumo de tabaco, álcool e outras drogas

A análise da relação entre o consumo de substâncias e o funcionamento sexual teve por base três análises multivariadas da covariância (MANCOVA's) para as dimensões de funcionamento sexual. Para estas análises, definiram-se como variáveis independentes as variáveis dicotómicas consumo de tabaco¹⁹, na primeira MANCOVA

¹⁹ Os resultados obtidos nas alternativas de resposta para o consumo de tabaco foram agrupados em duas categorias: 0 = não fumadora/ fumadora passiva/ actualmente não fumadora mas fumou no passado; 1 = fumadora

e consumo de outras substâncias²⁰, na terceira MANCOVA, e a variável consumo de álcool²¹, na segunda MANCOVA.

Como variáveis dependentes, assumiram-se as dimensões de funcionamento sexual. Nas análises univariadas considerou-se ainda como variável dependente o total no *FSFI*. As variáveis sociodemográficas idade e situação profissional (estudante e reformada – variáveis *dummy*), foram introduzidas como covariáveis, por apresentarem um efeito significativo sobre o funcionamento sexual (cf. Capítulo I).

Em relação ao consumo de tabaco, e após controlado o efeito das covariáveis, o teste multivariado revelou não existir qualquer efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .99$, $F(5, 490) = .42$, *ns*, η^2 parcial = .00.

Os resultados dos testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada e portanto a ausência de diferenças significativas entre os grupos de consumo/ não consumo de tabaco no que respeita às dimensões de funcionamento sexual, bem como a nível do total no *FSFI* (Tabela 48).

²⁰ Os resultados obtidos nas alternativas de resposta para o consumo de outras substâncias foram agrupados em duas categorias: 0 = não consome; 1 = consome. Quanto ao tipo de substâncias, embora se tratasse de uma questão de resposta aberta, contemplando portanto a possibilidade de serem descritas várias e diferentes substâncias, apenas duas foram referidas: haxixe ($n = 7$) e marijuana ($n = 3$); de entre as 10 participantes que relataram o consumo destas substâncias, uma referiu ter um consumo regular e as restantes 9 referiram consumo ocasional.

²¹ Seguindo as orientações da OMS para definir consumos moderados ou excessivos de álcool nas mulheres (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001), critérios estes adaptados para Portugal (Mercês de Mello, Barrias, & Breda, 2001), agruparam-se os resultados obtidos nas alternativas de resposta para o consumo de tabaco em quatro categorias, de tal modo que: 0 = não consumidora/ 1 = consumidora de álcool, moderadamente (i.e., até 20 gramas de etanol/dia) / 2 = consumidora ocasional de álcool, em excesso (i.e., mais de 20 gramas de etanol/dia, 5 dias por semana, com dois dias sem beber) / 3 = consumidora regular de álcool, em excesso (i.e., mais de 20 gramas de etanol/dia). Dado que na última categoria não houve qualquer respondente, assumiram-se assim 3 grupos quanto ao consumo ou não de álcool.

Tabela 48. Funcionamento sexual, em função do consumo de tabaco (consome/ não consome): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).

	Consumo de tabaco				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Consome ($n = 95$)		Não consome ($n = 401$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.36	.11	4.27	.05	.55	.001
Excitação	4.73	.10	4.69	.05	.10	.000
Lubrific.	5.21	.11	5.27	.05	.24	.000
Orgasmo	4.95	.13	4.98	.06	.03	.000
Dor (ausente)	5.17	.11	5.11	.05	.24	.000
Total <i>FSFI</i>	29.59	.53	29.63	.25	.01	.000

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Quanto ao consumo de álcool, embora exigindo reservas na sua interpretação pelo facto de o número de participantes não ser equitativo entre os grupos, os dados do teste multivariado mostraram não haver um efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, uma vez controlado o efeito das covariáveis, $\Lambda = .97$, $F(10, 479) = 1.31$, *ns*, η^2 parcial = .01.

Pela análise dos testes univariados confirmou-se a ausência de diferenças significativas entre os 3 grupos referentes ao consumo de álcool, nas dimensões de funcionamento sexual, tal como no total no *FSFI* (Tabela 49).

Tabela 49. Funcionamento sexual, em função do consumo de álcool (não consome/ consome moderadamente/ consome em excesso, ocasionalmente): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 480$).

	Consumo de álcool						$F (2, 474)$	η^2
	Não consome ($n = 351$)		Consome moderadamente ($n = 90$)		Consome em excesso (ocasional.) ($n = 39$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.24	.05	4.48	.11	4.41	.16	2.35	.010
Excitação	4.65	.05	4.80	.10	4.90	.16	1.66	.007
Lubrific.	5.26	.05	5.19	.11	5.38	.16	.52	.002
Orgasmo	4.94	.06	5.07	.13	5.17	.19	.92	.004
Dor (ausente)	5.13	.05	5.80	.11	5.02	.17	.27	.001
Total <i>FSFI</i>	29.48	.26	29.90	.52	30.29	.80	.63	.003

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

Em relação ao consumo de outras substâncias, depois de controlado o efeito das covariáveis, o teste multivariado revelou não existir qualquer efeito estatisticamente significativo a nível das dimensões do *FSFI* consideradas, $\Lambda = .99$, $F(5, 490) = 1.41$, ns , η^2 parcial = .01.

Os resultados dos testes univariados confirmaram a ausência de diferenças significativas entre os grupos de consumo/ não consumo de outras substâncias nas dimensões, assim como no total do funcionamento sexual (Tabela 50).

Tabela 50. Funcionamento sexual, em função do consumo de outras substâncias (consome/ não consome): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 496$).

	Consumo de outras substâncias				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Não consome		Consome			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.30	.05	3.88	.32	1.64	.003
Excitação	4.70	.05	4.85	.31	.24	.000
Lubrific.	5.26	.05	5.28	.33	.01	.000
Orgasmo	4.97	.06	5.03	.39	.02	.000
Dor (ausente)	5.13	.05	4.86	.32	.68	.001
Total <i>FSFI</i>	29.65	.23	29.42	1.59	.02	.000

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

b) Prática de exercício físico e tipo de alimentação

Para se analisar a relação entre as variáveis ordinais referentes ao exercício físico e à alimentação e o funcionamento sexual, realizaram-se duas análises multivariadas da covariância (MANCOVA's) para as dimensões de funcionamento sexual. Para o efeito, assumiram-se como variáveis independentes, na primeira MANCOVA, os valores obtidos nas alternativas de resposta para a prática de exercício físico (agrupadas em 1 = não praticante; 2 = praticante ocasional; 3 = praticante regular) e, na segunda MANCOVA, os valores obtidos nas alternativas de resposta para o tipo de alimentação (agrupadas em 1 = pouco/ nada saudável e equilibrada²²; 2 = razoavelmente saudável e equilibrada; 3 = muito saudável e equilibrada). Como variáveis dependentes definiram-se as dimensões de funcionamento sexual. Nas análises univariadas incluiu-se também, como variável dependente, o total no *FSFI*. As variáveis idade e situação profissional (estudante e reformada – variáveis *dummy*), foram introduzidas como covariáveis, por apresentarem um efeito significativo sobre o funcionamento sexual (cf. Capítulo I).

²² De forma a homogeneizar o tamanho dos grupos e atendendo ao reduzido número de participantes no grupo das mulheres com uma “alimentação nada saudável e equilibrada” ($n = 5$), optou-se pela sua inclusão no grupo “alimentação pouco saudável e equilibrada” ($n = 34$), constituindo-se deste modo o grupo “alimentação pouco/ nada saudável e equilibrada” ($n = 39$).

No que respeita à prática de exercício físico, depois de controlado o efeito das covariáveis, o teste multivariado revelou um efeito significativo a nível das dimensões de funcionamento sexual, $\Lambda = .95$, $F(10, 978) = 2.65$, $p < .01$, η^2 parcial = .03.

Após ajustamento dos níveis de significância, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni, os resultados dos testes univariados confirmaram o efeito significativo da prática de exercício físico relativamente às dimensões de ausência de dor ($p < .001$) e desejo sexual ($p < .01$) e quanto ao total no *FSFI* ($p < .01$) (Tabela 48).

Para se avaliarem as diferenças específicas entre os grupos recorreu-se ao teste *post hoc* de Bonferroni. Deste modo, foi possível constatar que, a nível do desejo sexual, as mulheres que praticam exercício físico de forma regular apresentam valores significativamente superiores, comparativamente às mulheres que não praticam exercício físico, embora não se tenham encontrado diferenças significativas relativamente às mulheres que praticam de forma ocasional. Além disso, as mulheres que praticam exercício físico de forma regular também se diferenciam significativamente a nível da ausência de dor e quanto ao total no *FSFI*, sendo os seus valores significativamente superiores aos das mulheres que não praticam exercício físico ou que praticam de forma ocasional (Tabela 51).

Tabela 51. Funcionamento sexual, em função da prática de exercício físico (não pratica/ pratica ocasionalmente/ pratica regularmente): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).

	Prática de exercício físico						$F(2, 492)$	η^2
	Não pratica		Pratica		Pratica			
	exercício físico		ocasionalmente		regularmente			
	$(n = 214)$		$(n = 195)$		$(n = 87)$			
	M	DP	M	DP	M	DP		
Desejo	4.14a	.07	4.35ab	.07	4.52b	.11	5.01**	.020
Excitação	4.62	.07	4.67	.07	4.96	.11	3.82	.015
Lubrific.	5.16	.07	5.23	.08	5.51	.11	3.61	.014
Orgasmo	4.83	.09	5.01	.09	5.24	.13	3.57	.014
Dor (ausente)	5.03a	.07	5.05a	.07	5.52b	.11	6.21***	.032
Total FSFI	28.99a	.34	29.59a	.36	31.24b	.53	6.37**	.025

** $p < .01$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

Em relação ao tipo de alimentação, o teste multivariado revelou um efeito significativo nas dimensões de funcionamento sexual, uma vez controlado o efeito da idade e situação profissional (estudante e reformada), $\Lambda = .95$, $F(10, 978) = 2.83$, $p < .01$, η^2 parcial = .03.

Os resultados dos testes univariados mostraram que, após correção de Bonferroni para os níveis de significância, os efeitos do tipo de alimentação são significativos ao nível da ausência de dor ($p < .01$) e quanto ao total no funcionamento sexual ($p < .05$) (Tabela 52).

Mediante recurso ao teste *post hoc* de Bonferroni para comparação de diferenças entre grupos, verificou-se que as mulheres que descrevem a sua alimentação como sendo pouco/ nada saudável e equilibrada apresentam valores significativamente mais baixos na dimensão de ausência de dor, quando comparadas com as mulheres que referem ter uma alimentação razoavelmente saudável e equilibrada ou muito saudável e equilibrada. No total do *FSFI*, as mulheres que descrevem a sua alimentação como

sendo muito saudável e equilibrada são as que apresentam valores mais elevados, diferenciando-se significativamente apenas das mulheres que referem ter uma alimentação pouco/ nada saudável e equilibrada.

Tabela 52. Funcionamento sexual, em função do tipo de alimentação (saudável e equilibrada: pouco nada/ razoavelmente/ muito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e situação profissional) ($n = 495$).

	Tipo de alimentação						<i>F</i> (2, 492)	η^2
	Pouco/ nada saudável e equilibrada ($n = 39$)		Razoavelmente saudável e equilibrada ($n = 411$)		Muito saudável e equilibrada ($n = 46$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Desejo	4.09	.16	4.27	.05	4.63	.15	3.51	.014
Excitação	4.71	.16	4.68	.05	4.92	.15	1.21	.005
Lubrífic.	5.01	.07	5.25	.05	5.52	.15	2.58	.010
Orgasmo	4.67	.20	4.98	.06	5.22	.18	2.07	.008
Dor (ausente)	4.62a	.16	5.14b	.05	5.41b	.15	6.72**	.027
Total <i>FSFI</i>	28.23a	.80	29.60ab	.25	30.96b	.74	3.17*	.013

* $p < .05$. ** $p < .01$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e situação profissional (estudante e reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

2.2. Satisfação sexual em função dos hábitos de vida

a) Consumo de tabaco, álcool e outras drogas

Para se analisar a relação entre o consumo de substâncias e a satisfação sexual, realizaram-se três análises univariadas da covariância (ANCOVA's), assumindo-se como variáveis independentes, as variáveis consumo de tabaco, consumo de álcool e consumo de outras substâncias (cf. as 3 notas de rodapé equivalentes, no ponto referente ao funcionamento sexual) e, como variável dependente, o índice total no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*). As habilitações literárias e a situação profissional (reformada – variável *dummy*), foram introduzidas como covariáveis nas

três análises realizadas, por terem mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual, (cf. Capítulo I).

Após controlado o efeito das covariáveis, a ANCOVA revelou o efeito estatisticamente significativo do consumo de tabaco na satisfação sexual, $F(1, 493) = 3.95$, $p < .05$; η^2 parcial = .01. Os resultados referentes às médias ajustadas mostram que as mulheres que consomem tabaco, quando comparadas com as mulheres que não consomem, apresentam níveis superiores de satisfação sexual ($p < .05$) (Tabela 53).

Tabela 53. Satisfação sexual, em função do consumo de tabaco (consome/ não consome): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).

	Consumo de tabaco				$F(1, 493)$	η^2
	Consome ($n = 94$)		Não consome ($n = 402$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	45.73	.85	43.84	.41	.3.95*	.008

* $p < .05$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

Quanto ao consumo de álcool, e uma vez controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância mostrou a ausência de qualquer efeito significativo a nível da satisfação sexual feminina, $F(2, 474) = .50$, ns ; η^2 parcial = .00 (Tabela 54).

Tabela 54. Satisfação sexual, em função do consumo de álcool (não consome/ consome moderadamente/ consome em excesso, ocasionalmente): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 480$).

	Consumo de álcool						$F(2, 474)$	η^2
	Não consome ($n = 351$)		Consome moderadamente ($n = 90$)		Consome em excesso (ocasional.) ($n = 39$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	44.15	.42	43.94	.84	45.40	1.27	.50	.002

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

Depois de controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da covariância revelou não haver um efeito estatisticamente significativo do consumo de outras substâncias no que respeita à satisfação sexual, $F(1, 493) = .63$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 55).

Tabela 55. Satisfação sexual, em função do consumo de outras substâncias (consome/ não consome): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 496$).

	Consumo de outras substâncias				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Consome		Não consome			
	<i>(n = 10)</i>		<i>(n = 486)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	46.25	2.60	44.186	.37	.63	.001

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

b) Prática de exercício físico e tipo de alimentação

A análise da relação entre as variáveis ordinais referentes ao exercício físico e à alimentação e a satisfação sexual foi feita mediante recurso a duas análises univariadas da covariância (ANCOVA's). Como variáveis independentes, na primeira ANCOVA, consideraram-se os valores obtidos nas alternativas de resposta para o tipo de alimentação (agrupadas em 1 = pouco/ nada saudável e equilibrada; 2 = razoavelmente saudável e equilibrada; 3 = muito saudável e equilibrada) e, na segunda ANCOVA, os valores obtidos nas alternativas de resposta para a prática de exercício físico (agrupadas em 1 = não praticante; 2 = praticante ocasional; 3 = praticante regular). Em ambas as análises, a satisfação sexual (total no *GRISS*) foi assumida como variável dependente. As habilitações literárias e a situação profissional (reformada – variável *dummy*) foram introduzidas como covariáveis, por terem mostrado um efeito significativo sobre a satisfação sexual (cf. Capítulo I).

Depois de controlado o efeito das covariáveis, os resultados da análise univariada mostraram o efeito estatisticamente significativo do tipo de alimentação na satisfação sexual feminina, $F(2, 492) = 3.50$, $p < .05$, η^2 parcial = .01 (Tabela 56).

Pela análise dos resultados do teste *post hoc* de Bonferroni foi possível verificar que, comparativamente às mulheres que referem uma alimentação pouco ou nada

saudável e equilibrada, as mulheres que descrevem a sua alimentação como razoavelmente saudável e equilibrada apresentam valores significativamente superiores de satisfação sexual, não se encontrando diferenças significativas de um ou outro grupo em relação às mulheres que referem uma alimentação muito saudável e equilibrada (Tabela 56).

Tabela 56. Satisfação sexual, em função do tipo de alimentação (saudável e equilibrada: pouco ou nada/ razoavelmente/ muito): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 495$).

	Tipo de alimentação						<i>F</i> (2, 492)	η^2
	Pouco/ nada		Razoavelmente		Muito			
	saudável e equilibrada ($n = 39$)		saudável e equilibrada ($n = 411$)		saudável e equilibrada ($n = 46$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	40.62	9.00	44.42	8.63	45.24	7.83	3.50*	.014
	a		b		ab			

* $p < .05$.

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

As médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o teste de Bonferroni ($p < .05$).

Quanto à prática de exercício físico, a análise univariada mostrou não haver qualquer efeito estatisticamente significativo a nível da satisfação sexual, uma vez controlado o efeito das covariáveis, $F(2, 492) = 2.82$, ns , η^2 parcial = .01 (Tabela 57).

Tabela 57. Satisfação sexual, em função da prática de exercício físico (não pratica/ pratica ocasionalmente/ pratica regularmente): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias e situação profissional) ($n = 495$).

	Prática de exercício físico						<i>F</i> (2, 492)	η^2
	Não pratica		Pratica		Pratica			
	exercício físico		ocasionalmente		regularmente			
	<i>(n = 214)</i>		<i>(n = 195)</i>		<i>(n = 87)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação sexual	43.16	.57	44.95	.59	45.09	.89	2.82	.011

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias e situação profissional (reformada).

2.3. Hábitos de vida como preditores do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada aos hábitos de vida avaliados, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, depois de transformadas em *dummy*, as variáveis: consumo de tabaco, álcool e outras drogas, exercício físico e alimentação²³. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. As variáveis predictoras foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise dos resultados evidenciou um modelo significativo, $F(5, 490) = 4.84$, $p < .001$, permitindo explicar 4% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .037).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que o único preditor significativo do funcionamento sexual é a prática de exercício físico ($\beta = .17$, $p < .001$) sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nesta variável, corresponde uma modificação de .17 desvios padrão no funcionamento sexual feminino (Tabela 58).

²³ As variáveis consumo de tabaco e outras drogas foram transformadas em variáveis artificiais explicativas de acordo com as indicações de Hubert e Rousseeuw (1997) e de Hardy (1993) para as variáveis dicotómicas. A fim de que pudessem ser incluídas na análise, as variáveis consumo de álcool, exercício físico e alimentação foram igualmente transformadas em dicotómicas, segundo a categorização seguinte: 1 = consumidora moderada e consumidora ocasional, em excesso / 0 = não consumidora (álcool); 1 = pratica (ocasionalmente ou regularmente) / 0 = não pratica (exercício físico); 1 = razoavelmente ou muito saudável e equilibrada / 0 = pouco ou nada saudável e equilibrada (alimentação).

Tabela 58. Hábitos de vida como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Consumo de tabaco	1.07	.63	.08
Consumo de álcool	.88	.55	.07
Consumo de outras substâncias	.05	1.73	.00
Exercício físico	1.88	.49	.17***
Alimentação	1.11	.90	.05

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

2.4. Hábitos de vida como preditores da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva dos hábitos de vida considerados no presente estudo, a nível da satisfação sexual, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como predictoras, as variáveis *dummy*, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, exercício físico e alimentação (cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual) e, como variável critério, a satisfação sexual (total no *GRISS*).

Da análise dos resultados emergiu um modelo significativo, $F(5, 490) = 6.66$, $p < .001$, explicativo de 5% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .054).

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância com a fórmula de correcção de Bonferroni, a análise dos coeficientes de regressão estandardizados revelou que, nas mulheres, constituem preditores significativos da satisfação sexual, o exercício físico ($\beta = .18$, $p < .001$) e a alimentação ($\beta = .12$, $p < .05$), sendo que, a cada modificação de um desvio padrão nestas variáveis, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de, respectivamente, .18 e .12 desvios padrão no índice de satisfação sexual (Tabela 59).

Tabela 59. Hábitos de vida como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 496$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Consumo de tabaco	2.53	.99	.12
Consumo de álcool	.55	.86	.03
Consumo de outras substâncias	1.10	2.71	.02
Exercício físico	3.07	.76	.18***
Alimentação	3.91	1.41	.12*

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$)

3. Discussão e conclusões

Neste capítulo, pretendia-se avaliar em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes hábitos de vida, a nível do seu funcionamento e satisfação sexual. Na sequência das análises efectuadas, encontraram-se alguns dados interessantes, não totalmente convergentes com todas as hipóteses previamente formuladas.

Em relação à Hipótese 1, os resultados do presente estudo permitiram confirmar somente em parte as previsões, sendo que, depois de controlado o efeito das variáveis demográficas, foram encontradas diferenças significativas no funcionamento sexual apenas entre as mulheres com diferentes níveis de prática de exercício físico e tipo de alimentação.

O facto de as mulheres que praticam exercício físico de forma regular apresentarem níveis significativamente superiores de desejo sexual e de, juntamente com as que praticam exercício físico ocasionalmente, apresentarem níveis superiores de ausência de dor e de funcionamento sexual em geral, comparativamente às mulheres que não praticam exercício físico, vai de encontro à hipótese inicialmente formulada e aos estudos que demonstram que o exercício físico pode, mediante diversas vias, contribuir para melhorar o funcionamento sexual (Fogle & Meston, 2008; Gerber et al., 2005; Huang et al., 2007; Lindeman et al., 2007; White et al., 1990). No entanto,

contrariamente ao que Meston e Gorzalka (1995) encontraram num contexto experimental, a resposta de excitação sexual, em particular, não mostrou variações significativas em função da maior ou menor prática de exercício físico. Pode acontecer que as diferenças nesta dimensão do funcionamento sexual sejam mais evidentes somente a um nível mais imediato, como foi verificado em laboratório, i.e., a excitação aumentaria logo a seguir ao exercício, provavelmente por implicação do Sistema Nervoso Autónomo (Meston & Gorzalka, 1995), e não tanto em função de uma prática mais regular e cumulativa.

Relativamente ao efeito do tipo de alimentação no funcionamento sexual, encontraram-se diferenças significativas ao nível da dimensão de ausência de dor e no índice geral de funcionamento sexual (total *FSFI*). O facto de as mulheres com uma alimentação mais saudável (razoavelmente saudável e equilibrada ou muito saudável e equilibrada) apresentarem valores significativamente mais elevados na dimensão de ausência de dor, quando comparadas com as mulheres que descreveram a sua alimentação como sendo pouco/ nada saudável e equilibrada constitui um dado novo e que talvez justifique ser aprofundado em estudos futuros, uma vez que não foram encontradas referências específicas a esta relação na literatura empírica. Por exemplo, seria interessante perceber se existe algum tipo de papel protector, desempenhado por determinados alimentos particulares ou simplesmente por um regime alimentar variado e equilibrado, em relação aos problemas de dor sexual. Seria também relevante explorar o papel da percepção positiva acerca dos hábitos alimentares na ausência de dor sexual, pela percepção em si mesma e porque provavelmente associada a hábitos de vida mais saudáveis (Bowen et al., 2006; Monneuse et al., 1997; Pearson et al., 2007) e melhores níveis de saúde (Ford et al., 2009; Sternfeld et al., 2009; Tonks, 2009).

As mulheres que descreveram a sua alimentação como sendo muito saudável e equilibrada foram também as que apresentaram índices mais elevados no total do *FSFI*, comparativamente às mulheres que referiram ter uma alimentação pouco/ nada saudável e equilibrada. Este dado vai de encontro ao estudo de Esposito e colaboradores (2007b) evidenciando a importância, para o funcionamento sexual em geral, de uma dieta de estilo mediterrânico, com alimentos ricos em fibras e antioxidantes e habitualmente correspondentes à descrição de uma dieta saudável e equilibrada. Provavelmente, as mulheres que descrevem uma alimentação assim, por oposição a uma alimentação

descrita como pouco ou nada saudável, apresentam também melhor condição física, IMC mais baixos, e menor incidência de obesidade, factores que têm demonstrado associação com o funcionamento sexual (Esposito et al., 2007a; Kolotkin et al., 2006, 2008).

Por seu turno, entre as mulheres consumidoras e não consumidoras de tabaco, álcool ou outras substâncias, não se encontraram diferenças significativas, contrariando os estudos que indicam o efeito negativo, a nível do funcionamento sexual feminino, da nicotina (Harte & Meston, 2008b; Oksuz & Malhan, 2006), do álcool em excesso - particularmente a nível da lubrificação, orgasmo, dor (Beckman & Ackerman, 1995; Covington & Kohen, 1984; Johnson et al., 2004; Lutfey et al., 2009; McKay, 2005; Peugh & Belenko, 2001) e excitação sexual (Malatesta et al., 1982; Wilson & Lawson, 1978) - e o efeito negativo de outras drogas, neste caso, derivadas da *cannabis*, a nível da dor e do orgasmo (Johnson et al., 2004). Em relação a este último ponto, os nossos resultados contrariam também os estudos que sugerem o efeito positivo e facilitador da marijuana e do haxixe na qualidade subjectiva dos orgasmos (Gawin, 1978; Halikas, Weller, & Morse, 1982) e na percepção de uma resposta sexual mais intensa e duradoura (Gorzalka & Hill, 2006; Hollister et al., 1968; Russo, 2005; Weller & Halikas, 1984). O facto de não terem sido encontradas quaisquer diferenças entre as mulheres que consomem ou não marijuana e haxixe, ao nível das dimensões de funcionamento sexual, vai de encontro a outros estudos que mostraram que estas drogas parecem não apresentar efeitos na função sexual, em si mesma (e.g., Gawin, 1978), e está de acordo com a ausência de evidências experimentais que comprovem os efeitos sexuais fisiológicos da *cannabis* (McKay, 2005). Quanto ao consumo de tabaco, embora a maioria dos estudos revele forte associação negativa com a resposta sexual nos homens, nomeadamente a nível da função erétil (Chew et al., 2009; Hirshkowitz et al., 1992; Millett et al., 2006; Shiri et al., 2004), é também verdade que, em relação às mulheres, os dados existentes na literatura empírica não são lineares, havendo estudos que revelam, tal como o nosso, ausência de relação entre hábitos tabágicos e problemas sexuais femininos (Cayan et al., 2004; Safarinejad, 2006). Apesar do interesse dos dados, importa, no entanto, ressaltar que os grupos em comparação não são equivalentes quanto ao número, i.e., dado que se trata de uma amostra da população geral, o número de mulheres que consome álcool, tabaco ou outras drogas (neste caso, somente foram reportados consumos de haxixe e marijuana), é bastante inferior ao

número de mulheres que não consome, o que exige cuidados adicionais na comparação dos grupos.

Os resultados encontrados neste estudo também corroboraram a Hipótese 2, mas somente no que respeita à alimentação. Depois de controlado o efeito das variáveis demográficas, as mulheres com uma alimentação mais saudável mostraram valores significativamente superiores de satisfação sexual, comparativamente às mulheres descrevendo práticas alimentares menos saudáveis. Quanto ao consumo de tabaco, contrariando a nossa previsão, as mulheres fumadoras, em relação às não fumadoras, apresentaram níveis de satisfação sexual significativamente superiores. A prática de exercício físico, o consumo de álcool e o consumo de outras substâncias, revelaram não ter um efeito significativo na satisfação sexual das mulheres.

No que respeita à relação entre tipo de alimentação e satisfação sexual, as pontuações mais elevadas foram encontradas nas mulheres que descreveram a sua alimentação como razoavelmente saudável e equilibrada, comparativamente às mulheres que referiram uma alimentação pouco ou nada saudável e equilibrada. Apesar da escassez de literatura neste domínio de cruzamento (alimentação e sexualidade), este dado é consistente com os estudos que revelam associação entre IMC e ausência de obesidade, indicadores indirectos de uma alimentação adequada, e satisfação sexual (Esposito et al., 2007a; Kolotkin et al., 2008). Tal como sugerido para o funcionamento sexual, seria interessante aprofundar, futuramente, de que modo a percepção positiva acerca dos hábitos alimentares, ou o tipo de alimentação praticado, aspectos provavelmente relacionados, contribuem para uma sexualidade mais satisfatória.

Quanto ao consumo de tabaco, embora a magnitude das diferenças não tenha sido muito elevada, as mulheres fumadoras foram as que referiram níveis mais elevados de satisfação sexual, no sentido inverso ao da hipótese inicialmente formulada. Este resultado, embora surpreendente, pode ter algum enquadramento se pensarmos que, para algumas mulheres, o facto de fumar pode estar conotado com uma certa sensualidade, atractividade e também com o prazer (Anderson et al., 2005; McKay, 2005). No entanto, e apesar de os dados existentes a respeito da relação entre tabaco e resposta sexual na mulher serem ainda bastante contraditórios (.g., Cayan et al., 2004; Safarinejad, 2006), este resultado diverge daqueles que encontraram associação entre

consumo de tabaco e insatisfação sexual feminina (McCall-Hosenfeld et al. 2008; Oksuz & Malhan, 2006). Por outro lado, o número de participantes entre os grupos de consumo e não consumo de tabaco não foi equitativo no presente estudo, exigindo, pois, algumas reservas na sua interpretação.

Os resultados encontrados neste estudo não revelaram diferenças significativas entre o consumo exagerado, o não consumo ou o consumo moderado de álcool, a nível da satisfação sexual feminina, contrariando assim a nossa hipótese e os estudos que demonstram o impacto negativo do consumo excessivo de álcool (Beckman & Ackerman, 1995; Covington & Kohen, 1984; Lutfey et al., 2005; Malatesta et al., 1982; Wilson & Lawson, 1978), mas também aqueles estudos que sugerem os efeitos benéficos do seu consumo moderado (Beckman & Ackerman, 1995; Corder, 2008; de Lange & van de Wiel, 2004; Martin-Du Pan, 2003; McKay, 2005; Rosen et al., 2009). No entanto, tal como quanto ao tabaco, importa igualmente ter em consideração que o número de mulheres nos 3 grupos não era equivalente, o que exige alguns cuidados na interpretação deste resultado.

Em relação ao consumo de haxixe e marijuana, a ausência de efeito significativo, em termos de experiências sexuais satisfatórias, contraria os estudos que demonstram quer um efeito facilitador (Dawley Jr. et al., 1979; Hollister et al., 1968; Weller & Halikas, 1984), que eventuais influências negativas destas substâncias, sobretudo se consumidas em excesso (e.g., Rawson et al., 2002). Este resultado deve também ser interpretado com as devidas ressalvas atendendo a que somente 10 mulheres referiram consumir estas substâncias, uma delas referindo um consumo regular e as restantes 9, consumo ocasional.

Outro dos objectivos propostos para este capítulo era o de contribuir para clarificar a importância relativa do consumo de tabaco, álcool e outras drogas, prática de exercício físico e alimentação, no funcionamento e na satisfação sexual feminina. A este nível, e no que respeita ao funcionamento sexual, a Hipótese 3 teve apoio parcial, dado que, quando analisadas em simultâneo todas as variáveis concernentes aos hábitos de vida, somente a prática de exercício físico revelou constituir-se como preditora significativa do funcionamento sexual. Como atrás referido, este resultado seria de esperar atendendo a que os estudos são relativamente consensuais em identificar os

benefícios da actividade física na resposta sexual (Fogle & Meston, 2008; Gerber et al., 2005; Lindeman et al., 2007; White et al., 1990). O facto de o tipo de alimentação descrito pelas mulheres perder significância estatística, quando analisado em conjunto com a prática de actividade física, significa que embora estas duas variáveis estejam relacionadas, como faz sentido, a que mais influencia as experiências sexuais é o exercício físico, podendo colocar-se a hipótese de a alimentação ter algum tipo de papel mais indirecto, eventualmente mediado ou moderado pelo exercício físico. Os efeitos deste último no funcionamento sexual podem ocorrer por diversas vias, desde a melhoria do humor e bem-estar proporcionados pela prática (Huang et al., 2007; Young, 2007), passando por prováveis mudanças positivas na imagem corporal (Davis & Fox, 1993; Penhollow & Young, 2004, 2008; Wiederman & Hurst, 1998; White et al., 1990), até mudanças hormonais (Gerber et al., 2005; Meston & Gorzalka, 1995), mudanças a nível dos neurotransmissores (Meston & Gorzalka, 1995), ou alterações na actividade do Sistema Nervoso Autónomo (Meston & Gorzalka, 1995), com reflexo na resposta sexual.

A Hipótese 4, relativa ao contributo dos diferentes hábitos de vida a nível da satisfação sexual, teve também confirmação parcial pois que, quando consideradas todas as variáveis em simultâneo, a alimentação e o exercício físico confirmaram ser preditores significativos, ao contrário do consumo de tabaco, álcool e outras drogas que não revelaram qualquer capacidade preditiva quanto à satisfação sexual.

CAPÍTULO XV.
Psicopatologia,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Em suma, encontram-se na literatura empírica bastantes estudos que sugerem uma importante relação entre sexualidade e psicopatologia, sobretudo sintomatologia depressiva e perturbações de ansiedade, incluindo a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Basson, 2005; Bradford & Meston, 2006; Catalan et al., 1990; Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis et al., 1981; Dobkin et al., 2006; Graziottin, 1998; Mercan et al., 2006; Michael & O'Keane, 2000; Ware et al., 1996; Werneke et al., 2006). Não obstante a hipótese da sintomatologia psicopatológica poder, de algum modo, desempenhar um papel importante nas vivências sexuais das mulheres, também a sexualidade feminina, quando problemática, pode ela mesmo despoletar, manter ou reforçar sintomas ou quadros de psicopatologia, nomeadamente depressiva (Baldwin, 2001; Derogatis et al., 1981; Hartmann, 2007; Michael & O'Keane, 2000; Schreiner-Engel & Schiavi, 1986), ou problemas de ansiedade (Aksaray et al., 2001; Staebler et al., 1993; Steketee, 1997). Além das dimensões de psicopatologia mais estudadas na sua relação com o funcionamento e satisfação sexual das mulheres, não foram encontrados estudos comunitários que tivessem investigado a hipótese de outras dimensões psicopatológicas, como as contempladas no BSI (psicoticismo, sensibilidade interpessoal, ideação paranóide, ansiedade fóbica, hostilidade) poderem igualmente desempenhar algum papel na sexualidade feminina, hipótese esta que, transpondo a partir de alguns dados de âmbito clínico (Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis et al., 1981; Fan, Henderson, Chiang, Briggs, Freudenreich, Evins, et al., 2007; Kilcommons, Morrison, Knight, & Lobban, 2008), não é de excluir, embora também não legitime, a nosso ver, a formulação de hipóteses direccionais específicas.

Assim, neste capítulo pretende-se avaliar se existem diferenças a nível da psicopatologia entre grupos de mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual e de satisfação sexual. Pretende-se ainda contribuir para clarificar a importância relativa de cada uma das dimensões psicopatológicas, no funcionamento e na satisfação sexual feminina. A partir destes objectivos e tendo em conta a revisão da literatura apresentada, pretende-se que o presente estudo permita testar as hipóteses seguintes:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais apresentem índices de psicopatologia mais baixos, nomeadamente em termos de Depressão, Ansiedade e Obsessões-Compulsões, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, após controlado o efeito das variáveis demográficas;

- H2: Esperamos que, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito apresentem menor incidência de psicopatologia, particularmente a nível da Depressão, Ansiedade e Obsessões-Compulsões, após controlado o efeito das variáveis demográficas;

- H3: Esperamos que as dimensões de psicopatologia consideradas, em particular a Depressão, a Ansiedade e as Obsessões-Compulsões constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino;

- H4: Esperamos que as dimensões de psicopatologia, especificamente as referentes à Depressão, Ansiedade e Obsessões-Compulsões, constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Psicopatologia em função do funcionamento sexual

Por forma a estudar a relação entre a psicopatologia e o funcionamento sexual feminino, procedeu-se a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), tendo como variável independente o funcionamento sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos funcional; 2 = grupo sexualmente mais funcional)²⁴ e, como variáveis dependentes, as pontuações nas nove dimensões do Inventário Breve de Sintomas (*BSI*). As variáveis sociodemográficas idade e habilitações literárias foram incluídas na análise, como covariáveis, a fim de se controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, uma vez que este se mostrou □ estatisticamente significativo,

²⁴ De modo a que fosse possível examinar diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual, a amostra de 497 mulheres da população geral foi subdividida em dois subgrupos, tendo por base as pontuações obtidas no Índice de Funcionamento Sexual Feminino (*FSFI*; Rosen et al., 2000). Maiores detalhes a este respeito podem ser encontrados no capítulo correspondente à descrição da Metodologia.

quer para a idade, $\Lambda = .82$, $F(45, 1994) = 2.08$, $p < .001$, η^2 parcial = .04, quer para as habilitações literárias, $\Lambda = .81$, $F(54, 2274) = 1.83$, $p < .001$, η^2 parcial = .04.

A análise multivariada para o funcionamento sexual, após controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, indicou um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .94$, $F(9, 476) = 3.26$, $p < .01$, η^2 parcial = .06.

Para se analisarem as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual a nível das várias dimensões do *GRISS* realizaram-se posteriormente análises univariadas da variância. Para a análise das variáveis dependentes tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni. Os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, mostrando diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os grupos de funcionamento sexual, sendo as mulheres do grupo sexualmente menos funcional as que apresentam pontuações inferiores nas dimensões de satisfação sexual (Tabela 60).

As diferenças entre os grupos de funcionamento sexual mostraram assumir maior magnitude no que respeita às dimensões Ansiedade, $F(1, 484) = 18.23$, $p < .001$, η^2 parcial = .04, Obsessões-compulsões, $F(1, 484) = 15.64$, $p < .001$, η^2 parcial = .03, e Psicoticismo, $F(1, 484) = 14.61$, $p < .001$, η^2 parcial = .03.

Tabela 60. Psicopatologia em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 488$).

Dimensões do <i>BSI</i>	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 484)	η^2
	Menos funcional ($n = 94$)		Mais funcional ($n = 394$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Somatização	.85	.07	.72	.03	2.90	.006
Obsessões-compulsões	1.29	.07	.98	.03	15.64***	.031
Sensibilidade interpessoal	.99	.08	.79	.04	5.72	.012
Depressão	1.17	.08	.88	.04	10.12*	.020
Ansiedade	1.05	.07	.74	.03	18.23***	.036
Hostilidade	1.11	.07	.86	.03	8.93*	.018
Ansiedade fóbica	.64	.06	.44	.03	7.60	.015
Ideação paranóide	1.18	.08	1.03	.04	3.16	.006
Psicoticismo	.88	.06	.61	.03	14.61***	.029

* $p < .05$ *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/9 = .0056$; $p = .01/9 = .0011$; $p = .001/9 = .0001$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e habilitações literárias.

2.2. Psicopatologia em função da satisfação sexual

A análise da relação entre a psicopatologia e a satisfação sexual feminina foi baseada numa análise multivariada da covariância (MANCOVA), tendo como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito)²⁵ e, como variáveis dependentes, as pontuações nas nove dimensões do *BSI*. Uma vez que o efeito da idade e do nível de escolaridade sobre as dimensões de psicopatologia se mostrou estatisticamente significativo, optou-se pela sua inclusão na análise, por forma a controlar o seu efeito (cf. análise anterior correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual).

²⁵ De modo a que fosse possível examinar diferenças entre mulheres com diferentes níveis de satisfação sexual, a amostra de 497 mulheres da população geral foi subdividida em dois subgrupos, tendo por base as pontuações obtidas no Inventário de Satisfação Sexual Golombok- Rust (*GRISS*; Rust & Golombok, 1986). Maiores detalhes a este respeito podem ser encontrados no capítulo correspondente à descrição da Metodologia.

O teste multivariado para a satisfação sexual, uma vez controlado o efeito das covariáveis, mostrou um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .96$, $F(9, 476) = 2.30$, $p < .05$, η^2 parcial = .04.

Após correção de Bonferroni para ajustamento dos níveis de significância, os resultados dos testes univariados confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de satisfação sexual (Tabela 61).

As mulheres do grupo sexualmente menos satisfeito apresentam pontuações superiores em todas as dimensões psicopatológicas. As diferenças assumem significância estatística nas dimensões Obsessões-compulsões ($p < .001$) e Sensibilidade interpessoal ($p < .01$). Encontram-se ainda diferenças significativas ($p < .05$) nas dimensões Ansiedade e Psicoticismo. Nas restantes dimensões as diferenças não atingem o limiar de significação estatística.

A magnitude dos efeitos mostrou ser superior nas dimensões Obsessões-compulsões, $F(1, 484) = 13.14$, $p < .001$, η^2 parcial = .03, e Sensibilidade interpessoal, $F(1, 484) = 12.17$, $p < .01$, η^2 parcial = .03.

Tabela 61. Psicopatologia em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 488$).

Dimensões do BSI	Grupos de satisfação sexual				F(1, 484)	η^2
	Menos satisfeito ($n = 232$)		Mais satisfeito ($n = 256$)			
	M	DP	M	DP		
Somatização	.81	.04	.69	.04	3.86	.008
Obsessões-compulsões	1.15	.04	.94	.04	13.14***	.026
Sensibilidade interpessoal	.95	.05	.72	.04	12.17**	.025
Depressão	1.04	.05	.86	.05	7.08	.014
Ansiedade	.89	.04	.71	.04	9.82*	.020
Hostilidade	.97	.05	.86	.04	2.89	.006
Ansiedade fóbica	.54	.04	.43	.04	4.09	.008
Ideação paranóide	1.12	.05	1.00	.05	2.94	.006
Psicoticismo	.76	.04	.58	.04	9.75*	.020

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/9 = .0056$; $p = .01/9 = .0011$; $p = .001/9 = .0001$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e habilitações literárias.

2.3. Preditores psicopatológicos do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada ao conjunto de dimensões psicopatológicas (*BSI*), assim como avaliar a capacidade preditiva de cada uma delas, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, todas as dimensões de psicopatologia e, como variável critério, o funcionamento sexual (total no *FSFI*).

A análise dos resultados evidenciou um modelo significativo, $F(9, 478) = 8.32$; $p < .001$, permitindo explicar 12% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .119).

Depois de ajustados os níveis de significância (correção de Bonferroni), somente uma dimensão de psicopatologia, a dimensão Obsessões-compulsões, mostrou predizer significativamente o funcionamento sexual ($\beta = -.40$, $p < .001$), sendo que, a cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de $-.40$ desvios padrão no índice de funcionamento sexual feminino (Tabela 62).

Tabela 62. Preditores psicopatológicos do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 487$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Somatização	.32	.53	.00
Obsessões-compulsões	-3.31	.57	-.40***
Sensibilidade interpessoal	.49	.55	.07
Depressão	-.76	.57	-.10
Ansiedade	-1.72	.68	-.20
Hostilidade	.41	.50	.05
Ansiedade fóbica	.64	.54	.07
Ideação paranóide	-1.02	.50	-.14
Psicoticismo	-.58	.70	-.07

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/9 = .0056$; $p = .01/9 = .0011$; $p = .001/9 = .0001$)

2.4. Preditores psicopatológicos da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva da psicopatologia na satisfação sexual, bem como analisar o contributo específico de cada uma das dimensões psicopatológicas, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, segundo o método *enter*, tendo-se seleccionado, como variáveis predictoras, todas as dimensões da psicopatologia (*BSI*) e, como variável critério, a satisfação sexual (total no *GRISS*).

Da análise dos resultados emergiu um modelo significativo, $F(9, 478) = 7.24$; $p < .001$, o qual permite explicar 10% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .103).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados, e depois de usada a fórmula de correcção de Bonferroni para ajustar os níveis de significância, constatou-se que a dimensão Obsessões-compulsões constitui a única variável preditora da satisfação sexual ($\beta = -.32$, $p < .001$); por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas todas as outras, ocorre também uma modificação de $-.32$ desvios padrão no índice feminino de satisfação sexual (Tabela 63).

Tabela 63. Preditores psicopatológicos da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* (n = 487)

Preditores	B	SE B	β
Somatização	.06	.78	.00
Obsessões-compulsões	-4.18	.92	-.32***
Sensibilidade interpessoal	.34	.89	.03
Depressão	-1.76	.93	-.15
Ansiedade	-1.69	1.11	-.12
Hostilidade	-1.23	.82	-.09
Ansiedade fóbica	.48	.88	.03
Ideação paranóide	-1.13	.81	-.09
Psicoticismo	1.78	1.15	.12

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/9 = .0056$; $p = .01/9 = .0011$; $p = .001/9 = .0001$)

3. *Discussão e conclusões*

Neste capítulo, pretendia-se avaliar em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual, no que respeita às várias dimensões de psicopatologia consideradas. Na sequência das análises efectuadas, alguns dados revelaram-se interessantes, e outros, inesperados.

Os resultados do presente estudo permitiram confirmar parcialmente a Hipótese 1, sendo que, depois de controlado o efeito das variáveis demográficas, as mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente às menos funcionais, apresentaram valores significativamente inferiores nas dimensões de Ansiedade, Depressão e Obsessões-Compulsões, tal como previsto, mas também em termos de Psicoticismo e Hostilidade. As dimensões de Ansiedade, Obsessões-Compulsões e Psicoticismo foram as que registaram diferenças de maior magnitude, entre os grupos de funcionamento sexual.

Os resultados corroboraram também parcialmente a Hipótese 2. Uma vez controlado o efeito das variáveis demográficas, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentaram valores mais baixos de Ansiedade e Obsessões-Compulsões, mas não de Depressão. Além disso, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mais satisfeitas pontuaram significativamente mais baixo a nível das Sensibilidade Interpessoal, assim como na dimensão Psicoticismo, ainda que nesta última com uma diferença de menor magnitude.

As mulheres sexualmente mais funcionais foram as que revelaram níveis menos elevados de ansiedade, dado congruente com investigações prévias que revelaram elevada comorbilidade entre perturbações de ansiedade e problemas sexuais (Catalan et al., 1990; Derogatis et al., 1981; Minnen & Kampman, 2000; Safir & Almagor, 1991; van Lankveld & Grotjohann, 2000). Em termos de causalidade, perante a ausência de dados conclusivos, neste estudo ou decorrentes da literatura, que permitam afirmar direcções únicas, parece-nos legítimo supor que, num registo positivo, níveis baixos de ansiedade, nervosismo, tensão, ataques de pânico ou apreensão, possam contribuir para uma resposta sexual mais funcional, não sendo também de excluir o efeito positivo do bom funcionamento sexual em termos de diminuição da sintomatologia ansiosa. Conquanto o BSI não nos permita traçar diagnósticos específicos, a partir da revisão da

literatura efectuada, podemos hipotetizar que os sintomas de ansiedade mais elevados nas mulheres menos funcionais, tenham sobretudo a ver com o pânico (Figueira et al., 2001; Mercan et al., 2006). A magnitude das diferenças entre os grupos de satisfação sexual, ao nível da ansiedade, embora sendo mais baixa do que para o funcionamento sexual, aponta no mesmo sentido, pelo que a mesma lógica compreensiva poderá aplicar-se, neste caso. O facto das mulheres sexualmente menos satisfeitas apresentarem mais sintomatologia ansiosa apoia os estudos, escassos, que relacionam satisfação sexual e ansiedade, demonstrando associação negativa entre ambas (Minnen & Kampman, 2000; Purdon & Holdaway, 2006).

No que respeita à sintomatologia depressiva, o facto de os valores serem tendencialmente mais elevados nas mulheres com níveis de funcionamento sexual mais baixos, parece convergir com uma grande parte da literatura empírica, demonstrando a existência de forte associação entre humor deprimido e problemáticas sexuais (Baldwin, 2001; Clayton, 2001; Derogatis et al., 1981; Dobkin et al., 2006; Werneke et al., 2006). Mesmo em amostras não clínicas ou com níveis de sintomatologia depressiva mais moderados, existem evidências de diminuição do interesse sexual (Kuffel & Heimen, 2006). Facilmente se compreende que sintomas indicadores de tristeza acentuada, falta de motivação e desinteresse pela vida, possam interferir negativamente, em termos de excitação, orgasmo ou problemas de dor sexual (Dunn et al., 1999; Frohlich & Meston, 2002; Graziottin, 1998; Kennedy et al., 1999; Meana et al., 1998). É igualmente aceitável que eventuais dificuldades de natureza sexual, no grupo sexualmente menos funcional, possam promover sentimentos de tristeza e desânimo, ou mesmo agravamento de sintomatologia depressiva (prévia ou não).

Enquanto os resultados referentes à dimensão Depressão suportaram a hipótese formulada para os grupos de funcionamento sexual, o mesmo não sucedeu no que diz respeito à satisfação sexual, uma vez que os grupos com maior e menor satisfação sexual não revelaram diferenças significativas entre si a este nível. Ora, com base nos resultados sugeridos por estudos prévios, indicando uma associação significativa entre depressão e satisfação sexual reduzida (Frohlich & Meston, 2002; Gallicchio et al., 2007; Gitlin, 1995; Henderson et al., 2009; Minnen & Kampman, 2000), tal seria de esperar. Uma das possíveis explicações para esta discrepância poderá assentar na hipótese das mulheres com pior funcionamento sexual não considerarem os seus

relacionamentos sexuais insatisfatórios e, como tal, não apresentarem alterações negativas do humor, provavelmente mais associadas à resposta sexual. Por outro lado, além de distinta do funcionamento sexual, a satisfação sexual pode ser uma dimensão das experiências sexuais femininas relativamente independente da sintomatologia depressiva, ou cujo relacionamento com esta seja mediado por terceiras variáveis. De resto, e ainda que inesperado, o resultado aqui encontrado é convergente com o que Kuffel e Heiman (2006) verificaram num estudo experimental, não clínico, igualmente revelador da ausência de diferenças entre mulheres com humor mais e menos deprimido no que respeita à satisfação sexual.

A dimensão Obsessões-Compulsões revelou ser diferenciadora de diferentes níveis de funcionamento sexual nas mulheres, sendo as menos funcionais as que obtiveram índices mais elevados nesta dimensão. Este resultado parece reforçar a ideia de que existe relação entre a resposta sexual das mulheres e a presença de rigidez cognitiva, indesejabilidade e percepção de incontroabilidade perante determinadas cognições, impulsos e comportamentos persistentes e ego-distónicos assim como outra sintomatologia característica da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, ideia esta demonstrada nalguns estudos prévios (Aksaray et al., 2001; Minnen & Kampman, 2000; Steketee, 1997; Vulink et al., 2006). Por outro lado, o facto das mulheres sexualmente menos satisfeitas apresentarem níveis de obsessividade superiores, comparativamente às menos satisfeitas, além de fazer sentido conceptual e clinicamente, como adiante desenvolveremos, é convergente com os dados dos escassos estudos encontrados na literatura a este respeito (Minnen & Kampman, 2000; Staebler et al., 1993).

Embora a dimensão Sensibilidade Interpessoal não tenha sido especificamente considerada nas hipóteses inicialmente formuladas, dada a escassez de estudos nesta área, o facto das mulheres sexualmente menos satisfeitas pontuarem mais alto neste índice psicopatológico, não é totalmente surpreendente. Parece-nos compreensível que alguém que sente e percebe a sua intimidade e os seus relacionamentos sexuais de modo insatisfatório, tenda a experienciar mais sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, hesitação, assim como níveis mais elevados de desconforto e timidez, durante as interações, sobretudo as mais íntimas. Este resultado parece ir de encontro ao sugerido pelos dados clínicos obtidos por Derogatis e colaboradores (1979, 1981) com uma amostra de indivíduos sexualmente disfuncionais, designadamente a presença

de elevados índices de perturbação psicológica nestes últimos, incluindo também indicadores de maior sensibilidade interpessoal (Derogatis & Meyer, 1979; Derogatis et al., 1981). Do mesmo modo, mas na direcção inversa, é possível conceber que a existência de dificuldades de natureza interpessoal, nomeadamente elevada sensibilidade (“Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses”) ou baixa auto-confiança nas interacções e auto-depreciação na comparação com os outros (e.g., Sentir-se inferior aos outros”; Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si”; Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas”), possa dificultar, junto do parceiro, o estabelecimento de uma intimidade favorável ao bem-estar sexual subjectivo e ao prazer decorrente do encontro sexual, traduzido numa maior satisfação com a sua sexualidade.

O facto da dimensão Hostilidade diferenciar significativamente as mulheres mais e menos funcionais, ainda que não previsto com base na literatura, não deixa de ter algum enquadramento, sobretudo se considerarmos que manifestações gerais de hostilidade (e.g., agressão, irritabilidade, raiva e ressentimento), facilmente podem inibir a expressão sexual, particularmente a nível do desejo e excitação, bem como criar um contexto desfavorável às interacções sexuais. Em certa medida, este resultado é congruente com o efeito negativo da irritação (e, em menor grau, da ansiedade) no desejo sexual feminino, encontrado por Beck e Bozman (1995) em contexto laboratorial. Acrescente-se que, nesse estudo, as mulheres, significativamente mais do que os homens, referiram ainda que provavelmente teriam terminado o encontro sexual durante a condição experimental indutora de irritação ou raiva (estímulos auditivos com auto-verbalizações de irritação para com os parceiros e verbalizações negativas de supostos parceiros sexuais para com a participantes), o que atesta o efeito negativo deste tipo de emoção na resposta e comportamento sexual. Por outro lado, não deixa também de fazer sentido que uma mulher com maiores dificuldades em termos de desejo, excitação, lubrificação e orgasmo ou problemas relacionados com a dor sexual, possa igualmente apresentar-se mais zangada ou irritada, consigo própria, com o parceiro, ou em geral. Não obstante a magnitude da diferença entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento não ser muito elevada em termos de hostilidade, e ainda que não tivessem sido encontrados outros estudos relacionando directamente a hostilidade de uma mulher, tal como avaliada pelo BSI, com a sua resposta sexual, o presente resultado sugere, no mínimo, aprofundamento desta temática.

Perante a ausência de estudos comunitários que relacionem as experiências sexuais femininas com níveis não clínicos de psicoticismo, como os que caracterizam esta amostra, o facto de as mulheres sexualmente menos funcionais e menos satisfeitas apresentarem valores significativamente mais elevados nesta dimensão do BSI, remetem-nos para um nível de discussão sub-clínico. Assim, por paralelismo com as situações clínicas em que frequentemente ocorrem sintomas psicóticos, como é o caso da Esquizofrenia ou da Perturbação Bipolar, o presente resultado é, de certo modo, convergente com os estudos reveladores de forte associação negativa entre o funcionamento sexual e estas patologias mais severas (e.g., Fan et al., 2007), geralmente acompanhadas de anti-psicóticos, o que agrava consideravelmente as queixas sexuais (e.g., Baggaley, 2008). Por exemplo, num dos poucos estudos que estudaram a sexualidade de indivíduos com Esquizofrenia e Perturbação Esquizo-Afectiva, de ambos os sexos, Fan e colaboradores (2007) encontraram níveis elevados de perturbação associada a dificuldades sexuais acentuadas, na maioria deles. Nas mulheres, os valores mais elevados de psicopatologia geral e de sintomas psicóticos específicos, mostraram estar significativamente associados com maiores problemas a nível da excitação e do orgasmo (Fan et al., 2007). Ainda num nível clínico, são vários os estudos que mostram que experiências sexuais traumáticas, nomeadamente de abuso sexual, podem conduzir a experiências psicóticas, incluindo predisposição para alucinações, dissociação ou perda de contacto com a realidade (e.g., Kilcommons et al., 2008). No registo não clínico em que se situa a presente amostra, poderemos colocar a hipótese de as mulheres que vivem num ambiente emocional de maior isolamento (correspondente aos itens “Grande dificuldade em sentir-se ‘próxima’ de outra pessoa” ou “Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas”), assim como as que experienciam estranheza ou controlo do pensamento (e.g., “Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça”; Ter a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos”), estarem menos disponíveis, cognitivamente e afectivamente, para o envolvimento sexual, experienciando menores níveis de funcionamento e satisfação nas suas interacções sexuais. Complementarmente, o facto de uma mulher ter experiências sexuais menos positivas e gratificantes, poderá contribuir para que se sinta menos próxima da outra pessoa (neste caso, do parceiro sexual), mais “estranha”, em si mesma, ou até mais culpabilizada (“Ter a ideia de que deveria ser castigada pelos seus pecados”).

O segundo objectivo proposto para este capítulo era o de tentar perceber a importância relativa das diferentes dimensões de psicopatologia no funcionamento e na satisfação sexual feminina.

No que respeita ao funcionamento sexual, a Hipótese 3 foi infirmada, excepto para a dimensão relativa às obsessões-compulsões que revelou ser a única preditora significativa do funcionamento sexual feminino, quando controladas todas as restantes.

A Hipótese 4, relativa ao contributo das diferentes dimensões de psicopatologia a nível da satisfação sexual, foi igualmente refutada na sua quase totalidade uma vez que, depois de controladas as restantes, somente a dimensão referente às obsessões-compulsões revelou ter capacidade preditiva significativa em relação à satisfação sexual.

A presença de traços obsessivo-compulsivos e o perfeccionismo associado pode manifestar-se numa maior dificuldade em direccionar a atenção para os estímulos sexuais, do mesmo modo que a necessidade de controlo pode dificultar o pleno desfrutar do acto sexual, traduzindo-se em menores níveis de desejo e excitação, bem como satisfação e bem-estar sexual. Do mesmo modo, a hipótese referente ao evitamento sexual, revigorada por Minnen e Kampman (2000), enquanto “esforço de prevenir a contaminação, fracasso ou perda de controlo” (p. 50), constitui também uma possibilidade explicativa. No entanto, em desacordo com uma outra interpretação apresentada por esses mesmos autores, relativamente à insatisfação sexual como queixa inespecífica comum a várias perturbações neuróticas (depressão, ansiedade, somatização) (Minnen & Kampman, 2000), o presente estudo vem revelar que a patologia obsessiva se encontra associada, de modo particular, à satisfação sexual (bem como ao funcionamento sexual), resultado este que se torna evidente somente quando se analisa conjuntamente a capacidade explicativa das diferentes dimensões de psicopatologia nas experiências sexuais femininas.

Relativamente à ansiedade e à sintomatologia depressiva, conquanto não tenham apresentado capacidade explicativa relativamente ao funcionamento e satisfação sexual nas mulheres, ao contrário do esperado, tal não exclui a possibilidade destas dimensões se encontrarem de algum modo relacionadas com a resposta sexual. Uma das hipóteses que nos parece plausível considerar, é a de este tipo de sintomatologia poder estar

camuflada ou ser, em grande medida, mediada pela sintomatologia obsessiva. Pensamentos e impulsos de natureza agressiva, sexual e religiosa, rigidez cognitiva, obsessões somáticas, compulsões de verificação ou outros impulsos e comportamentos indesejados e ego-distônicos, característicos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, são frequentemente acompanhados de humor negativo e níveis elevados de ansiedade (Hasler, LaSalle-Ricci, Ronquillo, Crawley, Cochran, Kazuba, et al., 2005; Steketee, 1997). Outros elementos que revelaram diferenciar mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual, como o psicoticismo, a sensibilidade interpessoal (apenas no caso da satisfação sexual), e a hostilidade (somente no caso do funcionamento sexual), poderão enquadrar-se na mesma lógica uma vez que todos eles apresentam relação com a sintomatologia obsessiva.

Por outro lado, o facto da presente amostra ser não clínica, provavelmente apresentando valores mais baixos de psicopatologia, dificulta a saliência de alguma sintomatologia, como a depressiva ou a ansiosa, por exemplo, que de outro modo, mesmo que considerada conjuntamente com as restantes dimensões, como no presente estudo, poderia revelar-se mais importante para explicar o funcionamento e a satisfação sexual. Talvez fosse interessante explorar esta hipótese recorrendo a uma amostra clínica, com diferentes quadros psicopatológicos.

Em síntese, este estudo com uma amostra comunitária, além de alargar a possibilidade de generalização de alguns resultados anteriormente obtidos somente com amostras clínicas, revela ainda dados novos, sobretudo no que respeita à patologia obsessiva. Estes últimos podem igualmente revestir-se de utilidade clínica, em termos de sugestões para a pesquisa de eventuais problemas sexuais especificamente em mulheres com queixas obsessivas ou com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, assim como apontando a necessidade de explorar, particularmente, a sintomatologia obsessiva nas mulheres que apresentam queixas de natureza sexual, em termos de funcionamento ou a nível da satisfação com a sua vida sexual. Seria importante em futuros estudos, clínicos e/ou não clínicos, explorar que tipos de obsessões específicas mais se relacionam com a satisfação em geral ou com aspectos particulares da resposta sexual.

Por último, importa salientar que, apesar das análises e considerações efectuadas, a ausência de uma relação causal clara ou directa entre psicopatologia e sexualidade, justifica parcimónia quanto às ilações decorrentes destes resultados.

CAPÍTULO XVI.
Variáveis Cognitivas,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Em suma, a influência das variáveis cognitivas no funcionamento sexual, além de fazer sentido conceptualmente, tem vindo a ser demonstrada nos estudos empíricos mais recentes, particularmente no que respeita ao papel das crenças, fantasias e foco de atenção durante a actividade sexual (e.g., De Jong, 2009; Leitenberg & Henning, 1995; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre et al., 2003; Wiegel et al., 2007). Quanto ao foco de atenção, os estudos sugerem a dupla possibilidade, quer a de interferir negativamente com o funcionamento sexual, sobretudo se houver distração dos estímulos sexuais, quer a possibilidade oposta, ou seja, a de auxiliar na resposta sexual, se houver um foco nas sensações de prazer e nos estímulos eróticos (Laan et al., 1993; Meston, 2006; Trapnell et al., 1997). Alguns estudiosos têm também sugerido que diversas preocupações podem interferir negativamente com a resposta sexual da mulher mas trata-se mais de sugestões teóricas do que propriamente de resultados empíricos (e.g., Bancroft et al., 2003; Tiefer, 1996; 2003). Quanto às experiências de satisfação sexual feminina, não foram encontrados muitos dados que permitissem perceber em que medida as variáveis cognitivas consideradas terão ou não a mesma relevância que a sugerida para o funcionamento sexual. Além disso, escasseiam investigações que explorem simultaneamente o contributo relativo das diferentes dimensões cognitivas nas experiências sexuais das mulheres.

Neste capítulo, pretende-se averiguar se existem diferenças entre mulheres sexualmente mais e menos funcionais, bem como entre mulheres mais e menos satisfeitas sexualmente, a nível das variáveis cognitivas consideradas. Adicionalmente, espera-se contribuir para clarificar a capacidade preditiva das crenças sexuais, fantasias, preocupações e foco de atenção durante a actividade sexual, nas experiências sexuais femininas. A partir destes objectivos e tendo em conta a revisão da literatura apresentada, pretende-se que o presente estudo permita testar as hipóteses seguintes:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, e após controlado o efeito das variáveis demográficas, apresentem menos crenças sexuais disfuncionais,

foco da atenção mais centrado no prazer e menos na avaliação corporal, maior frequência de fantasias sexuais e menos preocupações durante a actividade sexual;

- H2: Esperamos que as mulheres mais satisfeitas sexualmente apresentem menos crenças sexuais disfuncionais, que o seu foco da atenção seja mais centrado no prazer e no comportamento sexual e menos na avaliação corporal, menos preocupações e mais fantasias durante a actividade sexual, em comparação com as mulheres sexualmente menos satisfeitas;

- H3: Esperamos que as dimensões cognitivas constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino, em particular as crenças sexuais relacionadas com o papel da idade e com a imagem corporal/ beleza física, as preocupações durante a actividade sexual, o uso de fantasias sexuais durante a actividade sexual e o foco da atenção mais centrado no prazer e no comportamento sexual e menos na avaliação corporal;

- H4: Esperamos que as dimensões cognitivas consideradas constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Variáveis cognitivas em função do funcionamento sexual

a) Crenças sexuais

De forma a ser possível estudar a relação entre as crenças sexuais disfuncionais e o funcionamento sexual feminino, procedeu-se a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA), na qual o funcionamento sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos funcional; 2 = grupo sexualmente mais funcional) foi assumido como variável independente. As pontuações em quatro dimensões da versão feminina do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) foram consideradas como variáveis dependentes. As variáveis sociodemográficas idade e habilitações literárias foram incluídas na análise, como covariáveis, a fim de se controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, uma vez que este se mostrou estatisticamente significativo, quer para a idade, $\Lambda = .88$, $F(20, 1467) = 2.68$, $p < .001$, η^2 parcial = .03, quer para as habilitações literárias, $\Lambda = .91$, $F(24, 1543) = 1.81$, $p < .05$, η^2 parcial = .02. A análise

multivariada para o funcionamento sexual, após controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, indicou um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .84$, $F(4, 487) = 22.58$, $p < .001$, η^2 parcial = .16.

Para se analisarem as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual a nível das crenças sexuais consideradas, realizaram-se posteriormente análises univariadas da variância (ANOVAs). Após ajustamento dos níveis de significância, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni, os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, mostrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de funcionamento sexual (Tabela 64).

Tabela 64. Crenças sexuais disfuncionais, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade e habilitações literárias) ($n = 494$).

Crenças sexuais disfuncionais	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 490)	η^2
	Menos funcional ($n = 98$)		Mais funcional ($n = 396$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Conservadorismo sexual	18.92	.56	14.65	.27	46.10***	.086
Desejo sexual como pecado	8.32	.25	5.79	.12	83.55***	.146
Cr. sex. relacionadas com a idade	8.65	.28	6.63	.14	40.10***	.075
Cr. sex. rel. com a imagem corporal	6.87	.22	5.26	.11	41.60***	.078

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/4 = .0125$; $p = .01/4 = .0025$; $p = .001/4 = .0003$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e habilitações literárias.

As mulheres do grupo sexualmente menos funcional apresentam pontuações significativamente superiores ($p < .001$) em todas as dimensões de crenças sexuais disfuncionais, assumindo as diferenças maior magnitude na dimensão Desejo Sexual como Pecado, $F(1, 490) = 83.55$, $p < .001$, η^2 parcial = .15.

b) Foco de atenção durante a actividade sexual

Para se analisar a relação entre o funcionamento sexual e as variáveis ordinais referentes ao foco de atenção da mulher durante a actividade sexual, utilizou-se o teste

não-paramétrico U de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nos seis itens relativos ao foco de atenção durante a actividade sexual: centrado no prazer (seu e do companheiro), centrado no comportamento sexual (seu e do companheiro), centrado na avaliação do corpo (por si e imaginada no companheiro).

Os resultados referentes ao teste U de Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual quanto ao foco de atenção no seu próprio prazer ($z = -10.06, p < .001$), no prazer do companheiro ($z = -9.45, p < .001$), no seu próprio comportamento sexual ($z = -9.81, p < .001$) e no comportamento sexual do companheiro ($z = -9.75, p < .001$). As diferenças quanto ao foco de atenção na avaliação corporal, embora significativas, são menos acentuadas (respectivamente, $z = -2.89, p < .01$, para a forma como a mulher vê o seu corpo e $z = -3.07, p < .01$, para o modo como a mulher imagina que o companheiro vê o seu corpo) (Tabela 65). As mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam pontuações superiores em todos os itens considerados, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais.

Tabela 65. Foco de atenção durante a actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste U de Mann-Whitney ($n = 496$).

Foco de atenção durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual		z
	Menos funcional ($n = 99$)	Mais funcional ($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
No seu próprio prazer	126.72	278.87	-10.06***
No prazer do companheiro	135.36	276.71	-9.45***
No seu comportamento sexual	129.33	278.22	-9.81***
No comportamento sexual do companheiro	166.36	268.98	-6.75***
Na forma como vê o seu corpo	212.41	257.50	-2.89**
Como pensa que o companheiro vê o seu corpo	210.18	258.06	-3.07**

** $p < .01$. *** $p < .001$

c) Fantasias sexuais

A relação entre o funcionamento sexual da mulher e as variáveis ordinais respeitantes ao uso de fantasias foi analisada mediante recurso ao teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se o funcionamento sexual como variável independente (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes, assumiram-se os valores obtidos nos itens referentes ao uso de fantasias sexuais durante a relação sexual e/ou masturbação, usadas como forma de aumentar envolvimento e prazer na actividade sexual e fantasias que surgem no dia-a-dia, fora do contexto sexual.

De acordo com os valores obtidos no teste *U* de Mann-Whitney, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual, em todos os itens considerados ($p < .001$) (Tabela 66). As mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam valores médios superiores de fantasias durante a actividade sexual e a masturbação, referem mais as fantasias como forma de aumentar o envolvimento e o prazer sexual e descrevem frequências superiores de fantasias que ocorrem espontaneamente (no dia a dia, fora do contexto sexual), comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais.

Tabela 66. Fantasias sexuais, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

Fantasias sexuais	Grupos de funcionamento sexual		<i>z</i>
	Menos funcional	Mais funcional	
	($n = 99$)	($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Ocorrem durante actividade sexual	176.18	266.54	-5.78***
Ocorrem durante masturbação	186.63	263.93	-4.93***
Aumentam o envolvimento sexual	181.17	265.29	-5.38***
Aumentam o prazer sexual	172.81	267.38	-6.03***
Ocorrem espontaneamente, no dia-a-dia	171.09	267.80	-6.24***

*** $p < .001$

d) Preocupações durante a actividade sexual

De modo a analisar a relação entre o funcionamento sexual e as variáveis ordinais referentes a possíveis preocupações da mulher durante a actividade sexual, utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nos sete itens relativos a eventuais preocupações durante a actividade sexual.

Os resultados referentes ao teste *U* de Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual quanto à preocupação com a gravidez não desejada ($z = -4.71, p < .001$) e com a dor ou desconforto físico ($z = -4.72, p < .001$). Embora com um nível de significância mais baixo, foram também encontradas diferenças significativas entre os grupos a nível da preocupação com doenças sexualmente transmissíveis ($z = -2.04, p < .05$) (Tabela 67). As mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam pontuações superiores nas preocupações relativas à gravidez não desejada. As mulheres sexualmente menos funcionais, por seu turno, apresentam valores médios mais elevados no tocante à preocupação com a dor ou desconforto físico e doenças sexualmente transmissíveis.

Tabela 67. Preocupações durante a actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

Preocupações durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual		z
	Menos funcional	Mais funcional	
	($n = 99$)	($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Gravidez não desejada	191.11	262.81	-4.71***
Doenças sexualmente transmissíveis	254.26	225.42	-2.03*
Dor ou desconforto físico	305.05	234.40	-4.72***
Perder o controlo	247.60	248.72	-.09
Ser abandonada e/ou rejeitada	255.22	246.82	-.67
Ser abusada física e/ou emocionalmente	248.34	248.54	-.02
Outro tipo de preocupações	247.00	248.87	-.87

* $p < .05$. *** $p < .001$

2.2. Variáveis cognitivas em função da satisfação sexual

a) Crenças sexuais

A análise da relação entre as crenças sexuais disfuncionais e a satisfação sexual feminina foi baseada numa análise multivariada da covariância (MANCOVA), tendo como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e como variáveis dependentes, as pontuações em quatro dimensões de crenças do QCSD. As variáveis sociodemográficas idade e habilitações literárias foram incluídas na análise, como covariáveis, a fim de se controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, uma vez que este se mostrou estatisticamente significativo (cf. análise anterior correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual). A análise multivariada para a satisfação sexual, após controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, indicou um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .95$, $F(4, 487) = 6.74$, $p < .01$, η^2 parcial = .05.

Após ajustamento dos níveis de significância (correção de Bonferroni), os resultados dos testes univariados (Tabela 68) confirmaram os dados da estatística multivariada, mostrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de

satisfação sexual ao nível de todas as crenças disfuncionais consideradas.

As mulheres do grupo sexualmente menos satisfeito apresentam pontuações significativamente superiores ($p < .001$) em todas as dimensões de crenças sexuais disfuncionais. As diferenças assumem maior magnitude na dimensão Crenças Sexuais Relacionadas com a Idade, $F(1, 490) = 22.29$, $p < .001$, η^2 parcial = .05. Nas dimensões Conservadorismo Sexual, Desejo Sexual como Pecado e Crenças Sexuais Relacionadas com a Imagem Corporal, a magnitude das diferenças é apenas ligeiramente inferior e sensivelmente idêntica (η^2 parcial = .03).

Tabela 68. Crenças sexuais disfuncionais, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 494$).

Crenças sexuais disfuncionais	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 490)	η^2
	Menos satisfeito ($n = 237$)		Mais satisfeito ($n = 257$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Conservadorismo sexual	16.63	.35	14.55	.34	17.35***	.03
Desejo sexual como pecado	6.78	.16	5.89	.16	14.68***	.03
Cr. sex. relacionadas com a idade	7.66	.18	6.47	.17	22.29***	.05
Cr. sex. rel. com a imagem corporal	5.98	.14	5.25	.14	13.66***	.03

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/4 = .0125$; $p = .01/4 = .0025$; $p = .001/4 = .0003$)

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade e habilitações literárias.

b) Foco de atenção durante a actividade sexual

De modo a analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis ordinais referentes ao foco de atenção da mulher durante a actividade sexual, utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. A satisfação sexual entrou na análise como variável independente (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e, como variáveis dependentes, assumiram-se os valores obtidos nos seis itens relativos ao foco de atenção durante a actividade sexual.

Os resultados obtidos mostraram a existência de diferenças estatisticamente

significativas entre os dois grupos de satisfação sexual quanto ao foco de atenção no seu próprio prazer ($z = -7.48, p < .001$), no prazer do companheiro ($z = -7.32, p < .001$), no seu próprio comportamento sexual ($z = -7.56, p < .001$) e no comportamento sexual do companheiro ($z = -5.41, p < .001$). Nos itens referentes ao foco de atenção na avaliação corporal (i.e., modo como a mulher vê o seu corpo e como imagina que o companheiro vê o seu corpo), as diferenças encontradas não revelam significância estatística (Tabela 69). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentam pontuações superiores em todos os itens considerados, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas.

Tabela 69. Foco de atenção durante a actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste U de Mann-Whitney ($n = 496$).

Foco de atenção durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual		z
	Menos satisfeito	Mais satisfeito	
	($n = 239$)	($n = 257$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
No seu próprio prazer	201.58	292.12	-7.48***
No prazer do companheiro	203.10	290.72	-7.32***
No seu comportamento sexual	200.92	292.75	-7.56***
No comportamento sexual do companheiro	214.41	280.20	-5.41***
Na forma como vê o seu corpo	244.32	252.39	-.65
Como pensa que o companheiro vê o seu corpo	242.50	254.08	-.93

*** $p < .001$

c) Fantasias sexuais

Para se analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis ordinais respeitantes ao uso de fantasias, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nos itens referentes ao uso de fantasias sexuais.

De modo geral, os resultados obtidos no teste U de Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação

sexual, em todos os itens ($p < .001$). (Tabela 70). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referem, em média, maior recurso às fantasias durante a actividade sexual e durante a masturbação, referem mais as fantasias como forma de aumentar o envolvimento e o prazer sexual e descrevem valores médios superiores de fantasias que ocorrem espontaneamente (no dia-a-dia, fora do contexto sexual), comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas.

Tabela 70. Fantasias sexuais, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste U de Mann-Whitney ($n = 496$).

Fantasias sexuais	Grupos de satisfação sexual		z
	Menos satisfeito	Mais satisfeito	
	($n = 239$)	($n = 257$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Ocorrem durante actividade sexual	223.59	271.67	-3.84***
Ocorrem durante masturbação	222.06	273.09	-4.07***
Aumentam o envolvimento sexual	214.88	279.77	-5.19***
Aumentam o prazer sexual	216.01	278.72	-5.00***
Ocorrem espontaneamente, no dia-a-dia	222.62	272.57	-4.03***

*** $p < .001$

d) Preocupações durante a actividade sexual

Por forma a analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis ordinais referentes a preocupações da mulher durante a actividade sexual, utilizou-se o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. A satisfação sexual entrou na análise como variável independente (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e, como variáveis dependentes, assumiram-se os valores obtidos nos sete itens relativos a possíveis preocupações durante a actividade sexual.

Os resultados obtidos revelaram existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação sexual quanto à preocupação com a dor ou desconforto físico ($z = -.5.17$, $p < .001$), medo de perder o controlo ($z = -.2.76$, $p < .01$), ($z = -.7.56$, $p < .001$) e medo de ser abusada física e/ou emocionalmente ($z = -.3.11$, $p < .01$). Embora com um nível de significância mais baixo, existem também

diferenças significativas entre os grupos a nível da preocupação em relação à possibilidade de ser abandonada e/ou rejeitada ($z = -.2.22, p < .05$) (Tabela 71). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentam pontuações inferiores em todos os itens relativos às preocupações, excepto no que respeita à preocupação com a gravidez não desejada, mais elevada nestas do que nas mulheres sexualmente menos satisfeitas (apesar de não se tratar de uma diferença com significância estatística).

Tabela 71. Preocupações durante a actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

Preocupações durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual		z
	Menos satisfeito ($n = 239$)	Mais satisfeito ($n = 257$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Gravidez não desejada	242.75	253.85	-.91
Doenças sexualmente transmissíveis	253.23	244.11	-.80
Dor ou desconforto físico	280.54	218.70	-5.17***
Perder o controlo	262.94	235.08	-2.76**
Ser abandonada e/ou rejeitada	260.04	237.77	-2.22*
Ser abusada física e/ou emocionalmente	261.15	236.74	-3.11**
Outro tipo de preocupações	249.07	247.97	-.64

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

2.3. Preditores cognitivos do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada às variáveis cognitivas, assim como avaliar, especificamente, a sua capacidade preditiva, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, com o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, as crenças sexuais disfuncionais, e, depois de transformados em *dummy*, as variáveis ordinais referentes ao foco de atenção durante a actividade sexual**, uso de fantasias** e preocupações durante a actividade sexual**²⁶. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério.

²⁶ Os itens ordinais assinalados, por não apresentarem um número de classes igual ou superior a 7, condição indispensável para que pudessem ser incluídos na análise de regressão linear, foram

Para a análise das variáveis preditoras tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise de regressão múltipla evidenciou um modelo significativo, $F(22, 471) = 15.76$, $p < .001$, permitindo explicar 40% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .397).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que os únicos preditores do funcionamento sexual são o foco de atenção da mulher no seu próprio prazer ($\beta = .28$, $p < .001$) e a preocupação com a dor ou desconforto físico, ($\beta = -.22$, $p < .001$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde, respectivamente, uma modificação de .28 e de -.22 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. Os itens referentes ao uso de fantasias e as crenças sexuais revelaram não ter capacidade preditiva significativa no que respeita à satisfação sexual. (Tabela 72).

transformados em variáveis dicotómicas e, depois, em *dummy* (Hardy, 1993; O'Grady & Medoff, 1988). Para cada um dos itens referentes ao foco de atenção e ao uso de fantasias, procedeu-se à transformação de tal modo que, às opções de resposta “nunca” e “poucas vezes”, passou a corresponder o valor de 0; o valor de 1 foi atribuído às alternativas de resposta “ocasionalmente”, “muitas vezes” e “sempre”. No caso dos itens referentes às preocupações, a recodificação processou-se de tal forma que o valor de 1 passou a corresponder às opções desde “alguma coisa” até “muitíssimo” e o valor de 0 foi atribuído à opção “nada”.

Tabela 72. Preditores cognitivos do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 494$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Crenças sexuais disfuncionais</i>			
Conservadorismo sexual	-.08	.05	-.10
Desejo sexual como pecado	-.28	.13	-.15
Cr. sexuais relacionadas com idade	-.16	.09	-.09
Cr. sexuais relacionadas com imagem corporal	.17	.14	.07
<i>Foco de atenção durante a actividade sexual</i>			
No seu próprio prazer	5.11	.79	.28***
No prazer do companheiro	3.22	1.08	.13
No seu comportamento sexual	2.22	.83	.12
No comportamento sexual do companheiro	-.53	.77	-.03
No modo como vê o seu próprio corpo	.28	.59	.02
No modo como pensa que comp. vê o seu corpo	-.44	.62	-.03
<i>Fantasias</i>			
Durante actividade sexual	.14	.58	.01
Durante masturbação	-.05	.53	-.01
Aumentam envolvimento sexual	1.21	.79	.10
Aumentam prazer sexual	.86	.74	.07
Ocorrem espontaneamente, no dia-a-dia	.41	.44	.04
<i>Preocupações</i>			
Gravidez não desejada	1.30	.45	.12
Doenças sex. transmissíveis	-.23	.47	-.02
Dor ou desconforto físico	-2.43	.46	-.22***
Perder o controlo	-.04	.55	-.00
Ser abandonada/rejeitada	-.28	.57	-.02
Ser abusada (física/emoc.)	-.80	.68	-.05
Outro tipo de preocupações	-.61	2.53	-.01

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/22 = .00227$; $p = .01/22 = .00046$; $p = .001/22 = .00005$).

2.4. Preditores cognitivos da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva das variáveis cognitivas a nível da satisfação sexual, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, as crenças sexuais disfuncionais e, depois de devidamente transformados em variáveis *dummy*, os itens referentes ao foco de atenção, uso de fantasias e preocupações durante a actividade sexual (cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual). A satisfação sexual (total no *GRISS*) entrou na análise como variável critério.

Da análise de regressão múltipla para a satisfação sexual surgiu um modelo significativo, $F(22, 471) = 13.14, p < .001$, explicativo de 35% da variabilidade (R^2 Ajustado = .351).

Depois de se ter procedido ao ajustamento dos níveis de significância com a fórmula de correcção de Bonferroni, a análise dos coeficientes de regressão estandardizados revelou como principal preditor da satisfação sexual nas mulheres, o item relativo ao foco de atenção no seu próprio comportamento durante a actividade sexual ($\beta = .18, p < .001$), sendo que, a cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de .18 desvios padrão no índice de satisfação sexual feminina. Constituem ainda preditores significativos da satisfação sexual feminina o foco de atenção no prazer do companheiro ($\beta = .15, p < .05$) e no seu próprio prazer durante a actividade sexual ($\beta = .14, p < .05$). Os resultados da análise de regressão revelaram não existir nenhum preditor significativo da satisfação sexual de entre os itens referentes ao uso de fantasias, preocupações ou crenças sexuais. (Tabela 73).

Tabela 73. Preditores cognitivos da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 494$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Crenças sexuais disfuncionais</i>			
Conservadorismo sexual	-.07	.08	-.06
Desejo sexual como pecado	-.54	.21	-.18
Cr. sexuais relacionadas com a idade	-.34	.15	-.12
Cr. sexuais relacionadas com imagem corporal	.160	.23	.05
<i>Foco de atenção durante a actividade sexual</i>			
No seu próprio prazer	3.95	1.29	.14*
No prazer do companheiro	5.76	1.75	.15*
No seu comportamento sexual	5.15	1.35	.19***
No comportamento sexual do companheiro	-.04	1.26	-.00
No modo como vê o seu próprio corpo	.50	.97	.03
No modo como pensa que comp. vê o seu corpo	-1.11	1.02	-.06
<i>Fantasias</i>			
Durante actividade sexual	.48	.93	.03
Durante masturbação	.48	.87	.03
Aumentam envolvimento sexual	.53	1.30	.03
Aumentam prazer sexual	.58	1.21	.03
Ocorrem espontaneamente, no dia-a-dia	.62	.72	.04
<i>Preocupações</i>			
Gravidez não desejada	1.32	.74	.08
Doenças sex. transmissíveis	-.39	.78	-.02
Dor ou desconforto físico	-1.50	.75	-.09
Perder o controlo	-1.32	.90	-.07
Ser abandonada/rejeitada	-1.27	.94	-.07
Ser abusada (física/emoc.)	-.02	1.12	-.00
Outro tipo de preocupações	-1.85	4.15	-.02

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/22 = .00227$; $p = .01/22 = .00046$; $p = .001/22 = .00005$).

3. *Discussão e conclusões*

Os objectivos deste capítulo passavam por avaliar em que medida existiriam diferenças a nível das crenças sexuais, fantasias, preocupações e foco de atenção durante a actividade sexual, em função do funcionamento e da satisfação sexual das mulheres, bem como tentar clarificar a importância relativa destas diferentes dimensões cognitivas nas experiências sexuais femininas. Na sequência das análises efectuadas, encontraram-se alguns dados interessantes, mas não totalmente convergentes com todas as hipóteses inicialmente formuladas.

Relativamente à Hipótese 1, os resultados encontrados corroboraram, de modo geral, as previsões iniciais. Comparativamente às mulheres com níveis mais baixos de funcionamento sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentaram menos crenças sexuais disfuncionais (diferenças significativas em todas as dimensões de crenças consideradas), mencionaram mais focar a sua atenção no prazer (e também no comportamento sexual) e menos na avaliação corporal, referiram maior frequência de fantasias sexuais durante a actividade sexual, mas também durante a masturbação, espontâneas, e usadas como forma de aumentar o prazer e o envolvimento sexual, e revelaram ter menos preocupações com a dor ou desconforto físico e com doenças sexualmente transmissíveis durante a actividade sexual. Além disso, foi encontrada uma diferença totalmente inesperada em relação à preocupação face a uma eventual gravidez indesejada, preocupação esta mais frequente nas mulheres sexualmente mais funcionais. Por outro lado, em relação à Hipótese 3, somente o foco de atenção da mulher no seu próprio prazer e a preocupação com a dor ou desconforto físico apresentaram valor preditivo face ao funcionamento sexual, explicando 40% da sua variabilidade. No que respeita às crenças e fantasias sexuais, os resultados não mostraram qualquer capacidade explicativa, infirmando a hipótese.

Quanto à Hipótese 2, as previsões gerais foram confirmadas, sendo que o padrão de resultados encontrados para a satisfação foi relativamente idêntico ao do funcionamento sexual. Assim, verificou-se que, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito tiveram pontuações significativamente superiores em todas as dimensões de crenças sexuais disfuncionais, referiram focar mais a sua atenção no prazer e no comportamento sexual, mas não se encontraram diferenças quanto ao foco de atenção na avaliação

corporal, mostraram maior frequência de fantasias sexuais durante a actividade sexual (mas também de fantasias durante a masturbação, espontâneas, e usadas como forma de aumentar o prazer e o envolvimento sexual), e menos preocupações durante a actividade sexual com aspectos como a dor ou desconforto físico, medo de perder o controlo, ser abandonada e/ou rejeitada ou ser abusada física e/ou emocionalmente. Contudo, a Hipótese 4, relativa à capacidade preditiva das diferentes variáveis cognitivas consideradas, foi infirmada na sua quase totalidade. Apenas alguns itens referentes ao foco de atenção durante a actividade sexual mostraram capacidade explicativa quanto à satisfação sexual, especificamente o foco de atenção no seu próprio comportamento e o foco no prazer, seu e do companheiro, explicando, no seu conjunto 35% da variabilidade. As crenças sexuais, preocupações durante a actividade sexual e fantasias sexuais não revelaram qualquer valor preditivo.

No que respeita às crenças sexuais, verificou-se que as mulheres sexualmente menos funcionais apresentaram pontuações significativamente superiores em todas as dimensões de crenças sexuais disfuncionais, assumindo as diferenças maior magnitude na dimensão referente ao desejo sexual como pecado. Os resultados do presente estudo, embora obtidos junto de uma amostra não clínica, apontam na mesma direcção das sugestões de Nobre (2003) e de resultados previamente encontrados, revelando diferenças significativas a nível das crenças sexuais entre mulheres sexualmente funcionais e mulheres com diagnóstico de disfunção sexual (e.g., Nobre, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006, 2008; Nobre et al., 2006). Por outro lado, quando se consideraram simultaneamente todas as restantes dimensões cognitivas (incluindo também fantasias, foco de atenção e preocupações durante a actividade sexual), as crenças não revelaram capacidade preditiva significativa quanto ao funcionamento sexual. Uma possível justificação para esta incongruência de resultados, a nosso ver somente aparente, poderá ter a ver exactamente com o facto de as participantes do nosso estudo serem maioritariamente mulheres sem disfunções sexuais e por conseguinte, provavelmente com uma vulnerabilidade cognitiva para a problemática sexual menos evidente. Por outro lado, estes resultados parecem sugerir que o foco de atenção no decorrer da actividade sexual (sobretudo o foco no prazer), medeia a relação entre as crenças sexuais e o funcionamento sexual, o que se enquadra na conceptualização das crenças sexuais enquanto factores de vulnerabilidade para as dificuldades sexuais, sendo o seu efeito no funcionamento sexual mediado por outras variáveis cognitivas (foco de

atenção e pensamentos automáticos no decorrer da actividade sexual) (Nobre, 2009, 2010).

No que respeita à relação entre crenças e satisfação sexual, apesar de a literatura ser bastante mais escassa, os dados revelaram um padrão bastante semelhante ao do funcionamento sexual. Assim, verificou-se que as mulheres do grupo sexualmente menos satisfeito apresentaram pontuações significativamente superiores em todas as dimensões de crenças sexuais disfuncionais, assumindo as diferenças maior magnitude nas crenças sexuais relacionadas com a idade. Este dado é particularmente curioso dado que a idade não mostrou constituir um preditor significativo da satisfação sexual, ou seja, parece que as ideias acerca do papel da idade (e.g., “com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo”; “depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo”; “após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual”), mais do que a idade em si, podem poder condicionar as experiências sexuais satisfatórias nas mulheres. Apesar do interesse das diferenças encontradas, e tal como aconteceu para o funcionamento sexual, quando foram consideradas conjuntamente com os restantes preditores cognitivos, as crenças não mostraram capacidade preditiva significativa a nível da satisfação sexual, o que pode também estar relacionado com o facto de a amostra do presente estudo ser da população normal e não uma amostra de mulheres com disfunções sexuais.

Quanto ao foco de atenção durante a actividade sexual, o que se verificou foi que, comparativamente às mulheres menos funcionais, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional revelaram focar mais a sua atenção no prazer e nos comportamentos sexuais, seus e do companheiro, durante o acto sexual. Tendo em atenção, por exemplo, as sugestões e resultados positivos demonstrados com o uso do foco sensorial (De Villers, & Turgeon, 2005; Meston, Hull, Levin, & Sipski, 2004), no qual a pessoa é convidada a dirigir o foco da sua atenção para os sentidos e a desfrutar das suas próprias sensações de prazer (Masters & Johnson, 1970), é facilmente compreensível que as mulheres sexualmente mais funcionais revelem de modo mais pronunciado uma tendência para focar a sua atenção no prazer.

Embora as diferenças encontradas quanto ao foco de atenção no comportamento durante a actividade sexual não tivessem sido previstas, este resultado faz algum sentido

se considerarmos alguns dados de estudos laboratoriais prévios mostrando que, nas mulheres, a auto-consciência em contextos sexuais e mesmo as exigências de desempenho (contendo, mesmo que implicitamente, um apelo à observação do seu próprio comportamento), podem favorecer a resposta sexual (Korff & Geer, 1983; Laan et al., 1993; Meston, 2006; Trapnell et al., 1997).

Assim, no seu conjunto, estes resultados parecem indicar que o facto de uma mulher estar consciente do prazer e focar a atenção no que está a acontecer no encontro sexual (em si e no outro) é importante e positivo para as experiências sexuais femininas. Especificamente, em relação ao foco de atenção da mulher no seu próprio prazer durante a actividade sexual, a sua relevância foi além disso corroborada pelos resultados da avaliação conjunta dos diferentes preditores cognitivos, sendo que, na análise de regressão, esta variável mostrou constituir um preditor significativo do funcionamento sexual.

As diferenças quanto ao foco de atenção na avaliação corporal (forma como a mulher vê o seu corpo e como imagina que o companheiro vê o seu corpo), apesar de significativas, mostraram-se menos acentuadas do que as diferenças encontradas nos restantes itens referentes ao foco de atenção, o que provavelmente terá a ver com o facto de a amostra deste estudo não ser uma amostra clínica, na qual seriam de esperar diferenças mais nítidas. Ainda assim, o facto de as mulheres com um nível de funcionamento sexual mais baixo terem revelado dar maior atenção a aspectos relacionados com a imagem corporal, comparativamente às mulheres mais funcionais, é congruente com sugestões prévias no seguimento do paradigma da distracção cognitiva, paradigma este maioritariamente aplicado a mulheres com disfunções sexuais (De Jong, 2009; Dove & Wiederman, 2000; Faith & Schare, 1993; Masters & Johnson, 1970; Seal et al., 2009).

Quanto à relação entre o foco de atenção durante a actividade sexual e a satisfação, os resultados revelaram diferenças significativas em todos os itens considerados, excepto nos itens referentes ao foco de atenção na avaliação corporal (i.e., modo como a mulher vê o seu corpo e como imagina que o companheiro vê o seu corpo). Assim, de modo semelhante ao que foi encontrado para o funcionamento sexual, as mulheres sexualmente mais satisfeitas, comparativamente às menos satisfeitas,

mostraram dar mais atenção ao seu prazer e ao prazer do companheiro, assim como referiram estar mais atentas aos comportamentos sexuais de ambos, durante a actividade sexual.

Além disso, na análise conjunta dos diferentes preditores cognitivos, o foco atencional dirigido para o prazer (seu e do companheiro) e a atenção da mulher aos seus próprios comportamentos sexuais, ou seja, o modo como toca o seu parceiro, se lhe está a dar prazer ou não ou a forma como se movimenta, por exemplo, revelaram capacidade explicativa significativa da satisfação sexual, tendo sido aliás os únicos preditores cognitivos que mostraram relevância estatística.

No seu conjunto, os dados referentes ao foco de atenção mostram-se congruentes com a literatura, sugerindo que o mais importante para a resposta sexual e experiências sexuais satisfatórias, parece ser o alvo da atenção (para onde é dirigido o foco atencional) e a avaliação que se faz disso: sendo a atenção direccionada para sensações eróticas, pensamentos e sentimentos agradáveis, parece ajudar (De Jong, 2009; Laan et al., 1993; Meston, 2006; Trapnell et al., 1997).

Relativamente às fantasias sexuais, embora na análise simultânea de todos os preditores cognitivos do funcionamento sexual nenhum dos itens referentes às fantasias tenha revelado capacidade preditiva, os resultados das análises comparativas mostraram algumas diferenças significativas a este nível em função do funcionamento sexual. Em concordância com algumas sugestões da literatura, verificou-se no presente estudo que as mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente às menos funcionais, apresentaram valores médios significativamente superiores de fantasias durante a actividade sexual e a masturbação, (e.g., Crepault et al., 1977; Jones & Barlow, 1990; Leitenberg & Henning, 1995; Stock & Geer, 1982), referiram mais as fantasias como forma de aumentar o envolvimento e o prazer sexual (Basson, 2001, 2002, 2005; Basson et al., 2004; Heiman & Hatch, 1980; Leitenberg & Henning, 1995) e revelaram maior frequência de fantasias espontâneas, fora do contexto sexual (Basson, 2001, 2005; Jones & Barlow, 1990).

No que diz respeito à relação entre fantasias e satisfação sexual, os resultados mostraram exactamente o mesmo padrão que o encontrado para o funcionamento sexual, ou seja, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referiram maior

recurso às fantasias, quer durante a actividade sexual, quer durante a masturbação, mencionaram recorrer mais às fantasias como forma de aumentar o envolvimento e o prazer sexual e descreveram ter mais fantasias no dia-a-dia, fora do contexto sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas. Embora nenhum dos itens referentes às fantasias tenha mostrado valor preditivo na análise de regressão conjunta com todas as variáveis cognitivas, o facto de terem sido encontradas diferenças em função da satisfação sexual é, só por si, sugestivo de algum tipo de associação entre as fantasias, espontâneas ou não, e as experiências sexuais satisfatórias nas mulheres, tanto mais que alguns dos escassos estudos prévios nesta área sugerem também pistas nesse sentido (Leitenberg & Henning, 1995; Tokatlidis & Over, 1995; Trudel, 2002).

Quanto às preocupações durante a actividade sexual, tal como previsto, verificou-se que as mulheres sexualmente menos funcionais descreveram níveis mais elevados de preocupação com a dor ou desconforto físico e maior preocupação com doenças sexualmente transmissíveis, o que está de acordo com resultados encontrados em estudos anteriores (e.g., Bancroft et al., 2003; Basson, 2001, 2002a, 2002b; Meana & Lykins, 2009; Payne et al., 2005; Tiefer, 2002, 2003).

Contudo, aquando da análise simultânea dos vários preditores cognitivos do funcionamento sexual, verificou-se que, de entre os referentes às preocupações, apenas a preocupação com a dor ou desconforto físico revelou capacidade preditiva, provavelmente uma dimensão ligada a experiências anteriores aversivas, as quais podem frequentemente decorrer, por exemplo, de infecções anteriores, candidíase ou episódios prévios de lubrificação insuficiente (Goldmeier & Leiblum, 2005; Kuppermann et al., 2005; Meana & Lykins, 2009; Payne et al., 2005; Sadeghi-Nejad et al., 2010).

Por outro lado, contrariamente à hipótese inicialmente formulada e em oposição às sugestões da literatura (Bancroft et al., 2003; Graham et al., 2004; Maass, 2007; Tiefer, 1996; 2003), verificou-se que as mulheres com níveis mais elevados de funcionamento sexual, comparativamente ao grupo menos funcional, apresentaram pontuações superiores nas preocupações relativas à gravidez não desejada. Uma das possibilidades explicativas poderá ter a ver com a questão da idade, nomeadamente o facto de as mulheres mais novas, com valores mais elevados no *FSFI*, serem também as que mais facilmente se encontram ainda em idade reprodutiva, e daí o maior receio face

a uma eventual gravidez não planeada ou não desejada. Por outro lado, nalgumas mulheres, o sentido do “perigo” de poderem engravidar, pode emparelhar com o desejo íntimo de serem mães, mesmo sem que tenham condições para tal, e assim contribuir para uma resposta sexual mais elevada, sobretudo em termos de excitação.

A análise da relação entre o tipo de preocupações que podem ocorrer durante a actividade sexual e a satisfação sexual revelou que as preocupações que mais diferenciam as mulheres mais e menos satisfeitas têm a ver com o receio de dor ou desconforto físico, provavelmente relacionado com experiências prévias de algum desconforto a este nível, assim como com a questão do controlo e com aspectos mais relacionados com a segurança emocional e o relacionamento íntimo, como sejam o receio de ser abandonada ou rejeitada e o receio de ser abusada, física ou emocionalmente, o que está de acordo com sugestões prévias (Bancroft, 2009; Bancroft et al, 2003; Basson, 2005). Quanto à preocupação com a gravidez não desejada, verificou-se também uma tendência para ser mais frequente nas mulheres sexualmente mais satisfeitas, o que sugere uma interpretação idêntica à apresentada para o funcionamento sexual, embora, neste caso, a diferença entre grupos de satisfação sexual não tenha sido tão notória e significativa. Por outro lado, e apesar destes dados serem sugestivos, na análise de regressão conjunta com todas as variáveis cognitivas, as preocupações não revelaram capacidade preditiva quanto às experiências sexuais satisfatórias.

Aliás, de um modo geral, e no que diz respeito aos preditores cognitivos, o que parece ter assumido maior centralidade, quer ao nível da satisfação, quer do funcionamento sexual, foi a orientação da atenção para o prazer e comportamentos durante os encontros sexuais, em concordância com algumas sugestões prévias (e.g., De Jong, 2009; Janssen et al., 2000; Seal & Meston, 2007; Trapnell et al., 1997). Este resultado sugere também aprofundamento futuro, nomeadamente no que respeita aos efeitos de abordagens terapêuticas que facilitem o direccionamento da atenção das mulheres para o aqui e agora e para os aspectos positivos das experiências sexuais, como é o caso da terapia cognitiva e mais particularmente as terapias de terceira geração (e.g., Brotto, Basson, & Luria, 2008; De Jong, 2009).

CAPÍTULO XVII.

Bem-estar,

Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Em síntese, embora se encontrem na literatura empírica estudos que documentam a relação entre sexualidade e variáveis referentes ao bem-estar, alguns deles têm vindo a mostrar resultados pouco claros e por vezes contraditórios (e.g., Davidson & McCabe, 2005; Wiederman & Hurst, 1997). Além disso, não só a auto-estima, a satisfação com a vida, a satisfação corporal e a auto-estima sexual podem determinar, de algum modo, a sexualidade feminina, como também as vivências sexuais das mulheres influenciam o bem-estar geral e a auto-estima sexual (e.g., Hurlbert, Fertel, Singh, Fernandez, Menendez, & Salgado, 2005; Rehbein-Narvaez et al., 2006). Alguns dados confirmam que o modo como a mulher se relaciona consigo própria e com a vida apresenta associação com a sua satisfação sexual (e.g., Larson et al., 1998; Song et al., 1995), mas não com o funcionamento sexual ou com dimensões deste, como é o caso da excitação sexual (Belanger et al., 2000; Hurlbert, & Whittaker, 1991). Por outro lado, até ao momento, nenhum dos estudos realizados examinou a auto-estima, a satisfação com a vida, a satisfação corporal e a auto-estima sexual considerando conjuntamente todas estas variáveis no sentido de clarificar o seu papel explicativo a nível no funcionamento e satisfação sexual das mulheres. Foi encontrado apenas um estudo que analisou simultaneamente a auto-estima e a auto-estima sexual como preditores da comunicação sexual (Oattes & Offman, 2007). Em Portugal, não foram encontrados estudos publicados sobre esta temática pelo que o seu estudo se revela pertinente no sentido de contribuir para ampliar o conhecimento acerca da relação entre o bem-estar e as experiências sexuais das mulheres portuguesas.

Neste capítulo pretende-se, especificamente, avaliar a presença de diferenças a nível da auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual entre grupos de mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual e de satisfação sexual. Adicionalmente, espera-se contribuir para clarificar a importância relativa de cada uma destas dimensões, referentes ao bem-estar, no funcionamento e na satisfação sexual feminina. Perante a revisão da literatura apresentada e com estes objectivos, o presente estudo visa determinar o fundamento das hipóteses seguintes:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais apresentem valores mais elevados de auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, após controlado o efeito das variáveis demográficas;

- H2: Esperamos que as mulheres que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito apresentem valores mais elevados de auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, após controlado o efeito das variáveis demográficas;

- H3: Esperamos que as variáveis referentes ao bem-estar consideradas (auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual) constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino;

- H4: Esperamos que as variáveis referentes ao bem-estar consideradas (auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual) constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Bem-estar em função do funcionamento sexual

a) Auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal

A análise da relação entre o funcionamento sexual e as variáveis auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal, teve por base três análises univariadas da covariância (ANCOVA's), assumindo-se, como variável independente, o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes: a pontuação obtida na Escala de Auto-Estima de Rosenberg (*SES*), no caso da primeira ANCOVA; a pontuação obtida na Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*), na segunda ANCOVA; a pontuação obtida na Subescala Insatisfação Geral com o Corpo (*GBDs*), no caso da terceira ANCOVA. Na primeira análise, por terem revelado um efeito significativo sobre a auto-estima, foram introduzidas, como covariáveis, as habilitações literárias $F(6, 488) = 2.53, p < .05; \eta^2$ parcial = .03, a situação profissional reformada (*dummy*), $F(1, 493) = 7.20, p < .05; \eta^2$ parcial = .01, e a religião, $F(1, 493) = 6.73, p < .05; \eta^2$ parcial =

.01. Na segunda análise, a situação profissional reformada (*dummy*) foi introduzida como covariável, por ter apresentado um efeito com significância estatística a nível da satisfação com a vida, $F(1, 495) = 6.37, p < .05; \eta^2$ parcial = .01. Na terceira análise, a covariável introduzida, por ter mostrado um efeito significativo sobre a satisfação corporal, foi a religião, $F(5, 495) = 4.42, p < .05; \eta^2$ parcial = .01.

Após controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada da variância revelou o efeito estatisticamente significativo do funcionamento sexual a nível da auto-estima, $F(1, 489) = 15.13, p < .001; \eta^2$ parcial = .03. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram que as mulheres do grupo sexualmente mais funcional, quando comparadas com as mulheres do grupo menos funcional, apresentam níveis significativamente superiores de auto-estima ($p < .001$) (Tabela 74).

Tabela 74. Auto-estima, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias, situação profissional e religião) ($n = 494$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 489)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	($n = 99$)		($n = 395$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Auto-estima	20.87	.47	22.96	.23	15.13***	.030

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias, situação profissional (reformada) e religião.

Quanto à satisfação com a vida, depois de controlada a situação profissional (reformada), os resultados do teste univariado indicaram o efeito significativo do funcionamento sexual, $F(1, 493) = 24.05, p < .001; \eta^2$ parcial = .05. As mulheres sexualmente mais funcionais mostraram apresentar níveis significativamente superiores na escala *SWLS*, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, ($p < .001$) (Tabela 75).

Tabela 75. Satisfação com a vida, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariável: situação profissional) ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	<i>(n = 99)</i>		<i>(n = 397)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com a vida	21.66	.63	25.18	.31	24.05***	.047

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função da covariável situação profissional (reformada).

No que respeita à satisfação com o corpo, verificou-se o efeito estatisticamente significativo do funcionamento sexual, após controlado o efeito da religião, $F(1, 408) = 16.50$, $p < .001$; η^2 parcial = .04. As mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam níveis significativamente superiores de satisfação corporal, quando comparadas com as mulheres do grupo menos funcional, ($p < .001$) (Tabela 76).

Tabela 76. Satisfação corporal, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariável: religião) ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 491)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	<i>(n = 99)</i>		<i>(n = 397)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação corporal	16.15	.52	18.54	.28	16.50***	.039

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função da covariável religião

b) Auto-estima sexual

Para se analisar a relação entre a auto-estima sexual e o funcionamento sexual feminino, procedeu-se a uma análise univariada da covariância (ANCOVA), tendo como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais), e,

como variável dependente, a pontuação obtida na subescala Auto-Estima Sexual (*SSE*). Por revelarem ter um efeito significativo sobre a auto-estima sexual, a idade, $F(5, 491) = 4.96, p < .001$; η^2 parcial = .05, o estado civil solteira (*dummy*), $F(1, 495) = 7.63, p < .01$; η^2 parcial = .02, as habilitações literárias, $F(6, 490) = 3.90, p < .01$; η^2 parcial = .05, a situação profissional reformada (*dummy*), $F(1, 495) = 20.55, p < .001$; η^2 parcial = .04, o meio (urbano), $F(1, 493) = 10.47, p < .001$; η^2 parcial = .02, e a religião, $F(1, 495) = 14.52, p < .001$; η^2 parcial = .03, foram introduzidos como covariáveis.

A análise univariada da variância revelou o efeito estatisticamente significativo do funcionamento sexual, após controlado o efeito das covariáveis, $F(1, 486) = 117.94, p < .001$; η^2 parcial = .20. Os valores referentes às médias ajustadas mostram que, em termos da sua auto-estima sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam pontuações significativamente superiores ($p < .001$), quando comparadas com as mulheres do grupo menos funcional (Tabela 77).

Tabela 77. Auto-estima sexual em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, meio e religião) ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 486)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	<i>(n = 99)</i>		<i>(n = 397)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Auto-estima sexual	18.28	.80	28.18	.38	117.94***	.195

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, estado civil (solteira), habilitações literárias, situação profissional (reformada), meio (urbano) e religião.

2.2. Bem-estar em função da satisfação sexual

a) Auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal

Para se analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis auto-estima, satisfação com a vida e satisfação corporal, realizaram-se três análises univariadas da covariância (ANCOVA's) tendo como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1 = grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais

satisfeito) e como variáveis dependentes, para cada uma das ANCOVA's, respectivamente, a pontuação obtida na *SES*, na *SWLS*, e na *GBDs*. Na primeira análise, foram introduzidas como covariáveis, as habilitações literárias, a situação profissional reformada (*dummy*), e a religião, uma vez que revelaram um efeito significativo sobre a auto-estima (cf. nota na análise anterior correspondente, referente ao funcionamento sexual). Na segunda análise, por ter revelado um efeito significativo sobre a satisfação com a vida, introduziu-se como covariável a situação profissional reformada (*dummy*) (cf. nota na análise anterior correspondente, referente ao funcionamento sexual). Na terceira análise, a covariável introduzida foi a religião, depois se ter encontrado o seu efeito estatisticamente significativo a nível da satisfação corporal (cf. nota na análise anterior correspondente, referente ao funcionamento sexual).

Quanto à auto-estima, os resultados do teste univariado indicaram o efeito significativo da satisfação sexual, depois de controladas as covariáveis, $F(1, 489) = 33.17$, $p < .001$; η^2 parcial = .06. Em relação às mulheres do grupo com menor satisfação sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentam valores significativamente superiores de auto-estima ($p < .001$) (Tabela 78).

Tabela 78. Auto-estima, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 494$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 489)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	($n = 238$)		($n = 256$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Auto-estima	21.33	.29	23.67	.28	33.17***	.064

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis habilitações literárias, situação profissional (reformada) e religião.

Os resultados da análise univariada para a satisfação com a vida indicaram o efeito significativo da satisfação sexual, uma vez controlado estatisticamente o efeito da covariável, $F(1, 493) = 39.39$, $p < .001$; η^2 parcial = .07. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram valores significativamente superiores na escala *SWLS* por parte das mulheres sexualmente mais satisfeitas ($p < .001$) (Tabela 79).

Tabela 79. Satisfação com a vida, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariável: situação profissional) ($n = 496$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 493)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com a vida	22.71	.39	26.13	.37	39.39***	.074

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função da covariável situação profissional (reformada).

Após controlado o efeito da covariável, a satisfação mostrou também um efeito significativo no que respeita à satisfação com o corpo, embora a magnitude do efeito tenha sido menos notória do que a nível da auto-estima ou da satisfação com a vida, $F(1, 408) = 12.56$, $p < .001$; η^2 parcial = .03. As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentam níveis significativamente superiores de satisfação corporal, quando comparadas com as mulheres do grupo menos satisfeito ($p < .001$) (Tabela 80).

Tabela 80. Satisfação corporal, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariável: religião) ($n = 496$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 408)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação corporal	17.12	.35	18.87	.35	12.56***	.030

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função da covariável religião.

b) Auto-estima sexual

A análise da relação entre a auto-estima sexual e a satisfação sexual feminina foi baseada numa análise univariada da covariância (ANCOVA) tendo como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1 = grupo sexualmente menos satisfeito;

2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e como variável dependente a pontuação obtida na subescala *SSE*. A idade, o estado civil solteira (*dummy*), as habilitações literárias, a situação profissional reformada (*dummy*), o meio (urbano), e a religião, por revelarem ter um efeito estatisticamente significativo sobre a auto-estima sexual, foram introduzidas como covariáveis (cf. nota na análise anterior correspondente, referente ao funcionamento sexual).

Os resultados da análise univariada, uma vez controlado o efeito das covariáveis, indicaram um efeito estatisticamente significativo para a satisfação sexual, $F(1, 486) = 98.29$, $p < .001$, η^2 parcial = .17. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram que as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito apresentam valores de auto-estima sexual significativamente superiores ($p < .001$), em relação às mulheres do grupo com menor satisfação sexual (Tabela 81).

Tabela 81. Auto-estima sexual em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, meio e religião) ($n = 496$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 486)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Auto-estima sexual	22.55	.50	29.57	.48	98.29***	.168

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, estado civil (solteira), habilitações literárias, situação profissional (reformada), meio (urbano) e religião.

2.3. Variáveis relativas ao bem-estar como preditoras do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada ao bem-estar geral e à auto-estima sexual, assim como avaliar a capacidade preditiva destas variáveis, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis preditoras, a auto-estima, a satisfação corporal, a satisfação com a vida, e a auto-estima sexual. Como variável critério, assumiu-se o funcionamento sexual (total no *FSFI*). Na análise das variáveis preditoras, tiveram-se

em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise de regressão múltipla para o funcionamento sexual evidenciou um modelo significativo, $F(4, 489) = 66.35$, $p < .001$, permitindo explicar 35% da variabilidade (R^2 Ajustado = .347).

A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que constituem preditores significativos do funcionamento sexual, a auto-estima sexual ($\beta = .54$, $p < .001$) e a satisfação com a vida ($\beta = .11$, $p < .01$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde, respectivamente, uma modificação de .54, e de .11 desvios padrão no funcionamento sexual das mulheres (Tabela 82).

Tabela 82. Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 494$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Auto-estima	-.02	.05	-.02
Satisfação corporal	.06	.04	.05
Satisfação com a vida	.10	.04	.11*
Auto-estima sexual	.36	.03	.54***

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/4 = .0125$; $p = .01/4 = .0025$; $p = .001/4 = .0003$).

2.4. Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva do bem-estar geral e da auto-estima sexual na satisfação sexual, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, com o método *enter*, tendo-se seleccionado a auto-estima, a satisfação corporal, a satisfação com a vida, e a auto-estima sexual como variáveis predictoras, e a satisfação sexual (total no *GRISS*) como variável critério. Para a análise das variáveis predictoras, consideraram-se os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de Bonferroni.

Da análise de regressão múltipla emergiu um modelo significativo, $F(4, 489) = 68.82$, $p < .001$, explicativo de 36% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .355).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que a auto-estima sexual ($\beta = .52$, $p < .001$) e a satisfação com a vida ($\beta = .15$, $p < .001$) constituem variáveis predictoras significativas da satisfação sexual. A cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões, quando controladas todas as outras, corresponde, respectivamente, uma modificação de .52 e .15 desvios padrão no índice de satisfação sexual feminina (Tabela 83).

Tabela 83. Variáveis relativas ao bem-estar como predictoras da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 494$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Auto-estima	.03	.08	.02
Satisfação corporal	.07	.07	.04
Satisfação com a vida	.21	.06	.15***
Auto-estima sexual	.53	.04	.52***

*** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/4 = .0125$; $p = .01/4 = .0025$; $p = .001/4 = .0003$).

3. Discussão e conclusões

Um dos objectivos propostos para este capítulo prendia-se com a pesquisa de eventuais diferenças a nível da auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual entre mulheres com níveis mais e menos elevados de funcionamento e de satisfação sexual.

As análises efectuadas corroboraram a Hipótese 1, sendo que, depois de controlado o efeito das variáveis demográficas, as mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente às menos funcionais, foram as que apresentaram valores mais elevados em todas as dimensões de bem-estar consideradas.

Especificamente, no que respeita à auto-estima, o facto de os valores serem tendencialmente superiores nas mulheres com melhor nível de funcionamento sexual, contraria alguns dos estudos previamente realizados, nos quais se encontrou, por exemplo, ausência de relação ou mesmo uma relação negativa entre auto-estima e excitação sexual (Hurlbert & Whittaker, 1991; Rehbein-Narvaez et al., 2006), ou entre auto-estima e desejo, bem como aversão sexual (Belanger et al., 2000). Por outro lado, o resultado encontrado neste estudo faz sentido se pensarmos que as experiências sexuais positivas, de bom funcionamento, podem contribuir para que a mulher se sinta mais confiante e satisfeita em relação a si mesma, do mesmo modo que, num sentido inverso, a existência de um problema sexual pode ter um impacto negativo na auto-estima de uma mulher (Hurlbert et al., 2005). Consideramos, contudo, que seria abusiva qualquer inferência causal, tanto mais que outras variáveis, como por exemplo a auto-estima sexual, poderão doutro modo explicar a relação entre auto-estima e funcionamento sexual. Além disso, parece-nos também compreensível que, tendo a mulher uma atitude positiva para consigo própria, tal possa facilitar a resposta sexual de desejo, excitação subjectiva, lubrificação, orgasmo e ausência de dor.

As mulheres sexualmente mais funcionais foram as que revelaram níveis mais elevados de satisfação com a vida, o que está de acordo com estudos prévios, sugerindo a importância, para a qualidade de vida e bem-estar subjectivo, da pessoa se sentir bem e competente nas suas experiências sexuais (Robinson & Molzahn, 2007; Rosen & Bachmann, 2008; Smith, 2007). Numa perspectiva explicativa complementar, é também possível conceber que a forma como as mulheres avaliam a sua vida possa contribuir em certa medida para a qualidade das suas respostas sexuais (Öberg & Fugl-Meyer, 2005), sendo isto particularmente evidente nos casos em que existem problemas físicos e diversas limitações associadas (e.g., McCabe, Cummins, & Deeks, 2000).

No presente estudo, a satisfação corporal revelou ser uma variável diferenciadora de diferentes níveis de funcionamento sexual nas mulheres portuguesas. Este resultado parece reforçar a ideia de que existe relação entre a percepção e atitude das mulheres face ao seu corpo e a sua resposta sexual, ideia esta demonstrada nalguns estudos prévios (Ackard et al., 2000; Berman et al., 2003; Sanchez & Kiefer, 2007; Weaver & Byers, 2003), embora outros tivessem encontrado pouco claros (Wiederman & Hurst, 1997, 1998) e mesmo divergentes (e.g., Davidson & McCabe, 2005; Reissing

et al., 2005). Face a este resultado, não se nos afigura difícil compreender que uma mulher com uma atitude corporal mais positiva tenha maior facilidade em se envolver sexualmente, manifestando níveis mais elevados de desejo ou excitação sexual, por exemplo, sendo igualmente plausível considerar que a resposta de bom funcionamento sexual possa contribuir para que a mulher se sinta mais confortável e satisfeita com a sua imagem corporal.

Quanto à auto-estima sexual, os resultados encontrados neste estudo são congruentes com as sugestões das escassas mas importantes investigações previamente realizadas, indicando a associação entre a confiança das mulheres nas suas experiências sexuais e em si mesmas, como seres sexuais (Andersen & Cyranowski, 1994, 1995; Cyranowski & Andersen, 1998), e aspectos como o desejo sexual (Kontula & Haavio-Mannila, 2009) ou as respostas sexuais de excitação subjectiva e fisiológica (Middleton, Kuffel, & Heiman, 2008). Adicionalmente, é relativamente consensual a noção de que a visão de si mesmo como ser sexual deriva da experiência sexual passada (Andersen & Cyranowski, 1994) e reflecte situações sexuais prévias (Snell, 2001), incluindo respostas de funcionamento sexual e percepção de competência nas interações sexuais, apesar de a este respeito não terem sido encontradas investigações nas quais tenha sido especificamente analisado até que ponto e de que modo o funcionamento sexual saudável de uma mulher pode contribuir para a sua visão positiva e confiança em relação à sua capacidade para experienciar a sua sexualidade de modo satisfatório e prazenteiro. Por outro lado, quando se analisa, comparativamente às restantes dimensões de bem-estar consideradas, a magnitude das diferenças entre os grupos de funcionamento sexual, verifica-se que a avaliação positiva da mulher acerca de si própria como parceira sexual constitui a variável que melhor distingue as mulheres mais e menos funcionais do ponto de vista sexual, confirmando a importância de se incluir sistematicamente a auto-estima sexual em análises futuras, caso se pretenda uma abordagem compreensiva do funcionamento sexual feminino.

Os resultados encontrados no presente estudo confirmaram também a Hipótese 2, na medida em que, depois de controlado o efeito das variáveis demográficas, as mulheres que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito apresentaram também valores significativamente mais elevados de bem-estar nas dimensões de auto-estima,

satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas.

O facto dos valores de auto-estima serem superiores no grupo de mulheres com níveis mais elevados de satisfação sexual está de acordo com a maioria dos estudos prévios, nos quais se encontrou relação positiva entre auto-estima e satisfação sexual (Belanger et al., 2000; Hurlbert & Whittaker, 1991; Rehbein-Narvaez et al., 2006; Shackelford, 2001), incluindo as investigações que mostraram a importância da relação da mulher consigo própria na predição da sua satisfação sexual e relacional (/e.g., Hally & Pollack, 1993; Larson et al., 1998; Song et al., 2001). Considerando a existência de interacção e bidireccionalidade entre estas variáveis, facilmente se compreende que as mais mulheres que se encontram satisfeitas nos seus relacionamentos sexuais, se possam sentir também mais confiantes e satisfeitas em relação a si mesmas. Por outro lado, podemos também tentar compreender a relação entre auto-estima e satisfação sexual colocando a hipótese desta relação ocorrer por intermédio da auto-estima sexual.

Neste estudo verificou-se que as mulheres sexualmente mais satisfeitas revelam também níveis mais elevados de satisfação com a vida. Embora sem que se pretenda discutir a natureza da relação causal entre satisfação sexual e satisfação com a vida em geral, este resultado é convergente com estudos anteriores sugerindo que as mulheres com relacionamentos sexuais mais activos e satisfatórios apresentam maiores níveis de satisfação emocional e relacional, podendo estes contribuir subjectivamente para um maior bem-estar, e para melhorar a saúde e a qualidade de vida, entre outros resultados positivos (Lewis & Borders, 1995; Robinson & Molzahn, 2007; Rosen & Bachmann, 2008). De modo semelhante, quando existe uma baixa satisfação com a vida sexual ou problemas sexuais, tal poderá reflectir-se em diferentes aspectos da satisfação com a vida (Laumann et al., 1999, 2005). Por outro lado atendendo a que existe algum grau de covariação entre satisfação sexual e satisfação com a vida (Apt et al., 1996;; Penhollow et al., 2009), é também plausível que o modo como as mulheres avaliam a sua vida possa contribuir para relacionamentos sexuais mais ou menos satisfatórios (Laumann et al., 2006, Lindau et al., 2007).

Quanto à satisfação corporal, os valores mais elevados encontraram-se entre as mulheres sexualmente mais satisfeitas, comparativamente ao grupo com menor

satisfação sexual, o que vai de encontro a estudos anteriores, demonstrando uma relação positiva entre a satisfação sexual das mulheres e a sua percepção e atitude face ao corpo (Faith et al., 1999; Weaver & Byers, 2003; Wiederman, 2000). É aceitável que experiências sexuais satisfatórias possam contribuir para uma atitude corporal mais positiva na mulher, do mesmo modo que uma mulher que se sinta mais confortável e satisfeita com a sua imagem corporal provavelmente estará mais disponível para desfrutar do acto sexual. No entanto, este estudo contraria também alguns resultados prévios, como os obtidos por Abadjian-Mozian (2005) ou por Koch e colaboradores (2005), revelando ausência de impacto da satisfação corporal na satisfação sexual.

No que respeita à auto-estima sexual, as mulheres sexualmente mais satisfeitas apresentaram, neste estudo, valores significativamente superiores, comparativamente às mulheres menos satisfeitas. Embora não se trate de um resultado surpreendente, este constitui um dado novo na literatura empírica já que, na pesquisa efectuada, não foram encontradas investigações relacionando satisfação sexual e auto-estima sexual, excepto uma, conduzida com adolescentes do sexo feminino (Impett & Tolman, 2006) na qual se verificou que as adolescentes com auto-conceito sexual mais positivo tinham sexo mais frequentemente e maior satisfação sexual. De algum modo, também as propostas teóricas de Andersen e Cyranowski (1994, 1995) sugerem a associação entre auto-esquemas positivos e experiências sexuais satisfatórias, embora a noção de auto-esquema seja diferente e mais ampla do que a de auto-estima sexual e apesar de não terem sido realizados estudos neste sentido. O resultado agora encontrado evidencia, pois, a estreita relação entre a auto-avaliação positiva da mulher como parceira sexual e a sua satisfação sexual, aspecto este que é reforçado quando se analisa a magnitude das diferenças entre os grupos de satisfação sexual, e se verifica que, comparativamente às restantes dimensões de bem-estar consideradas, a auto-estima sexual é a variável que melhor distingue os grupos. Tal como nos casos anteriores, também aqui é de supor que exista uma causalidade bidireccional entre as experiências sexuais satisfatórias e a percepção e confiança numa mulher nas suas experiências sexuais e em si mesma como ser sexual, de tal modo que, supondo um ciclo positivo, uma dimensão reforce a outra.

Outro dos objectivos propostos para este capítulo era o de contribuir para clarificar a importância relativa da auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual, no funcionamento e na satisfação sexual feminina.

A este nível, e no que respeita ao funcionamento sexual, a Hipótese 3 teve confirmação parcial, dado que nem todas as variáveis referentes ao bem-estar revelaram ser preditoras do funcionamento sexual. Quando consideradas as quatro variáveis em simultâneo, a auto-estima sexual e a satisfação com a vida confirmaram ser preditores significativos, ao contrário da auto-estima e da satisfação corporal que não revelaram capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual feminino.

De modo idêntico, a Hipótese 4, relativa ao contributo das dimensões de bem-estar a nível da satisfação sexual, foi parcialmente comprovada, uma vez que somente as mesmas duas variáveis, auto-estima sexual e satisfação com a vida, revelaram ser preditores significativos da satisfação sexual. A auto-estima e a satisfação corporal também revelaram não terem qualquer capacidade preditiva em relação à satisfação sexual feminina.

Embora a natureza causal da relação entre bem-estar e sexualidade deva ser tratada com as devidas reservas, pelo que atrás foi exposto para cada um das variáveis, perante estes resultados, parece-nos relevante levantar algumas questões.

O facto da auto-estima e da satisfação corporal não apresentarem capacidade preditiva, quando analisadas conjuntamente com a satisfação com a vida e com a auto-estima sexual, embora seja um indicador da menor capacidade explicativa destas variáveis relativamente às experiências sexuais femininas, não exclui a hipótese de elas estarem de algum modo relacionadas com estas últimas, tanto mais que as análises diferenciais anteriormente apresentadas revelaram dados interessantes nesse sentido.

Dado que auto-estima e auto-estima sexual são constructos relacionados (e.g., Oattes & Offman, 2007) e uma vez que a auto-estima revelou perder capacidade preditiva quando controladas as restantes dimensões, nomeadamente a auto-estima sexual, poderemos questionar-nos em que medida não será por via desta última que a auto-estima apresenta relação com o funcionamento e com a satisfação sexual. Colocando o cenário em termos positivos, seria possível conceber que níveis mais elevados de auto-estima global pudessem ser extensíveis à auto-estima sexual, reflectindo-se esta num melhor funcionamento e/ou maior satisfação sexual. A hipótese da auto-estima influenciar as experiências sexuais das mulheres por intermédio da satisfação com a vida pode também fazer algum sentido.

De modo semelhante, podemos especular em que medida a auto-estima sexual não será um dos elementos de mediação que explicam a relação encontrada entre a atitude face ao corpo e o funcionamento e satisfação sexual, uma vez que, nas análises de regressão efectuadas, também a satisfação corporal deixou de ter capacidade explicativa, quer a nível do funcionamento, quer da satisfação sexual, quando controladas as restantes dimensões de bem-estar. Neste caso, e hipotetizando novamente o cenário mais positivo, parece-nos plausível considerar que uma maior satisfação com o corpo poderia contribuir para uma auto-estima sexual mais elevada, apresentando, por sua vez, um impacto positivo em termos de funcionamento e satisfação sexual.

CAPÍTULO XVIII.

Afecto,

Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

A maioria dos estudos sugere que os estados de humor negativos, particularmente o humor deprimido e a hostilidade, podem interferir no sentido de prejudicar a resposta sexual enquanto os estados de humor mais positivos parecem ter um efeito inverso. Por outro lado, quer os estudos laboratoriais, quer os de natureza correlacional, sugerem efeitos complexos, e nem sempre concordantes, do afecto na resposta sexual. Apesar das várias sugestões nesse sentido, além das emoções características da ansiedade ou perturbações do humor, poucos estudos, com excepção para o estudo conduzido por Nobre e Pinto-Gouveia (2006), exploraram a possibilidade de associação entre outras categorias ou tipos de afecto durante a actividade sexual e a resposta sexual. Mediante a pesquisa efectuada, verificou-se ainda que, até à data, nenhuma investigação abordou directamente a relação entre os estados de humor ou emoções específicas durante a actividade sexual e a satisfação sexual.

Neste capítulo, pretende-se averiguar se existem diferenças a nível do afecto geral e emoções específicas durante a actividade sexual entre grupos de mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual e de satisfação sexual. Adicionalmente, espera-se contribuir para clarificar a importância relativa do afecto (categorias gerais e específicas) nas experiências sexuais femininas de funcionamento e satisfação. Perante a revisão da literatura apresentada e com estes objectivos, o presente estudo propõe-se averiguar o suporte empírico das seguintes hipóteses:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente às menos funcionais, e após controlado o efeito das variáveis demográficas, apresentem mais afecto geral positivo durante a actividade sexual particularmente alegria, e menos afecto geral negativo, nomeadamente emoções específicas como tristeza, culpa e hostilidade;

- H2: Esperamos que, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito apresentem mais afecto geral positivo e menos afecto geral negativo durante a actividade sexual;

- H3: Esperamos que as dimensões de afecto geral positivo e negativo constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino, em particular emoções específicas como a alegria, tristeza, culpa e hostilidade;

- H4: Esperamos que as dimensões de afecto geral (positivo e negativo), constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina,

2. Resultados

2.1. Afecto em função do funcionamento sexual

a) Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual

Na primeira MANCOVA, a variável habilitações literárias foi incluída como covariável, a fim de se controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, uma vez que este se mostrou estatisticamente significativo, $\Lambda = .92$, $F(18, 1242) = 1.97$, $p < .01$, η^2 parcial = .03. Após este procedimento, a análise multivariada indicou um efeito estatisticamente significativo para o funcionamento sexual, $\Lambda = .68$, $F(3, 483) = 75.83$, $p < .001$, η^2 parcial = .32.

Os dados da análise univariada da variância, após correcção de Bonferroni para os níveis de significância, confirmaram os resultados dos testes multivariados. Mais especificamente, nas dimensões gerais de afecto durante a actividade sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam valores significativamente superiores de afecto positivo ($p < .001$) e mais baixos em termos de afecto negativo ($p < .001$) e de Outros Estados Afectivos ($p < .01$) durante a actividade sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais. É sobretudo na dimensão de Emoções Básicas Positivas que as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual assumem maior magnitude, $F(1, 485) = 157.83$, $p < .001$, η^2 parcial = .25 (Tabela 84).

Tabela 84. Dimensões gerais de afecto em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariável: habilitações literárias) ($n = 490$).

Dimensões gerais de afecto durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual				$F(1, 485)$	η^2
	Menos funcional ($n = 97$)		Mais funcional ($n = 393$)			
	M	DP	M	DP		
Emoções Básicas Positivas	43.57	1.16	60.01	.55	157.83***	.246
Emoções Básicas Negativas	43.55	1.12	31.98	.54	82.99***	.146
Outros Estados Afectivos	32.38	.60	30.08	.29	11.29*	.023

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/3 = .0167$; $p = .01/3 = .0033$; $p = .001/3 = .0003$)

b) Afecto específico durante a actividade sexual

Na segunda MANCOVA realizada, as variáveis idade, estado civil e habilitações literárias foram incluídas na análise, como covariáveis, por forma a controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, o qual revelou ser estatisticamente significativo: idade, $\Lambda = .78$, $F(55, 1999) = 1.99$, $p < .001$, η^2 parcial = .05; estado civil, $\Lambda = .94$, $F(11, 431) = 2.53$, $p < .01$, η^2 parcial = .06; habilitações literárias, $\Lambda = .78$, $F(66, 2312) = 1.69$, $p < .001$, η^2 parcial = .04. Uma vez controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, o teste multivariado indicou um efeito estatisticamente significativo para o funcionamento sexual (grupos 1 e 2), $\Lambda = .65$, $F(11, 475) = 23.30$, $p < .001$, η^2 parcial = .35.

Para se analisarem as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual a nível das subescalas de afecto específico do *PANAS-X*, realizaram-se posteriormente análises univariadas da variância. Após ajustamento dos níveis de significância, os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, mostrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de funcionamento sexual em todas as dimensões de afecto específico ($p < .001$), excepto na subescala Surpresa. As mulheres do grupo sexualmente mais funcional mostraram apresentar pontuações significativamente superiores ao nível da alegria, autoconfiança, atenção e serenidade durante a actividade sexual, comparativamente às mulheres do grupo com menor

funcionamento sexual, as quais referem significativamente mais emoções de culpa, fadiga, tristeza, hostilidade, timidez e medo durante a actividade sexual (Tabela 85).

De salientar que as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual assumem maior magnitude no que respeita às dimensões Alegria, $F(1, 485) = 179.65$, $p < .001$, η^2 parcial = .27, Culpa, $F(1, 485) = 117.64$, $p < .001$, η^2 parcial = .20, Autoconfiança, $F(1, 485) = 116.13$, $p < .001$, η^2 parcial = .19, Fadiga, $F(1, 485) = 91.45$, $p < .001$, η^2 parcial = .16, e Tristeza, $F(1, 485) = 82.46$, $p < .001$, η^2 parcial = .15. Por seu turno, as diferenças entre os grupos são menos acentuadas ao nível das dimensões Timidez, $F(1, 485) = 36.87$, $p < .001$, η^2 parcial = .08, e Medo, $F(1, 485) = 20.23$, $p < .001$, η^2 parcial = .04 (Tabela 85).

Tabela 85. Afecto específico em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 490$).

Afecto específico durante a actividade sexual	Grupos de funcionamento sexual				$F(1, 485)$	η^2
	Menos funcional ($n = 97$)		Mais funcional ($n = 393$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Atenção	9.82	.28	12.52	.14	71.32***	.128
Autoconfiança	13.54	.44	18.94	.21	116.13***	.193
Alegria	20.21	.55	28.55	.26	179.65***	.270
Hostilidade	10.71	.30	8.20	.14	54.64***	.101
Culpa	11.48	.31	7.63	.15	117.64***	.195
Medo	10.76	.35	9.00	.17	20.23***	.040
Tristeza	10.60	.34	7.16	.16	82.46***	.145
Surpresa	5.67	.23	6.10	.11	2.70	.006
Serenidade	8.14	.24	10.46	.12	72.99***	.131
Fadiga	9.98	.28	6.98	.13	91.45***	.159
Timidez	8.60	.29	6.55	.14	39.87***	.076

*** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/11 = .0045$; $p = .01/11 = .0009$; $p = .001/11 = .0001$)

2.2. Afecto em função da satisfação sexual

A análise da relação entre o afecto durante a actividade sexual e a satisfação sexual feminina foi baseada em análises multivariadas da covariância (MANCOVA's), tendo como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e como variáveis dependentes as pontuações no *PANAS-X*. Foram conduzidas duas MANCOVA's: na primeira, colocaram-se como variáveis dependentes as 3 categorias gerais de afecto durante a actividade sexual (categorias); na segunda MANCOVA, assumiram-se como variáveis dependentes as 11 subescalas de afecto específico durante a actividade sexual.

a) Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual

Na primeira MANCOVA, incluíram-se as habilitações literárias como covariável, a fim de se controlar o seu efeito sobre as variáveis dependentes, dado que este se mostrou estatisticamente significativo (cf. análise anterior correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Após controlado este efeito, a análise multivariada indicou um efeito estatisticamente significativo para a satisfação sexual, $\Lambda = .72$, $F(3, 483) = 62.52$, $p < .001$, η^2 parcial = .28.

Após ajustamento dos níveis de significância, os resultados dos testes univariados confirmaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de satisfação sexual nas três dimensões gerais de afecto durante a actividade sexual ($p < .001$). Quando comparadas com as mulheres do grupo sexualmente menos satisfeito, as mulheres mais satisfeitas sexualmente são as que relatam valores superiores de afecto positivo e valores mais baixos de afecto negativo e outros estados emocionais durante a actividade sexual (Tabela 86).

A magnitude das diferenças entre os grupos de satisfação sexual é superior nas dimensões de Emoções Básicas Positivas, $F(1, 485) = 115.39$, $p < .001$, η^2 parcial = .19, e Emoções Básicas Negativas, $F(1, 485) = 72.04$, $p < .001$, η^2 parcial = .13.

Tabela 86. Dimensões gerais de afecto em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariável: habilitações literárias) ($n = 490$).

Dimensões gerais de afecto durante a actividade sexual	Grupos de satisfação sexual				$F(1, 485)$	η^2
	Menos satisfeito ($n = 235$)		Mais satisfeito ($n = 255$)			
	M	DP	M	DP		
Emoções Básicas Positivas	50.83	.71	62.14	.75	115.39***	.19
Emoções Básicas Negativas	38.73	.71	30.24	.68	72.04***	.13
Outros Estados Afectivos	31.91	.37	29.30	.36	24.56***	.05

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/3 = .0167$; $p = .01/3 = .0033$; $p = .001/3 = .0003$)

b) Afecto específico durante a actividade sexual

Na segunda MANCOVA realizada, as variáveis sociodemográficas idade, estado civil e habilitações literárias, por terem revelado um efeito estatisticamente significativo sobre as variáveis dependentes, foram incluídas na análise, como covariáveis (cf. análise anterior correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Depois de controlado este efeito, o teste multivariado indicou um efeito estatisticamente significativo para a satisfação sexual, $\Lambda = .72$, $F(11, 475) = 17.19$, $p < .001$, η^2 parcial = .29.

As diferenças específicas entre os grupos de satisfação sexual a nível das subescalas do PANAS-X foram estudadas através de análises univariadas da variância. Após correcção de Bonferroni para os níveis de significância, os resultados dos testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de satisfação sexual em todas as dimensões de afecto específico ($p < .001$), com excepção da subescala Surpresa. Em particular, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referem significativamente mais emoções de alegria, autoconfiança, atenção e serenidade durante a actividade sexual, quando comparadas com as mulheres menos satisfeitas sexualmente. Estas últimas apresentam pontuações significativamente superiores de fadiga, tristeza, culpa, hostilidade, timidez e medo durante a actividade sexual (Tabela 87).

As diferenças entre os grupos de satisfação sexual assumem maior magnitude no que respeita às dimensões Alegria, $F(1, 485) = 130.31, p < .001, \eta^2$ parcial = .21, Fadiga, $F(1, 485) = 88.76, p < .001, \eta^2$ parcial = .16, e Autoconfiança, $F(1, 485) = 84.82, p < .001, \eta^2$ parcial = .15. A dimensão Medo, $F(1, 485) = 28.27, p < .001, \eta^2$ parcial = .06, é a que menos diferencia os grupos de satisfação sexual (Tabela 87).

Tabela 87. Afecto específico em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e habilitações literárias) ($n = 490$).

Afecto específico durante a actividade sexual	Grupos de satisfação sexual				$F(1, 485)$	η^2
	Menos satisfeito ($n = 235$)		Mais satisfeito ($n = 255$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Atenção	11.00	.18	12.89	.17	55.86***	.103
Autoconfiança	15.94	.28	19.63	.27	84.82***	.149
Alegria	23.89	.36	29.63	.34	130.31***	.212
Hostilidade	9.70	.19	7.79	.18	51.73***	.096
Culpa	9.67	.20	7.24	.20	71.12***	.128
Medo	10.20	.22	8.58	.21	28.27***	.055
Tristeza	9.17	.21	6.63	.20	72.35***	.130
Surpresa	6.05	.14	5.95	.14	.23	.000
Serenidade	9.20	.15	10.74	.15	50.86***	.095
Fadiga	8.79	.17	6.48	.17	88.76***	.155
Timidez	7.88	.18	6.13	.17	48.07***	.090

*** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/11 = .0045$; $p = .01/11 = .0009$; $p = .001/11 = .0001$)

2.3. Preditores afectivos do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada ao afecto durante a actividade sexual, realizaram-se duas análises de regressão, utilizando o método *enter*, considerando-se, respectivamente, cada um dos níveis de interpretação do afecto que o PANAS-X possibilita: o nível geral (3 categorias) e o nível mais específico (subescalas correspondentes a 11 estados afectivos específicos). As variáveis predictoras

foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

a) Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual

Para se estudar o papel do afecto geral no funcionamento sexual, seleccionaram-se como variáveis predictoras as categorias gerais de afecto do *PANAS-X* (Emoções Básicas Positivas, Emoções Básicas Negativas e Outros Estados Afectivos) e, como variável critério, o funcionamento sexual (total no *FSFI*).

Da análise de regressão múltipla para o funcionamento sexual, emergiu um modelo significativo, $F(3, 486) = 150.86$; $p < .001$, explicativo de 48% da variabilidade (R^2 Ajustado = .479).

Analisando os coeficientes de regressão estandardizados, depois de ajustados os níveis de significância (fórmula de correcção de Bonferroni), verificou-se a existência de dois preditores significativos do funcionamento sexual, correspondentes às dimensões de afecto positivo ($\beta = .58$, $p < .001$), e afecto negativo ($\beta = -.23$, $p < .001$). A dimensão Outros Estados Afectivos não revelou capacidade preditiva significativa. A dimensão Emoções Básicas Positivas mostrou ser a principal variável preditora sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas as restantes, ocorre também uma modificação de .58 desvios padrão no índice de funcionamento sexual feminino (Tabela 88).

Tabela 88. Dimensões gerais de afecto como preditores do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 490$).

Preditores	B	SE B	β
Emoções Básicas Positivas	.24	.02	.58***
Emoções Básicas Negativas	-.11	.02	-.23***
Outros Estados Afectivos	-.06	.04	-.06

*** $p < .001$ (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/3 = .0167$; $p = .01/3 = .0033$; $p = .001/3 = .0003$)

b) Afecto específico durante a actividade sexual

De modo a avaliar a capacidade preditiva do afecto específico a nível do funcionamento sexual, assim como analisar o contributo particular de cada estado emocional específico, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, tendo sido seleccionadas, como variáveis predictoras, as 11 subescalas de afecto do *PANAS-X* e, como variável critério, o índice total no *FSFI*.

A análise de regressão múltipla permitiu evidenciar um modelo significativo, $F(11, 478) = 42.94$; $p < .001$, permitindo explicar 49% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .485).

Depois de ajustados os níveis de significância (correção de Bonferroni), duas dimensões de afecto específico mostraram constituir preditores significativos do funcionamento sexual: a dimensão Alegria ($\beta = .41$, $p < .001$) e a dimensão Culpa ($\beta = -.19$, $p < .05$). Por cada modificação de um desvio padrão em cada uma destas dimensões, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de, respectivamente, .41 e -.19 desvios padrão no índice de funcionamento sexual feminino (Tabela 89).

Tabela 89. Afecto específico como predictor do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 490$).

Preditores	B	SE B	β
Atenção	.01	.10	.00
Autoconfiança	.15	.08	.14
Alegria	.35	.07	.41***
Hostilidade	-.08	.10	-.05
Culpa	-.32	.10	-.19*
Medo	.08	.09	.05
Tristeza	-.04	.09	-.03
Surpresa	-.07	.10	-.03
Serenidade	.02	.10	.01
Fadiga	-.14	.09	-.07
Timidez	.00	.10	.00

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/11 = .0045$; $p = .01/11 = .0009$; $p = .001/11 = .0001$)

2.4. Preditores afectivos da satisfação sexual

Para se estudar o papel do afecto durante a actividade sexual na resposta de satisfação sexual feminina, realizaram-se duas análises de regressão (com o método *enter*) considerando-se, respectivamente, cada um dos níveis de interpretação do afecto, geral e específico, que o *PANAS-X* possibilita. Na análise das variáveis predictoras tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados (fórmula de correcção de Bonferroni).

a) Categorias gerais de afecto durante a actividade sexual

De modo a que se pudesse avaliar a capacidade preditiva do afecto geral na satisfação sexual, seleccionaram-se as 3 categorias gerais de afecto do *PANAS-X* como variáveis predictoras e a satisfação sexual (total no *GRISS*) como critério.

A análise de regressão múltipla para a satisfação sexual revelou um modelo significativo, $F(3, 486) = 34.78$; $p < .001$, explicativo de 53% da variabilidade (R^2 Ajustado = .533).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados, foi possível constatar que a dimensão Emoções Básicas Positivas constitui a principal preditora da satisfação sexual ($\beta = .53$, $p < .001$), embora a dimensão Emoções Básicas Negativas também se tenha revelado uma preditora significativa ($\beta = -.35$, $p < .001$). Por cada modificação de um desvio padrão em cada uma destas dimensões, quando controladas as outras, ocorre uma modificação de, respectivamente, .53 e -.35 desvios padrão, no índice de satisfação sexual feminino. A dimensão Outros Estados Afectivos não revela capacidade preditiva a nível da satisfação sexual (Tabela 90).

Tabela 90. Dimensões gerais de afecto como preditores da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 490$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Emoções Básicas Positivas	.34	.02	.53***
Emoções Básicas Negativas	-.26	.03	-.35***
Outros Estados Afectivos	.12	.06	.08

*** $p < .001$ (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/3 = .0167$; $p = .01/3 = .0033$; $p = .001/3 = .0003$)

b) Afecto específico durante a actividade sexual

A fim de se conhecer a capacidade preditiva do afecto específico a nível da satisfação sexual, bem como analisar o contributo particular de cada estado emocional específico, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, tendo-se seleccionado, como variáveis predictoras, as subescalas de afecto do *PANAS-X* e, como variável critério, a satisfação sexual (total no *GRISS*).

Da análise de regressão múltipla, emergiu um modelo significativo, $F(11, 478) = 53.30$; $p < .001$, explicativo de 54% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .541).

Após ajustamento dos níveis de significância com a fórmula de correcção de Bonferroni, verificou-se que, de entre as 11 dimensões de afecto específico, mostraram ser variáveis predictoras significativas da satisfação sexual a dimensão Alegria ($\beta = .38$, $p < .001$), e a dimensão Culpa ($\beta = -.22$, $p < .001$).

A análise dos coeficientes de regressão estandardizados sublinhou a Alegria como a melhor preditora da satisfação sexual. Por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas todas as outras, ocorre uma modificação de .38 desvios padrão no índice de funcionamento sexual feminino (Tabela 91).

Tabela 91. Afecto específico como preditor da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 490$).

Preditores	<i>B</i>	SE <i>B</i>	β
Atenção	.25	.15	.09
Autoconfiança	.07	.11	.04
Alegria	.50	.10	.38***
Hostilidade	-.37	.15	-.13
Culpa	-.56	.15	-.22***
Medo	.12	.14	.05
Tristeza	-.12	.14	-.05
Surpresa	-.12	.15	-.03
Serenidade	-.02	.15	-.01
Fadiga	-.25	.13	-.09
Timidez	-.09	.15	-.03

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/11 = .0045$; $p = .01/11 = .0009$; $p = .001/11 = .0001$)

3. Discussão e conclusões

Um dos objectivos propostos para este capítulo prendia-se com a pesquisa de eventuais diferenças a nível do afecto geral e emoções específicas durante a actividade sexual entre mulheres com níveis mais e menos elevados de funcionamento e de satisfação sexual.

Nas categorias gerais de afecto durante a actividade sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional, comparativamente às menos funcionais, apresentaram valores significativamente superiores de afecto positivo e valores mais baixos de afecto negativo e de outros estados afectivos durante a actividade sexual. A magnitude das diferenças foi superior a nível das emoções básicas positivas, sugerindo que é sobretudo em termos de afecto positivo que as mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual mais se diferenciam. Por outro lado, relativamente à terceira hipótese colocada, referente à capacidade preditiva das categorias gerais de afecto durante a actividade sexual, verificou-se que, embora ambas as dimensões de afecto,

positivo e negativo, tal como previsto, tenham revelado constituir preditores significativos do funcionamento sexual, o afecto positivo constituiu o principal preditor.

Este dado é concordante com estudos anteriores demonstrando que as mulheres que experienciam emoções positivas tendem a revelar maior interesse sexual e predisposição para o envolvimento sexual (Bancroft, 2009; Warner & Bancroft, 1988), actividade sexual mais frequente (Blanchflower & Oswald, 2004) e níveis mais elevados de excitação sexual (Hackbert & Heiman, 2002; Laan, Everaerd et al., 1994; Senn & Desmarais, 2004).

Este resultado é também convergente com sugestões anteriores segundo as quais, no outro extremo, i.e., nos indivíduos com problemas sexuais, o que melhor distinguiria o seu padrão emocional, seria sobretudo a ausência de afecto positivo (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003, 2006, 2008). Embora continuem ainda por esclarecer cabalmente os mecanismos exactos e processos que explicam o papel da ausência de emoções positivas a nível da disfunção sexual, uma das possibilidades explicativas remete para a relação com a dimensão cognitiva e para a semelhança entre os quadros de disfunção sexual e os quadros depressivos. Tal como os indivíduos deprimidos, os indivíduos com problemas sexuais apresentariam um padrão de interferência cognitivo emocional marcado pela presença de esquemas de incompetência, pensamentos de desistência, antecipação de fracasso, catastrofização das consequências negativas ou ainda escassez de pensamentos eróticos, juntamente com um humor depressivo (emoções de falta de prazer e satisfação, tristeza, desilusão e, no caso das mulheres, culpa) (Beck, 1996).

Quanto às subescalas de afecto específico durante a actividade sexual, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentaram pontuações significativamente superiores em termos de alegria, autoconfiança, atenção e serenidade, enquanto as mulheres do grupo com menor funcionamento sexual referiram significativamente mais emoções de culpa, fadiga, tristeza, hostilidade, timidez e medo durante a actividade sexual. Ademais, verificou-se que as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual assumiram maior magnitude no que respeita às dimensões de alegria, autoconfiança, culpa, fadiga e tristeza. Estes últimos dados, referentes às emoções de tristeza e fadiga, são particularmente interessantes na medida em que confirmam a importância do humor negativo, frequentemente associado às experiências

sexuais, tal como sugerido por estudos anteriores (Burleson et al., 2007; Cyranowski et al., 2004a, 2004b; Dobkin et al., 2006; Fortenberry, et al., 2005; Graziottin, 1998). Além disso, estes resultados confirmam o papel relativamente neutro ou menos evidente da ansiedade (Beggs et al., 1987; Hoon et al., 1977), ao mesmo tempo que chamam a atenção para a necessidade de melhor se perceber a importância de outras emoções mais específicas associadas à sexualidade feminina, como é o caso da auto-confiança (e.g., Basson, 2006; Hartmann, 2007; Meston, 2006) ou da culpa (e.g., Mosher & Greenberg, 1969; Mosher & O'Grady, 1979; Mosher & White, 1980; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006, 2008).

Por outro lado, no que respeita à capacidade preditiva das categorias de afecto específico durante a actividade sexual, verificou-se que somente a alegria e a culpa mostraram constituir preditores significativos do funcionamento sexual.

Relativamente à culpa, o facto de revelar ser um importante preditor do funcionamento sexual constitui um dado importante, nomeadamente em termos clínicos, e está de acordo com o sugerido pela literatura. Embora o efeito da culpa tenha sido sobretudo estudado enquanto traço de personalidade, a maioria dos estudos têm revelado o seu impacto negativo em termos de resposta sexual subjectiva (e.g., Mosher & Greenberg, 1969; Mosher & O'Grady, 1979; Mosher & White, 1980), sentimentos mais negativos no decurso da actividade sexual (Mosher, 1973; O'Grady, 1982) e comportamentos sexuais restritivos (e.g., Gold, Balzano, & Stamey, 1991; Langston, 1973; Moreault & Follinstad, 1978; Pelletier & Herold, 1988; Strassberg & Lockerd, 1998). No estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006), a resposta emocional de culpa revelou constituir um dos principais elementos de diferenciação entre as mulheres do grupo clínico e as mulheres sem disfunção sexual. O facto da culpa sexual revelar capacidade preditiva significativa quanto ao funcionamento sexual reforça a sua importância e sugere a sua eventual pesquisa ou exploração, particularmente no caso de existirem dificuldades de natureza sexual, bem como a de aspectos que lhe podem estar associados, como a religiosidade ou a falta de conhecimentos sexuais e mitos sexuais (e.g., Langston, 1973; Mendelsohn & Mosher, 1979; Mosher, 1973).

De entre ambos os preditores significativos do funcionamento sexual, a alegria revelou ser a melhor preditora, o que faz sentido e está de acordo com a noção de que

emoções positivas como a felicidade e o prazer, além de aumentarem a motivação para o envolvimento sexual (Bancroft, 2009; Basson, 2008; Blanchflower & Oswald, 2004; Warner & Bancroft, 1988), estão intimamente associados com o desejo e a excitação sexual (Hackbert, & Heiman, 2002; Mitchell et al., 1998). A probabilidade de haver reforço mútuo ou bidireccionalidade entre um melhor funcionamento sexual e os estados de alegria não é de excluir (e.g., Burleson et al., 2007), havendo estudos que sugerem também a interferência de mecanismos cognitivo-emocionais explicativos da relação entre o afecto positivo e a resposta sexual (Middleton et al., 2008; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003, 2006, 2008). Do mesmo modo que é possível admitir que a activação de esquemas cognitivos negativos, com pensamentos automáticos também negativos, possa conduzir à diminuição do afecto positivo e dificultar a atenção e processamento de estímulos eróticos, é igualmente possível assumir que os esquemas cognitivos positivos sejam geradores de ciclos de pensamentos e emoções positivas durante a actividade sexual, nomeadamente de alegria, associada a melhores níveis de funcionamento sexual. Por exemplo, no estudo de Middleton e colaboradores (2008) verificou-se que a adopção de um esquema sexual positivo ou negativo, além de afectar a resposta sexual, mostrava ter um impacto significativo a nível do afecto. Embora pretendendo ilustrar o impacto das cognições sobre as emoções (e, através das emoções, sobre os comportamentos), os investigadores desse estudo não excluíram também a possibilidade das mudanças na excitação sexual subjectiva e genital terem tido a ver exclusivamente com a manipulação do afecto positivo e não com a adopção do esquema cognitivo positivo. Além disso, nesse, tal como no presente estudo, não é de excluir ainda a hipótese do afecto positivo (ou negativo) mediar a relação entre os esquemas e as respostas sexuais, sugerindo-se a necessidade de se explorar futuramente o potencial papel de mediação do afecto (Middleton et al., 2008).

No que respeita à satisfação sexual, apesar da escassez de estudos em relação ao afecto, os dados aqui encontrados confirmam a hipótese formulada e sugerem um padrão bastante semelhante ao do funcionamento sexual. Quando comparadas com as mulheres do grupo sexualmente menos satisfeito, as mulheres mais satisfeitas sexualmente relataram valores superiores de afecto positivo durante a actividade sexual e valores mais baixos de afecto negativo e outros estados emocionais. Considerando que uma vida sexual satisfatória é importante para a satisfação em geral, compreende-se que ela esteja igualmente correlacionada com um humor positivo (Apt, Hurlbert, Pierce, &

White, 1996; Suh, Diener, Oishi, & Triandis, 1998). Relativamente à capacidade preditiva das categorias gerais de afecto durante a actividade sexual, e tal como previsto na quarta hipótese, verificou-se que ambas as dimensões de afecto, positivo e negativo, revelaram ser preditores significativos da satisfação sexual, embora o afecto positivo tenha constituído o principal preditor. Tal como para o funcionamento sexual, parece que a presença de emoções positivas, mais do que a ausência de emoções negativas, caracteriza as mulheres sexualmente mais satisfeitas. A mesma tendência foi encontrada em termos de afecto específico durante a actividade sexual sendo que as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referiram significativamente mais emoções de alegria, autoconfiança, atenção e serenidade durante a actividade sexual. As mulheres sexualmente menos satisfeitas, por seu turno, apresentaram pontuações significativamente superiores de fadiga, tristeza, culpa, hostilidade, timidez e medo durante a actividade sexual. Foi ao nível das dimensões de alegria, fadiga, e autoconfiança que as diferenças entre os grupos de satisfação sexual assumiram maior magnitude.

Tal como para o funcionamento sexual, verificou-se que, de entre as onze dimensões de afecto específico, apenas as dimensões de alegria e culpa mostraram ser variáveis predictoras significativas, tendo a alegria sido a melhor preditora da satisfação sexual. Relativamente à culpa sexual, os resultados vão de encontro às sugestões de Gold e colaboradores (1991), Pelletier e Herold (1988), e Strassberg e Lockerd (1998), quando verificaram que as mulheres que menos experienciam esta emoção são as que se encontram mais abertas à experimentação e ao prazer, com diferentes pensamentos e comportamentos sexuais e as que referem uma vida sexual mais satisfatória. É igualmente compreensível que as mulheres que referem mais alegria durante a actividade sexual sejam as mais satisfeitas sexualmente e esta satisfação, por seu turno, contribuirá provavelmente para maiores níveis de bem-estar e alegria nos encontros sexuais seguintes. Este resultado está de acordo com a importância atribuída por Basson (2008) às emoções positivas na resposta sexual da mulher. Segundo ela, sendo o estado inicial de excitação subjectiva acompanhado de afectos (e pensamentos) positivos, tal pode despoletar o desejo e um estado de excitação ainda maior. Por outro lado, a mesma autora sugere que as experiências sexuais positivas e as emoções de prazer e alegria consonantes aumentam ainda mais a motivação para o envolvimento sexual posterior Basson (2006, 2008).

CAPÍTULO XIX.
Variáveis Relacionais,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Em suma, em diversos estudos, a qualidade do relacionamento íntimo tem mostrado estar positivamente correlacionada com as experiências sexuais, embora a natureza e direcção da relação entre estas nem sempre seja linear (Byers, 2001; Christopher & Sprecher, 2000; Sprecher, 2002). Por outro lado, os problemas sexuais têm mostrado estar ligados às dificuldades relacionais e aos relacionamentos de longa duração, embora alguns estudos mostrem resultados contraditórios quanto ao efeito da duração da relação na sexualidade (Edwards & Booth, 1994; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Henderson-King & Veroff, 1994; Klusmann, 2002; Schwartz & Rutter, 2000). Apesar de algumas sugestões teóricas referentes à importância, para as experiências sexuais femininas, de aspectos relacionados com o parceiro, como sejam a sensibilidade deste em relação às necessidades e preferências sexuais da mulher, ou o grau de atracção da mulher pelo parceiro, a diferentes níveis, os estudos a este respeito são ainda escassos (Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Cook & Wilson, 1979; Laumann et al., 1999; Leiblum; 2003; Mulhall et al., 2008).

Neste capítulo, pretende-se averiguar se existem diferenças entre grupos de mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual quanto às variáveis relacionais consideradas. Espera-se ainda contribuir para clarificar a capacidade preditiva da duração e qualidade do relacionamento, da atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e da percepção quanto à sensibilidade do companheiro, relativamente às experiências sexuais femininas. Com base nestes objectivos e tendo em conta a revisão da literatura apresentada, pretende-se com o presente estudo testar as hipóteses seguintes:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais, após controlado o efeito das variáveis demográficas, sejam as que apresentam relacionamentos mais satisfatórios, menos longos (menor número de anos), descrevendo maior atracção pelos companheiros e companheiros mais sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais, comparativamente às mulheres menos funcionais;

- H2: Esperamos encontrar nas mulheres que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, níveis

mais elevados de qualidade do relacionamento, relações menos longas, relatos de maior atracção pelos companheiros e mais descrições dos companheiros como sendo sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais;

- H3: Esperamos que a qualidade do relacionamento, a sua duração, a atracção pelos companheiros e a sensibilidade dos mesmos, constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino;

- H4: Esperamos que as dimensões relacionais consideradas para o funcionamento sexual constituam igualmente preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Variáveis relacionais em função do funcionamento sexual

a) Qualidade e duração do relacionamento

A análise da relação entre o funcionamento sexual e as variáveis qualidade do relacionamento e duração da relação, teve por base duas análises univariadas da covariância (ANCOVA's). Assumiu-se como variável independente, em ambas as análises, o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais). Na primeira ANCOVA, assumiu-se como variável dependente a pontuação obtida no Inventário de Satisfação Marital de Golombok-Rust (*GRIMS*), e, na segunda ANCOVA, os valores referentes à duração da relação. Na primeira análise, por terem revelado um efeito significativo sobre a qualidade do relacionamento, foram introduzidas, como covariáveis, a idade, $F(5, 486) = 8.13, p < .001; \eta^2$ parcial = .08, o estado civil solteira (*dummy*), $F(1, 490) = 16.88, p < .001; \eta^2$ parcial = .03., e a situação profissional reformada (*dummy*), $F(1, 490) = 13.54, p < .001; \eta^2$ parcial = .03.

Na segunda análise, as covariáveis introduzidas, por terem mostrado um efeito significativo sobre a duração da relação, foram a idade, $F(5, 491) = 271.51, p < .001; \eta^2$ parcial = .73, as habilitações literárias, $F(6, 490) = 37.19, p < .001; \eta^2$ parcial = .31, o estado civil solteira (*dummy*), $F(1, 495) = 235.10, p < .001; \eta^2$ parcial = .32, a situação

profissional reformada (*dummy*), $F(1, 495) = 203.14$, $p < .001$; η^2 parcial = .29, e a situação profissional estudante (*dummy*), $F(1, 495) = 98.68$, $p < .001$; η^2 parcial = .17.

No que respeita à qualidade do relacionamento, uma vez controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada revelou o efeito estatisticamente significativo do funcionamento sexual, $F(1, 468) = 19.21$, $p < .001$; η^2 parcial = .04. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram que as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentam níveis significativamente superiores de satisfação no relacionamento ($p < .001$) (Tabela 92).

Tabela 92. Qualidade do relacionamento, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: habilitações literárias, situação profissional e religião) ($n = 491$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 468)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	<i>(n = 97)</i>		<i>(n = 394)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Qualidade do relacionamento	61.39	1.59	69.58	.99	19.21***	.039

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, estado civil (solteira) e situação profissional (reformada).

Quanto à duração da relação, após controlado o efeito das covariáveis, a análise univariada mostrou não haver um efeito estatisticamente significativo do funcionamento sexual, $F(1, 488) = .28$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 93).

Tabela 93. Duração da relação, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 488)	η^2
	Menos funcional		Mais funcional			
	<i>(n = 99)</i>		<i>(n = 397)</i>			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Duração da relação	172.37	8.38	167.32	3.95	.28	.001

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, habilitações literárias, estado civil (solteira) e situação profissional (reformada e estudante)

b) Atração pelo companheiro e sensibilidade do companheiro

Com o objectivo de analisar a relação entre o funcionamento sexual e as variáveis ordinais referentes à atracção pelo companheiro e à sensibilidade do mesmo face às necessidades e preferências sexuais da mulher, utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nos itens atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e sensibilidade do companheiro.

Os resultados referentes ao teste *U* de Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual, quer no que respeita à atracção física ($z = -9.28, p < .001$), emocional ($z = -8.85, p < .001$) e intelectual ($z = -7.83, p < .001$) pelo companheiro, quer quanto à sensibilidade do companheiro ($z = -7.40, p < .001$) (Tabela 94). As mulheres do grupo sexualmente mais funcional referem valores médios superiores de atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e descrevem mais os seus parceiros como sendo sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais.

Tabela 94. Atracção pelo companheiro e sensibilidade do companheiro, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual		z
	Menos funcional	Mais funcional	
	($n = 99$)	($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Atracção física pelo companheiro	135.62	276.65	-9.28***
Atracção emocional pelo companheiro	143.35	274.72	-8.85***
Atracção intelectual pelo companheiro	153.36	272.23	-7.83***
Sensibilidade do companheiro	158.53	270.94	-7.40***

*** $p < .001$.

2.2. Variáveis relacionais em função da satisfação sexual

a) Qualidade e duração do relacionamento

Para se analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis qualidade do relacionamento e duração da relação, realizaram-se duas análises univariadas da covariância (ANCOVA's), assumindo-se, em ambas, como variável independente, a satisfação sexual das mulheres (1 = grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito). Como variável dependente, na primeira ANCOVA, considerou-se a pontuação obtida no *GRIMS* e, na segunda ANCOVA, os valores referentes à duração da relação. Na primeira análise, as variáveis idade, estado civil solteira (*dummy*) e situação profissional reformada (*dummy*), foram introduzidas como covariáveis, uma vez que revelaram um efeito significativo sobre a qualidade do relacionamento (cf. nota correspondente na análise anterior, referente ao funcionamento sexual). Na segunda análise, por terem revelado um efeito significativo sobre a duração da relação, introduziram-se como covariáveis: a idade, as habilitações literárias, o estado civil solteira (*dummy*), a situação profissional reformada (*dummy*), e a situação profissional estudante (*dummy*) (cf. nota correspondente na análise anterior, referente ao funcionamento sexual).

Quanto à qualidade do relacionamento, os resultados do teste univariado indicaram o efeito significativo da satisfação sexual, depois de controladas as

covariáveis, $F(1, 467) = 30.96$, $p < .001$; η^2 parcial = .06. Os resultados referentes às médias ajustadas mostraram valores significativamente superiores no *GRIMS* ($p < .001$) por parte das mulheres sexualmente mais satisfeitas (Tabela 95).

Tabela 95. Qualidade do relacionamento, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, estado civil e situação profissional) ($n = 491$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 467)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	($n = 237$)		($n = 254$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Qualidade do relacionamento	63.96	1.25	72.86	.99	30.96***	.062

*** $p < .001$

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, estado civil (solteira) e situação profissional (reformada).

Relativamente à duração da relação, após controlado o efeito das covariáveis, a satisfação sexual mostrou não ter um efeito significativo, $F(1, 488) = .86$, *ns*; η^2 parcial = .00 (Tabela 96).

Tabela 96. Duração da relação, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análise univariada da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).

	Grupos de satisfação sexual				<i>F</i> (1, 488)	η^2
	Menos satisfeito		Mais satisfeito			
	($n = 239$)		($n = 257$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Duração da relação	173.10	5.08	166.38	4.89	.35	.002

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, habilitações literárias, estado civil (solteira) e situação profissional (reformada e estudante)

b) Atracção pelo companheiro e sensibilidade do companheiro

De modo a analisar a relação entre a satisfação sexual e as variáveis ordinais atracção pelo companheiro e sensibilidade do mesmo face às necessidades e

preferências sexuais da mulher, utilizou-se o teste *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variáveis dependentes, os valores obtidos nos itens atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e sensibilidade do companheiro.

Os resultados obtidos revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação sexual, quanto à atracção física ($z = -9.20, p < .001$), emocional ($z = -8.68, p < .001$) e intelectual ($z = -8.27, p < .001$) pelo companheiro, e quanto à sensibilidade do companheiro ($z = -8.08, p < .001$) (Tabela 97). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referem valores médios superiores de atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e descrevem mais os seus parceiros como sendo sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas.

Tabela 97. Atracção pelo companheiro e sensibilidade do companheiro, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

	Grupos de satisfação sexual		<i>z</i>
	Menos satisfeito	Mais satisfeito	
	($n = 239$)	($n = 257$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Atracção física pelo companheiro	190.50	302.44	-9.20***
Atracção emocional pelo companheiro	195.06	298.20	-8.68***
Atracção intelectual pelo companheiro	196.43	296.94	-8.27***
Sensibilidade do companheiro	197.60	295.84	-8.08***

*** $p < .001$.

2.3. Preditores relacionais do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada à qualidade e duração do relacionamento, à atracção pelo companheiro e à sensibilidade do mesmo face às necessidades e preferências sexuais da mulher, assim como avaliar a capacidade preditiva destas variáveis, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, a qualidade do

relacionamento e a sua duração (em meses). Os itens referentes à atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e à sensibilidade do companheiro foram também introduzidos como preditores, depois de devidamente transformados em *dummy*²⁷. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. As variáveis predictoras foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados (fórmula de correcção de Bonferroni).

A análise de regressão múltipla evidenciou um modelo significativo, $F(6, 484) = 48.93$, $p < .001$, permitindo explicar 37% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .368).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que os únicos preditores do funcionamento sexual são a qualidade do relacionamento ($\beta = .36$, $p < .001$) e a duração do mesmo ($\beta = -.23$, $p < .001$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde, respectivamente, uma modificação de .36 e de -.23 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. Os resultados mostraram ainda que a presença de um companheiro sensível face às necessidades e preferências sexuais da mulher, ou a atracção pelo companheiro (física, emocional ou e intelectual) não apresenta capacidade preditiva significativa em relação ao funcionamento sexual das mulheres (Tabela 98).

²⁷ Os itens ordinais referentes à atracção pelo companheiro e à sensibilidade do companheiro, por terem um número de classes inferior a 7, critério indispensável para inclusão de uma variável ordinal na análise de regressão linear, foram transformados em variáveis dicotómicas e, depois, em *dummy* (Hardy, 1993; O'Grady & Medoff, 1988). Para cada um dos itens referentes à atracção, procedeu-se à transformação de tal modo que, às opções de resposta “pouco atraída” ou “muito pouco atraída” passou a corresponder o valor de 0 e, às alternativas de resposta “medianamente atraída”, “bastante atraída” e “muitíssimo atraída”, foi atribuído valor de 1. No caso do item referente à sensibilidade do companheiro, o valor de 0 passou a corresponder às opções de resposta “pouco sensível” ou “muito pouco sensível” e, o valor de 1, às alternativas de resposta “medianamente sensível”, “bastante sensível” e “muitíssimo sensível”.

Tabela 98. Preditores relacionais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 491$).

Variável preditora	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Qualidade da relação	.19	.02	.36***
Duração da relação	-.01	.00	-.23***
Atracção física	.21	1.23	.01
Atracção emocional	3.42	1.33	.11
Atracção intelectual	1.11	.94	.05
Parceiro sensível	2.96	..89	.14

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/6 = .0083$; $p = .01/6 = .0017$; $p = .001/6 = .0002$)

2.4. Preditores relacionais da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva da qualidade e duração da relação, da atracção pelo companheiro e da sensibilidade deste relativamente às necessidades e preferências sexuais da mulher, efectuou-se uma análise de regressão múltipla com o método *enter*, tendo-se seleccionado, como variáveis predictoras, a qualidade do relacionamento, a sua duração, e os itens correspondentes à atracção física, emocional e intelectual pelo companheiro e à sensibilidade do companheiro, depois de devidamente transformados em variáveis *dummy* (cf. nota de rodapé equivalente, no ponto referente ao funcionamento sexual). Para a análise destas variáveis, ajustaram-se os níveis de significância segundo a fórmula de correcção de Bonferroni. A satisfação sexual (total no *GRISS*) foi assumida como variável critério.

Da análise de regressão múltipla para a satisfação sexual, surgiu um modelo significativo, $F(6, 484) = 67.25$, $p < .001$, explicativo de 45% da variabilidade (R^2 Ajustado = .448).

Os resultados revelaram que, à excepção da atracção pelo companheiro (física, emocional ou e intelectual), as restantes variáveis relacionais consideradas constituem predictoras significativas da satisfação sexual, desde a qualidade do relacionamento ($\beta = .45$, $p < .001$), até à sua duração ($\beta = -.20$, $p < .001$), e também a sensibilidade do companheiro ($\beta = .17$, $p < .001$). A análise dos coeficientes de regressão

estandardizados evidenciou a qualidade do relacionamento como sendo o melhor preditor da satisfação sexual nas mulheres sendo que, a cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de .45 desvios padrão no índice de satisfação sexual. (Tabela 99)

Tabela 99. Preditores relacionais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 491$).

Variável preditora	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Qualidade da relação	.37	.03	.45***
Duração da relação	-.01	.00	-.20***
Atração física	.44	1.64	.01
Atração emocional	3.94	1.95	.08
Atração intelectual	1.89	1.38	.06
Parceiro sensível	5.60	1.30	.17***

*** $p < .001$.. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/6 = .0083$; $p = .01/6 = .0017$; $p = .001/6 = .0002$)

3. Discussão e conclusões

Pretendia-se avaliar, neste capítulo, em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual, no que respeita às variáveis relacionais consideradas. Na sequência das análises efectuadas, encontraram-se dados interessantes, a maioria dos quais em convergência com as hipóteses previamente formuladas.

Uma vez controlado o efeito das covariáveis, os resultados confirmaram a previsão da Hipótese 1 para a qualidade do relacionamento, visto que as mulheres do grupo sexualmente mais funcional apresentaram níveis significativamente superiores no *GRIMS* (qualidade da relação). Este dado vai de encontro à maioria das sugestões da literatura, referindo a estreita ligação entre os aspectos não sexuais dos relacionamentos e a resposta sexual feminina (Byers & Wang, 2004; Christopher & Sprecher, 2000; Davidson & Darling, 1988; Schenk, Pfrang, & Rausch, 1983), nomeadamente no que

respeita ao desejo, excitação e orgasmo (Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993; Huston & Vangelisti, 1991; Öberg & Fugl-Meyer, 2005).

No entanto, contrariamente ao previsto também na Hipótese 1, não foram encontradas diferenças entre as mulheres mais e menos funcionais quanto à duração da relação. Este resultado é particularmente interessante se considerarmos que o efeito das covariáveis, incluindo a idade, foi controlado. Apesar de os relacionamentos de longa duração mostrarem habitualmente estar negativamente associados às experiências sexuais, nalguns casos, mesmo depois de controlada a idade (Byers, & Wang, 2004; Call et al., 1995; Carvalheira et al., 2010; Klusmann, 2002; Laumann et al., 1994), a maioria dos estudos tem focado sobretudo a relação entre a duração da relação e a frequência da actividade sexual, mais do que propriamente a resposta sexual (Blumstein & Schwartz, 1983; Call et al., 1995; Johnson et al., 1994; Liu, 2003).

Em relação à atracção pelo companheiro e percepção quanto à sensibilidade do mesmo, os resultados permitiram confirmar as previsões da Hipótese 1, uma vez que, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, as mulheres do grupo sexualmente mais funcional referiram níveis significativamente superiores de atracção física, emocional e intelectual e descreveram mais os seus parceiros como sendo sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais. Estes resultados são convergentes com alguns estudos prévios e com sugestões da literatura sublinhando o importante papel que pode ter nas experiências sexuais femininas o facto de a mulher se sentir atraída pelo parceiro, bem como o facto de este ser percebido como sendo sensível face às suas necessidades e preferências sexuais (Bancroft, 2001; Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Parish et al., 2007; Sangrador & Yela, 2000).

No entanto, na análise de regressão, quando consideradas em conjunto com os restantes preditores relacionais, os aspectos referentes à atractividade e sensibilidade do parceiro não revelaram significância estatística, ou seja, a Hipótese 3 apenas foi confirmada parcialmente. Por outro lado, e ainda em relação a esta hipótese, o facto de somente a qualidade e a duração do relacionamento terem mostrado constituir preditores significativos do funcionamento sexual, embora relevante e reforçando sobretudo o papel da qualidade do relacionamento, merece alguma reflexão, mormente se atendermos a que, na análise conjunta dos preditores relacionais, a idade não foi

controlada. No que respeita à duração da relação, esta ressalva é particularmente importante uma vez, que na análise univariada da variância, não houve diferenciação entre os grupos de funcionamento sexual depois de controladas as covariáveis. Assim, embora justificando a necessidade de aprofundamento futuro, os dados parecem sugerir que a idade, mais do que a duração da relação, poderá melhor explicar o funcionamento sexual feminino, o que é em parte suportado também pelos resultados encontrados no capítulo das variáveis sociodemográficas.

Quanto à satisfação sexual, o padrão de resultados encontrados para as variáveis relacionais foi semelhante ao encontrado em função dos grupos de funcionamento sexual. Assim, verificou-se que a Hipótese 3 foi confirmada relativamente à qualidade do relacionamento, às variáveis referentes à atracção pelo companheiro e à sensibilidade do companheiro face às necessidades e preferências da mulher, mas não relativamente à duração da relação. Depois de controladas as variáveis demográficas, verificou-se que as mulheres sexualmente mais satisfeitas mostraram valores significativamente superiores de satisfação no relacionamento, em comparação com as menos satisfeitas sexualmente. Este dado é convergente com os estudos que mostram a estreita relação entre a satisfação sexual e a existência de um bom relacionamento íntimo com o parceiro (Byers et al., 1998; Henderson-King & Veroff, 1994; Laumann et al., 2005; Lindau et al., 2007) quer nas relações de longa duração, quer nas de namoro (Blumstein & Schwartz, 1983; Cupach & Comstock, 1990; Edwards & Booth, 1994; Davies et al., 1999). A importância da qualidade do relacionamento foi ademais confirmada na análise de regressão conjunta com todos os preditores relacionais, tendo sido esta a dimensão que revelou um papel mais central quanto à satisfação sexual feminina, com uma capacidade explicativa inclusivamente superior (β de .45) à que foi encontrada para o funcionamento sexual (β de .36). Por outro lado, o facto de o relacionamento ter mostrado contribuir deste modo para explicar a satisfação sexual, embora relevante, não implica necessariamente uma direcção causal única. A maioria dos estudos longitudinais realizados até ao momento tem, aliás, sido inconclusiva neste ponto (ver Byers 2005), sendo que o mais provável é que exista uma estreita interacção e reciprocidade entre estas duas dimensões da vida íntima dos casais (Edwards & Booth, 1994; Sprecher & Cate, 2004).

Depois de controlado o efeito das covariáveis, nomeadamente a idade das mulheres, verificou-se que os grupos de satisfação sexual não se diferenciaram significativamente entre si quanto à duração da relação. À semelhança do que foi encontrado para o funcionamento sexual, este dado contraria um elevado número de estudos que sugere que, independentemente do efeito da idade, existe uma associação negativa entre o número de anos em comum e as experiências sexuais satisfatórias (Carvalho et al., 2010; Johnson et al., 1994; Klusmann, 2002; Liu, 2003). Por outro lado, este resultado contrasta com a capacidade preditiva significativa que foi encontrada na análise de regressão com todas as variáveis relativas ao relacionamento. Tal como sugerido para o funcionamento sexual, a discrepância de resultados poderá ter a ver com o papel central da idade uma vez que, depois de controlada esta variável, a duração da relação mostrou perder relevância. Além disso, alguns estudos mostraram que nem sempre o decorrer dos anos em conjunto se traduz numa diminuição da satisfação sexual feminina (Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Schwartz & Rutter, 2000).

Tal como previsto, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referiram maior atracção física, emocional e intelectual pelos seus companheiros e descreveram-nos mais como sendo sensíveis do ponto de vista sexual. Contudo, quando analisada a capacidade preditiva destas dimensões, em conjunto com as restantes variáveis relacionais (duração e qualidade do relacionamento), verificou-se que a atracção pelo companheiro (física, emocional e intelectual) não contribuía para explicar a satisfação sexual das mulheres e que, de entre as variáveis relativas ao companheiro, somente o facto de perceberem neles alguém atento e sensível às suas necessidades e preferências sexuais, revelou ser uma preditora significativa.

CAPÍTULO XX.
Actividade Sexual, Contexto,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Em suma, embora comumente aceites como podendo desempenhar um papel importante nas experiências sexuais das mulheres (Basson, 2005; Tiefer, 2002; Bancroft, 2002), os aspectos contextuais só muito raramente têm sido alvo de investigação empírica, sendo que alguns dos resultados encontrados revelam-se contraditórios (Bodenmann et al., 2007; McCarthy's, 2003). O papel desempenhado pelo recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, nomeadamente fantasias e actividade masturbatória, embora sendo uma área de investigação mais estudada, constitui ainda um campo com muitas potencialidades por esclarecer. Também largamente desconhecido é o impacto que pode ter, em termos de funcionamento sexual e experiências sexuais satisfatórias, o uso de materiais eróticos. A frequência da actividade sexual encontra-se positivamente associada com o funcionamento e a satisfação sexual; no entanto, esta relação não é linear, sendo equívoco assumir equivalência, por exemplo, entre desejo sexual e frequência da actividade sexual ou entre actividade sexual frequente e elevada satisfação sexual.

Neste capítulo, pretende-se avaliar se existem diferenças quanto à frequência da actividade sexual, recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual e contexto sexual habitual, entre grupos de mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual e de satisfação sexual. Pretende-se igualmente ajudar a clarificar a importância relativa do contexto sexual e das actividades auxiliares no funcionamento e na satisfação sexual feminina. Tendo em conta estes objectivos, o presente estudo visa testar as hipóteses que se seguem:

- H1: Esperamos que as mulheres com índices mais elevados de funcionamento sexual tenham actividade sexual mais frequentemente, recorrendo mais a actividades auxiliares e que as suas relações sexuais decorram num contexto sexual apropriado, com privacidade e erótico, horário adequado, tempo suficiente e com menos cansaço, stress e preocupações, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais;

- H2: Esperamos que as mulheres sexualmente mais satisfeitas tenham actividade sexual mais frequente, com maior recurso a actividades sexuais e ocorrendo

num contexto sexual mais favorável, comparativamente às mulheres com índices mais baixos de satisfação sexual;

- H3: Esperamos que as variáveis referentes às actividades auxiliares durante a actividade sexual e ao contexto sexual habitual constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino;

- H4: Esperamos que as variáveis referentes às actividades auxiliares e contexto sexual consideradas constituam igualmente preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Actividade sexual e contexto em função do funcionamento sexual

a) Frequência da actividade sexual

Para se analisar a relação entre o funcionamento sexual e a variável ordinal referente à frequência da actividade sexual, utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e, como variável dependente, os valores relativos à frequência da actividade sexual.

Os resultados referentes ao teste *U* de Mann-Whitney revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual ($z = -8.70, p < .001$), sendo as mulheres do grupo sexualmente mais funcional as que apresentam pontuações superiores quanto à frequência da actividade sexual (Tabela 100).

Tabela 100. Frequência da actividade sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

	Grupos de funcionamento sexual		<i>z</i>
	Menos funcional	Mais funcional	
	($n = 99$)	($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Frequência da actividade sexual	148.61	273.41	-8.70***

*** $p < .001$

b) Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual

De modo a estudar a relação entre o funcionamento sexual da mulher e o recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado (χ^2). As variáveis assumidas na tabela 2 x 2 foram o funcionamento sexual (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais) e as respostas nos itens referentes às actividades auxiliares, i.e., o recurso ou não, durante a actividade sexual, a auxiliares como a masturbação, fantasias e/ou pensamentos sexuais, material erótico/pornográfico (e.g., revistas, vídeos, internet), roupas exóticas, outros auxiliares de prazer (e.g., vibradores, cremes exóticos, preservativos com sabor, etc.) ou outras actividades.

Os dados revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual quanto ao recurso à masturbação, fantasias, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer ($p < .001$), não se registando diferenças em relação ao uso de material erótico/pornográfico ou outras actividades (Tabela 101).

Tabela 101. Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, (sim/ não) e funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste do Qui-quadrado ($n = 496$).

Actividades auxiliares		Grupos de funcionamento sexual				χ^2	g.l.
		Menos funcional		Mais funcional			
		$(n = 99)$		$(n = 397)$			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Masturbação	Sim	32	32%	254	64%	32.53***	1
	Não	67	68%	143	36%		
Fantasia e/ou pensamentos sexuais	Sim	33	33%	289	72%	54.18***	1
	Não	66	67%	108	27%		
Material erótico/ pornográfico (e.g., vídeos)	Sim	14	14%	65	16%	.30	1
	Não	85	86%	332	84%		
Roupas exóticas	Sim	6	6%	109	28%	20.37***	1
	Não	93	94%	288	72%		
Outros auxiliares (e.g., vibradores, etc.)	Sim	4	4%	75	19%	32.53***	1
	Não	95	96%	322	81%		
Outras actividades	Sim	2	2%	16	4%	.92	1
	Não	97	98%	381	96%		

*** $p < .001$

O recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais foi referido por 72% das mulheres sexualmente mais funcionais, comparativamente a 33% das mulheres menos funcionais sexualmente, $\chi^2(1) = 54.18$, $p < .001$. Quanto à masturbação, referiram o seu recurso 64% das mulheres do grupo sexualmente mais funcional e 32% das mulheres sexualmente menos funcionais, $\chi^2(1) = 32.53$, $p < .001$. Referiram recorrer a roupas exóticas 28% das mulheres do grupo mais funcional e somente 6% das mulheres com índices mais baixos de funcionamento sexual, $\chi^2(1) = 20.37$, $p < .001$. Cerca de 19% das mulheres mais funcionais e apenas 4% das mulheres menos funcionais sexualmente mencionaram o recurso a outros auxiliares de prazer como vibradores, cremes exóticos,

preservativos com sabor, etc., $\chi^2 (1) = 20.37, p < .001$.

c) Contexto sexual habitual

A relação entre o funcionamento sexual da mulher e as variáveis ordinais respeitantes ao contexto sexual habitual foi analisada mediante recurso ao teste não-paramétrico U de Mann-Whitney. Assumiu-se o funcionamento sexual como variável independente (1 = grupo de mulheres sexualmente menos funcionais; 2 = grupo de mulheres sexualmente mais funcionais). Como variáveis dependentes, assumiram-se os valores nos itens referentes ao contexto sexual habitual.

De acordo com os valores obtidos no teste U de Mann-Whitney, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual, em todos os itens considerados (contexto erótico e ausência de cansaço, stress e preocupações: $p < .001$; adequação do horário: $p < .01$; contexto apropriado, com privacidade e tempo suficiente: $p < .05$) (Tabela 102). As mulheres do grupo sexualmente mais funcional, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais, apresentam valores médios superiores em todos os itens considerados, ou seja, referem mais frequentemente ter um contexto sexual apropriado, com privacidade e erótico, horário adequado, tempo suficiente e em que existe menos cansaço, stress e preocupações.

Tabela 102. Contexto sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Teste *U* de Mann-Whitney ($n = 496$).

Contexto sexual habitual	Grupos de funcionamento sexual		<i>z</i>
	Menos funcional	Mais funcional	
	($n = 99$)	($n = 397$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Contexto apropriado	221.66	255.19	-2.18*
Contexto com privacidade	222.27	255.04	-2.18*
Contexto erótico	150.55	272.93	-7.80***
Horário adequado	205.37	259.26	-3.44**
Tempo suficiente	216.96	255.96	-2.58*
Ausência de cansaço	180.82	264.58	-5.40***
Ausência de stress	183.33	264.75	-5.26***
Ausência de preocupações	168.28	268.51	-6.47***

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

2.2. Actividade sexual e contexto em função da satisfação sexual

a) Frequência da actividade sexual

Para se analisar a relação entre a satisfação sexual e a frequência da actividade sexual, utilizou-se o teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se como variável independente a satisfação sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e, como variável dependente, os valores relativos à frequência da actividade sexual.

Os dados referentes ao teste *U* de Mann-Whitney revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação sexual $z = -7.80$, $p < .001$). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito são as que apresentam pontuações superiores quanto à frequência da actividade sexual (Tabela 103).

Tabela 103. Frequência da actividade sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste *U* de Mann-Whitney (*n* = 496).

	Grupos de satisfação sexual		<i>Z</i>
	Menos satisfeito	Mais satisfeito	
	(<i>n</i> = 239)	(<i>n</i> = 257)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Frequência da actividade sexual	202.14	291.61	-7.80***

****p* < .001

b) Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual

Por forma a estudar a relação entre a satisfação sexual da mulher e o recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado (χ^2). As variáveis assumidas na tabela 2 x 2 foram a satisfação sexual (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e as respostas nos itens referentes às actividades auxiliares (1 = sim; 2 = não).

Os dados mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação sexual quanto ao recurso à masturbação, fantasias, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer ($p < .001$), bem como material erótico/pornográfico ($p < .01$), não se registando diferenças em relação ao uso de outras actividades (Tabela 104).

O recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais foi referido por 79% das mulheres sexualmente mais satisfeitas, comparativamente a 49% das mulheres menos satisfeitas sexualmente, $\chi^2 (1) = 48.96, p < .001$. Cerca de 25% das mulheres mais satisfeitas mas apenas 6% das mulheres menos satisfeitas sexualmente mencionaram o recurso a outros auxiliares de prazer como vibradores, cremes exóticos, preservativos com sabor, etc., $\chi^2 (1) = 34.93, p < .001$. Referiram recorrer a roupas exóticas 33% das mulheres do grupo mais satisfeito e 13% das mulheres com índices mais baixos de satisfação sexual, $\chi^2 (1) = 27.02, p < .001$. No que respeita à masturbação, referiram o seu recurso 68% das mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito e 46% das mulheres sexualmente menos satisfeitas, $\chi^2 (1) = 23.78, p < .001$. Quanto ao recurso a material erótico/pornográfico, foi referido por 20% das mulheres sexualmente mais

satisfeitas, comparativamente a 11% das mulheres menos satisfeitas sexualmente, $\chi^2 (1) = 7.39, p < .01$ (Tabela 104).

Tabela 104. Recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual (sim/ não) e satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste do Qui-quadrado ($n = 496$).

Actividades auxiliares		Grupos de satisfação sexual				χ^2	g.l.
		Menos satisfeito		Mais satisfeito			
		$(n = 239)$		$(n = 257)$			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Masturbação	Sim	111	46%	175	68%	23.78***	1
	Não	128	54%	82	32%		
Fantasias e/ou pensamentos sexuais	Sim	118	49%	204	79%	48.96***	1
	Não	121	51%	53	21%		
Material erótico/ pornográfico (e.g., vídeos)	Sim	27	11%	52	20%	7.39**	1
	Não	212	89%	205	80%		
Roupas exóticas	Sim	31	13%	84	33%	27.02***	1
	Não	208	87%	173	67%		
Outros auxiliares (e.g., vibradores, etc.)	Sim	14	6%	65	25%	34.93***	1
	Não	225	94%	192	75%		
Outras actividades	Sim	6	3%	12	5%	1.65	1
	Não	233	97%	245	95%		

** $p < .01$. *** $p < .001$

c) Contexto sexual habitual

A relação entre a satisfação sexual da mulher e as variáveis ordinais respeitantes ao contexto sexual habitual foi analisada mediante recurso ao teste não-paramétrico *U* de Mann-Whitney. Assumiu-se a satisfação sexual como variável independente (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito). Como variáveis dependentes, assumiram-se os valores nos itens referentes ao contexto sexual

habitual.

Os valores obtidos no teste U de Mann-Whitney revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de satisfação sexual, em todos os itens considerados, (contexto erótico, ausência de cansaço, stress e preocupações, e tempo suficiente: $p < .001$; contexto apropriado, e horário adequado: $p < .05$) excepto no que respeita à privacidade (Tabela 105). As mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito referem mais frequentemente ter um contexto sexual apropriado, erótico, com horário adequado e tempo suficiente e com menos cansaço, stress e preocupações.

Tabela 105. Contexto sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Teste U de Mann-Whitney ($n = 496$).

Contexto sexual habitual	Grupos de satisfação sexual		z
	Menos satisfeito	Mais satisfeito	
	($n = 239$)	($n = 257$)	
	Médias das ordens	Médias das ordens	
Contexto apropriado	233.20	262.73	-2.40*
Contexto com privacidade	237.05	259.15	-1.84
Contexto erótico	200.29	293.33	-7.41***
Horário adequado	232.61	263.27	-2.45*
Tempo suficiente	221.18	273.04	-4.19***
Ausência de cansaço	209.49	283.66	-5.99***
Ausência de stress	214.86	279.79	-5.24***
Ausência de preocupações	209.85	284.44	-6.47***

* $p < .05$. *** $p < .001$

2.3. Preditores contextuais do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada aos aspectos contextuais considerados, assim como avaliar, especificamente, a sua capacidade preditiva, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, segundo o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, os itens referentes ao recurso a actividades auxiliares durante a actividade sexual e os itens referentes ao

contexto sexual habitual durante a actividade sexual, depois de transformados em *dummy*²⁸. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. As variáveis preditoras foram analisadas tendo em consideração os níveis de significância ajustados (fórmula de correcção de Bonferroni).

A análise de regressão múltipla evidenciou um modelo significativo, $F(14, 479) = 13.15, p < .001$, permitindo explicar 26% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .256).

Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que os únicos preditores do funcionamento sexual são o contexto erótico ($\beta = .27, p < .001$) e o recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual ($\beta = .19, p < .001$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde, respectivamente, uma modificação de .27, e .19 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. (Tabela 106).

²⁸ Os itens assinalado, referentes às actividades auxiliares, foram transformados em variáveis artificiais explicativas de acordo com as indicações de Hubert e Rousseeuw (1997) e de Hardy (1993) para as variáveis dicotómicas. As variáveis ordinais referentes ao contexto sexual, por não terem número suficiente de classes para poderem ser incluídas na análise de regressão linear, ou seja, número de classes igual ou superior a 7, foram transformadas em dicotómicas e depois em *dummy* (Hardy, 1993; O'Grady & Medoff, 1988). Para cada um dos itens, procedeu-se à transformação de tal modo que a opção de resposta “nada” passou a corresponder o valor de 0 e o valor de 1 foi atribuído às restantes quatro alternativas de resposta (“alguma coisa”, “moderadamente”, “bastante” e “muitíssimo”).

Tabela 106. Preditores contextuais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 493$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Actividades auxiliares durante a actividade sexual</i>			
Masturbação	.96	.48	.09
Fantasias e/ou pensamentos sexuais	2.18	.50	.19***
Material erótico/ pornográfico (e.g., vídeos)	.32	.64	.02
Roupas exóticas	1.15	.55	.09
Outros auxiliares (e.g., vibradores, etc.)	.45	.68	.03
Outras actividades	-.06	1.17	-.00
<i>Contexto sexual habitual</i>			
Contexto apropriado	-1.10	1.11	.04
Contexto com privacidade	2.96	1.79	.07
Contexto erótico	3.46	.57	.27***
Horário adequado	1.29	.67	.08
Tempo suficiente	.87	.52	.08
Ausência de cansaço	1.07	.71	.09
Ausência de stress	1.19	.72	.10
Ausência de preocupações	1.97	.70	.16

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/14 = .0036$; $p = .01/14 = .0007$; $p = .001/14 = .0001$)

2.4. Preditores contextuais da satisfação sexual

Para se avaliar a capacidade preditiva das variáveis contextuais a nível da satisfação sexual, efectuou-se uma análise de regressão múltipla, utilizando o método *enter*, tendo-se seleccionado, depois de devidamente transformados em variáveis *dummy* (cf. nota de rodapé correspondente, no ponto referente ao funcionamento sexual), os itens correspondentes às actividades auxiliares usadas durante a actividade sexual e os itens referentes ao contexto sexual, como variáveis predictoras, e a satisfação sexual (total no *GRISS*), como variável critério.

Da análise de regressão múltipla para a satisfação sexual, surgiu um modelo significativo, $F(14, 479) = 12.83, p < .001$, explicativo de 25% da variabilidade (R^2 Ajustado = .251).

A análise dos coeficientes de regressão estandardizados, depois de usada a fórmula de correcção de Bonferroni para ajustar os níveis de significância, revelou como preditores significativos da satisfação sexual nas mulheres, o recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual ($\beta = .24, p < .001$) e o contexto erótico ($\beta = .22, p < .001$), de tal modo que, a cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões, quando controladas todas as outras, corresponde uma modificação de, respectivamente, .24 e .22 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. (Tabela 107).

Tabela 107. Preditores contextuais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 494$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Actividades auxiliares durante a actividade sexual</i>			
Masturbação	1.66	.75	.10
Fantasias e/ou pensamentos sexuais	4.32	.79	.24***
Material erótico/ pornográfico (e.g., vídeos)	.01	1.01	.00
Roupas exóticas	.79	.89	.04
Outros auxiliares (e.g., vibradores, etc.)	2.08	1.08	.09
Outras actividades	.55	1.86	.01
<i>Contexto sexual habitual</i>			
Contexto apropriado	3.00	1.75	.07
Contexto com privacidade	2.58	2.83	.04
Contexto erótico	4.42	.91	.22***
Horário adequado	1.97	1.07	.07
Tempo suficiente	2.07	.82	.12
Ausência de cansaço	1.76	1.12	.09
Ausência de stress	.52	1.14	.03
Ausência de preocupações	1.63	1.11	.09

*** $p < .001$. (nível de significância ajustado, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/14 = .0036$; $p = .01/14 = .0007$; $p = .001/14 = .0001$)

3. Discussão e conclusões

Pretendia-se avaliar, neste capítulo, em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento e satisfação sexual, no que respeita às variáveis referentes ao contexto e frequência da actividade sexual. Na sequência das análises efectuadas, encontraram-se dados interessantes, a maioria dos quais em convergência com as hipóteses previamente formuladas.

Embora não tenha sido perguntado às participantes qual a frequência da actividade sexual desejada, pelo que não se torna possível discutir acerca da satisfação

com a frequência dos encontros sexuais, os resultados parecem ir de encontro aos estudos prévios demonstrando a relação entre satisfação e funcionamento sexual e o relato quanto ao número de vezes que tiveram sexo com o parceiro, em média (Blumstein & Schwartz, 1983; Burlison et al., 2007; DeLamater, et al., 2008; Haavio-Mannila, & Kontula, 1997; Pinney et al., 1987). No presente estudo, corroborando as Hipóteses 1 e 2 no que respeita à frequência sexual, verificou-se que as mulheres mais satisfeitas e as mais funcionais foram as que referiram actividade sexual mais frequente, resultado este que pode ser entendido em termos bidireccionais, ou seja, quanto maior a frequência da actividade sexual, maior a satisfação e melhor o funcionamento sexual; por outro lado, quanto mais satisfeitas e funcionais sexualmente, maior a probabilidade de as mulheres se envolverem ou mesmo iniciarem o acto sexual. Esta interpretação encontra-se na linha da de Sprecher e colaboradores (2006) quando sugeriram a existência de um ciclo de processos recíprocos entre a satisfação sexual e a satisfação relacional, no qual a actividade sexual funcionaria como elemento de ligação ou mediador. Por um lado, as pessoas geralmente mais satisfeitas com os seus companheiros tenderiam a ter actividade sexual mais frequentemente, o que aumentaria a satisfação sexual. Complementarmente, a maior satisfação sexual promoveria uma actividade sexual ainda mais frequente, o que conduziria à maior satisfação geral com o relacionamento, numa dinâmica cíclica (Sprecher, Christopher, & Cate, 2006). Seria interessante, futuramente, perceber melhor os processos de ligação entre funcionamento e satisfação sexual e a frequência da actividade sexual, esta última eventualmente assumindo um papel mediador ou moderador.

Ainda no que respeita à Hipótese 1, os resultados do presente estudo corroboraram, em larga medida, as previsões iniciais, sendo que as mulheres do grupo sexualmente mais funcional, comparativamente às do grupo com funcionamento sexual mais baixo, foram as que mais referiram recorrerem a actividades auxiliares como a masturbação, uso de fantasias, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer e as que referiram mais frequentemente terem actividade sexual num contexto erótico, apropriado, com privacidade e tempo suficiente, dentro de um horário considerado por elas adequado, com menor cansaço, stress e preocupações, dados estes que, de modo geral, estão de acordo com a maioria da literatura (Althof et al., 2005; Bancroft, 2002; Bancroft et al., 2003; Basson, 2005; Basson et al., 2004; Bodenmann et al., 2007;

Burleson et al., 2007; Coleman, 2002; Goldstein & Brandon, 2004; Haavio-Mannila, & Kontula, 1997; Leiblum & Sachs, 2002; Leitenberg et al., 1993; Levin, 2007).

Quanto à Hipótese 2, as previsões gerais foram também confirmadas, sendo que o padrão de resultados encontrados para a satisfação foi bastante idêntico ao do funcionamento sexual. Assim, verificou-se que, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito descreveram um contexto sexual mais favorável nos vários níveis considerados (apropriado, com privacidade e erótico, horário adequado, tempo suficiente e com menor cansaço, stress e preocupações) e maior recurso a actividades auxiliares como a masturbação, fantasias, material erótico/pornográfico, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer.

Em relação ao funcionamento sexual e relativamente às actividades auxiliares consideradas, apenas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de funcionamento sexual quanto ao recurso a material erótico/pornográfico. Este dado é congruente com os resultados encontrados por Senn (1993) mostrando que a maioria das mulheres estudadas, independentemente do seu funcionamento sexual, mostrava uma atitude crítica face ao material pornográfico, frequentemente sentido como agressivo e humilhante para o elemento feminino e relatado como tendo um impacto neutro ou negativo nas suas vidas (Stock, 1995). Alguns estudos sugerem que as reacções afectivas negativas da maioria das mulheres aos estímulos pornográficos que são habitual e especificamente concebidos para homens (Laan, Everaerd, van Bellen, & Hanewald, 1994) ou o facto de a pornografia não ser particularmente atractiva para as mulheres, além de poder estar relacionada com aspectos pessoais, pode também resultar de processos biológicos (Baldwin & Baldwin, 1997) ou de processos de socialização e valores mais conservativos face à sexualidade feminina (Fisher, 1995; Wood & Hughes, 1984). Deste modo se compreende que, além de ser raramente referido pelas participantes, o recurso a material erótico ou pornográfico não discrimine as mulheres sexualmente mais e menos funcionais.

Apesar das restantes actividades auxiliares (à excepção do recurso a estímulos eróticos ou sexualmente explícitos), e das variáveis referentes ao contexto sexual mais próximo, terem mostrado discriminar as mulheres com diferentes níveis de

funcionamento sexual, quando se tentou averiguar a importância relativa e a capacidade preditiva das variáveis contextuais consideradas, analisando-as conjuntamente, verificou-se que a Hipótese 3 apenas foi confirmada parcialmente, uma vez que os únicos preditores do funcionamento sexual que se mostraram significativos foram o contexto erótico e o recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual. Tal como em relação ao funcionamento sexual, a Hipótese 4 teve apenas confirmação parcial, ou seja, quando se procurou perceber o contributo relativo das actividades auxiliares e contexto sexual habitual a nível da satisfação sexual, verificou-se que somente o contexto erótico e o recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual constituíram preditores significativos da satisfação sexual nas mulheres.

Este resultado confirma o papel fundamental das fantasias nas vivências sexuais femininas, quer em termos de satisfação (Alfonso et al., 1992; Moreault & Follingstad, 1978; Purifoy et al., 1992; Wilson, 1992) quer a nível do funcionamento sexual, particularmente do desejo e da excitação (Kleinplatz, 1992; Leitenberg & Henning, 1995; Meuwissen & Over, 1990; Stock & Geer, 1982). Segundo Basson (2001, 2002, 2005), uma das explicações possíveis para esta relação prende-se com o facto de as fantasias constituírem frequentemente um recurso mental usado pelas mulheres para focarem e aumentarem os estímulos eróticos. Assim, o recurso a fantasias durante a actividade sexual contribuiria para que as mulheres pudessem ficar mais excitadas e desfrutar ainda mais da experiência sexual, não tanto por se tratar de algo espontâneo ou decorrente de um desejo sexual inato, mas porque funcionariam como uma forma deliberada usada pelas mulheres para focarem os seus sentimentos sexuais ou para evitarem ficar distraídas durante a actividade sexual.

Por outro lado, o facto de outras actividades como a masturbação, o recurso a material pornográfico, roupas eróticas ou outros auxiliares de prazer, ou seja, actividades que representam comportamentos abertos, observáveis, serem ainda culturalmente pouco aceites e, também por isso, muitas vezes serem censurados e mais facilmente gerarem emoções negativas, provavelmente justificará o seu menor impacto na resposta sexual feminina, comparativamente às fantasias sexuais, mais discretas, menos visíveis e podendo mais facilmente ser usadas durante a actividade sexual sem terem de ser explícitas ou explicitadas.

Relativamente aos factores contextuais, apesar das várias sugestões da literatura no sentido de sublinhar a sua importância (Althof et al., 2005; Bancroft, 2002; Basson et al., 2004; Sugrue & Whipple, 2001), no presente estudo somente a presença de um ambiente erótico revelou ser determinante para o funcionamento ou para a satisfação sexual. Assim, os dados sugerem que investir em aspectos que tornem mais atractivo o ambiente no qual decorrem os encontros sexuais parece constituir um estímulo acrescido e uma mais-valia para as experiências sexuais femininas. Por outro lado, importa não esquecer que o considerar do contexto como erótico ou não, depende também muito da atenção e da significação que lhe é atribuída (Basson, 2002). Naturalmente que, se o contexto é processado como sendo erótico, tal irá aumentar o seu potencial excitatório e contribuir para que a mulher desfrute mais do encontro sexual.

CAPÍTULO XXI.
Variáveis Biopsicossociais,
Funcionamento e Satisfação Sexual

1. Justificação do estudo e hipóteses

Encontram-se na literatura empírica bastantes estudos que referem uma importante relação entre funcionamento e satisfação sexual, não obstante a dificuldade em determinar uma direcionalidade única entre elas (Abadjian-Mozian, 2005; Basson, 2001, 2002a; Barrientos & Páez, 2006; Davison et al., 2008; Parish et al., 2007).

Por outro lado, tem-se encontrado também alguma confusão e sobreposição quanto ao significado e implicações de cada uma destas dimensões da sexualidade feminina, o que pode gerar dificuldades a nível da investigação e de uma intervenção psicológica mais específica e adequada (e.g., Dundon & Rellini, 2010; Henderson et al., 2009; Rellini & Meston, 2007; West, Vinikoor & Zolnoun, 2004).

Vários estudos sugerem o importante contributo de diferentes factores sociodemográficos, biomédicos, relacionais, contextuais, cognitivos e emocionais na determinação das experiências sexuais das mulheres (e.g., Bancroft, 2002; Basson, 2005; Christopher & Sprecher, 2000; Henderson-King & Veroff, 1994; Koster & Garde, 1993; Laumann et al., 1999; Lindau & Gavrilova, 2010; Mitchell et al., 1998; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre et al., 2003; Rehbein-Narvaez et al., 2006; Tiefer, 2002; Trapnell et al., 1997).

Contudo, poucos estudos têm feito o esforço de integração e consideração simultânea das diferentes dimensões biopsicossociais na compreensão das experiências sexuais de funcionamento e satisfação (Althof et al., 2005; Bancroft et al., 2003; Basson et al., 2004; Laumann et al., 1994, 1999; Wiederman, 1998; Wylie & Mimoun, 2009).

Assim, neste capítulo pretende-se avaliar se existem diferenças a nível da satisfação sexual entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual e se as mulheres mais e menos satisfeitas se diferenciam entre si quanto ao funcionamento sexual. Pretende-se ainda contribuir para clarificar a importância relativa das mais relevantes dimensões biopsicossociais consideradas ao longo dos capítulos anteriores, no funcionamento e na satisfação sexual feminina. A partir destes objectivos e tendo em conta a revisão da literatura apresentada, pretende-se que o presente estudo permita testar as hipóteses seguintes:

- H1: Esperamos que as mulheres sexualmente mais funcionais apresentem índices mais elevados de satisfação sexual, comparativamente às mulheres sexualmente menos funcionais;

- H2: Esperamos que, comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres que fazem parte do grupo sexualmente mais satisfeito apresentem valores mais elevados de funcionamento sexual, de modo geral e nas diferentes dimensões consideradas (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e ausência de dor), após controlado o efeito das variáveis demográficas;

- H3: Esperamos que a satisfação sexual e algumas das variáveis biopsicossociais consideradas, em particular o relacionamento e as variáveis cognitivo-emocionais, constituam preditores significativos do funcionamento sexual feminino.

- H4: Esperamos que o funcionamento sexual e algumas das variáveis biopsicossociais consideradas, em particular as variáveis cognitivas e emocionais, e a dimensão relacional, constituam preditores significativos da satisfação sexual feminina.

2. Resultados

2.1. Satisfação sexual em função do funcionamento sexual

De forma a ser possível estudar a relação entre o funcionamento sexual e as dimensões de satisfação sexual feminina, recorreu-se à análise multivariada da covariância (MANCOVA), na qual o funcionamento sexual das mulheres (1= grupo sexualmente menos funcional; 2 = grupo sexualmente mais funcional) foi assumido como variável independente e as pontuações em quatro dimensões do Inventário de Satisfação Sexual Golombok-Rust (*GRISS*) foram consideradas como variáveis dependentes. Foram incluídas na análise, como covariáveis, e por terem revelado um efeito significativo sobre as variáveis dependentes, as variáveis sociodemográficas: idade, $\Lambda = .33$, $F(224, 1113) = 1.58$, $p < .001$, η^2 parcial = .24, habilitações literárias, $\Lambda = .86$, $F(24, 971) = 1.80$, $p < .05$, η^2 parcial = .04, e estado civil divorciada/separada (*dummy*), $\Lambda = .95$, $F(12,736) = 1.15$, $p < .05$, η^2 parcial = .02.

A análise multivariada para o funcionamento sexual, após controlado o efeito das variáveis sociodemográficas, indicou um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .60$, $F(4, 487) = 80.86$, $p < .001$, η^2 parcial = .40.

Para se analisarem as diferenças entre os grupos de funcionamento sexual a nível das várias dimensões do *GRISS* realizaram-se posteriormente análises univariadas da variância. Na análise das variáveis dependentes, tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni. Os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, e portanto a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os grupos de funcionamento sexual, sendo as mulheres do grupo sexualmente mais funcional as que apresentam pontuações superiores nas quatro dimensões de satisfação sexual (Tabela 108).

As diferenças entre os grupos de funcionamento sexual mostraram assumir maior magnitude no que respeita às dimensões de Não Evitamento, $F(1, 490) = 214.68$, $p < .001$, η^2 parcial = .31, e Sensualidade, $F(1, 490) = 210.28$, $p < .001$, η^2 parcial = .30 (Tabela 108).

Tabela 108. Satisfação sexual, em função do funcionamento sexual (grupo mais e menos funcional): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, habilitações literárias e estado civil) ($n = 495$).

Dimensões do <i>GRISS</i>	Grupos de funcionamento sexual				<i>F</i> (1, 490)	η^2
	Menos funcional ($n = 99$)		Mais funcional ($n = 396$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Comunicação	3.60	.17	5.23	.08	99.93***	.169
Satisfação	9.17	.27	13.04	.13	159.91***	.246
Não evitamento	10.07	.22	13.79	.11	214.68***	.301
Sensualidade	10.89	.22	14.51	.11	210.28***	.300

*** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/4 = .0125$; $p = .01/4 = .0025$; $p = .001/4 = .0003$).

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, habilitações literárias e estado civil (divorciada/ separada).

2.2. Funcionamento sexual em função da satisfação sexual

Para se analisar a relação entre a satisfação sexual e as dimensões de funcionamento sexual nas mulheres, procedeu-se a uma análise multivariada da covariância (MANCOVA). Assumiu-se, como variável independente, a satisfação sexual feminina (1= grupo sexualmente menos satisfeito; 2 = grupo sexualmente mais satisfeito) e, como variáveis dependentes, as pontuações nas 5 dimensões de funcionamento sexual consideradas (i.e., desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e ausência de dor). Por terem revelado um efeito significativo sobre as variáveis dependentes, foram incluídas na análise, como covariáveis, a idade, $\Lambda = .27$, $F(280, 1386) = 1.47$, $p < .001$, η^2 parcial = .23, o estado civil divorciada/separada (*dummy*), $\Lambda = .94$, $F(12,736) = 3.63$, $p < .01$, η^2 parcial = .06, e a situação profissional reformada (*dummy*), $\Lambda = .88$, $F(4, 489) = 16.10$, $p < .001$, η^2 parcial = .12.

Depois de controlado o efeito das covariáveis, os resultados do teste multivariado para a satisfação sexual indicaram um efeito estatisticamente significativo, $\Lambda = .78$, $F(5, 487) = 28.18$, $p < .001$, η^2 parcial = .22.

Os testes univariados confirmaram os dados da estatística multivariada, após correção de Bonferroni para os níveis de significância, mostrando diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os grupos de satisfação sexual. Comparativamente às mulheres sexualmente menos satisfeitas, as mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito mostraram apresentar pontuações superiores em todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas (Tabela 109).

As diferenças com maior magnitude entre os grupos de satisfação sexual foram encontradas ao nível das dimensões Excitação, $F(1, 491) = 96.70$, $p < .001$, η^2 parcial = .17, e Desejo, $F(1, 491) = 92.21$, $p < .001$, η^2 parcial = .16 (Tabela 109).

Tabela 109. Funcionamento sexual, em função da satisfação sexual (grupo mais e menos satisfeito): Análises univariadas da covariância (covariáveis: idade, estado civil e situação profissional) ($n = 496$).

Dimensões do <i>FSFI</i>	Grupos de satisfação sexual				$F(1, 491)$	η^2
	Menos satisfeito ($n = 239$)		Mais satisfeito ($n = 257$)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
<hr/>						

Desejo	3.86	.06	4.69	.06	92.21***	.158
Excitação	4.28	.06	5.09	.06	96.70***	.165
Lubrificação	4.95	.07	5.55	.06	42.45***	.080
Orgasmo	4.49	.08	5.43	.07	78.39***	.138
Dor (ausente)	4.81	.06	5.42	.06	46.00***	.086

*** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/5 = .01$; $p = .01/5 = .002$; $p = .001/5 = .0002$).

Os valores das médias e dos desvios-padrão apresentados são ajustados em função das covariáveis idade, estado civil (divorciada/ separada) e situação profissional (reformada).

2.3. Preditores biopsicossociais do funcionamento sexual

Para se conhecer a variabilidade do funcionamento sexual associada à satisfação sexual e às variáveis biopsicossociais descritas ao longo dos capítulos anteriores, assim como avaliar a capacidade preditiva de cada uma, quando consideradas todas em simultâneo, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, com o método *enter*. Seleccionaram-se, como predictoras, as variáveis que, nas análises de regressão previamente realizadas, capítulo a capítulo, mostraram ter capacidade preditiva, ou seja, variáveis sociodemográficas (idade e situação profissional**), médicas (avaliação do estado de saúde, seu** e do companheiro**), doenças**, medicação** e realização prévia de aborto**), hábitos de vida (exercício físico**), psicopatologia específica (obsessões-compulsões), foco de atenção (no seu próprio prazer**), preocupações (receio de dor ou desconforto físico**), bem-estar (satisfação com a vida e auto-estima sexual), afecto específico (alegria e culpa), variáveis relacionais (qualidade do relacionamento e duração da relação) e variáveis contextuais (recurso a fantasias** e presença de um contexto suficientemente erótico**)²⁹.

A satisfação sexual (total no *GRISS*) foi também incluída como variável preditora. O funcionamento sexual (total no *FSFI*) foi incluído na análise como variável critério. Na análise das variáveis predictoras, tiveram-se em consideração os níveis de significância ajustados (fórmula de correcção de Bonferroni).

²⁹ No caso das variáveis assinaladas (**), tratando-se de variáveis nominais, ordinais ou dicotómicas, procedeu-se às necessárias transformações, para que pudessem ser incluídas na análise, conforme descrito em capítulos anteriores (cf. notas de rodapé iniciais, nos capítulos I, II, III, V, VIII e IX)

A análise de regressão múltipla evidenciou um modelo significativo, $F(23, 464) = 54.21$, $p < .001$, permitindo explicar 72% da variabilidade do funcionamento sexual (R^2 Ajustado = .715).

Mediante análise dos coeficientes de regressão estandardizados verificou-se que os melhores preditores do funcionamento sexual são a satisfação sexual ($\beta = .41$, $p < .001$), a emoção de alegria durante a actividade sexual ($\beta = .14$, $p < .001$), e o foco de atenção da mulher no seu próprio prazer durante a actividade sexual ($\beta = .14$, $p < .001$), sendo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões corresponde, respectivamente, uma modificação de .41, e .14 desvios padrão no funcionamento sexual feminino. Mostraram também constituir preditores significativos do funcionamento sexual, a auto-estima sexual ($\beta = .11$, $p < .001$) e o recurso a medicação cardiotónica ($\beta = -.10$, $p < .05$). Quando consideradas conjuntamente com as restantes variáveis, as variáveis sociodemográficas, a percepção acerca do estado de saúde, seu e do companheiro, os hábitos de vida, a psicopatologia, a qualidade do relacionamento, as preocupações durante a actividade sexual e as variáveis contextuais, mostraram não ter capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual (Tabela 110).

Tabela 110. Preditores biopsicossociais do funcionamento sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 488$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Variáveis sociodemográficas</i>			
Idade	-0.03	.02	-.09
Situação profissional 2 (reformada)	-1.26	.66	-.07
Situação profissional 3 (estudante)	-.66	.43	-.04
<i>Variáveis médicas</i>			
Auto-avaliação do estado de saúde	2.64	1.06	.07
Avaliação do estado de saúde do companheiro	-2.20	.98	-.09
Doença cardiovascular	-.62	.86	-.02
Doenças dos ossos/ articulações	-.29	.38	-.02
Cardiotónicos	-3.53	1.09	-.10*
Sedativos	-.73	.40	-.05
Aborto prévio	-1.05	.50	-.06
<i>Hábitos de vida</i>			
Exercício físico	.01	.28	.00
<i>Psicopatologia</i>			
Obsessões-compulsões	.08	.24	.01
<i>Foco de atenção durante a actividade sexual</i>			
No seu próprio prazer	2.63	.54	.14***
<i>Preocupações</i>			
Dor ou desconforto físico	-.79	.28	-.07
<i>Bem-estar</i>			
Satisfação com a vida	.01	.03	.01
Auto-estima sexual	.07	.02	.11**

—————> (continua na página seguinte)

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Afecto específico</i>			
Alegria	.12	.03	.14***
Culpa	-.03	.05	-.02
<i>Variáveis relacionais</i>			
Qualidade da relação	.03	.02	.06
Duração da relação	-.00	.00	-.05
<i>Variáveis contextuais</i>			
Fantasias e/ou pensamentos sexuais	.22	.32	.02
Contexto erótico	.78	.38	.06
<i>Satisfação sexual</i>			
GRISS (total)	.26	.03	.41***

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/23 = .00217$; $p = .01/23 = .00044$; $p = .001/23 = .00004$).

2.4. Preditores biopsicossociais da satisfação sexual

De modo a conhecer a variabilidade da satisfação sexual associada ao funcionamento sexual, assim como às diferentes variáveis biopsicossociais consideradas nos capítulos anteriores, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla, usando o método *enter*. Seleccionaram-se, como variáveis predictoras, as que previamente mostraram ter capacidade preditiva, ou seja, as variáveis sociodemográficas (habilitações literárias e situação profissional**), médicas (avaliação do estado de saúde, seu** e do companheiro**; doenças**, medicação**, gravidez prévia**, estatuto menopausico**), hábitos de vida (exercício físico** e alimentação**), psicopatologia específica (obsessões-compulsões), foco de atenção (no seu próprio prazer** e no do seu companheiro** e ainda no seu comportamento durante a actividade sexual**), bem-estar (satisfação com a vida e auto-estima sexual), afecto específico (alegria e culpa), variáveis relacionais (qualidade e duração da relação e sensibilidade do parceiro às necessidades e preferências sexuais da companheira**) e variáveis contextuais (recurso

a fantasias** e presença de um contexto suficientemente erótico**) ³⁰. As dimensões de funcionamento sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e ausência de dor) foram também incluídas como variáveis preditoras da satisfação sexual. A satisfação sexual (total no *GRISS*) foi assumida como variável critério. Para se analisarem as variáveis preditoras, os níveis de significância foram ajustados, de acordo com a fórmula de correcção de Bonferroni.

A análise de regressão múltipla mostrou um modelo significativo, $F(29, 459) = 48.59$, $p < .001$, permitindo explicar 74% da variabilidade da satisfação sexual (R^2 Ajustado = .739).

Pela análise dos coeficientes de regressão estandardizados, constatou-se que os melhores preditores da satisfação sexual são a ausência de culpa durante a actividade sexual ($\beta = -.20$, $p < .001$), a qualidade do relacionamento ($\beta = .19$, $p < .001$), e a resposta sexual de orgasmo ($\beta = .16$, $p < .001$), de tal modo que, por cada modificação de um desvio padrão nestas dimensões, corresponde uma modificação de .20, .19 e .16 desvios padrão na satisfação sexual feminina.

Encontraram-se ainda, como preditores significativos da satisfação sexual, a presença de um parceiro sensível às necessidades e preferências sexuais da companheira ($\beta = .12$, $p < .001$), a alegria durante a actividade sexual ($\beta = .11$, $p < .05$), a auto-estima sexual ($\beta = .10$, $p < .05$), o foco de atenção no seu comportamento durante a actividade sexual ($\beta = .10$, $p < .05$), e o recurso a fantasias sexuais ($\beta = .10$, $p < .05$). Mostraram não ter qualquer capacidade preditiva relativamente à satisfação sexual, quando consideradas conjuntamente com as restantes, as variáveis sociodemográficas, condição médica, hábitos de vida e psicopatologia. (Tabela 111).

³⁰ No caso das variáveis assinaladas (**), tratando-se de variáveis nominais, ordinais ou dicotómicas, procedeu-se às necessárias transformações, para que pudessem ser incluídas na análise, conforme descrito em capítulos anteriores (cf. notas de rodapé iniciais, nos capítulos I, II, III, V, VIII e IX)

Tabela 111. Preditores biopsicossociais da satisfação sexual: Análise de regressão múltipla, método *enter* ($n = 488$).

Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Variáveis sociodemográficas</i>			
Habilitações literárias	.21	.17	.04
Situação profissional 2 (reformada)	-1.35	1.07	-.05
<i>Variáveis médicas</i>			
Auto-avaliação do estado de saúde	3.49	1.59	.05
Avaliação do estado de saúde do companheiro	2.83	1.15	.07
Doença cardiovascular	.16	1.31	.00
Hipertensão arterial	-.11	.72	-.00
Cardiotónicos	.98	1.68	.02
Gravidez prévia	-1.72	.55	-.09
Estatuto menopausico 3 (pós-menopausa)	-.51	.80	-.02
<i>Hábitos de vida</i>			
Exercício físico	.25	.44	.00
Alimentação	.78	.80	.02
<i>Psicopatologia</i>			
Obsessões-compulsões	.62	.37	.05
<i>Foco de atenção durante a actividade sexual</i>			
No seu próprio prazer	-.21	.90	-.01
No prazer do companheiro	2.67	1.10	.07
No seu comportamento sexual	2.93	.84	.10*
<i>Bem-estar</i>			
Satisfação com a vida	.00	.04	.00
Auto-estima sexual	.10	.03	.10*

—————> (continua na página seguinte)

Preditores	B	SE B	β
<i>Afecto específico</i>			
Alegria	.15	.05	.11*
Culpa	-.52	.08	-.20***
<i>Variáveis relacionais</i>			
Qualidade da relação	.16	.03	.19***
Duração da relação	-.00	.00	-.03
Parceiro sensível	1.12	.27	.12***
<i>Variáveis contextuais</i>			
Fantasias e/ou pensamentos sexuais	1.60	.48	.10*
Contexto erótico	.71	.58	.03
<i>Dimensões de funcionamento sexual</i>			
Desejo	.49	.30	.06
Excitação	.04	.41	.01
Lubrificação	.54	.33	.07
Orgasmo	1.09	.26	.16***
Ausência de dor	.73	.25	.08

* $p < .05$. *** $p < .001$. (níveis de significância ajustados, segundo a fórmula de correcção de Bonferroni, de tal modo que: $p = .05/29 = .00172$; $p = .01/29 = .00035$; $p = .001/29 = .00004$).

3. Discussão e conclusões

Neste capítulo, pretendia-se avaliar em que medida existiriam diferenças entre mulheres com diferentes níveis de funcionamento sexual no que respeita à satisfação sexual e em que medida as mulheres sexualmente mais e menos satisfeitas seriam diferentes quanto ao funcionamento sexual. Além disso, pretendia-se esclarecer qual a importância relativa das diferentes dimensões biopsicossociais consideradas ao longo dos capítulos anteriores, nas experiências sexuais femininas de funcionamento e satisfação.

Quanto à relação entre o funcionamento e a satisfação sexual, os resultados das análises univariadas permitiram corroborar as duas primeiras hipóteses, sugerindo uma relação íntima entre estas duas dimensões das experiências sexuais femininas, o que é, de modo geral, congruente com as sugestões, ainda que implícitas, da literatura (e.g., Barrientos & Páez, 2006; Basson, 2001, 2002a, 2005; Catania et al., 1990; Davison et al., 2008; Haavio-Manila & Kontula, 1997; Laumann et al. 2009).

De modo mais particular, e corroborando a Hipótese 1, o presente estudo mostrou diferenças quanto à satisfação sexual entre as mulheres mais e menos funcionais, sobretudo nas dimensões de sensualidade e não evitamento. Este dado está de acordo com as sugestões de Basson no sentido em que, quanto melhor é o funcionamento sexual das mulheres, maior parece ser a sua apetência para se envolverem e não evitarem a actividade sexual (eventualmente porque também não esperam tanto as consequências negativas do mesmo, como, por exemplo, dor ou a frustração do não prazer); provavelmente, estas mulheres apresentarão também uma atitude mais sensual nos encontros sexuais (Basson, 2005).

Além disso, também a nível do funcionamento sexual foram encontradas diferenças entre as mulheres mais e menos satisfeitas (confirmando a Hipótese 2), sendo que as mais satisfeitas apresentaram pontuações superiores em todas as dimensões de funcionamento sexual consideradas, particularmente nas dimensões de desejo e excitação. Complementarmente ao resultado anterior, e em apoio também das sugestões propostas por Basson (2001, 2002, 2005) no seu modelo circular da resposta sexual, quanto maior a satisfação sexual, maior a motivação das mulheres para a actividade sexual, com uma atitude mais responsiva e provavelmente resultando numa maior e mais fácil excitação sexual.

Quanto à terceira Hipótese, os resultados corroboraram, em geral, a importância preditiva das variáveis cognitivas e emocionais no funcionamento sexual, embora não tenha sido obtido suporte para o papel das variáveis relacionais. Após analisadas as diferentes dimensões biomédicas, relacionais e psicossociais que a literatura sugere serem determinantes e que, ao longo dos capítulos anteriores, foram revelando capacidade preditiva, bem como considerando o potencial papel da satisfação

sexual, encontrou-se um modelo capaz de explicar 72% da variabilidade do funcionamento sexual o que sugere um modelo bastante compreensivo.

A satisfação sexual foi a variável que mostrou maior capacidade explicativa, confirmando a estreita relação entre o prazer e satisfação derivado dos encontros sexuais e a resposta sexual feminina (Haavio-Manila & Kontula, 1997; Kontula & Haavio-Mannila, 2009; Sugrue & Whipple, 2001). Este resultado vai também de encontro às sugestões de Basson (2005), quando, no ciclo de resposta sexual por si proposto, refere a importância motivacional das experiências sexuais satisfatórias prévias para o que designa como “desejo sexual responsivo”. Assim, uma das razões para a mulher ter maior vontade de se envolver, em encontros sexuais subsequentes, parece resultar do grau de gratificação obtido em experiências anteriores e da percepção de que foram satisfatórias.

Além da satisfação sexual, também o foco de atenção da mulher no seu próprio prazer e a alegria durante a actividade sexual revelaram valor preditivo, confirmando a importância da dimensão cognitivo-afectiva no funcionamento sexual, tal como sugerido pela literatura mais recente (Basson, 2001, 2005; Carvalho & Nobre, 2010; Leiblum, 2001; Nobre, 2009, 2010; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006, 2008a, 2008b; Nobre et al., 2003).

Quanto ao papel da alegria, já antes evidenciado no estudo referente ao afecto (cf. Capítulo XVIII), é coerente com a íntima associação demonstrada com o desejo e a excitação sexual (Hackbert, & Heiman, 2002; Mitchell et al., 1998) e com a importância das emoções positivas em geral, como a felicidade e o prazer, a nível da motivação para o envolvimento sexual (Bancroft, 2009; Basson, 2005, 2008; Blanchflower & Oswald, 2004; Warner & Bancroft, 1988). Por outro lado, faz também sentido a hipótese de haver reforço mútuo entre os estados de alegria e uma boa resposta sexual (e.g., Burleson et al., 2007), ou seja, é expectável que as experiências sexuais positivas e de bom funcionamento conduzam também a emoções mais positivas em geral, gerando um ciclo mutuamente reforçador, no qual se espera também que os mecanismos cognitivos joguem um importante papel mediador, sobretudo em termos de pensamentos automáticos (Middleton et al., 2008; Nobre & Pinto-Gouveia, 2003, 2006). Deste modo, é igualmente plausível a hipótese de, associados a melhores níveis de funcionamento

sexual, haver activação de esquemas cognitivos positivos, geradores de ciclos de pensamentos e emoções positivas durante a actividade sexual, nomeadamente de alegria (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a, 2008b).

O facto de o foco de atenção da mulher no seu próprio prazer ter mostrado importância preditiva quanto ao funcionamento sexual é também congruente com a hipótese anterior (activação de esquemas cognitivos positivos), assim como apoia as sugestões teóricas apresentadas por Basson (2005) relativamente ao papel da atenção no aumento da excitação sexual e do desejo sexual responsivo.

A auto-estima sexual revelou ser um determinante principal, com capacidade explicativa quanto à resposta sexual feminina. Tratando-se a estima sexual da visão positiva e confiança do indivíduo em relação à sua capacidade para experienciar a sua sexualidade de modo satisfatório e prazenteiro (Snell, 1989), facilmente se compreende que possa contribuir para experiências sexuais mais funcionais, nomeadamente em termos de desejo e excitação sexual (Kontula & Haavio-Mannila, 2009; Middleton et al., 2008), constituindo igualmente uma base de afecto positivo e assumindo provavelmente um papel importante no direccionamento da atenção para os estímulos sexuais durante a actividade sexual.

De entre as dimensões relativas aos aspectos médicos, verificou-se que somente o recurso à medicação cardiotónica mostrou valor preditivo significativo quanto ao funcionamento sexual, resultado este que é consistente com o que foi encontrado no estudo das variáveis médicas e está de acordo com estudos prévios (Golomb & Evans, 2008; Hale et al., 2005; Jackson, 2009). Por outro lado, embora nesta análise conjunta dos diferentes preditores biopsicossociais, a doença cardiovascular não tenha revelado capacidade explicativa significativa, no estudo anterior, quando analisado em comparação com outras doenças (cf. Capítulo XIII), a problemática cardíaca evidenciou-se o que, juntamente com este resultado, chama a atenção para a necessidade de se explorar melhor, em futuros estudos, a importância desta condição médica, sobretudo quanto à terapêutica utilizada no seu tratamento, já que, no presente estudo, não foi avaliado especificamente o princípio activo dos fármacos referidos como sendo cardiotónicos. Além disso, por ter sido obtido com uma amostra da população normal, ou seja, sem qualquer problema em particular, sexual ou outro, este resultado sugere

também que haja um cuidado particular a este respeito nas avaliações das mulheres com problemas sexuais ou com patologia cardíaca.

Nenhuma outra condição médica mostrou qualquer relevância a nível da resposta sexual, tal como não foi encontrada capacidade preditiva para a percepção acerca do estado de saúde, variáveis obstétricas ou estatuto menopausico. Além disso, no contexto das diferentes dimensões biopsicossociais consideradas, a idade, habitualmente apresentada como um factor determinante no funcionamento sexual e na etiologia das disfunções sexuais, não revelou aqui qualquer importância, não obstante ter mostrado capacidade explicativa no primeiro estudo (cf. Capítulo I), quando analisada a par com outras variáveis sociodemográficas. Além da idade e de todas as outras variáveis sociodemográficas, também os hábitos de vida, a psicopatologia, as preocupações durante a actividade sexual e as variáveis contextuais, mostraram não ter capacidade preditiva quanto ao funcionamento sexual, quando consideradas conjuntamente com todas as variáveis. Estes dados, embora remetam os determinantes biomédicos, demográficos, contextuais e a psicopatologia para uma posição mais periférica, não traduzem necessariamente a sua irrelevância no funcionamento sexual. Contudo, sugerem que, a terem algum papel, ele será provavelmente mediador ou moderador em relação a outros determinantes mais centrais como sejam os cognitivos e emocionais.

Inversamente ao previsto na Hipótese 1, a dimensão relacional não evidenciou capacidade explicativa quanto ao funcionamento sexual. Embora contrariando muita da literatura a este respeito (e.g., Byers, 2001; Byers & Wang, 2004; Christopher & Sprecher, 2000; Donnelly, 1993; Morokoff & Gilliland, 1993; Huston & Vangelisti, 1991; Öberg & Fugl-Meyer, 2005; Sprecher, 2002), este dado é mais compreensível se atendermos a que, pelo contrário, nas experiências sexuais satisfatórias, a dimensão relacional demonstrou ser fulcral. Se atendermos à provável circularidade entre o funcionamento e a satisfação, tal como proposto por Basson (2001, 2005), uma provável explicação poderá passar pela hipótese de mediação, ou seja, a qualidade do relacionamento poderá afectar dimensões da resposta sexual feminina como o desejo, a excitação ou o orgasmo, por exemplo, não directamente, mas através da satisfação sexual, a qual revelou ser um dos mais importantes preditores do funcionamento sexual feminino.

Relativamente à Hipótese 4, confirmou-se, tal como prevista, a capacidade preditiva de algumas variáveis relacionais, cognitivas e emocionais na satisfação sexual. O modelo encontrado mostrou ser significativo e capaz de explicar 74% da variabilidade da satisfação sexual. Depois de analisada a importância das diferentes dimensões biopsicossociais que revelaram capacidade preditiva nos capítulos anteriores, bem como do potencial papel do funcionamento sexual, constatou-se que a ausência de culpa durante a actividade sexual e a qualidade do relacionamento foram os melhores preditores da satisfação sexual.

Quanto às variáveis relacionais, não só a qualidade do relacionamento, mas também a presença de um parceiro sensível às necessidades e preferências sexuais da companheira mostrou constituir um preditor da satisfação sexual da mulher. Assim, o facto de a mulher perceber no parceiro competências de estimulação, sensibilidade e atenção às suas necessidades sexuais, aumenta presumivelmente o seu sentido de que é amada e contribui para que sinta mais prazer, provavelmente contribuindo também para o aumento da motivação para as experiências sexuais seguintes. Por outro lado, ter um companheiro capaz de dar resposta às preferências e particularidades da mulher, também pressupõe um nível de comunicação sexual próximo entre os elementos do casal, o que conduz a um maior ajustamento sexual e, logo, a experiências mais gratificantes para a mulher. No conjunto, estes dados atestam a importância do relacionamento íntimo para a satisfação sexual, sendo igualmente plausível a direcionalidade complementar, ou seja, que as experiências sexuais satisfatórias contribuam também para manter ou melhorar a satisfação nas relações (Aron & Henkemeyer, 1995; Grote & Frieze, 1998; Sprecher & Regan, 1998; Yela, 2000) bem como aumentar o compromisso ou a duração dos relacionamentos (Pinney et al., 1987; Sprecher et al., 1995; Waite & Joyner, 2001). Em termos de implicações clínicas, os resultados do presente estudo sugerem que investir na melhoria da qualidade dos relacionamentos (e.g., treino de comunicação no casal, competências de reforço e valorização recíproca, expressão e promoção da satisfação de desejos e necessidades mútuas, etc.) poderá ser uma das formas de incrementar a satisfação sexual e, por via desta, conduzir a modificações positivas no funcionamento sexual, particularmente ao nível do desejo e da excitação sexual, com ganhos adicionais para a relação. Contudo, pressupondo a circularidade entre relacionamento, resposta sexual e experiências sexuais satisfatórias, outras vias para promover o *looping* positivo nos casais poderão

passar por um investimento na vida sexual, de forma preventiva, i.e., mesmo em casais sem problemas sexuais (e.g., foco sensorial, treino de fantasias, técnicas de masturbação com instruções guiadas por forma a aumentar o conhecimento da mulher acerca da sua própria resposta sexual e assim facilitar a comunicação ao companheiro acerca das suas preferências sexuais ou acerca do que lhe dá mais prazer, etc.).

No que diz respeito à culpa, o facto de a sua ausência revelar ser um importante preditor da satisfação sexual constitui um dado interessante, tanto mais quanto, no pólo oposto, a presença de culpa tem demonstrado um impacto negativo em termos de resposta sexual subjectiva, comportamentos sexuais restritivos e sentimentos negativos no decurso da actividade sexual (e.g., Gold et al., 1991; Langston, 1973; Mosher, 1973; Mosher & O'Grady, 1979; Mosher & White, 1980; Strassberg & Lockerd, 1998). Por outro lado, embora as crenças sexuais não tenham revelado capacidade preditiva (provavelmente por se tratar de uma amostra não clínica), é possível que o facto de as mulheres do presente estudo terem uma atitude menos conservadora e menor número de crenças sexuais rígidas e inflexíveis contribua para a presença menos frequente de culpa (e, logo, uma maior disponibilidade para experienciar alegria e prazer) durante os encontros sexuais. Esta hipótese e o facto de, por exemplo, num outro estudo, Nobre e Pinto-Gouveia (2006) terem encontrado a resposta emocional de culpa como um dos principais elementos de diferenciação entre mulheres com e sem disfunção sexual, reforça a centralidade dos aspectos cognitivos-afectivos e sugere respectivas implicações para a prática psicológica, designadamente a pertinência de se trabalharem preventivamente os aspectos cognitivos, em programas de educação sexual nos jovens e como forma de promover o bem-estar sexual e experiências mais satisfatórias nas mulheres.

Além da ausência de culpa, também a alegria mostrou ter valor preditivo na satisfação sexual, sendo que as possibilidades explicativas apresentadas para o funcionamento sexual poderão também aqui aplicar-se, quer a hipótese referente ao papel da auto-estima sexual, quer a que remete para a provável activação de esquemas, com pensamentos automáticos positivos e afecto congruente.

Em relação à auto-estima sexual, na análise de regressão conjunta, e tal como verificado em relação ao funcionamento sexual, mostrou também valor preditivo a nível

das experiências sexuais satisfatórias. Este resultado é bastante enigmático já que, na revisão de literatura efectuada, não foram encontradas muitas investigações que relacionassem a satisfação sexual e a auto-estima sexual, não obstante a abundância de estudos relativos à relação entre auto-estima geral e experiências sexuais (e.g., Hally & Pollack, 1993; Hurlbert et al., 2005; Larson et al., 1998; Rehbein-Narvaez et al., 2006). Assim, trata-se também de um dado muito importante, que sublinha a importância de se avaliar especificamente o sentido de si mesmo como ser sexual, de modo particular e distinto do conceito de auto-estima (a qual não revelou qualquer capacidade explicativa no presente estudo). Por outro lado, este resultado sugere que poderiam existir benefícios não só em aprofundar futuramente o estudo da auto-estima sexual na sua relação com as experiências sexuais femininas, como também em considerar o desenvolvimento de estratégias específicas que visem a sua promoção, nomeadamente em programas de educação sexual com jovens, promoção de experiências sexuais gratificantes e também clinicamente, na terapia das disfunções sexuais femininas.

Além dos referidos preditores, mostraram também ser determinantes para a satisfação sexual, o facto de a mulher dirigir a atenção para o seu próprio comportamento durante a actividade sexual, bem como o recurso a fantasias.

Quanto ao foco de atenção, este resultado sublinha, uma vez mais, a importância do direccionamento positivo da atenção no decurso da actividade sexual, tratando-se de uma variável que tem consistentemente demonstrado um papel central na resposta sexual (De Jong, 2009; Korff & Geer, 1983; Laan et al., 1993; Meston, 2006; Trapnell et al., 1997). Em termos de prática psicológica, este dado sugere que se explorem e aprofundem estratégias que facilitem o direccionamento da atenção para os estímulos sexuais, para o prazer ou simplesmente para o que está acontecer no encontro sexual, no aqui e agora. Neste âmbito, o foco sensorial tem demonstrado bons resultados embora mais recentemente, outras estratégias cognitivas, como o recurso ao *Mindfulness*, sugiram resultados promissores (Brotto, Basson, & Luria, 2008a; Brotto, Heiman, Goff, Greer, Lentz, Swisher, et al., 2008b; Brotto, Krychman, & Jacobson, 2008c; Lieberman, Eisenberger, Crockett, Tom, Pfeifer, & Way, 2007).

Relativamente ao uso de fantasias, o facto de se evidenciarem como um preditor positivo da satisfação sexual, embora não seja um dado novo (e.g., Alfonso et al., 1992;

Moreault & Follingstad, 1978; Purifoy et al., 1992; Wilson, 1992), parece confirmar, tal como sugerido por Basson (2001, 2002, 2005), a possibilidade de as fantasias constituírem um recurso mental usado pelas mulheres para focarem e aumentarem os estímulos eróticos ou para evitarem ficar distraídas durante a actividade sexual. Deste modo, poderão também com vantagem ser integradas em protocolos de intervenção clínica (e.g., treino de fantasias) ou em programas de promoção da sexualidade feminina.

De entre as diferentes dimensões referentes ao funcionamento sexual, somente a resposta de orgasmo revelou capacidade explicativa quanto à satisfação sexual, o que atesta a importância do prazer físico para as mulheres (e.g., Haavio-Manila & Kontula, 1997; Hurlburt & Whittaker, 1991; Laumann et al., 1994; Mulhall et al., 2008) mas contraria algumas sugestões teóricas que consideram esta dimensão importante, embora remetendo-a para um nível secundário, nomeadamente Basson (2005). Também contrariamente ao proposto no modelo de Basson (2001, 2002a, 2005, 2008), o desejo ou a excitação sexual, não mostraram, no presente estudo, contribuir para as experiências sexuais satisfatórias das mulheres. Contudo, não é de excluir a hipótese de tal ocorrer indirectamente, por via do afecto positivo, da atenção ao prazer e dos pensamentos automáticos positivos no decurso do envolvimento no encontro sexual (com um parceiro atento e sensível e no contexto de um relacionamento gratificante). O facto de a experiência orgástica revelar ser um preditor importante da satisfação sexual feminina sugere vantagens no investimento em métodos e técnicas que incrementem esta experiência, bem como esclarecimentos necessários e educação quanto à importância desta dimensão da resposta sexual da mulher.

Mostraram não ter qualquer capacidade preditiva relativamente à satisfação sexual, quando consideradas conjuntamente com as restantes, as variáveis sociodemográficas, biomédicas, hábitos de vida e psicopatologia.

De modo geral, as implicações destes resultados para a prática psicológica prendem-se com a relevância das variáveis cognitivas, emocionais e relacionais nas experiências sexuais femininas, sugerindo a necessidade de uma avaliação cuidada e particular das mesmas, assim como a integração de estratégias que visem a sua promoção, quer em termos de educação sexual, programas de prevenção e promoção da

saúde sexual, quer no contexto clínico. Além disso, em termos de investigação futura, sugere-se aprofundar o papel da auto-estima sexual nas experiências sexuais femininas bem como investigar melhor a importância das doenças cardiovasculares e da medicação cardiotónica, em mulheres com e sem disfunção sexual, com uma amostra mais ampla. Seria também interessante explorar relações de moderação e mediação que foram sendo sugeridas ao longo dos capítulos anteriores e que eventualmente poderiam tornar mais evidente o valor explicativo de algumas variáveis que, neste estudo final, mais integrador, perderam relevância explicativa.

Por outro lado e dado que satisfação e funcionamento sexual, embora estreitamente relacionados, mostraram ter diferentes preditores e constituir aspectos distintos da vida sexual das mulheres, sendo importante que sejam considerados de forma específica, quer nos estudos empíricos quer a nível da intervenção, clínica ou de carácter preventivo/ promocional da saúde sexual feminina.

CONCLUSÕES GERAIS

O presente estudo, conduzido numa amostra de mulheres portuguesas, pretendeu, de modo geral, contribuir para melhor conhecer as suas experiências sexuais, segundo uma perspectiva biopsicossocial. De modo particular, procurava-se compreender a interacção entre estas experiências e aspectos de cariz sociodemográfico, factores médicos e biológicos, variáveis de natureza relacional, psicológica e contextual. Além disso, visava-se aprofundar, num registo que não o clínico ou da disfunção sexual, a relação entre a resposta sexual feminina (funcionamento) e as experiências sexuais satisfatórias.

Em cada estudo empírico procurou-se, relativamente a cada uma das dimensões abordadas nos capítulos teóricos correspondentes, analisar eventuais diferenças entre as mulheres mais ou menos funcionais e mais ou menos satisfeitas sexualmente. Além disso, no âmbito de cada um dos estudos, foi investigada a capacidade preditiva das diferentes variáveis consideradas, quer em relação ao funcionamento sexual, quer quanto às experiências sexuais satisfatórias.

Relativamente ao funcionamento sexual, a presente investigação conduziu a alguns importantes esclarecimentos:

- ❖ No estudo referente aos aspectos sociodemográficos, confirmou-se existirem diferenças na resposta sexual feminina em função da idade, diferentes níveis de instrução, situação profissional, meio e religião. Embora não previstas, foram também encontradas diferenças de acordo com o estado civil das mulheres e o facto de terem ou não filhos. Somente a orientação sexual e o rendimento anual médio revelaram não ter qualquer efeito a nível do funcionamento sexual feminino. Por outro lado, quando considerados simultaneamente todos os preditores, apenas a idade e o facto de a mulher estar reformada (preditor negativo) ou ser estudante (preditor positivo), mostraram ter capacidade preditiva, explicando, no seu conjunto, 19% da variabilidade do funcionamento sexual.
- ❖ O estudo das variáveis médicas, obstétricas e estatuto menopausico, corroborou apenas parcialmente as hipóteses formuladas. Assim, os resultados confirmaram diferenças quanto ao funcionamento sexual feminino em função da percepção

subjectiva do estado de saúde e experiência anterior de aborto mas, contrariamente ao previsto, o tipo de parto, história de depressão pós-parto, ou estatuto menopausico, não mostraram qualquer efeito relevante. Relativamente às doenças, embora no presente estudo tenham sido analisadas aquelas que a literatura empírica mais frequentemente sugere interferirem com o funcionamento sexual feminino, apenas as doenças cardiovasculares e os problemas ósseos e/ou das articulações confirmaram ter capacidade preditiva, permitindo explicar 15% da variabilidade. Este resultado contrasta com os dados referentes à percepção acerca da saúde, a qual parece ter um efeito mais importante do que as próprias doenças na sexualidade feminina. A medicação mostrou menor relevância, permitindo explicar 12% da variabilidade do funcionamento sexual: de entre os preditores previstos, somente os sedativos revelaram capacidade explicativa; embora não previsto na hipótese inicial, também a medicação cardiotónica revelou valor preditivo.

- ❖ Quanto ao estudo da importância dos hábitos de vida, depois de controlado o efeito da idade e da situação profissional, confirmou-se a existência de diferenças no funcionamento sexual entre as mulheres com diferentes níveis de prática de exercício físico e tipo de alimentação; porém, não foram encontradas diferenças quanto ao consumo de tabaco, álcool ou outras drogas. Na análise conjunta dos preditores referentes a esta dimensão, apenas o exercício físico revelou capacidade explicativa quanto à resposta sexual feminina, e explicando somente 4% da sua variabilidade.
- ❖ No estudo referente à psicopatologia, os resultados confirmaram algumas diferenças entre as mulheres sexualmente mais e menos funcionais, particularmente ao nível das dimensões de ansiedade e obsessões-compulsões, tal como previsto. A sintomatologia depressiva, embora diferenciando as mulheres quanto ao seu funcionamento sexual, não revelou, contudo, e contrariamente ao esperado, qualquer capacidade explicativa. Tal poderá estar relacionado com a nossa amostra, não clínica e logo, com valores mais baixos de psicopatologia. Contudo, no caso dos sintomas obsessivo-compulsivos, foi encontrado um valor preditivo significativo tendo sido, aliás, de entre todas as

dimensões consideradas, a única com valor explicativo significativo quanto ao funcionamento sexual (permitindo explicar 12% da variabilidade).

- ❖ Relativamente às variáveis cognitivas, os estudos demonstraram a sua inegável importância sendo que, no seu conjunto, a atenção da mulher focada no seu próprio prazer (preditor positivo) e o facto de esta estar preocupada com a dor ou desconforto físico durante a actividade sexual (preditor negativo) revelaram uma capacidade explicativa de 40% da variabilidade do funcionamento sexual. Além disto, as mulheres sexualmente mais funcionais apresentaram menos crenças sexuais disfuncionais, mencionaram mais focar a sua atenção no prazer e no comportamento sexual e menos na avaliação corporal, referiram maior frequência de fantasias sexuais durante a actividade sexual, masturbação, e no dia-a-dia, fora do cenário sexual, referiram mais usar as fantasias como forma de aumentar o prazer e o envolvimento sexual, e revelaram ter menos preocupações com a dor ou desconforto físico e com doenças sexualmente transmissíveis durante a actividade sexual.
- ❖ Em relação ao estudo do bem-estar, confirmou-se que as mulheres com níveis mais elevados de funcionamento sexual foram também as que mostraram ter maior auto-estima geral e sexual, e estarem mais satisfeitas com a vida e com o seu corpo. Adicionalmente, quando estudada a capacidade explicativa destas quatro variáveis em simultâneo, encontraram-se a satisfação com a vida e, de modo particularmente evidente, a auto-estima sexual, como preditores significativos da resposta sexual feminina (capacidade explicativa de 35% da variabilidade).
- ❖ O estudo do afecto durante a actividade sexual demonstrou o seu papel central sendo que duas dimensões, a alegria e a ausência de culpa durante a actividade sexual, mostraram constituir preditores significativos, explicativos de 49% da variabilidade do funcionamento sexual. Além disso, e ainda quanto ao afecto específico, as mulheres sexualmente mais funcionais apresentaram pontuações significativamente superiores em termos de alegria, autoconfiança, atenção e serenidade, enquanto as mulheres do grupo com menor funcionamento sexual referiram significativamente culpa, fadiga, tristeza, hostilidade, timidez e medo

durante a actividade sexual. Em termos de categorias gerais, apesar de as dimensões de afecto positivo e negativo terem ambas revelado capacidade explicativa quanto ao funcionamento sexual, o afecto positivo foi o principal factor preditivo.

- ❖ Quanto às variáveis relacionais, o seu estudo confirmou a importante relação com o funcionamento sexual sendo que as mulheres com níveis mais elevados de funcionamento sexual evidenciaram também pontuações superiores quanto à qualidade do relacionamento, atracção física, emocional e intelectual pelos parceiros, igualmente mais descritos como sendo sensíveis às suas necessidades e preferências sexuais. No seu conjunto, a dimensão relacional mostrou uma capacidade explicativa de 37% da variabilidade do funcionamento sexual, com a qualidade e a duração da relação como únicos preditores significativos.
- ❖ O estudo dos aspectos relativos à actividade sexual e variáveis ligadas ao contexto confirmou que as mulheres sexualmente mais funcionais foram as que referiram actividade sexual mais frequente e maior recurso a actividades auxiliares como a masturbação, uso de fantasias, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer, bem como as que referiram mais frequentemente terem actividade sexual num contexto erótico, apropriado, com privacidade e tempo suficiente, dentro de um horário considerado por elas adequado, com menor cansaço, stress e preocupações, dados estes que, de modo geral, estão de acordo com a maioria da literatura. Quando analisada a capacidade preditiva do conjunto destas variáveis, os dados do nosso estudo mostraram o contexto erótico e o recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual como preditores significativos, explicando 26% da variabilidade do funcionamento sexual.

Deste modo, quando analisada, dimensão a dimensão, a capacidade preditiva das diferentes variáveis incluídas neste estudo, constatou-se que os modelos com maior capacidade explicativa quanto ao funcionamento sexual correspondem à dimensão afectiva e cognitiva.

Além disso, no estudo empírico final (i.e., análise da capacidade explicativa conjunta da satisfação sexual e das diferentes variáveis biopsicossociais que, ao longo

dos capítulos anteriores, foram revelando ser as mais importantes), encontrou-se um modelo relevante, significativo e capaz de explicar 72% da variabilidade do funcionamento sexual. Exceptuando um preditor de natureza médica - o uso de cardiotónicos (preditor negativo) – todos os restantes preditores confirmaram a inequívoca contribuição das variáveis psicológicas, particularmente as cognitivas e emocionais, para a resposta sexual das mulheres. Assim, mostrou ser especialmente importante o facto de a mulher prestar atenção ao seu próprio prazer durante a actividade sexual, o facto de as experiências sexuais serem satisfatórias e geradoras de emoções de alegria, bem como a auto-estima sexual, ou seja, o sentido de si mesmo como ser sexual, sexualmente atraente e competente.

No que diz respeito à satisfação sexual, embora os estudos tenham revelado essencialmente analogias com o funcionamento sexual, alguns resultados sugerem diferentes determinantes:

- ❖ Quanto aos aspectos sociodemográficos, os resultados permitiram reconhecer um padrão idêntico ao do funcionamento sexual, com diferenças quanto à satisfação em função de todas as variáveis consideradas, excepto a orientação sexual e o rendimento anual médio. Contudo, quando considerados os vários preditores referentes a esta dimensão, somente as habilitações literárias e a situação profissional de reformada constituíram preditores explicativos, de 18% da variabilidade da satisfação sexual, sendo que a idade e a situação de estudante não mostraram qualquer importância preditiva.
- ❖ No estudo referente às variáveis médicas, encontraram-se diferenças entre as mulheres mais e menos satisfeitas em função da percepção acerca da saúde, tal como se verificou em relação ao funcionamento sexual. Contudo, quanto à satisfação sexual, para além disso, foram encontradas diferenças em função do estatuto menopausico, provavelmente um aspecto mais relacionado com expectativas negativas ou mitos acerca da menopausa do que propriamente com alterações a nível do funcionamento sexual já que neste estudo não foram identificadas diferenças entre mulheres mais ou menos funcionais. Por outro lado, no que respeita às doenças, além dos problemas cardiovasculares, também os de hipertensão revelaram constituir um preditor significativo das experiências

sexuais satisfatórias, permitindo explicar 11% da sua variabilidade. Quanto à medicação, o uso da terapêutica cardiotónica foi o único preditor significativo, explicativo de apenas 5% da variabilidade da satisfação sexual, menos do que o encontrado para o funcionamento sexual.

- ❖ Em relação ao estudo dos hábitos de vida, sobressaíram algumas dissemelhanças em comparação com o que foi encontrado para o funcionamento sexual, dado que apenas foram encontradas diferenças na satisfação sexual em função do tipo de alimentação habitual, desde muito saudável e equilibrado, até nada saudável e equilibrado. Além disso, quando consideradas, em simultâneo, as diferentes variáveis referentes aos hábitos de vida, além do exercício físico, também a alimentação confirmou valor preditivo, explicando ambos, no seu conjunto, 5% da variabilidade das experiências sexuais satisfatórias.
- ❖ O estudo da psicopatologia revelou diferenças quanto à ansiedade, obsessões-compulsões, psicoticismo e sensibilidade interpessoal, com valores mais baixos nas mulheres do grupo sexualmente mais satisfeito; ao contrário do esperado, não foram encontradas diferenças a nível da sintomatologia depressiva. Tal como para o funcionamento sexual, os sintomas obsessivo-compulsivos constituíram o único preditor significativo, explicando 10% da variabilidade da satisfação sexual.
- ❖ Quanto às variáveis cognitivas, os estudos confirmaram a sua centralidade também nas experiências sexuais satisfatórias. Relativamente às crenças sexuais, fantasias e foco de atenção durante a actividade sexual, os resultados mostraram um padrão análogo ao observado para o funcionamento sexual. No que respeita ao tipo de preocupações, as mulheres sexualmente menos satisfeitas mostraram ter mais preocupações relacionadas com a possibilidade de terem dor ou desconforto físico, tal como as mulheres com níveis mais baixos de funcionamento sexual, mas, ao contrário destas últimas, mostraram também mais preocupações relacionadas com o medo de perder o controlo, ser abandonada e/ou rejeitada ou ser abusada física e/ou emocionalmente. Os aspectos relativos ao foco de atenção (no seu próprio prazer, no prazer do companheiro e nos seus comportamentos durante o encontro sexual) foram os

únicos que revelaram constituir preditores significativos, explicando, no seu conjunto, 35% da variabilidade da satisfação sexual.

- ❖ Em relação ao bem-estar, confirmou-se a importância da auto-estima, satisfação com a vida, satisfação corporal e auto-estima sexual, sendo que as mulheres sexualmente mais satisfeitas apresentaram valores significativamente mais elevados em todas as variáveis consideradas. Contudo, tal como para o funcionamento sexual, na análise conjunta destas variáveis, somente a satisfação com a vida e a auto-estima sexual, mostraram ser preditores significativos da satisfação sexual feminina, com uma capacidade explicativa de 36% da sua variabilidade.
- ❖ O estudo da importância do afecto específico durante a actividade sexual confirmou a sua inegável relevância nas experiências sexuais satisfatórias, sendo que a alegria e a ausência de culpa, no seu conjunto, revelaram uma capacidade explicativa de 54% da variabilidade da satisfação sexual. Embora não tenham revelado capacidade preditiva significativa, também a autoconfiança, atenção e serenidade mostraram diferenciar as mulheres mais satisfeitas sexualmente. As mulheres sexualmente menos satisfeitas, por seu turno, apresentaram pontuações significativamente superiores de fadiga, tristeza, hostilidade, timidez e medo durante a actividade sexual. Relativamente à capacidade preditiva das categorias gerais de afecto durante a actividade sexual, verificou-se que ambas as dimensões de afecto, positivo e negativo, revelaram ser preditores significativos da satisfação sexual, embora o afecto positivo tenha constituído o principal preditor. Tal como para o funcionamento sexual, a presença de emoções positivas, mais do que a ausência de emoções negativas, parece caracterizar as mulheres sexualmente mais satisfeitas.
- ❖ No que diz respeito à dimensão relacional, a sua centralidade e íntima relação com as experiências sexuais satisfatórias foi confirmada. Como preditores significativos foram identificados a qualidade e a duração da relação, assim como o facto de a mulher descrever um parceiro atento e sensível às suas necessidades e preferências sexuais, explicando estas variáveis, no seu conjunto, 45% da variabilidade da satisfação sexual. Além disso, e analogamente ao que

foi observado no funcionamento sexual, foram encontradas diferenças entre as mulheres mais e menos satisfeitas em todas as variáveis relacionais consideradas, excepto no que diz respeito à duração da relação.

- ❖ Relativamente à actividade sexual e variáveis ligadas ao contexto, este estudo mostrou um padrão idêntico ao encontrado para o funcionamento sexual. Assim, verificou-se que as mulheres sexualmente mais satisfeitas descreveram um contexto sexual mais favorável nos vários itens considerados, referiram ter encontros sexuais mais frequentes e maior recurso a actividades auxiliares como a masturbação, fantasias, material erótico/pornográfico, roupas exóticas e outros auxiliares de prazer. Quanto à análise dos preditores, mostraram ser significativos o facto de os encontros sexuais decorrerem num contexto erótico e com recurso a fantasias e/ou pensamentos sexuais durante a actividade sexual, explicando 25% da variabilidade da satisfação sexual.

Desta forma, quando analisada, estudo a estudo, a capacidade preditiva das diferentes variáveis que podem concorrer para explicar as experiências sexuais satisfatórias, verificou-se que os modelos com maior capacidade explicativa têm a ver com as dimensões relacionais e afectivas.

No estudo final (no qual foi avaliada a capacidade preditiva do funcionamento sexual, a par com as diferentes variáveis biopsicossociais que, ao longo dos capítulos anteriores, revelaram ser as mais importantes), evidenciou-se um modelo bastante compreensivo, capaz de explicar 74% da variabilidade da satisfação sexual. Quanto às variáveis que mostraram valor preditivo, destaque para os aspectos emocionais, a ausência de culpa e a alegria durante a actividade sexual, assim como para os aspectos relacionais, sobretudo a qualidade do relacionamento, mas também a presença de um parceiro sensível às necessidades e preferências sexuais da companheira. As variáveis cognitivas mostraram também um importante valor preditivo, sendo que, nas mulheres, recorrer a fantasias sexuais e focar a atenção no seu comportamento durante a actividade sexual, parecem contribuir para aumentar a satisfação sexual. Além disso, o facto de, nos seus encontros sexuais, as mulheres terem orgasmos, mostrou ser determinante para as experiências sexuais satisfatórias. Tal como para o funcionamento sexual, também a nível da satisfação, a auto-estima sexual revelou ter um importante

papel explicativo. Por outro lado, nenhuma das variáveis médicas, sociodemográficas, hábitos de vida ou psicopatologia, mostrou qualquer valor preditivo quanto à satisfação sexual.

Em suma, quer a nível do funcionamento quer da satisfação sexual, os preditores cognitivos e emocionais evidenciaram um papel determinante, sendo que, nas experiências sexuais satisfatórias, além destes determinantes, também a dimensão relacional demonstrou ser fulcral.

Quanto à relação entre funcionamento e satisfação sexual, embora se trate de vivências sexuais estreitamente relacionadas e interdependentes, e apesar dos diversos estudos conduzidos no âmbito da presente investigação terem evidenciado muitos pontos em comum entre elas, foram igualmente encontradas algumas particularidades e diferentes preditores específicos, sugerindo tratar-se de fenómenos experienciais distintos e que devem ser abordados como tal, quer em termos de intervenção, quer em estudos futuros.

Na análise de regressão final, na qual foram incluídas todas as dimensões biopsicossociais consideradas, a maioria dos aspectos de cariz sociodemográfico, factores médicos e biológicos e variáveis contextuais, revelaram um papel periférico, embora o seu estudo em separado (em cada capítulo), fosse revelando alguns dados interessantes, a considerar em termos de investigação futura.

Ora, o facto de alguns preditores perderem relevância explicativa quando analisados em simultâneo com outros mais relevantes (discrepância que ressalta quando se confrontam os resultados dos primeiros nove estudos empíricos com os resultados do estudo empírico final), reforça a necessidade de se realizarem estudos mais abrangentes. Assim, num estudo que pretenda ser compreensivo da sexualidade feminina, deverão ser ponderados, tanto quanto possível, os diferentes determinantes biopsicossociais, de modo a evitar viés interpretativos, com implicações para a prática e para a investigação.

De modo geral, e congruentemente com sugestões prévias da literatura, os resultados deste estudo sublinham a importância de propostas alternativas de compreensão, mais complexas e adequadas à especificidade e multidimensionalidade

das experiências sexuais das mulheres, além de evidenciarem a centralidade dos determinantes cognitivos, emocionais e relacionais.

Não obstante o interesse dos resultados encontrados, importa também considerar algumas limitações deste estudo, exigindo portanto uma interpretação mais cautelosa.

O facto da amostra usada neste estudo ser consideravelmente diversificada e ampla em termos etários, embora vantajoso, na medida em que permite considerar diferentes ciclos de vida, e não obstante a idade ter sido um factor estatisticamente controlado, pode também contribuir para limitar a generalização dos resultados obtidos. Além disso, tratando-se de uma amostra não aleatória e de conveniência, tal implica alguma precaução quanto a estender os resultados a toda a população feminina. Por outro lado, embora tenha sido uma opção neste estudo, a não inclusão de um grupo clínico limita também a generalização dos resultados a mulheres com disfunções sexuais.

Considerando a eventualidade da relação entre as experiências sexuais femininas e as diferentes dimensões analisadas (capítulo a capítulo), poder ser explicada por terceiras variáveis (muitas delas seguramente avaliadas neste amplo estudo), teria sido possível explorar essas relações. Tal opção não foi, no entanto, assumida neste contexto, não porque não tivesse interesse, mas atendendo aos objectivos principais que nortearam esta investigação, os quais impunham delimitação de análises e cumprimento de limites de espaço. Caso se optasse por realizar esse tipo de análise, capítulo a capítulo, com as inúmeras hipóteses de mediação/ moderação possíveis, estamos certos de que tal conduziria a um projecto incomportável e inacabável no âmbito de uma tese de Doutoramento. No entanto, fica a sugestão e o incentivo para que, em futuras análises, eventualmente com estes mesmos dados, tais relações sejam exploradas.

Por outro lado, este estudo assenta em instrumentos de avaliação subjectiva, de auto-resposta, pelo que é de considerar a possibilidade de ocorrerem enviesamentos na percepção e no acesso às memórias, reflectindo-se nas respostas. Uma sugestão para contornar esta limitação passaria pelo recurso a metodologias mais controladas, de cariz experimental.

Além disso, o estudo tem um desenho transversal, o que dificulta a determinação da causalidade nas relações encontradas. Para ajudar a esclarecer estas questões, seriam necessários estudos longitudinais prospectivos ou experimentais.

Contudo, apesar das limitações, consideramos que este estudo vem contribuir para preencher um espaço em aberto na investigação acerca das experiências sexuais femininas, num registo positivo, permitindo aprofundar o conhecimento acerca dos determinantes da resposta sexual funcional e das experiências sexuais satisfatórias nas mulheres, bem como esclarecer a relação entre ambas as dimensões da experiência sexual feminina.

Globalmente, os resultados comprovam a importância dos factores cognitivos e emocionais e da dimensão relacional, depois de consideradas as diferentes variáveis biopsicossociais que podem contribuir para as experiências sexuais das mulheres.

A nível nacional e internacional, estes resultados são particularmente relevantes dado que não existem muitos estudos acerca da sexualidade feminina conduzidos segundo uma perspectiva não clínica, ampla e integrativa. Deste modo também, e como realçado sobretudo no último capítulo, esperamos que os resultados aqui encontrados e as sugestões deles decorrentes, possam ser integradas em termos clínicos e na promoção de uma vida sexual mais gratificante na mulher.

Bibliografia

- Abadjian-Mozian, L. R. (2005). Sexual satisfaction and self-esteem of married women. (Unpublished doctoral dissertation). The Wright Institute, United States.
- Abrahamson, D., Barlow, D., & Abrahamson, L. (1989). Differential effects of performance demand and distraction on sexually functional and dysfunctional males. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), 241-247.
- Ackard, D., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders, 28*(4), 422-429.
- Adams, S. G., Dubbert, P. M., Chupurdia, K. M., Jones, A., Lofland, K. R., Leermakers, E. (1996). Assessment of sexual beliefs and information in aging couples with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 25*(3), 249-260.
- Ahlborg, T. & Strandmark, M. (2006). Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery—first-time parents' own views and coping strategies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*, 163–172.
- Ahlborg, T., Dahlöf, L., & Hallberg, L. (2005). Quality of the intimate and sexual relationship in the first-time parents six months after delivery. *Journal of Sex Research, 42*(2), 167-174.
- Ahrold, T., Farmer, M., Trapnell, P., & Meston, C. (2010). The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity. *Archives of Sexual Behavior*. DOI: 10.1007/s10508-010-9621-4
- Aksaray, G., Yelken, B., Kaptanoglu, C., Oflu, S., & Özaltın, M. (2001). Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*(3), 273-277.
- Alferes, V. M. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alfonso, V., Allison, D., & Dunn, G. (1992). Sexual fantasy and satisfaction: A multidimensional analysis of gender differences. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 5*, 19-37.
- Allahdadi, K., Tostes, R., & Webb, R. (2009). Female sexual dysfunction: Therapeutic options and experimental challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry, 7*(4), 260-269.
- Althof, S., Leiblum, S., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S., McCabe, M., et al. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 2*(6), 793-800.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author.

- Andersen, B., & Cyranowski, J. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1079-1100.
- Andersen, B., & Cyranowski, J. (1995). Women's sexuality: Behaviors, responses, and individual differences. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(6), 891-906.
- Anderson, E., Triplett, L., Nietert, P., & Brown, A. (2009). Sexual dysfunction among women with connective tissue disease. *Current Rheumatology Reviews*, 5(2), 126-132.
- Anderson, S., Glantz, S., & Ling, P. (2005). Emotions for sale: cigarette advertising and women's psychosocial needs. *Tobacco Control*, 14(2), 127-135.
- Aneshensel, C. (1986). Marital and employment role-strain, social support, and depression among adult women. In S. E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support, and women* (pp. 99-114). New York: Hemisphere.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 1(Suppl. 6), S1-S4.
- Apt, C., Hurlbert, D., Pierce, A., & White, L. (1996). Relationship satisfaction, sexual characteristics, and the psychosocial well-being of women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 195-210.
- Areskoug-Josefsson, K., & Öberg, U. (2009). A literature review of the sexual health of women with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*, 7(4), 219-226.
- Aron, A., & Aron, E. N. (1986). *Love and the Expansion of Self: Understanding Attraction and Satisfaction*. New York: Hemisphere Publish Corporation.
- Aron, A., & Henkemeyer, L. (1995). Marital satisfaction and passionate love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(1), 139-146.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13(10), 1643-1658.
- Atis, G., Dalkilinc, A., Altuntas, Y., Atis, A., Caskurlu, T., & Ergenekon, E. (2010). Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2583-2590.
- Avis, N., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C., & Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, 7, 297-309.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (Second Edition)*. Geneva. World Health Organization.
- Bachmann, G. A. (1990). Sexual issues at menopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592, 87-94.
- Baggaley, M. (2008). Sexual dysfunction in schizophrenia: Focus on recent evidence. *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 23(3), 201-209.

- Bailey, J., Gaulin, S., Agyei, Y., & Gladue, B. (1994). Effects of gender and sexual orientation on evolutionary aspects of human mating psychology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 1081-1093.
- Baldwin, D. (1995). Psychotropic drugs and sexual dysfunction. *International Review of Psychiatry*, *7*(2), 261-273.
- Baldwin, D. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, *57*(1), 81-99.
- Baldwin, D., & Birtwistle, J. (1997). Schizophrenia, antipsychotic drugs and sexual function. *Primary Care Psychiatry*, *3*, 115-123.
- Baldwin, J., & Baldwin, J. (1997). Gender differences in sexual interest. *Archives of Sexual Behavior*, *26*, 181-210.
- Bancroft, J. (2001). Commentary: Conceptualising women's sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *27*, 95-103.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: The need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(5), 451-455.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (Third Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, *41*(3), 225-234.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. (2003). Distress about sex: A national survey on women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, *32*(3), 193-208.
- Barbach, L. (1976). *For yourself: The fulfillment of female sexuality*. Garden City, NY: Doubleday.
- Barkan, S. (2006). Religiosity and premarital sex in adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *45*, 407-417.
- Barlow, D. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(2), 140-148.
- Barlow, D., Sakheim, D., & Beck, J. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*(1), 49-54.
- Barnett, R. & Rivers, C. (1996). *She works, he works*. New York: Harper SanFrancisco.
- Barni, S., & Mondin, R. (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Annals of Oncology*, *8*(2), 149-153.
- Barr, A., Bryan, A., & Kenrick, D. (2002). Sexual peak: Socially shared cognitions about desire, frequency, and satisfaction in men and women. *Personal Relationships*, *9*(3), 287-299.

- Barrientos, J., & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 351-368.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 264-271.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(1), 33-43.
- Basson, R. (2002a). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 1-10.
- Basson, R. (2002b). Rethinking low sexual desire in women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 357-363.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333.
- Basson, R. (2006). Sexual desire and arousal disorders in women. *New England Journal of Medicine*, 354(14), 1497-1506.
- Basson, R. (2008). Women's sexual desire and arousal disorders. *Primary Psychiatry*, 15(9), 72-81.
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., et al (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1 (1), 24-34.
- Basson, R., Leiblum, L., Brotto, L., Derogatis, J., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al., (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1 (1), 40-48.
- Battaglia, C., Nappi, R., Mancini, F., Cianciosi, A., Persico, N., Busacchi, P., et al. (2008). PCOS, Sexuality, and clitoral vascularisation: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine*, 5(12), 2886-2894.
- Baumeister, R., Campbell, J., Krueger, J., & Vohs, K. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Beaber, T., & Werner, P. (2009). The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 639-654.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, J., & Barlow, D. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behavior Research and Therapy*, 24, 19-26.
- Beck, J., & Bozman, A. (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24(6), 595-612.

- Beck, J., Barlow, D., Sakheim, D., & Abrahamson, D. (1987). Shock treatment and sexual arousal: The role of selective attention, thought content, and affective states. *Psychophysiology*, 24(2).
- Beckman, L., & Ackerman, K. (1995). Women, alcohol, and sexuality. *Recent developments in alcoholism: An official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 12, 267-285.
- Beckwith, H., & Morrow, J. (2005). Sexual attitudes of college students: The impact of religiosity and spirituality. *College Student Journal*, 39, 357-366.
- Beggs, V., Calhoun, K., & Wolchik, S. (1987). Sexual anxiety and female sexual arousal: a comparison of arousal during sexual anxiety stimuli and sexual pleasure stimuli. *Archives of Sexual Behaviour*, 16, 311-319.
- Belanger, J., Piche, L., & Trudel, G. (2000). La détermination du degré de relation entre l'estime de soi et quatre éléments de l'expérience sexuelle. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(1), 31-40.
- Benninger, M. & Benninger, R. (2009). The impact of allergic rhinitis on sexual activity, sleep, and fatigue. *Allergy and Asthma Proceedings*, 30(4), 358-365.
- Berman, J. (2005). Physiology of female sexual function and dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17, S44-S51.
- Berman, J., Berman, L., & Goldstein, I. (1999a). Female sexual dysfunction: Incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology*, 54, 385-391.
- Berman, J., Berman, L., Werbin, T., Flaherty, E., Leahy, N., & Goldstein, I. (1999b). Clinical evaluation of female sexual dysfunction: Effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. *International Journal of Impotence Research*, 11(Suppl. 1), S31-S38.
- Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J. (2003). Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 11-21.
- Bertozzi, S., Londero, A., Fruscalzo, A., Driul, L., & Marchesoni, D. (2010). Prevalence and risk factors for dyspareunia and unsatisfying sexual relationships in a cohort of primiparous and secondiparous women after 12 months postpartum. *International Journal of Sexual Health*, 22(1), 47-53.
- Beutel, M., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU International*, 101(1), 76-82.
- Bhasin, S., Enzlin, P., Coviello, A., & Basson, R. (2007). Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet*, 369, 597-611.

- Bianchi-Demicelli, F., Perrin, E., Ludicke, F., Bianchi, P., Chatton, D., & Campana, A. (2002). Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *53*, 48-53.
- Bianchi-Demicheli, F., & Ortigue, S. (2007). Insight of women's sexual function and intimate relationships after termination of pregnancy: A review on recent findings and future perspectives. *Current Women's Health Reviews*, *3*(1), 31-41.
- Biehl, K., Evers, S., & Frese, A. (2007). Comorbidity of migraine and headache associated with sexual activity. *Cephalalgia*, *27*(11), 1271-1273.
- Birnbaum, G., Reis, H., Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *91*, 929-943.
- Blanchflower, D., & Oswald, A. (2004). Money, sex and happiness: An empirical study. *National Bureau of Economic Research Working Paper Series* (Working paper no. 10499).
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1993). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrigtsman (Eds), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. Ann Arbor: Institute of Social Research, pp 115-160.
- Blazquez, A., Ruiz, E., Vazquez, A., de Sevilla, T., Garcia-Quintana, A., Garcia-Quintana, J., et al. (2008). Sexual dysfunction as related to severity of fatigue in women with CFS. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *34*(3), 240-247.
- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). *American couples*. New York: William Morrow and Company.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, *14*(4), 551-569.
- Bodnar, R. (2008). Endogenous opiates and behavior: 2007. *Peptides*, *29*(12), 2292-2375.
- Boro, A., & Haut, S. (2003). Medical comorbidities in the treatment of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *4*(2), 2-12.
- Bowen, D., Balsam, K., Diergaarde, B., Russo, M., & Escamilla, G. (2006). Healthy eating, exercise, and weight: Impressions of sexual minority women. *Women & Health*, *44*(1), 79-93.
- Bozman, A., & Beck, J. (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, *20*, 47-60.
- Bradford, A., & Meston, C. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1067-1077.
- Bradford, A., & Meston, C. (2007). Sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: Influence of patient education. *Journal of Sexual Medicine*, *4*(1), 106-114.

- Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*(7), 929-958.
- Breyer, B., Smith, J., Eisenberg, M., Ando, K., Rowen, T., & Shindel, A. (2010). The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in north american medical students. *Journal of Sexual Medicine, 7*(7), 2391-2400.
- Brezsnyak, M., & Whisman, M. (2004). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*(3), 199-217.
- Brook, R. (2006). Obesity, weight loss, and vascular function. *Endocrine, 29*(1), 21-25.
- Brotto, L., Basson, R. & Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1646-1659.
- Brotto, L., Basson, R. & Luria, M. (2008a). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1646-1659.
- Brotto, L., Heiman, J., Goff, B., Greer, B., Lentz, G., Swisher, E., et al. (2008b). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior, 37*(2), 317-329
- Brotto, L., Krychman, M., & Jacobson, P. (2008c). Eastern Approaches for Enhancing Women's Sexuality: Mindfulness, Acupuncture, and Yoga (CME). *Journal of Sexual Medicine, 5*(12), 2741-2748.
- Burchardt, M., Burchardt, T., Anastasiadis, A., Kiss, A., Baer, L., Pawar, R., et al. (2002). Sexual dysfunction is common and overlooked in female patients with hypertension. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*(1), 17-26.
- Burleson, M., Trevathan, W., & Todd, M. (2007). In the mood for love or vice versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in the daily lives of mid-aged women. *Archives of Sexual Behavior, 36*(3), 357-368.
- Byers, E. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research, 42*(2), 113-118.
- Byers, E., & Demmons, S. (1999). Sexual satisfaction and sexual self-disclosure within dating relationships. *Journal of Sex Research, 36*(2), 180-189.
- Byers, E., Demmons, S., & Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 257-267.
- Byers, S. & Wang, A. (2004). Understanding sexuality in close relationships from the social exchange perspective. In J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 203-234). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Byne, W. (1995). Science and belief: Psychobiological research on sexual orientation. *Journal of Homosexuality*, 28(3/4), 303-344.
- Byrne, D. (1983). The antecedents, correlates, and consequences of erotophobia-erotofilia. In C. Davis (Ed.), *Challenges in sexual science: Current theoretical issues and research advances* (pp. 53–75). Philadelphia: Society for the Scientific Study of Sex.
- Cado, S., & Leitenberg, H. (1990). Guilt reactions to sexual fantasies during intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 49-63.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639–652.
- Canavarro, C. (2008). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (1999a). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- B.S.I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. A. Almeida (Eds.) *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II; pp. 95–109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (1999b). Relações Afectivas e Saúde Mental (pp. 241–244). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carpenter, L., Nathanson, C, & Kim, Y. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107.
- Carreon, M., Fried, L., Palevsky, P., Kimmel, P., Arnold, R., & Weisbord, S. (2008). Clinical correlates and treatment of bone/joint pain and difficulty with sexual arousal in patients on maintenance hemodialysis. *Hemodialysis International*, 12(2), 268-274.
- Carvalho, A., Brotto, L., & Leal, I. (2010). Women's motivations for sex: Exploring the Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, text revision criteria for Hypoactive Sexual Desire and Female Sexual Arousal Disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1454-1463.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Sexual desire in women: An integrative approach regarding psychological, medical, and relationship dimensions. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1807-1815.
- Catalan, J., Hawton, K., & Day, A. (1990). Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *British Journal of Psychiatry*. 156, 61–67.
- Catania, J., Pollack L., McDermot L., Qualls, S., & Cole, L. (1990). Helpseeking behaviours of people with sexual problems. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 235–250.

- Cawood, H., & Bancroft, J. (1996). Steroid hormones, menopause, sexuality and well being of women. *Psychological Medicine*, 26, 925-936
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Celermajer, D., Sorensen, K., Georgakopoulos, D., Bull, C., Thomas, O., Robinson, J., et al. (1993). Cigarette smoking is associated with dose-related and potentially reversible impairment of endothelium-dependent dilation in healthy young adults. *Circulation*, 88(5 Pt 1), 2149-2155.
- Chang, S., Fine, R., Siegel, D., Chesney, M., Black, D., & Hulley, S. (1991). The impact of diuretic therapy on reported sexual function. *Archives of Internal Medicine*, 151(12), 2402-2408.
- Cheng, T. (1992). Diuretic therapy on sexual function. *Archives of Internal Medicine*, 152(5), 1097-1097.
- Chew, K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C., & Jamrozik, K. (2009). Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 6(1), 222-231.
- Chopra, L., & Chopra, R. (1957). The use of cannabis drugs in India. *Bulletin on Narcotics*, 9, 4-29.
- Christopher, F., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 999-1017.
- Clark, C., & Wiederman, M. (2000). Gender and reactions to a hypothetical relationship partner's masturbation and use of sexually explicit media. *Journal of Sex Research*, 37(2), 133-141.
- Clayton, A. (2001). Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl. 3), 5-9.
- Clayton, A., & Balon, R. (2009). The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: The evidence and management (CME). *Journal of Sexual Medicine*, 6(5), 1200-1211.
- Clayton, A., McGarvey, E., Clavet, G., & Piazza, L. (1997). Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical populations using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 747-753.
- Clayton, D., & Shen, W. (1998). Psychotropic drug-induced sexual function disorders: Diagnosis, incidence and management. *Drug Safety*, 19(4), 299-312.
- Cohen, S. (1982). Cannabis and sex: Multifaceted paradoxes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 14, 55-70.

- Coleman, E. (2002). Masturbation as a means of achieving sexual health. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 14*(2/3), 5-16.
- Coleman, P., Vincent, V., & Spence, M. (2007). Intrapersonal Processes and Post-Abortion Relationship Challenges: A Review and Consolidation of Relevant Literature. *Internet Journal of Mental Health, 4*(2).
- Conklin, D., Haberzettl, P., Prough, R., & Bhatnagar, A. (2009). Glutathione-S-transferase P protects against endothelial dysfunction induced by exposure to tobacco smoke. *American Journal of Physiology: Heart & Circulatory Physiology, 65*(5), H1586-H1597.
- Cook, M. & Wilson, G. (1979). *Love & Attraction*. Pergamon Press Ltd. Oxford.
- Corder, R. (2008). Red wine, chocolate and vascular health: Developing the evidence base. *Heart, 94*(7), 821-823.
- Covington, S., & Kohen, J. (1984). Women, alcohol, and sexuality. *Advances In Alcohol & Substance Abuse, 4*(1), 41-56.
- Cranston-Cuebas, M., & Barlow D. (1990). Cognitive and affective contributions to sexual functioning. *Annual Review of Sex Research, 1*, 119-161.
- Crepault, C., Abraham, G., Porto, R., & Couture, M. (1977). Erotic imagery in women. In R. Gemme & C. C. Wheeler (Eds), *Progress in sexuality* (pp. 267–283). New York: Plenum Press.
- Croog, S. Levine, S., Testa, M., Brown, B., Bulpitt, C. Jenkins, C., et al. (1986). The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *New England Journal of Medicine, 314*(26), 1657–1664.
- Cupach, W., & Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*(2), 179-186.
- Cyranowski, J., & Andersen, B. (1998). Schemas, sexuality, and romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1364-1379.
- Cyranowski, J., Frank, E., Cherry, C., Houch, P., & Kupfer, D. (2004a). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research, 38*(3), 267-273.
- Cyranowski, J., Bromberger, J., Youk, A., Matthews, K., Kravitz, H., & Powell, L. (2004b). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior, 33*(6), 539-548.
- Daniluk, J. (1993). The meaning and experience of female sexuality. *Psychology of Women Quarterly, 17*(1), 53-69.
- Davidson, J., & Darling, C. (1988). The sexually-experienced woman: Multiple sex partners and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research, 24*, 141–154.

- Davidson, J., Darling, C., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research, 32*, 235–243.
- Davidson, J., Moore, N., & Ullstrup, K. (2004). Religiosity and sexual responsibility: Relationships of choice. *American Journal of Health Behavior, 28*(4), 335-346.
- Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. (1999). Sexual desire discrepancies: Effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archives of Sexual Behavior, 28*, 553–567.
- Davis, C., & Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addictive Behaviors, 18*, 201–211.
- Davison, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S., & Davis, S. (2008). Sexual function in well women: Stratification by sexual satisfaction, hormone use, and menopause status. *Journal of Sexual Medicine, 5*(5), 1214-1222.
- Davison, T., & McCabe, M. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles, 52*(7/8), 463-475.
- Dawley Jr., H., Baxter, A., Winstead, D., & Gay, J. (1979). An attitude survey of the effects of marijuana on sexual enjoyment. *Journal of Clinical Psychology, 35*(1), 212-217.
- De Jong, D. (2009). The role of attention in sexual arousal: implications for treatment of sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 46*(2/3), 237-248.
- De Lange, D., & van de Wiel, A. (2004). Drink to prevent: Review on the cardioprotective mechanisms of alcohol and red wine polyphenols. *Seminars In Vascular Medicine, 4*(2), 173-186.
- De Villers, L., & Turgeon, H. (2005). The uses and benefits of sensate focus exercises. *Contemporary Sexuality, 39*(11), Special session I-VI.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227–268.
- Deeks, A., & McCabe, M. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *Journal of Sex Research, 38*(3), 219-225.
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burger, H. (2001). Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertility and Sterility, 76*, 456–460.
- Derogatis, L. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers System.

- Derogatis, L. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers System (3rd edition).
- Derogatis, L., & Meyer, J. (1979). A psychological profile of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 8(3), 201-225.
- Derogatis, L., Meyer, J., & King, M. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 138(6), 757-763.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 91-95.
- Diokno, A., Brown, M., & Herzog, A. (1990). Sexual function in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 150(1), 197-200.
- Dobkin, R., Leiblum, S., Rosen, R., Menza, M., & Marin, H. (2006). Depression and sexual functioning in minority women: Current status and future directions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(1), 23-36.
- Donnelly, D. (1993). Sexually inactive marriages. *Journal of Sex Research*, 30(2), 171-179.
- Doruk, H., Akbay, E., Çayan, S., Bozlu, M., & Acar, D. (2005). Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk Factors. *Archives of Andrology*, 51(1), 1-6.
- Doumas, M., Tsiodras, S., Tsakiris, A., Douma, S., Chounta, A., Papadopoulos, A., et al. (2006). Female sexual dysfunction in essential hypertension: A common problem being uncovered. *Journal of Hypertension*, 24, 2387-2392.
- Dove, N., & Wiederman, M. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78.
- Duncan, L., Lewis, C., Smith, C., Jenkins, P., Nichols, M., & Pearson, T. (2001). Sex, drugs, and hypertension: A methodological approach for studying a sensitive subject. *International Journal of Impotence Research*, 13(1), 31-40.
- Dundon, C., & Rellini, A. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 896-904.
- Dunn, K., Croft, P., & Hackett G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 144-148.
- Dunn, K., Croft, P., & Hackett, G. (2000). Satisfaction in the sex life of a general population sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 141-151.
- Edwards, J., & Booth, A. (1976). Sexual behavior in and out of marriage: An assessment of correlates. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 73–81.
- Edwards, J., & Booth, A. (1994). Sexuality, marriage, and well-being: The middle years. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 233–259). Chicago: University of Chicago Press.

- Ekselius, L., & von Knorring, L. (2001). Effect on sexual function of long-term treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in depressed patients treated in primary care. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(2), 154–160.
- Ensel, W., & Lin, N. (2004). Physical fitness and the stress process. *Journal of Community Psychology*, *32*(1), 81-101.
- Erol, B., Sanli, O., Korkmaz, D., Seyhan, A., Akman, T., & Kadioglu, A. (2007). A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, *4*(5), 1381-1387.
- Esposito, K., & Giugliano, D. (2005). Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, *17*(5), 391-398.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., et al. (2007a). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, *19*(4), 353-357.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Schisano, B., Autorino, R., Iuliano, S., et al. (2007b). Mediterranean diet improves sexual function in women with the metabolic syndrome. *International Journal of Impotence Research*, *19*, 486-491.
- Esposito, K., Ciotola, M., Maiorino, M., Giugliano, F., Autorino, R., De Sio, M., et al. (2009). Hyperlipidemia and sexual function in premenopausal women. *Journal of Sexual Medicine*, *6*(6), 1696-1703.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M., D'Armiento, M., & Giugliano, D. (2008). Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, *20*(4), 358-365.
- Eyada, M., & Atwa, M. (2007). Sexual function in female patients with unstable angina or non-st-elevation myocardial infarction. *Journal of Sexual Medicine*, *4*(5), 1373-1380.
- Faith, M., & Schare, M. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, *22*, 345-356.
- Faith, M., Cash, T., Schare, M., & Hangen, J. (1999). *Body image in a sexual context: Reliability and validity of the Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire*. Norfolk, Virginia: Old Dominion University.
- Fan, X., Henderson, D., Chiang, E., Briggs, L., Freudenreich, O., Evins, A., et al. (2007). Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *94*(1-3), 119-127.
- Farkas, G., & Rosen, R. (1976). Effect of alcohol on elicited male sexual response. *Journal Of Studies On Alcohol*, *37*(3), 265-272.
- Farmer, M., Trapnell, P., & Meston, C. (2009). The relation between sexual behavior and religiosity subtypes: A test of the secularization hypothesis. *Archives of Sexual Behavior*, *38* (5), 852-865

- Ferenidou, F., Kapoteli, V., Moisidis, K., Koutsogiannis, I., Giakoumelos, A., & Hatzichristou, D. (2008). Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 631-639.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369-377.
- Fisher, R. (1995). A test of three models for explaining support for various approaches to the control of sexually explicit materials. *Annual Meeting of the Society for the Scientific Study of Sexuality*, San Francisco, November 9 – 12, 1995.
- Fleming, M., & Kleinbart, E. (2001). Breast cancer and sexuality. *Journal of Sex Education & Therapy*, 26(3), 215-224.
- Flory, N., Bissonnette, F., Amsel, R., & Binik, Y. (2006). The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 3(3), 483-491.
- Fontane, P. (1996). Exercise, fitness, and feeling well. *American Behavioral Scientist*, 39(3), 288-305.
- Ford, E., Bergmann, M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., WeiKert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge. *Archives of Internal Medicine*, 169(15), 1355-1362.
- Fortenberry, J., Temkit, M., Tu, W., Graham, C., Katz, B., & Orr, D. (2005). Daily mood, partner support, sexual interest, and sexual activity among adolescent women. *Health Psychology*, 24, 252-257.
- Frank, E., Anderson, C., & Rubenstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in “normal” couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Frohlich P., & Meston C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321-325.
- Fugl-Meyer, A. & Sjögren Fugl-Meyer, K. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 – 74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2, 79-105.
- Fugl-Meyer, K., Öberg, K., Lundberg, P., Lewin, B., & Fugl-Meyer, A. (2006). On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *Journal of Sexual Medicine*, 3(1), 56-68.
- Gades, N., Nehra, A., Jacobson, D., McGree, M., Girman, C., Rhodes, T., et al. (2005). Association between smoking and erectile dysfunction: A population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 161(4), 346-351.
- Galetta, R., Franzoni, F., Femia, F., Roccella, N., Pentimone, F. & Santoro, G. (2005). Lifelong physical training prevents the age-related impairment of heart rate variability and exercise capacity in elderly people. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 45(2), 217-221.

- Gallicchio, L., Schilling, C., Tomic, D., Miller, S., Zacur, H., & Flaws, J. (2007). Correlates of sexual functioning among mid-life women. *Climacteric*, *10*(2), 132-142.
- Garcia, L. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *8*(4), 263.
- Garde, K., & Lunde, I. (1980). Female sexual behaviour: the study in a random sample of 40-year-old woman. *Maturitas*, *2*, 225-240.
- Gawin, F. (1978). Pharmacologic enhancement of the erotic: Implications of an expanded definition of aphrodisiacs. *Journal of Sex Research*, *14*(2), 107-117.
- Gerber, J., Johnson, J., Bunn, J., & O'Brien, S. (2005). A longitudinal study of the effects of free testosterone and other psychosocial variables on sexual function during the natural traverse of menopause. *Fertility and Sterility*, *83*, 643-648.
- Ghadirian, A., Chouinard, G., & Annable, L. (1982). Sexual dysfunction and plasma prolactin levels in neuroleptic-treated schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous Mental Disease*, *170*(8), 463-467.
- Gianotten, W., Bender, J., Post, M., & Höing, M. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals: a model for the rehabilitation setting. *Sexual & Relationship Therapy*, *21*(3), 303-317.
- Giraldi, A., & Kristensen, E. (2010). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Journal of Sex Research*, *47*(2/3), 199-211
- Gitlin, M. (1995). Effects of depression and antidepressants on sexual functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *59*(2), 232-248.
- Gold, M. (1997). Cocaine (and crack): Clinical aspects. In J.H. Lowinson, P.R. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*- 3rd edition (pp. 181-199). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gold, S., Balzano, B., & Stamey, R. (1991). Two studies of females' sexual force fantasies. *Journal of Sex Education and Therapy*, *7*(1), 15-26.
- Goldman, M., & Roehrich, L. (1991). Alcohol expectancies and sexuality. *Alcohol Health & Research World*, *15*(2), 126.
- Goldmeier, D., & Leiblum, S. (2005). STIs and sexual dysfunction. *Sexually Transmitted Infections*, *81*(5), 364-364.
- Goldmeier, D., Judd, A., & Schroeder, K. (2000). Prevalence of sexual dysfunction in new heterosexual attenders at a central London genitourinary medicine clinic in 1998. *Sexually Transmitted Infections*, *76*(3), 208-209.
- Goldstein, A. & Brandon, M. (2004). *Reclaiming desire: Four keys to finding your lost libido*. New York: St. Martin's Press.
- Golomb, B., & Evans, M. (2008). Statin adverse effects: A review of the literature and evidence for a mitochondrial mechanism. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, *8*(6), 373-418.

- Gomes, F. A. (2004). *Paixão, amor e sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Gonzalez, M., Viafara, G., Caba, F. & Molina, E. (2004). Sexual function, menopause and hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*, 48(4), 411-420.
- Gordon, W. (2002). Sexual obsessions and OCD. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 343-354.
- Gorlero, F., Lijoi, D., Biamonti, M., Lorenzi, P., Pullè, A., Dellacasa, I., et al. (2008). Hysterectomy and women satisfaction: Total versus subtotal technique. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 278(5), 405-410.
- Gorzalka, B., & Hill, M. (2006). Cannabinoids, reproduction, and sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 17, 132-161.
- Graham, C., Sanders, S., Milhausen, R., & McBride, K. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538.
- Graziottin, A. (1998). The biological basis of female sexuality. *International Clinical Psychopharmacology*, 13(Suppl. 6), 15-22.
- Greeley, A. (1991). *Faithful attraction: Discovering intimacy, love and fidelity in american marriage*, Tor: New York.
- Greenblatt, C. (1983). The salience of sexuality in the early years of marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 289-300.
- Grimm, R., Gandits, G., & Prineas, R. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of mild hypertension study. *Hypertension*, 29(1), 8-14.
- Grote, N., & Frieze, I. (1998). Remembrance of things past: Perceptions of marital love from its beginnings to the present. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 91-109
- Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, S., Karasahin, E., & Acikel, C. (2007). Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International Journal of Impotence Research*, 19(4), 358-365.
- Guszkowska, M. (2009). Age and exercise duration as determinants of the effect of single bout of exercise on state anxiety in women: Determinants of acute effect of exercise on state anxiety in women. *Medicina Sportiva*, 13(2), 125-130.
- Guthrie, E., Creed, F., & Whorwell, P. (1987). Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: Comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *British Medical Journal*, 295, 577-579.
- Guzick, D., & Hoeger, K. (2000). Sex, hormones, and hysterectomies. *New England Journal of Medicine*, 343(10), 730-731.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 399-419.

- Hackbert, L., & Heiman, J. (2002). Acute dehydroepiandrosterone (dhea) effects on sexual arousal in postmenopausal women. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine, 11*, 155-162.
- Halasi, S. (2006). Drug abuse, misuse and diversion of precursor chemicals with emphasis on crystal methamphetamine. *Canadian Pharmacists Association*. Available online: http://cpha.learning.mediresource.com/homestudy/courses/drug_diversion_060302.pdf
- Hale, T., Hannan, J., Heaton, J., & Adams, M. (2005). Common therapeutic strategies in the management of sexual dysfunction and cardiovascular disease. *Current Drug Targets - Cardiovascular & Haematological Disorders, 5*(2), 185-195.
- Halikas, J., Weller, R., & Morse, C. (1982). Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal Of Psychoactive Drugs, 14*(1-2), 59-70.
- Hally, C., & Pollack, R. (1993). The effects of self-esteem, variety of sexual experience, and erotophilia on sexual satisfaction in sexually active heterosexuals. *Journal of Sex Education and Therapy, 19*(3), 183-192.
- Hamilton, L., Fogle, E., & Meston, C. (2008). The roles of testosterone and alpha-amylase in exercise-induced sexual arousal in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*(4), 845-853.
- Hannan, J., Maio, M., Komolova, M., & Adams, M. (2009). Beneficial impact of exercise and obesity interventions on erectile function and its risk factors. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 254-261
- Harden, C. (2005). Sexuality in women with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 7*(2) 72-76.
- Hardin, K., & Gold, S. (1988). Relationship of sex, sex guilt, and experience to written sexual fantasies. *Imagination, Cognition, and Personality, 8*, 155-163.
- Hardy, M. (1993). *Regression with dummy variables. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, Series No. 07-093*. Newbury Park, CA: Sage.
- Harte, C., & Meston, C. (2008a). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 110-121.
- Harte, C., & Meston, C. (2008b). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1184-1197.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction: Aspects of a Multi-Faceted Relationship. *Psychiatrische Praxis, 34*(suppl. 3), 314-317.
- Hartmann, U., Philippsohn, S., Heiser, K., & Ruffer-Hesse, C. (2004). Low sexual desire in midlife and older women: Personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause, 11*(6), 726-740.

- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V., Ronquillo, J., Crawley, S., Cochran, L., Kazuba, D., et al. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, *135*(2), 121-132.
- Hassebrauck, M., & Fehr, B. (2002). Dimensions of relationship quality. *Personal Relationships*, *9*, 253-270.
- Hatfield, E., Greenberger, D., Traupmann, J., & Lambert, P. (1982). Equity and sexual satisfaction in recently married couples. *Journal of Sex Research*, *17*, 18-32.
- Hatfield, E., Sprecher, S., Traupmann, J., Greenberg, D., & Wexler, P. (1988). Gender differences in what is desired in the sexual relationship. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *1*, 39-52.
- Hatfield, E., Utne, M., & Traupmann, J. (1979). Equity theory and intimate relationships. In R. L. Burgess & T. L. Huston (Eds.), *Social exchange in developing relationships* (pp. 99-133). New York: Academic Press.
- Hawton, K. (1985). *Sex Therapy: A practical guide*. Northvale, NJ: Aronson.
- Hawton, K., Gath, D., & Day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynaecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, *23*, 375-395.
- Heiman J. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *Journal of Sex Research*, *39*(1), 73-79.
- Heiman, J. & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Heiman, J. (1980). Female sexual response patterns: Interactions of physiological, affective, and contextual cues. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 1311-1316.
- Heiman, J., & Hatch, J. (1980). Affective and physiological dimensions of male sexual response to erotica and fantasy. *Basic & Applied Social Psychology*, *1*(4), 315-327.
- Heiman, J., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. New York: Prentice-Hall.
- Henderson, A., Lehavot, K., & Simoni, J. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(1), 50-65.
- Henderson, D., Boyd, C., & Whitmarsh, J. (1995). Women and illicit drugs: Sexuality and crack cocaine. *Health Care For Women International*, *16*(2), 113-124.
- Henderson-King, D., & Veroff, J. (1994). Sexual satisfaction and marital well-being in the first years of marriage. *Journal of Social & Personal Relationships*, *11*(4), 509-534.

- Hendrick, S., & Hendrick, C. (2002). Linking romantic love with sex: Development of the perceptions of love and sex scale. *Journal of Social and Personal Relationships, 19*, 361-378.
- Hendrick, V., & Gitlin, M. (2004). *Psychotropic drugs and women: Fast facts*. New York: Norton.
- Höckel, M., & Dornhöfer, N. (2008). Vulvovaginal reconstruction for neoplastic disease. *Lancet Oncology, 9*(6), 559-568.
- Hoekstra, T., Beulens, J., & van der Schouw, Y. (2009). Cardiovascular disease prevention in women: Impact of dietary interventions. *Maturitas, 63*(1), 20-27.
- Hollister, L., Richards, R., & Gillespie, H. (1968). Comparison of tetrahydrocannabinol and synhexyl in man. *Clinical Pharmacology And Therapeutics, 9*(6), 783-791.
- Holmes, T., Chamberlin, P., & Young, M. (1994). Relations of exercise to body image and sexual desirability among a sample of university students. *Psychological Reports, 74*, 920-922.
- Hoon, P., Wincze, J., & Hoon, E. (1977). A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 65-74.
- Huang, C., Lee, L., & Chang, M. (2007). The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality, 35*(9), 1189-1210.
- Huang, Y., & Mathers, N. (2006). A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review, 53*(3), 197-204.
- Hubert, M., & Rousseeuw, P. (1997). Robust regression with both continuous and binary regressors. *Journal of Statistical Planning and Inference, 5*, 153-163.
- Hurlbert, D., & Apt, C. (1994). Female sexual desire, response, and behavior. *Behavior Modification, 18*(4), 488-504.
- Hurlbert, D., & Whittaker, K. (1991). The role of masturbation in marital and sexual satisfaction: A comparative study of female masturbators and nonmasturbators. *Journal of Sex Education & Therapy, 17*, 272-282.
- Hurlbert, D., Apt, C., & Rabehl, S. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: An examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy, 19*(2), 154-165.
- Hurlbert, D., Apt, C., Hurlbert, M., & Pierce, A. (2000). Sexual compatibility and the sexual desire-motivation relation in females with hypoactive sexual desire disorder. *Behavior Modification, 24*, 325-347.
- Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Fernandez, F., Menendez, D., & Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality, 14*(1/2), 15-30.

- Hurlburt, D. & Whittaker, K. (1991). The role of masturbation in marital and sexual satisfaction: A comparative study of female masturbators and nonmasturbators. *Journal of Sex Education and Therapy, 17*, 272-282.
- Huston, T., & Vangelisti, A. (1991). Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: A longitudinal study. *Journal of Personality & Social Psychology, 61*(5), 721-733.
- Hyde, J., DeLamater, J., & Durik, A. (2001). Sexuality and the dual-earner couple, Part II: Beyond the baby years. *Journal of Sex Research, 38*(1), 10-23.
- Hyde, J., DeLamater, J., & Hewitt, E. (1998). Sexuality and the dual-earner couple: Multiple roles and sexual functioning. *Journal of Family Psychology, 12*(3), 354-368.
- Ifergane, G., Ben-Zion, I., Plakht, Y., Regev, K., & Wirguin, I. (2008). Not only headache: Higher degree of sexual pain symptoms among migraine sufferers. *Journal of Headache & Pain, 9*(2), 113-117.
- Impett, E., & Tolman, D. (2006). Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research, 21*(6), 628-646.
- Jackson, G. (2009). Sexual response in cardiovascular disease. *Journal of Sex Research, 46*(2/3), 233-236.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Towards an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research, 37*(2), 8-23.
- Janus, S. & Janus, C. (1993). *The Janus Report on Sexual Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Johannes, C., Araujo, A., & Feldman, H. (2000). Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology, 163*(2), 460-463.
- Johnson, A., Wadsworth, J., Wellings, K., & Field, J. (1994). *Sexual attitudes and lifestyles*. London: Blackwell.
- Johnson, S., Phelps, D., & Cottler, D. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior, 33*(1), 55-63.
- Jones, J., & Barlow, D. (1990). Self-reported frequency of sexual urges, fantasies, and masturbatory fantasies in heterosexual males and females. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 269-279.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/ Mazel.
- Kashima, A., Yamashita, T., Okamoto, A., Nagoshi, Y., Wada, Y., Tadai, T., & Fukui, K. (2003). Japanese version of the Body Attitude Test: Its reliability and validity. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 57*(5), 511-516.

- Katz, R., & Jardine, D. (1999). The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25(4), 293-296.
- Kaufert, P., Gilbert, E., & Tare, R. (1987). Defining menopausal status: The impact of longitudinal data. *Maturitas*, 9, 217-226.
- Kaya, B., Unal, S., Ozenli, Y., Gursoy, N., Tekiner, S., & Kafkasli, A. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual & Relationship Therapy*, 21(2), 187-196.
- Kaya, C., Yilmaz, G., Nurkalem, Z., Ilktac, A., & Karaman, M. (2007). Sexual function in women with coronary artery disease: a preliminary study. *International Journal of Impotence Research*, 19(3), 326-329.
- Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Kircher, J. R. (1990). Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Archives of Sexual Behavior*, 19 (2), 165-167.
- Kennedy, S., Dickens, S., Eisfeld, B., & Bagby, R. (1999). Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56(2), 201-208.
- Kero, A., & Lalos, A. (2005). Increased contraceptive use one year post-abortion. *Human Reproduction*, 20(11), 3085-3090.
- Kilcommons, A., Morrison, A., Knight, A., & Lobban, F. (2008). Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 602-611.
- Kingsberg, S. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 431-437.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. Martin, C. & Gephard, P. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kirkpatrick, L., & Ellis, B. (2001). An evolutionary-psychological perspective on self-esteem: Multiple domains and multiple functions. In G.J. Fletcher & M.S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Vol. 2. Interpersonal processes* (pp. 411-436). Oxford, England: Blackwell.
- Kirmaz, C., Aydemir, O., Bayrak, P., Yuksel, H., Ozenturk, O., & Degirmenci, S. (2005). Sexual dysfunction in patients with allergic rhinoconjunctivitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 95(6), 525-529.
- Kleinplatz, P. (1992). The erotic experience and the intent to arouse. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 3, 133-139.
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 275-287.
- Koch, P., Mansfield, P., Thureau, D., & Carey, M. (2005). "Feeling frumpy": The relationships between body image and sexual response changes in midlife women. *Journal of Sex Research*, 42(3), 215-223.

- Kolodny, R. (1985). The clinical management of sexual problems in substance abusers. In C.G. Forrest (Ed.). *Alcoholism and substance abuse, strategies for clinical intervention* (pp. 594–622). New York: The Free Press.
- Kolotkin, R. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life. *Nutrition Research Newsletter*, 25(5), 16-16.
- Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Østbye, T., Gress, R., & Adams, T. (2006). Obesity and sexual quality of life. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(3), 472-479.
- Kolotkin, R., Binks, M., Crosby, R., Østbye, T., Mitchell, J., & Hartley, G. (2008). Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. *International Journal of Impotence Research*, 20(5), 487-492.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46(1), 46-56.
- Kool, M., Woertman, L., Prins, M., Van Middendorp, H., & Geenen, R. (2006). Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with Fibromyalgia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(5), 409-423.
- Korff, J., & Geer, J. (1983). The relationship between sexual arousal experience and genital response. *Psychophysiology*, 20, 121-127.
- Koster, A., & Garde, K. (1993). Sexual desire and menopausal development: A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas*, 16, 49-60.
- Kuffel, S., & Heiman, J. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 163-177.
- Kuhn, A., Bapst, D., Stadlmayr, W., Vits, K., & Mueller, M. (2009). Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: Are pessaries helpful?. *Fertility & Sterility*, 91(5), 1914-1918.
- Kujala, U. (2006). Benefits of exercise therapy for chronic diseases. *British Journal of Sports Medicine*, 40(1), 3-4.
- Kuppermann, M., Summitt Jr., R., Varner, E., McNeeley, S., Goodman-Gruen, D., Learman, L., et al. (2005). Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 105(6), 1309-1318.
- Laan, E., Everaerd, W., van Bellen, G., & Hanewald, G. (1994). Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica. *Archives Of Sexual Behavior*, 23(2), 153-169.
- Laan, E., Everaerd, W., van Berlo, R., & Rijs, L. (1995). Mood and sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 441–443.
- Laan, E., Everaerd, W., van Aanhoud, M., & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behavior Research and Therapy*, 31, 25-35.

- Langston, R. (1973). Sex guilt and sex behavior in college students. *Journal of Personality Assessment*, 37, 467-47.
- Laranjeira, C. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the Satisfaction With Life Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 14(2), 220-226.
- Larson, J., Anderson, S., Holman, T., & Niemann, B. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24(3), 193-206.
- Lau, J., Cheng, Y., Wang, Q., & Yang, X. (2006). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: a population-based study. *International Journal of Impotence Research*, 18, 89-97.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E., Nicolosi, A., Glasser, D., Paik, A., Gingell, C., Moreira, et al. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39-57.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 537-544.
- Laumann, E., Paik, A., Glasser, D., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E., Nicolosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145-161
- Lawrance, K., & Byers, E. (1998). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Baureman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality related measures: A compendium* (2nd ed., pp. 514-519). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Lefkowitz, E., Gillen, M., Shearer, C., & Boone, T. (2004). Religiosity, sexual behaviors, and sexual attitudes during emerging adulthood. *Journal of Sex Research*, 41, 150-159.
- Lehr, H. (2000). Microcirculatory dysfunction induced by cigarette smoking. *Microcirculation*, 7(6), 367-384.

- Leiblum, S. (2001). Commentary: Critical overview of the new consensus-based definition and classification on female sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 159-168.
- Leiblum, S. (2003). Arousal disorders in women: complaints and complexities. *The Medical Journal of Australia*, 178, 638-640.
- Leiblum, S., & Rosen, R. (1989). *Principles and practices of sex therapy (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Leiblum, S., & Sachs, J. (2002). *Getting the sex you want: A woman's guide to becoming proud, passionate, and pleased in bed*. New York: Crown Publishers.
- Leiblum, S., Wiegel, M., & Brickle, F. (2003). Sexual attitudes of US and Canadian medical students: The role of ethnicity, gender, religion and acculturation. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(4), 473-491.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469-496.
- Leitenberg, H., Detzer, M., & Srebnik, D. (1993). Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experience in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 22(2), 87-98.
- Levenson, R., Cartensen, L., & Gottman, J. (1995). Long-term marriage: Age, gender and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8, 301-313.
- Levin, R. (2007). Sexual activity, health and well-being – the beneficial roles of coitus and masturbation. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(1), 135-148.
- Levin, S. (1993). Does exercise enhance sexuality? *The Physician and Sports Medicine*, 21(3), 199-203.
- Levine S., & Yost, M. (1976). Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: An epidemiological approach. *Archives of Sexual Behavior*, 5(3), 229-238.
- Levine, S. (2003). What patients mean by love, intimacy, and sexual desire. In S. B. Levine & C. B., Risen (Eds). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (pp. 21-36). New York: Brunner-Routledge.
- Lewis, V., & Borders, L. (1995). Life Satisfaction of single middle-aged professional women. *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 94-100.
- Lieberman, M., Eisenberger, I., Crockett, M., Tom, S., Pfeifer, J., & Way, B. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. *Psychological Science*, 18, 421-428.
- Lindau, S., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *British Medical Journal*, 340(7746), 580-580.

- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Lindeman, H., King, K., & Wilson, B. (2007). Effect of exercise of reported sexual satisfaction of university students. *California Journal of Health Promotion*, 5(4), 40-51.
- Liu, C (2003). Does quality of marital sex decline with duration? *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 55-60.
- LoPiccolo, J. & Lobitz, W. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.
- Lutfey, K., Link, C., Rosen, R., Wiegel, M., & McKinlay, J. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 514-527.
- Lykins, A., Janssen, E., & Graham, C. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43(2), 136-143.
- Maass, V. (2007) *Facing the complexities of women's sexual desire*. New York: Springer Science and Business Media, Inc.
- Malatesta, V. (2007). Sexual problems, women and aging: An overview. *Journal of Women & Aging*, 19(1/2), 139-154.
- Malatesta, V., Pollack, R., Crotty, T., & Peacock, L. (1982). Acute alcohol intoxication and female orgasmic response. *Journal of Sex Research*, 18(1), 1-17.
- Malatesta, V., Pollack, R., Wilbanks, W., & Adams, H. (1979). Alcohol effects on the orgasmic-ejaculatory response in human males. *Journal of Sex Research*, 15(2), 101-107.
- Mansfield, P., & Jorgensen, C. (1992). Menstrual pattern changes in middle-aged women. In A. Dan & L. Lewis (Eds.), *Menstrual health in women's lives* (pp. 213-225). Urbana: University of Illinois Press.
- Mansfield, P., Koch, P., & Voda, A. (2000). Midlife women's attributions for their sexual response changes. *Health Care for Women International*, 21(6), 543-559.
- Mansfield, P., Voda, A., & Koch, P. (1995). Predictors of sexual response changes in heterosexual midlife women. *Health Values*, 19(1), 10-20.
- Martin-Du Pan, R. (2003). Prevention of cardiovascular and degenerative diseases: II. Hormones and/or Mediterranean diet. *Revue Médicale De La Suisse Romande*, 123(3), 183-189.
- Masters W. H., & Johnson V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, MA: Little Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little Brown.

- Mathew, R., & Weinman, M. (1982). Sexual dysfunction in depression. *Archives of Sexual Behavior, 11*(4), 323-328.
- Mayers, K., Heller, D., & Heller, J. (2003). Damaged sexual self-esteem: A kind of disability. *Sexuality & Disability, 21*(4), 269-282.
- McCabe, M., & McDonald, E. (2007). Perceptions of relationship and sexual satisfaction among people with multiple sclerosis and their partners. *Sexuality & Disability, 25*(4), 179-188.
- McCabe, M., & Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability *Archives of Sexual Behavior, 32*(4), 359-369.
- McCabe, M., Cummins, R., & Deeks, A. (2000). Sexuality and Quality of Life Among People with Physical Disability. *Sexuality and Disability, 18*(2), 115-123.
- McCabe, M., McKern, S., McDonald, E., & Vowels, L. (2003). Changes over time in sexual and relationship functioning of people with multiple sclerosis. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(4), 305-321.
- McCall-Hosenfeld, J., Freund, K., Legault, C., Jaramillo, S., Cochrane, B., Manson, J., et al. (2008a). Sexual satisfaction and cardiovascular disease: The Women's Health Initiative. *American Journal of Medicine, 121*(4), 295-301.
- McCall-Hosenfeld, J., Jaramillo, S., Legault, C., Freund, K., Cochrane, B., Manson, J., et al. (2008b). Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the women's health initiative-observational study. *JGIM: Journal of General Internal Medicine, 23*(12), 2000-2009.
- McCarthy, B. (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psychotherapy, 14*, 1-12.
- McCoy, N. (1992). The menopause and sexuality. In R. Sitruk-Ware & W. H. Utian (Eds.), *The menopause and hormonal replacement therapy* (pp. 73-100). New York: Marcel Dekker.
- McFarland, M., Uecker, J., & Regnerus, M. (2010). The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research*, DOI: 10.1007/s10508-010-9621-4.
- McKay, A. (2005). Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function. *Canadian Journal of Human Sexuality, 14*(1/2), 41-56.
- McNulty, J., & Fisher, T. (2008). Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. *Archives of Sexual Behavior, 37*(2), 229-240.
- Meana, M., & Lykins, A. (2009). Negative affect and somatically focused anxiety in young women reporting pain with intercourse. *Journal of Sex Research, 46*(1), 80-88.

- Meana, M., Binik, I., Khalife, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's ratings of dyspareunia. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*(4), 381-385.
- Mehrabian, A. & Stanton-Mohr, L. (1985). Effects of emotional state on sexual desire and sexual dysfunction. *Motivation and Emotion, 9*(4), 315-330.
- Meisler, A., & Carey, M. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 541-554.
- Mendelsohn, M., & Mosher, D. (1979). Effects of sex guilt and premarital sexual permissiveness on role-played sex education and moral attitudes. *The Journal of Sex Research, 15*, 224-234.
- Mercan, S., Karamustafalioglu, O., Ayaydin, E., Akpinar, A., Goksan, B., Gonenli, S., et al. (2006). Sexual dysfunction in female patients with panic disorder alone or with accompanying depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10*(4), 235-240.
- Mercês de Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001) *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Meston, C. (2006). The effects of state and trait self-focused attention on sexual arousal in sexually functional and dysfunctional women. *Behavior Research and Therapy, 44*, 515-532.
- Meston, C., & Gorzalka, B. (1992). Psychoactive drugs and human sexual behavior: The role of serotonergic activity. *Journal of Psychoactive Drugs, 24*, 1-40.
- Meston, C., & Gorzalka, B. (1995). The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 651-664.
- Meston, C., Hamilton, L., & Harte, C. (2009). Sexual motivation in women as a function of age. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 3305-3319.
- Meston, C., Hull, E., Levin, R., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *Journal of Sexual Medicine, 1*(1), 66-68.
- Meuwissen, I., & Over, R. (1991). Multidimensionality of the content of female sexual fantasy. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 179-189.
- Mi Hae, S., & Young Mi, L. (2009). Factors affecting sexual satisfaction in Korean women who have undergone a hysterectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27*(2), 46-54.
- Michael, A. & O'Keane, V. (2000) Sexual dysfunction in depression. *Human Psychopharmacology, 15*(5), 337-345.
- Michelson, D., & Bancroft, J. (2000). Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: A randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *American Journal of Psychiatry, 157*(2), 239.

- Middleton, L., Kuffel, S., & Heiman, J. (2008). Effects of experimentally adopted sexual schemas on vaginal response and subjective sexual arousal: A comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior, 37*(6), 950-961.
- Millett, C., Wen, L., Rissel, C., Smith, A., Richters, J., Grulich, A., et al. (2006). Smoking and erectile dysfunction: Findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco Control, 15*(2), 136-139.
- Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual & Relationship Therapy, 15*(1), 47-57.
- Mitchell, W., DiBartolo, P., Brown, T., & Barlow, D. (1998). Effects of positive and negative mood on sexual arousal in sexually functional males. *Archives of Sexual Behavior, 27*(2), 197-207.
- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality & Disability, 27*(2), 83-95.
- Mona, L., Krause, J., Norris, F., Cameron, R., Kalichman, S., Lesondak, L. (2000). Sexual expression following spinal cord injury. *NeuroRehabilitation, 15*(2), 121-131.
- Monneuse, M., Bellisle, F., & Koppert, G. (1997). Eating habits, food and health related attitudes and beliefs reported by French students. *European Journal of Clinical Nutrition, 51*(1), 46-53.
- Montgomery, S., Baldwin, D., & Riley, A. (2002). Antidepressant medications: A review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *Journal of Affective Disorders, 69*, 119-140.
- Moore, S. & Katz, B. (1996). Home health nurses: Stress, self-esteem, social intimacy and job satisfaction, *Home Health Care Nurse 14*, 963-969.
- Moreault, D., & Follingstad, D. (1978). Sexual fantasies of females as a function of sex guilt and experimental response cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1385-1393.
- Morof, D., Barrett, G., Peacock, J., Victor, C., & Manyonda, I. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics & Gynecology, 102*(6), 1318-1325.
- Morokoff, P. (1985). Effects of sex guilt, repression, sexual 'arousability,' and sexual experience on female sexual arousal during erotica and fantasy. *Journal of Personality and Social Psychology, 49*(1), 177-187.
- Morokoff, P., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research, 30*(1), 44-54.
- Mosher, D. (1973). Sex differences, sex experiences, sex guilt, and explicitly sexual films. *Journal of Social Issues, 29*(3), 95-112.

- Mosher, D., & Greenberg, I. (1969). Females' affective responses to reading erotic literature. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 472-477.
- Mosher, D., & O'Grady, K. (1979). Sex guilt, trait anxiety, and females' subjective sexual arousal to erotica. *Motivation and Emotion, 3*, 235-249.
- Mosher, D., & White, B. (1980). Effects of committed or casual erotic guided imagery on females' subjective sexual arousal and emotional response. *Journal of Sex Research, 16*(4), 273-299.
- Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *Journal of Sexual Medicine, 5*(4), 788-795.
- Myers, L. (1995). Methodological review and meta-analysis of sexuality and menopause research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 19*(2), 331-341.
- Nappi, R., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas, 63*(2), 138-141.
- Nappi, R., Salonia, A., Traish, A., Van Lunsen, R., Vardi, Y., Kodiglu, A., et al. (2005). Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 2*(1), 4-25.
- Nichols, C., Gill, E., Nguyen, T., Barber, M., & Hurt, W. (2004). Anal sphincter injury in women with pelvic floor disorders. *Obstetrics & Gynecology, 104*, 690-696.
- Nobre, P. (2003). Sexual dysfunction: Contributions for the construction of a comprehensive model based on cognitive theory. (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Nobre, P. (2008). Índice de Funcionamento Sexual Feminino: Características psicométricas da versão portuguesa. Manuscrito enviado para publicação.
- Nobre, P. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex & Marital Therapy, 35*(5), 360-377.
- Nobre, P. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 1429-1437.
- Nobre, P., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 43*(1), 68-75.
- Nobre, P., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior, 35*(4), 491-499.
- Nobre, P., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 325-342.

- Nobre, P., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). Cognitions, emotions, and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 37*(4), 652-661.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual & Relationship Therapy, 18*(2), 171-204.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of Sex and Marital Therapy, 32*, 173-182.
- Nobre, P., Wiegel, M., Bach, A., Weisberg, R., Brown, T., Wincze, J., et al. (2004). Determinants of sexual arousal and the accuracy of its self-estimation in sexually functional males. *Journal of Sex Research, 41* (4), 363-371.
- Nutter, D., & Condrón, M. (1983). Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. *Journal of Sex and Marital Therapy, 9*, 276-282.
- Oattes, M., & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality, 16*(3/4), 89-100.
- Öberg, K., & Fugl-Meyer, K. (2005). On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: Some concomitant conditions and life satisfaction. *Journal of Sexual Medicine, 2*(2), 169-180.
- Öberg, K., Fugl-Meyer, A., & Fugl-Meyer, K. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *International Journal of Impotence Research, 16*(3), 261-269.
- O'Grady, K. (1982). 'Affect, sex guilt, gender, and the rewarding-punishing effects of erotic stimuli': A reanalysis and reinterpretation. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(3), 618-622.
- O'Grady, K., & Medoff, D. (1988). Categorical variables in multiple regression: Some cautions. *Multivariate Behavioral Research, 23*(2), 243.
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal Of Urology, 175*(2), 654-658.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 19*, 381-387.
- O'Sullivan, L., & Byers, S. (1992). College students' incorporation of initiator and restrictor roles in sexual dating interactions. *Journal of Sex Research, 29*, 435-446.
- Palace, E. (1995). Modification of dysfunctional patterns of sexual response through autonomic arousal and false physiological feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 604-615.

- Palace, E., & Gorzalka, B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(4), 403-411.
- Palha, A. & Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Advances in Psychosomatic Medicine, 29*, 131-149.
- Palmer, C. (2005). Exercise as a treatment of depression in elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17* (2), 60-66.
- Panser, L., Rhodes, T., Girman, C., Guess, H., Chute, C., Oesterling, J., et al. (1995). Sexual function of men ages 40 to 79 years: The Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *Journal of the American Geriatrics Society, 43*(10), 1107-1111.
- Parish, W., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E., Farrer, G., & Pan, S. (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of Sexual Behavior, 36*(1), 5-20.
- Pascoal, P., & Pereira (2006). Young men's body image satisfaction and sexuality: A comparative study: In Selected Abstracts of Presentations During the XVII World Congress of Sexology. *The Journal of Sex Research, 43*(1), 2-37.
- Pastore, L., Owens, A., & Raymond, C. (2007). Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one US academic hospital, *Journal of Sexual Medicine, 4*, 115-123.
- Pauleta, J., Pereira, N., & Graça, L. (2010). Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine, 7*(1), 136-142.
- Pauls, R., Occhino, J., & Dryfhout, V. (2008). Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine, 5*(8), 1915-1922.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment, 57*(1), 149.
- Payne, K., Binik, Y., Amsel, R., & Khalife, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain, 9*, 427-436.
- Pearson, R., Turner, L., Young, M., & Knickerbocker, C. (2007). Correlates of healthy eating and physical activity among students in grades 6-12. *American Journal of Health Studies, 22*(3), 170-178.
- Pelletier, L., & Herold, E. (1988). The relationship of age, sex guilt, and sexual experience with female sexual fantasies. *Journal of Sex Research, 24*(1-4), 250-256.

- Penhollow, T., Young, M., & Denny, G. (2009). Predictors of quality of life, sexual intercourse, and sexual satisfaction among active older adults. *American Journal of Health Education, 40*(1), 14-22.
- Penhollow, T., & Young, M. (2004). Sexual desirability and sexual performance: Does exercise and fitness really matter? *Electronic Journal of Human Sexuality, 7*. Available online: <http://www.ejhs.org/volume7/fitness.html>.
- Penhollow, T., & Young, M. (2008). Predictors of sexual satisfaction: The role of body image and fitness. *Electronic Journal of Human Sexuality, 11*. Available online: <http://www.ejhs.org/volume11/Penhollow.html>.
- Peplau, L., & Garnets, L. (2000). A new paradigm for understanding women's sexuality and sexual orientation. *Journal of Social Issues, 56*(2), 330-350.
- Peterson, Z., Janssen, E., & Laan, E. (2010). Women's sexual responses to heterosexual and lesbian erotica: The role of stimulus intensity, affective reaction, and sexual history. *Archives of Sexual Behavior, 39*(4), 880-897.
- Peugh, J., & Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*(3), 223-232.
- Piccinino, L., & Mosher, W. (1998). Trends in contraceptive method use in the United States: 1982-1994. *Family Planning Perspectives, 30*(1), 4-10.
- Pinkerton, S., Bogart, L., Cecil, H., & Abramson, P. (2002). Factors associated with masturbation in a collegiate sample. *Journal of Psychology and Human Sexuality, Vol. 14*(2/3), 103-121.
- Pinney, E., Gerrard, M., & Denney, N. (1987). The Pinney Sexual Satisfaction Inventory. *Journal of Sex Research, 23*(2), 233-251.
- Plaud, J., & Bigwood, S. (1997). A multivariate analysis of the sexual fantasy themes of college men. *Journal of Sex & Marital Therapy, 23*, 221-230.
- Pollack, J., Nordenstam, J., Brismar, S., Lopez, A., Altman, D., & Zetterstrom, J. (2004). Anal incontinence after vaginal delivery: A five year prospective cohort study. *Obstetrics & Gynecology, 104*, 1397-402.
- Polsky, J., Aronson, K., Heaton, J., & Adams, M. (2005). Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. *BJU International, 96*(9), 1355-1359.
- Powell, J. (1998). Vascular damage from smoking: Disease mechanisms at the arterial wall. *Vascular Medicine, 3*(1), 21-28.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric properties of a new questionnaire. *Eating Disorders, 3*, 133-144.
- Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sex Research, 43*(2), 154-162.

- Purifoy, F., Grodsky, A., & Giambra, L. (1992). The relationship of sexual daydreaming to sexual activity, sexual drive, and sexual attitudes for women across the life-span. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 369-385.
- Quek, K., Low, W., Razack, A., Chua, C., & Loh, C. (2002). The feasibility of the Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) in assessing marital satisfaction in a Malaysian population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), 423-426.
- Radak, Z., Kumagai, S., Taylor, A., Naito, H., & Goto, S. (2007). Effects of exercise on brain function: Role of free radicals. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 32(5), 942-946.
- Rawson, R., Washton, A., Domier, C., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 103-108.
- Redelman, M. (2010). What if the 'sexual headache' is not a joke?. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(1), 40-44.
- Redmond, D., Kosten, T., & Reiser, M. (1983) Spontaneous ejaculation associated with anxiety: Psychophysiological considerations. *American Journal of Psychiatry* 140, 1163-1166.
- Rees, P., Fowler, C., & Maas, C. (2007). Sexual Dysfunction 2: Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*, 369(9560), 512-525.
- Rehbein-Narvaez, R., García-Vázquez, E. & Madson, L. (2006). The relation between self-esteem and sexual functioning in collegiate women. *Journal of Social Psychology*; 146(2), 250-252.
- Reissing, E., Laliberté, G., & Davis, H. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(3/4), 77-85.
- Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1312-1321.
- Renaud, C., Byers, E., & Pan, I. (1997). Sexual and relationship satisfaction in Mainland China. *Journal of Sex Research*, 34(4), 399-410.
- Richters, J., Grulich, A., de Visser, R., Smith, A., & Rissel, C. (2003). Sex in Australia: sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(2), 164-170.
- Robinson J., & Molzahn A. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 19-27.
- Rockliffe-Fidler, C., & Kiemle, G. (2003). Sexual function in diabetic women: A psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 143-159.
- Roehrich, L., & Kinder, B. (1991). Alcohol expectancies and male sexuality: Review and implications for sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(1), 45-54.

- Rogers, S. (1996). Mothers' work hours and marital quality: Variations by family structure and family size. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 606-617.
- Rokach, A. (1990). Content analysis of sexual fantasies of males and females. *Journal of Psychology*, 124, 427-436.
- Rosen, R., & Bachmann, G. (2008). Sexual Well-Being, Happiness, and Satisfaction, in Women: The Case for a New Conceptual Paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 291-297.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R., Link, C., O'Leary, M., Giuliano, F., Aiyer, L., & Mollon, P. (2009). Lower urinary tract symptoms and sexual health: the role of gender, lifestyle and medical comorbidities. *BJU International*, 103, 42-47.
- Rosen, R., Taylor, J., Leiblum, S., & Bachmann, G. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(3), 171-188.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. Krieger: Malabar, FL.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156.
- Rosenfield, S. (1989). The effects of women's employment: Personal control and sex differences in mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 77-91.
- Rowatt, W., & Schmitt, D. (2003). Associations between religious orientation and varieties of sexual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 455-465.
- Rue, V., Coleman, P., Rue, J., & Reardon, D. (2004). Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*. 10(10), SR5-S16.
- Russo, E. (2005). Cannabis in India: Ancient lore and modern medicine. In M. J. Parnham, J. Bruinvels & R. Mechoulam (Eds.), *Cannabinoids as Therapeutics* (pp. 1-22). Verlag: Birkhäuser Basel.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986c). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15 (2), 157- 165.
- Rust, J., Bennum, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1986a). *The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*. NFER-NELSON, Oxford.

- Rust, J., Bennum, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1986b). *GRISS questionnaire and scoring sheet (male and female)*. NFER-NELSON, Oxford.
- Rust, J., Bennum, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1988a). *The Golombok Rust Inventory of Marital State*. NFER-NELSON, Oxford.
- Rust, J., Bennum, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1988b). *GRIMS questionnaire and scoring sheet (male and female)*. NFER-NELSON, Oxford.
- Sadeghi-Nejad, H., Wasserman, M., Weidner, W., Richardson, D., & Goldmeier, D. (2010). Sexually transmitted diseases and sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 389-413.
- Safarinejad, M. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18(4), 382-395.
- Safarinejad, M., Kolahi, A., & Hosseini, L. (2009). The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1645-1667.
- Safir, M., & Almagor, M. (1991). Psychopathology associated with sexual dysfunction. *Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 17-27.
- Sanchez, D., & Kiefer, A. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 808-20.
- Sangrador, J., & C. Yela (2000). "What is beautiful is loved: physical attractiveness in love relationships on a representative sample." *Social Behavior and Personality*, 28(3):207-218.
- Sarajari, S., Wickman, D. S., Marin, C. M., & Berman, J. R. (2004). Pilot study assessing the impact of hormonal contraceptives on serum testosterone levels and sexual function in pre-menopausal women. *Fertility and Sterility*, 82(Suppl 2), S78-S79.
- Saso, L. (2002). Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 38(3), 289-294.
- Sbrocco, T., & Barlow, D. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 419–450). New York: Guilford Press.
- Schaffir, J. (2006). Hormonal contraception and sexual desire: A critical review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(4), 305-314.
- Schantz Laursen, B., Overvad, K., Schou Olesen, A., Delmar, C., & Arendt-Nielsen, L. (2006). Ongoing pain, sexual desire, and frequency of sexual intercourses in females with different chronic pain syndromes. *Sexuality & Disability*, 24(1), 27-37.

- Schenk, J., Pfrang, H., & Rausche, A. (1983). Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Archives of Sexual Behaviour, 12*, 31–42.
- Schmidt, G., Sigusch, V., & Schafer, S. (1973). Responses to reading erotic stories: Male-female differences. *Archives of Sexual Behavior, 2*(3), 181-199
- Schreiner-Engel, P., & Schiavi, R. (1986) Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous & Mental Disease, 174*(11), 646-651.
- Schwartz, P., & Rutter, V. (1998). *The gender of sexuality*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Seal, B., & Meston, C. (2007). The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 990-1000.
- Seal, B., Bradford, A., & Meston, C. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 866-872.
- Segraves, K., & Segraves, R. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex Marital Therapy, 17*(1) 55–58.
- Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W., & Sjögren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood: Experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(1), 23-34.
- Senn, C. (1993). Women's multiple perspectives and experiences with pornography. *Psychology of Women Quarterly, 17*(3), 319-341.
- Senn, C., & Desmarais, S. (2004). Impact of interaction with a partner or friend on the exposure effects of pornography and erotica. *Violence and Victims, 19*, 645–658.
- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., et al. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *Journal of Sexual Medicine, 7*(8), 2782-2790.
- Shackelford, T. (2001). Self-esteem in marriage: An evolutionary psychological analysis. *Personality and Individual Differences, 30*, 371-390.
- Sherwin, B. (1991). The psychoendocrinology of aging and female sexuality. *Annual Review of Sex Research, 2*, 181-198.
- Shiri, R., Koskimäki, J., Hakama, M., Häkkinen, J., Huhtala, H., Tammela, T., et al. (2004). Effect of life-style factors on incidence of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research, 16*(5), 389-394.
- Shulman, J., & Home, S. (2006). Guilty or not? A path model of women's sexual force fantasies. *Journal of Sex Research, 43*(4), 368-377.
- Simons, J., & Carey, M. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior, 30*(2), 177.

- Slag, M., Morley, J., Elson, M., Trencce, D., Nelson, C., Nelson, A., et al. (1983). Impotence in medical clinic outpatients. *Journal of the American Medical Association*, 249,1736-1740.
- Smith, C. (2007). In pursuit of 'good' sex: Self-determination and the sexual experience. *Journal of Social & Personal Relationships*, 24(1), 69-85.
- Smith, D., & Over, R. (1987). Does fantasy-induced sexual arousal habituate? *Behaviour Research and Therapy*, 25, 477-485.
- Smith, D., Wesson, D., & Apter-Marsh, M. (1984). Cocaine and alcohol-induced sexual dysfunction in patients with addictive disease. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 16(4), 359-361.
- Smith, T. W. (1998). American sexual behavior: Trends, socio-demographic differences, and risk behavior. *GSS Topical Report, No. 25*. Chicago: National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Sneddon, I., & Kremer, J. (1992). Sexual behavior and attitudes of university students in Northern Ireland. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 295-312.
- Snell, W. (2001). Chapter 1: The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual preoccupation. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2007, em: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Snell, W. (2001). Chapter 2: Additional factor analysis of the Sexuality Scale. In W.E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2006, em: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Snell, W. E., Jr. (2001). Chapter 17: Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Consultado na World Wide Web a 17 de Maio de 2006, em: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.
- Snell, W., & Papini, D. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 156-263.
- Snell, W., Jr., Fisher, T., & Schuh, T. (1992). Reliability and validity of the Sexuality Scale: A measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 29(2), 261-275.
- Solstad, K., & Hertoft, P. (1993). Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middle-aged Danish men. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 51-58.
- Song, J., Bergen, M., & Schumm, W. (1995). Sexual satisfaction among Korean-American couples in the Midwestern United States. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21(3) 147-158.

- Song, S., Jeon, H., Kim, S., Paick, J., & Son, H. (2008). The Prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young Korean women: An internet-based survey. *Journal of Sexual Medicine, 5*(7), 1694-1701.
- Speer, J., Hillenberg, B., Sugrue, D., Blacker, C., Kresge, C., Decker, V., et al. (2005). Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast Journal, 11*(6), 440-447.
- Spiegel, B., Gralnek, I., Bolus, R., Lin, C., Dulai, G., Mayer, E., et al. (2004). Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Archives of Internal Medicine, 164*(16), 1773-1780.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of Sex Research, 39*, 190–196.
- Sprecher, S., & Cate, R. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235-256). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sprecher, S., & Regan, P. (2000). Sexuality in a relational context. In C. Hendrick & S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 217-227). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sprecher, S., Christopher, F., & Cate, R. (2006). Sexuality in close relationships. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Handbook on personal relationships* (pp. 463-482). Cambridge publishers.
- Sprecher, S., Metts, S., Burlison, B., Hatfield, E., & Thompson, A. (1995). Domains of expressive interaction in intimate relationships: Associations with satisfaction and commitment. *Family Relations, 44*, 203-210.
- Staebler, C., Pollard, C., & Merkel, W. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: A comparison with two other psychiatric samples. *Journal of Sex and Marital Therapy, 2*, 147-153.
- Steffenhagen, R. (1990). *Self-Esteem Therapy*. New York: Praeger.
- Steinke, E., & Wright, D. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*(3), 190-196.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*(9), 919-928.
- Stella, N. (2001). How might cannabinoids influence sexual behavior?. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 98*(3), 793-795.
- Sternfeld, B., Block, C., Quesenberry, C., Block, T., Husson, G., Norris, J., et al. (2009). Improving diet and physical activity with ALIVE: A worksite randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(6), 475-483.

- Stock, W. (1995). The effects of pornography on women. In L. J. Lederer & R. Delgado (Eds.), *The price we pay: The case against racist speech, hate propaganda, and pornography* (pp. 80–88). New York: Hill and Wang.
- Stock, W., & Geer, J. (1982). A study of fantasy-based sexual arousal in women. *Archives of Sexual Behavior, 11*(1), 33-47.
- Strassberg, D. S., & Lockerd, L. K. (1998). Force in women's sexual fantasies. *Archives of Sexual Behavior, 27*(4), 403-414.
- Stuckey, B. (2008). Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: The Influence of endogenous and exogenous sex hormones. *Journal of Sexual Medicine, 5*(10), 2282-2290.
- Stulberg, D., Ewigman, B., & Hickner, J. (2008). Antidepressants causing sexual problems? Give her Viagra. *Journal of Family Practice, 57*(12), 793-796.
- Sugrue, D., & Whipple, B. (2001). The consensus-based classification of female sexual dysfunction: Barriers to universal acceptance. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*, 221-226.
- Suh, E., Diener, E., Oishi, S., & Triandis, H. (1998). The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 484–493.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality & Disability, 19*(2), 131-148. Taleporos, G., & McCabe, M. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality & Disability, 19*(2), 131-148.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality & Disability, 20*(3), 177-183.
- Tatum, W., Liporace, J., Benbadis, S., & Kaplan, P. (2004). Updates on the treatment of epilepsy in women. *Archives of Internal Medicine, 164*(2), 137-145.
- Ter Kuile, M., van Lankveld, J., Kalkhoven, P., & Van Egmond, M. (1999). The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric properties within a Dutch population. *Journal of Sex & Marital Therapy, 25*, 59-71.
- Thakar, R., Ayers, S., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2002). Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *New England Journal of Medicine, 347*(17), 1318-1325.
- Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues. *Annual Review of Sex Research, 7*, 252-282.
- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction'. *Sexual and Relationship Therapy, 17*(2), 127-135.

- Tiefer, L. (2003). Female sexual dysfunction (FSD): Witnessing social construction in action. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5, 33-36.
- Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex Roles*, 43, 119-218.
- Tokatlidis, O., & Over, R. (1995). Imagery, fantasy, and female sexual arousal. *Australian Journal of Psychology*, 47(2), 81.
- Tonks, A. (2009). Lifestyle linked to hypertension and heart failure. *BMJ: British Medical Journal*, 339(7715), 262-262.
- Townsend, R. (2006). Sexual dysfunction in hypertensive patients. In E. Mohler & R. Townsend (Eds.), *Advanced Therapy in Hypertension & Vascular Disease* (pp. 597-603). Ontario: BC Decker Inc.
- Tracy, J., & Junginger, J. (2007). Correlates of lesbian sexual functioning. *Journal of Women's Health*, 16(4), 499-509.
- Trapnell P., Meston, C., & Gorzalka, B. (1997). Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: Self-focus or self-valence? *Journal of Sex Research*, 34, 267-278.
- Tristano, A. (2009). The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology International*, 29(8), 853-860.
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(3), 229-249.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G., & Bounader, J. (2008). The marital life and aging well program: effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(1), 5-23.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381-406.
- Trussell, J., & Westoff, C. (1980). Contraceptive practice and trends in coital frequency. *Family Planning Perspectives*, 12, 246-249.
- Vale, A. (2003). Cocaine. *Medicine*, 31(10), 43-43.
- Valtonen, K., Karlsson, A., Siösteen, A., Dahlöf, L., & Viikari-Juntura, E. (2006). Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *Disability & Rehabilitation*, 28(16), 965-976.
- van den Hout, M. A., & Barlow, D. (2000). Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders*, 61, 241-256.
- van Lankveld, J., & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the Composite International Diagnostic Interview. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 479.

- van Lankveld, J., & van Koeveringe, G. (2003). Predictive validity of the Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) for the presence of sexual dysfunctions within a Dutch urological population. *International Journal of Impotence Research*, 15(2), 110-116.
- van Lunsen, R., & Laan, E. (2004). Genital vascular responsiveness and sexual feelings in midlife women: Psychophysiological, brain, and genital imaging studies. *Menopause (New York, N.Y.)*, 11(6 Pt 2), 741-748.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27(3), 295-307.
- Veras, A., Rassi, A., Yukizaki, L., Franco, F., Novo, L., Valença, A., et al. (2009). Sexual dysfunction in depression: Gynecological and psychiatric interactions. *Sexuality & Disability*, 27(3), 165-172.
- Veronelli, A., Mauri, C., Zecchini, B., Peca, M., Turri, O., Valitutti, M., et al. (2009). Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk: A preliminary report. *Journal of Sexual Medicine*, 6(6), 1561-1568.
- Vickberg, S., & Deaux, K. (2005). Measuring the dimensions of women's sexuality: The Women's Sexual Self-Concept Scale. *Sex Roles*, 53(5/6), 361-369.
- Visser, R., Smith, A., Richters, J., & Rissel, C. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 33-46.
- von Fraunhofer, N. (2006). Working with the victims: Adult survivors of child sexual abuse. *Psychiatry*, 5(7), 248-250.
- Vulink, N., Denys, D., Bus, L., & Westenberg, H. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder?. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 19-25.
- Waite, L., & Joyner, K. (2001). Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior and sexual exclusivity. *Journal of Marriage and Family*, 63, 247-264.
- Warner, E. (1993). Cocaine abuse. *Annals of Internal Medicine*, 119(3), 226-235.
- Warner, P. & Bancroft, J. (1988). Mood, sexuality, oral contraceptives and the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 417-427.
- Watson, D., & Clark, L. (1994). *Manual for the Positive and Negative Affect Schedule: Expanded Form*. Unpublished manuscript, University of Iowa.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weaver, A., & Byers, E. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 333-339.

- Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *Journal of Genetic Psychology, 164*(2), 241-252.
- Weller, R., & Halikas, J. (1984). Marijuana use and sexual behavior. *Journal of Sex Research, 20*(2), 186-193.
- Werneke, U., Northey, S., & Bhugra, D. (2006). Antidepressants and sexual dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(6), 384-397.
- West, S., Vinikoor, L., & Zolnoun, D. (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual Review of Sex Research, 15*, 40-172.
- White, J., Case, D., McWhirter, D., & Mattison, A. (1990). Enhanced sexual behavior in exercising men. *Archives of Sexual Behavior, 19*(3), 193-209.
- Wiederman, M. & Hurst, S. (1997). Physical attractiveness, body image, and women's sexual self-schema. *Psychology of Women Quarterly, 21*(4), 567-580.
- Wiederman, M. (1998). The state of theory in sex therapy. *Journal of Sex Research, 35*(1), 88-99.
- Wiederman, M. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research, 37*(1), 60-68.
- Wiederman, M. (2001). "Don't look now": The role of self-focus in sexual dysfunction. *Family Journal, 9*(2), 210-214.
- Wiederman, M., & Allgeier, E. (1993). The measurement of sexual esteem: Investigation of Snell and Papini's (1989) Sexuality Scale. *The Journal of Research in Personality, 27*, 88-102.
- Wiederman, M., & Hurst, S. (1998). Body size, physical attractiveness, and body image among young adult women: Relationships to sexual experience and sexual esteem. *Journal of Sex Research, 35*(3), 272-281.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*(1), 1-20.
- Wiegel, M., Scepkowski, L., & Barlow, D. (2006). Cognitive and affective processes in female sexual dysfunctions. In I. Goldstein, C. Meston, & S. Davis, A. Traish (Eds). *Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment* (pp.100-106). New York: Taylor & Francis.
- Wiegel, M., Scepkowski, L., & Barlow, D. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In E. Janssen (Ed.). *The psychophysiology of sex* (pp. 143-166). Bloomington: Indiana University Press.
- Wilson, G. (1992). *The great sex divide: A study of male female differences*. Washington, DC: Scott-Townsend Publishers.

- Wilson, G., & Lawson, D. (1976). Effects of alcohol on sexual arousal in women. *Journal of Abnormal Psychology, 85*(5), 489-497.
- Wincze, J., Albert, A., & Bansal, S. (1993). Sexual arousal in diabetic females: Physiological and self-report measures. *Archives of Sexual Behavior, 22*(6), 587-601.
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., et al. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(2), 89-106.
- Woloski-Wruble, A., Oliel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual Activities, Sexual and Life Satisfaction, and Successful Aging in Women. *Journal of Sexual Medicine, 7*(7), 2401-2410.
- Wood, M. & Hughes, M. (1984). The moral basis of moral reform: Status discontent vs. culture and socialization as explanations of anti-pornography social adherence. *American Sociological Review, 49*, 86-99.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Wylie, K., & Mimoun, S. (2009). Sexual response models in women. *Maturitas, 63*(2), 112-115.
- Yabiku, S., & Gager, C. (2009). Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *Journal of Marriage & Family, 71*(4), 983-1000.
- Yang, C., Cold, C., Yilmaz, U., & Maravilla, K. (2006). Sexually responsive vascular tissue of the vulva. *BJU International, 97*(4), 766-772.
- Yela, C. (2000). Predictors of and factors related to loving and sexual satisfaction for men and women. *European Review of Applied Psychology, 50*(1), 235-242.
- Young, M., Denny, G. Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *The American Journal of Health Studies, 16*(2), 73-84.
- Young, S. (2007). How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 32*(6), 394-399.
- Ziaei, S., Moghasemi, M., & Faghihzadeh, S. (2010). Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric, 13*(2), 147-156.
- Zivadinov, R., Zorzon, M., Bosco, A., Monti Bragadin, L., Moretti, R., Bonfigli, L., et al. (1999). Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis. *Multiple Sclerosis, 5*(6), 428-431.

Anexos

Anexo I.
Carta às participantes

Exma. Senhora,

Alguns estudos sobre sexualidade humana têm sido realizados em vários países, incluindo Portugal. No entanto, muito resta por investigar dentro desta área, motivo que nos leva a solicitar a sua preciosa colaboração num estudo nacional sobre o funcionamento e a satisfação sexual das mulheres portuguesas.

Deste modo, o que solicitamos é que responda aos questionários que se encontram de seguida. Embora algumas questões lhe possam parecer delicadas, o seu estudo revela-se pertinente. Se não tiver a certeza em relação à resposta mais precisa, assinale a que considerar mais apropriada. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão sincero e preciso quanto possível. A resposta aos questionários deve ser feita de modo autónomo, ou seja, sem qualquer ajuda externa. Agradecemos que **tente responder a todas as questões e que se certifique de que não deixou respostas em branco.**

Tendo em conta o tema do estudo, **os questionários são completamente anónimos**, não sendo pedidos dados que possam identificar as pessoas que a eles respondem.

Após ter preenchido os questionários, agradecemos que os coloque dentro do envelope originalmente fornecido para o efeito (identificado com carimbo). Por favor, certifique-se de que o envelope fica devidamente fechado, para que ninguém tenha acesso à sua informação (exemplo: cola do envelope + fita-cola/ agrafos). Os questionários preenchidos deverão ser entregues ao investigador da equipa responsável pela recolha da amostra.

A resposta a estes questionários permitirá contribuir para que se possa fazer um estudo geral sobre aspectos fundamentais da sexualidade das mulheres portuguesas, pelo que a sua colaboração será essencial para o avanço da investigação científica portuguesa nesta área.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração e compreensão para este pedido que lhe fazemos.

Com os melhores cumprimentos,

(Sandra Maria de Celeste Serapicos Vilarinho)
(Doutoranda da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra)

Anexo II.
Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estou de acordo em participar no estudo intitulado “Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais”, integrado no âmbito dos procedimentos necessários à obtenção do grau de doutor em Psicologia Clínica, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, da Mestre Sandra Vilarinho.

Foi-me dada uma explicação integral acerca da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspectos que me pareceram pertinentes.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Data:

Assinatura da participante:

Assinatura do/a investigador/a responsável pela recolha da amostra:

Assinatura da investigadora principal:

Anexo III.
Protocolo de Avaliação

Data ___/___/_____

Idade: _____ (Data de nascimento: ___/___/_____)

Habilitações literárias (nível mais alto atingido):

- Sem estudos
 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)
 2º Ciclo (5º e 6º ano)
 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)
 Ensino Secundário (10º, 11º, 12º)
 Licenciatura
 Pós Licenciatura
 Outros estudos (por favor, especifique _____)

Profissão/ ocupação

- Activa (especifique, por favor _____)
 Desempregada
 Reformada
 Estudante

Rendimento médio anual ilíquido (por pessoa):

- Menos de 5.000€ Entre 5.000€ e 12.000€ Entre 12.000€ e 18.000€ Entre 18.000€ e 24.000€ Mais de 24.000€

Zona de residência actual:

- Norte Centro Lisboa Alentejo Algarve Açores Madeira

Meio:

- Rural Urbano

Estado civil:

- Casada ou em união de facto Solteira Viúva Separada ou divorciada

Há quanto tempo dura a relação com o/a seu/sua companheiro/a actual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)? _____

Especifique, por favor, o tipo de relação com o/a seu/sua companheiro/a actual (assinale uma ou mais opções):

- Marital União de facto Namoro
 Coabitação Outra (por favor, especifique? _____)

Orientação sexual (por favor, coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):

Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5 Exclusivamente homossexual

Religião:

Professa alguma religião?

- Não Sim

Se respondeu sim, por favor especifique qual: _____

Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):

Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo

Origem ou etnia:

- Caucasiana/ branca Negra Asiática Latino-americana Outra

Idade do/a companheiro/a:

Profissão/ ocupação do/a companheiro/a:

- Activo/a (especifique, por favor _____)
 Desempregado/a
 Reformado/a
 Estudante

Saúde

Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta

	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5

Problemas de saúde

De entre os problemas médicos seguintes, assinale com uma cruz, por favor, a(s) que tem ou já teve no passado e a partir de quando se iniciou(aram). Se apresentar outros problemas médicos, indique-os, por favor, no espaço correspondente. Caso não tenha nenhum problema médico, assinale com uma cruz em “nunca”.

Condição médica	Nunca	Actualmente	No passado	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral				
Alergias				
Arteriosclerose				
Ansiedade				
Candidíase genital				
Depressão				
Diabetes				
Doença cardiovascular				
Doença neurológica				
Doença oncológica (cancro)				
Doenças dos ossos/ articulações				
Doenças venéreas				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de comportamento alimentar				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Outros problemas de saúde:				
Intervenções cirúrgicas:				

Medicação

De entre os medicamentos seguintes, por favor assinale, com uma cruz, qual ou quais deles toma actualmente e quando se iniciou a sua toma. Caso não tome nenhum medicamento, assinala com uma cruz em “não”, para cada um deles.

Medicação	Não	Sim	Data de início (aproximadamente há...)
Anorexiantes (medicamentos para emagrecer)			
Antihipertensores não diuréticos			
Antidepressivos			
Antipsicóticos			
Ansiolíticos			
Cardiotónicos			
Diuréticos			
Sedativos (auxiliares do sono)			
Terapêutica anticonceptiva (ex., pílula)			
Terapêutica de substituição hormonal			
Vasodilatadores			
Outra medicação:			

Climatério

Indique, por favor, em que fase se encontra actualmente:

- Pré-menopausa (ainda tem menstruações regulares)
 Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses)
 Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)

História obstétrica e ginecológica

Já alguma vez esteve grávida?

- Não Sim (Se sim, refira, por favor)
 N° de gravidezes _____ N° de nados vivos _____ N° de cesarianas _____ N° de partos normais _____
 Data do último parto: ___ / ___ / _____
 Alguma vez teve depressão pós-parto? Não Sim

Actualmente está grávida?

- Não Sim

Alguma vez teve algum problema ginecológico?

- Não Sim (Se sim, descreva brevemente, por favor):

Alguma vez foi alvo de intervenções ginecológicas?

- Não Sim (Se sim, qual das seguintes):
 Remoção do útero
 Remoção de um ovários Remoção dos dois ovários
 Laqueação de uma trompa Laqueação das duas trompas
 Cirurgia uterina, do colo, vaginal ou outra intervenção ginecológica
 Outra intervenção (Se sim, descreva brevemente, por favor):

Consumo de tabaco:	
<input type="checkbox"/> Não fumadora <input type="checkbox"/> Fumadora passiva <input type="checkbox"/> Actualmente não fumadora/ fumadora no passado (deixou de fumar há _____) <input type="checkbox"/> Fumadora (número médio de cigarros/dia: _____)	
Consumo de álcool	<u>Se consumidora</u> , especifique, por favor, o tipo de consumo: <input type="checkbox"/> Ocasional (especifique tipo de bebida e quantidade média aproximada, em ml) <input type="checkbox"/> Bebidas brancas / quantidade média, em ml _____ <input type="checkbox"/> Vinho e cerveja / quantidade média, em ml _____ <input type="checkbox"/> Outro tipo / quantidade média, em ml _____ <input type="checkbox"/> Diário (especifique tipo de bebida e quantidade média aproximada, em ml) <input type="checkbox"/> Bebidas brancas / quantidade média, em ml _____ <input type="checkbox"/> Vinho e cerveja / quantidade média, em ml _____ <input type="checkbox"/> Outro tipo / quantidade média, em ml _____
Consumo de outras drogas	<u>Se consumidora</u> , especifique, por favor Que tipo de droga(s) consome? _____ Com que frequência consome? <input type="checkbox"/> Regularmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Prática de exercício físico	Tipo de alimentação
<input type="checkbox"/> Não praticante de exercício físico <input type="checkbox"/> Praticante ocasional de exercício físico <input type="checkbox"/> Praticante regular de exercício físico	<input type="checkbox"/> Muito saudável e equilibrada <input type="checkbox"/> Razoavelmente saudável e equilibrada <input type="checkbox"/> Pouco saudável e equilibrada <input type="checkbox"/> Nada saudável e equilibrada

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
2. Desmaios ou tonturas	1	2	3	4	5
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	1	2	3	4	5
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	1	2	3	4	5
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	1	2	3	4	5
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	1	2	3	4	5
7. Dores sobre o coração ou no peito	1	2	3	4	5
8. Medo na rua ou praças públicas	1	2	3	4	5
9. Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	1	2	3	4	5
11. Perder o apetite	1	2	3	4	5
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	1	2	3	4	5
13. Ter impulsos que não se podem controlar	1	2	3	4	5
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	1	2	3	4	5
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	1	2	3	4	5
16. Sentir-se sozinho	1	2	3	4	5
17. Sentir-se triste	1	2	3	4	5
18. Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
19. Sentir-se atemorizado	1	2	3	4	5
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	1	2	3	4	5
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou que não gostam de si	1	2	3	4	5
22. Sentir-se inferior aos outros	1	2	3	4	5
23. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	1	2	3	4	5
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	1	2	3	4	5
25. Dificuldade em adormecer	1	2	3	4	5
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1	2	3	4	5
27. Dificuldade em tomar decisões	1	2	3	4	5
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	1	2	3	4	5
29. Sensação de que lhe falta o ar	1	2	3	4	5
30. Calafrios ou afrontamentos	1	2	3	4	5
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	1	2	3	4	5
32. Sensação de vazio na cabeça	1	2	3	4	5
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	1	2	3	4	5
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	1	2	3	4	5
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
36. Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
37. Falta de forças em partes do corpo	1	2	3	4	5
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1	2	3	4	5
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	1	2	3	4	5
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	1	2	3	4	5
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	1	2	3	4	5
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	1	2	3	4	5
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	1	2	3	4	5
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	1	2	3	4	5
45. Ter ataques de terror ou pânico	1	2	3	4	5
46. Entrar facilmente em discussão	1	2	3	4	5
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	1	2	3	4	5
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	1	2	3	4	5
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
50. Sentir que não tem valor	1	2	3	4	5
51. Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	1	2	3	4	5
52. Ter sentimentos de culpa	1	2	3	4	5
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	1	2	3	4	5

Cada uma das questões é seguida por uma série de respostas possíveis: 1 = discordo fortemente; 2 = discordo; 3 = concordo; 4 = concordo fortemente	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
Leia cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como se sente no relacionamento com o seu parceiro. Seguidamente, <u>assinale o número correspondente</u> . Se nenhuma das respostas lhe parecer <i>completamente</i> precisa, assinale a que considerar <i>mais</i> apropriada. Não demore muito tempo em cada questão. Por favor, responda a este questionário sem discutir qualquer das afirmações com o seu parceiro. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão sincero e preciso quanto possível.				
1. O/a meu/minha companheiro/a é normalmente sensível e está consciente das minhas necessidades.	1	2	3	4
2. Eu realmente aprecio o sentido de humor do/a meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4
3. O/a meu/minha companheiro/a parece já não me ouvir mais.	1	2	3	4
4. O/a meu/minha companheiro/a nunca me foi desleal.	1	2	3	4
5. Eu estaria disposta a desistir dos meus amigos se tal significasse salvar o nosso relacionamento.	1	2	3	4
6. Estou insatisfeita com o nosso relacionamento.	1	2	3	4
7. Gostaria que o/a meu/minha companheiro/a não fosse tão preguiçoso e não andasse as pôr as coisas fora do lugar.	1	2	3	4
8. Por vezes sinto-me sozinha mesmo quando estou com o/a meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4
9. Se o/a meu/minha companheiro/a me deixasse a vida não merecia a pena ser vivida.	1	2	3	4
10. Nós conseguimos estar de acordo em discordar um/ do/a outro/a.	1	2	3	4
11. É inútil manter um casamento para além de um certo ponto.	1	2	3	4
12. Ambos/as parecemos gostar das mesmas coisas.	1	2	3	4
13. É-me difícil mostrar ao/à meu/minha companheiro/a que me estou a sentir afectuosa.	1	2	3	4
14. Eu nunca tenho segundas intenções acerca do nosso relacionamento.	1	2	3	4
15. Tenho prazer simplesmente em estar sentada e a falar com o/a meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4
16. Considero bastante aborrecida a ideia de passar o resto da minha vida com o/a meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4
17. Existe sempre bastante “dar e receber” no nosso relacionamento.	1	2	3	4
18. Tornamo-nos competitivos/as quando temos que tomar decisões.	1	2	3	4
19. Já não sinto que possa confiar verdadeiramente no/a meu/minha companheiro/a .	1	2	3	4
20. O nosso relacionamento ainda está cheio de alegria e excitação.	1	2	3	4
21. Um/a de nós fala continuamente e o/a outro/a está normalmente em silêncio.	1	2	3	4
22. O nosso relacionamento está continuamente a desenvolver-se.	1	2	3	4
23. O casamento tem muito mais a ver com segurança e dinheiro do que com amor.	1	2	3	4
24. Gostaria que houvesse mais calor e afecto no nosso relacionamento.	1	2	3	4
25. Estou completamente comprometida no meu relacionamento com o/a meu/minha companheiro/a.	1	2	3	4
26. O nosso relacionamento é por vezes sufocante porque o/a meu/minha companheiro/a está sempre a corrigir-me.	1	2	3	4
27. Eu suspeito que podemos estar à beira da separação.	1	2	3	4
28. Nós podemos sempre fazer as pazes depois de uma discussão.	1	2	3	4

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações relacionadas com os seus sentimentos gerais em relação a si mesmo. Se concordar fortemente, assinale 1. Se concordar, assinale 2. Se discordar, assinale 3. Se discordar fortemente, assinale 4. Por favor, procure ser honesto nas suas respostas.	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto ou igual aos outros	1	2	3	4
2. Sinto que tenho algumas boas qualidades	1	2	3	4
3. Bem vistas as coisas, sou levada a pensar que sou uma falhada	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	1	2	3	4
6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim própria	1	2	3	4
7. De modo geral, estou satisfeita comigo mesma	1	2	3	4
8. Gostava de ter mais respeito por mim própria	1	2	3	4
9. As vezes, estou segura de que sou uma inútil	1	2	3	4
10. Por vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4

Abaixo encontram-se 5 afirmações com as quais poderá ou não concordar. Usando uma escala de 1 a 7, indique o seu grau de concordância com cada item, assinalando com um círculo o número correspondente à sua resposta.

Para registar as suas respostas use a seguinte escala de 7 pontos: 1= Discordo fortemente; 2= Discordo; 3= Discordo ligeiramente; 4= Não concordo nem discordo; 5= Concordo ligeiramente; 6= Concordo; 7= Concordo fortemente	Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Não concordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente
1. Em muitos sentidos, a minha vida está próxima do meu ideal	1	2	3	4	5	6	7
2. As condições da minha vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeita com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até ao momento tenho alcançado as coisas importantes que desejo na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7

As afirmações abaixo listadas descrevem atitudes que diferentes pessoas podem ter face ao seu corpo. Não existem respostas certas ou erradas, apenas respostas pessoais. Por favor, indique com que frequência concorda com cada item, <u>assinalando com um círculo o número correspondente à sua resposta</u> .	Nunca					Sempre
1. Quando me comparo com os corpos das minhas colegas, fico insatisfeita com o meu próprio corpo	1	2	3	4	5	6
2. Tenho tendência a esconder o meu corpo (ex. com roupas largas)	1	2	3	4	5	6
3. Quando me olho no espelho, fico insatisfeita com o meu corpo	1	2	3	4	5	6
4. Invejo os outros pela sua aparência física	1	2	3	4	5	6

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. Para cada uma das afirmações, <u>faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância</u> com a mesma (1– discordo completamente a 5 – concordo completamente). Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. A masturbação é um acto errado e pecaminoso	1	2	3	4	5
2. A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
3. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
4. A masturbação não é própria de uma mulher respeitada	1	2	3	4	5
5. Depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
6. Mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes	1	2	3	4	5
7. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
8. Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente activa	1	2	3	4	5
9. O clímax / orgasmo é próprio dos homens e não das mulheres	1	2	3	4	5
10. O homem é que deve iniciar qualquer actividade sexual	1	2	3	4	5
11. O sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5
12. O orgasmo só é possível através do coito vaginal	1	2	3	4	5
13. Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo	1	2	3	4	5
14. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
15. Sexo oral é uma das maiores perversões	1	2	3	4	5
16. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
17. Sexo só deve acontecer por decisão do homem	1	2	3	4	5
18. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
19. Ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem	1	2	3	4	5
20. Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o companheiro	1	2	3	4	5
21. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clítoris é doente ou perversa	1	2	3	4	5
22. Uma rapariga pura não tem relações sexuais	1	2	3	4	5

Em média, qual a frequência com que pratica sexo com o/a seu/sua parceiro/a? (assinale com uma cruz **apenas uma opção**, correspondente à sua resposta):

- | | |
|---|--|
| a) Duas ou mais vezes por dia <input type="checkbox"/> | b) Uma vez por dia <input type="checkbox"/> |
| c) Duas ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> | d) Uma vez por semana <input type="checkbox"/> |
| e) Duas ou mais vezes por mês <input type="checkbox"/> | f) Uma vez por mês <input type="checkbox"/> |
| g) Duas ou mais vezes por ano <input type="checkbox"/> | h) Uma vez em cada seis meses <input type="checkbox"/> |
| i) Uma vez por ano <input type="checkbox"/> | j) Menos que uma vez por ano <input type="checkbox"/> |

Tendo em conta as suas experiências habituais, em que medida a sua atenção está centrada, durante a actividade sexual (em cada alínea assinale com uma cruz a opção correspondente à sua resposta):

	Sempre	Muitas vezes	Ocasional mente	Poucas vezes	Nunca
1) No seu prazer ou sensações de prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) No seu desempenho ou performance sexual (ex., o modo como toca o/a seu/sua parceiro/a, se lhe está a dar prazer ou não, a forma como se movimenta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) No prazer ou sensações de prazer do/da seu/sua parceiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) No desempenho ou performance sexual do/a seu/sua parceiro/a (ex., a forma como ele/a se movimenta, se está ou não a tentar dar-lhe prazer, o modo como ele/a a toca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Na forma como vê e avalia o seu corpo (ex., se é ou não atraente, se é desejável, bonito, elegante, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Na forma como imagina que o/a seu/sua parceiro/a a vê e avalia o seu corpo (ex., se o considera atraente ou não, se gosta do seu corpo ou não, se fica ou não excitado/a com ele, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As afirmações abaixo listadas descrevem determinadas atitudes que diferentes pessoas podem ter face à sexualidade humana. Não existem respostas certas nem erradas, apenas respostas pessoais. Para cada item, é-lhe pedido que indique o seu grau de concordância, assinando com um círculo ou uma cruz a letra correspondente à sua resposta.

	Concordo	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo
Para registar as suas respostas use a seguinte escala de 5 pontos: A= Concordo; B= Concordo ligeiramente; C= Não concordo nem discordo; D= Discordo ligeiramente; E= Discordo					
1. Sou uma boa parceira sexual	A	B	C	D	E
2. Classificaria a minha performance sexual como muito elevada	A	B	C	D	E
3. Sou melhor em sexo do que a maioria das pessoas	A	B	C	D	E
4. Por vezes tenho dúvidas acerca da minha competência sexual	A	B	C	D	E
5. Em encontros sexuais não sou muito confiante	A	B	C	D	E
6. Penso em mim como sendo uma parceira sexual muito boa	A	B	C	D	E
7. Como parceira sexual classificar-me-ia de forma baixa	A	B	C	D	E
8. Tenho confiança em mim como parceira sexual	A	B	C	D	E
9. Não sou muito confiante acerca da minha performance sexual	A	B	C	D	E
10. Por vezes duvido da minha competência sexual	A	B	C	D	E

Habitualmente, nas suas experiências sexuais com o/a seu/sua parceiro/a, estão ou não incluídas as actividades auxiliares seguintes (assinale com uma cruz uma as opções correspondentes à sua resposta):

	Sim	Não
1) Masturbação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Fantasias ou pensamentos sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Material erótico/pornográfico (revistas, vídeos, internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Recurso a roupas exóticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Recurso a outros auxiliares de prazer (ex., vibradores, cremes exóticos, preservativos com sabor, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Outra(s) actividade(s)? (Se respondeu sim, por favor, especifique:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seguidamente encontram-se listadas algumas afirmações relativas a fantasias sexuais ou pensamentos acerca de sexo (assinale com uma cruz, para cada alínea, a opção correspondente à sua resposta):

	Sempre	Muitas vezes	Ocasional mente	Poucas vezes	Nunca
a) Durante a actividade sexual vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Durante a masturbação vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) O meu envolvimento na actividade sexual aumenta com as minhas fantasias ou pensamentos sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) O meu prazer aumenta com as minhas fantasias ou pensamentos sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) No meu dia-a-dia, fora do contexto sexual, vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida as seguintes circunstâncias caracterizam o contexto em que habitualmente tem relações sexuais com o/a seu/sua parceiro/a (assinale com uma cruz, para cada alínea, a opção correspondente à sua resposta):

	Muitíssimo	Bastante	Moderadamente	Alguma coisa	Nada
a) Contexto apropriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Contexto com privacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Contexto erótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Horário adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Falta de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cansaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Preocupações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Normalmente, quando tem relações sexuais com o/a seu/sua parceiro/a, em que medida se preocupa com as seguintes situações (assinale com uma cruz, para cada alínea, a opção correspondente à sua resposta):

	Muitíssimo	Bastante	Moderadamente	Alguma coisa	Nada
a) Risco de gravidez não desejada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Risco de doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Receio de dor ou desconforto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Medo de perder o controlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Medo de ser abandonada e/ou rejeitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Medo de ser abusada física e/ou emocionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outro(s) (por favor, descreva:)					

Em que medida se sente atraída pelo/a seu/sua parceiro/a? (assinale com uma cruz, para cada alínea, a opção correspondente à sua resposta):

	Muitíssimo atraída	Bastante atraída	Medianamente atraída	Pouco atraída	Muito pouco atraída
A nível físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A nível emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A nível intelectual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como avalia o grau de sensibilidade do/a seu/sua parceiro/a em relação às suas necessidades e preferências sexuais? (assinale com uma cruz a opção correspondente à sua resposta):

Muitíssimo sensível	Bastante sensível	Medianamente sensível	Pouco sensível	Muito pouco sensível
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considera que tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual?

Não Sim

Se respondeu sim, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções)

Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Vaginismo Dor Aversão

Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar?

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)?

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro?

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes)

- Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra
- Falou com o/a seu/sua parceiro/a
- Procurou informação
- Não fez nada
- Outra (especifique, por favor)

Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual?

Não Sim

Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)

(opções no caso de um parceiro sexual)

Desejo Disfunção erétil Ejaculação prematura Ejaculação retardada ou diminuída Dor Aversão

(opções no caso de uma parceira sexual)

Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Vaginismo Dor Aversão

Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a?

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si?

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

Alguma vez foi alvo de abuso sexual?

Não Sim

Se sim, em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)?

criança adolescente jovem adulto meia-idade terceira idade

Actualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento?

Não Sim

Mais abaixo encontram-se listadas algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente à sua resposta. Indique em que medida se sente habitualmente assim no decorrer da actividade sexual (considere a forma como se tem sentido no último mês)

	Muito pouco ou nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Alegre	1	2	3	4	5
2. Enojada	1	2	3	4	5
3. Atenciosa	1	2	3	4	5
4. Acanhada	1	2	3	4	5
5. Sem energia	1	2	3	4	5
6. Atrevida	1	2	3	4	5
7. Surpreendida	1	2	3	4	5
8. Forte	1	2	3	4	5
9. Desdenhosa	1	2	3	4	5
10. Relaxada	1	2	3	4	5
11. Irritável	1	2	3	4	5
12. Encantada	1	2	3	4	5
13. Inspirada	1	2	3	4	5
14. Destemida	1	2	3	4	5
15. Enojada comigo própria	1	2	3	4	5
16. Triste	1	2	3	4	5
17. Calma	1	2	3	4	5
18. Amedrontada	1	2	3	4	5
19. Cansada	1	2	3	4	5
20. Estupefacta	1	2	3	4	5
21. Trémula	1	2	3	4	5
22. Feliz	1	2	3	4	5
23. Tímida	1	2	3	4	5
24. Sozinha	1	2	3	4	5
25. Alerta	1	2	3	4	5
26. Aborrecida	1	2	3	4	5
27. Zangada	1	2	3	4	5
28. Audaciosa	1	2	3	4	5
29. Melancólica	1	2	3	4	5
30. Reservada	1	2	3	4	5
31. Activa	1	2	3	4	5
32. Culpada	1	2	3	4	5
33. Jubilante	1	2	3	4	5
34. Nervosa	1	2	3	4	5
35. Solitária	1	2	3	4	5
36. Sonolenta	1	2	3	4	5
37. Animada	1	2	3	4	5
38. Hostil	1	2	3	4	5
39. Orgulhosa	1	2	3	4	5
40. Agitada	1	2	3	4	5
41. Viva	1	2	3	4	5
42. Envergonhada	1	2	3	4	5
43. À vontade	1	2	3	4	5
44. Assustada	1	2	3	4	5
45. Adormentada	1	2	3	4	5
46. Zangada comigo própria	1	2	3	4	5
47. Entusiasmada	1	2	3	4	5
48. Abatida	1	2	3	4	5
49. Desconcertada	1	2	3	4	5
50. Incomodada	1	2	3	4	5
51. Censurável	1	2	3	4	5
52. Determinada	1	2	3	4	5
53. Assustada	1	2	3	4	5
54. Espantada	1	2	3	4	5
55. Interessada	1	2	3	4	5
56. Repugnada	1	2	3	4	5
57. Confiante	1	2	3	4	5
58. Enérgica	1	2	3	4	5
59. Concentrada	1	2	3	4	5
60. Insatisfeita comigo própria	1	2	3	4	5

Cada uma das questões abaixo listadas, é seguida por uma série de respostas possíveis: 1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = ocasionalmente; 4 = habitualmente; 5 = sempre					
Leia cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como as coisas têm acontecido consigo recentemente; seguidamente, <u>assinale o número correspondente</u> . Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver a certeza em relação à resposta mais precisa, assinale a que considerar mais apropriada. Não demore muito tempo em cada questão. Por favor, responda a este questionário sem discutir qualquer das questões com o seu parceiro. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão honesto e preciso quanto possível a cada uma das questões.					
	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Sempre
1. Sente-se desinteressada por sexo?	1	2	3	4	5
2. Pergunta ao/à seu/sua parceiro/a o que ele/a gosta ou não gosta acerca do vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
3. Excita-se sexualmente com facilidade?	1	2	3	4	5
4. Está satisfeita com o tempo dedicado por si e pelo/a seu/sua parceiro/a aos preliminares sexuais?	1	2	3	4	5
5. Tenta evitar praticar sexo com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
6. Tem prazer em abraçar e acariciar o corpo do/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
7. Considera satisfatório o relacionamento sexual com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
8. Desagrada-lhe tocar e acariciar o pénis/a vagina do/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
9. Fica tensa e ansiosa quando o/a seu/sua parceiro/a quer praticar sexo?	1	2	3	4	5
10. É-lhe difícil dizer ao/à seu/sua parceiro/a o que gosta e não gosta acerca do vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
11. Sente que existe falta de amor e afecto no relacionamento sexual com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
12. Tem prazer em que os seus genitais sejam tocados e acariciados pelo/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
13. Recusa-se a praticar sexo com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
14. Sente-se insatisfeita com o tempo que o/a seu/sua parceiro/a demora no acto sexual?	1	2	3	4	5
15. Sente nojo acerca daquilo que faz enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
16. Desagrada-lhe ser abraçada e acariciada pelo/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5
17. A sua vagina fica húmida enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
18. Tem prazer em ter relações sexuais com o/a seu/sua parceiro/a?	1	2	3	4	5

O que entende por **satisfação sexual**? Ou seja, o que significa, para si sentir-se sexualmente satisfeita?

Como classificaria a sua satisfação sexual, de 1 (muito baixa) a 7 (muito elevada)? Assinale a sua resposta com um círculo.

Muito baixa	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevada
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

O que entende por **prazer sexual**? Ou seja, o que significa, para si sentir prazer sexual?

Como classificaria o seu prazer sexual, de 1 (muito baixo) a 7 (muito elevado)? Assinale a sua resposta com um círculo.

Muito baixo	1	2	3	4	5	6	7	Muito elevado
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação **tendo em conta as últimas quatro semanas**
(Por favor, para cada questão assinale apenas uma resposta)

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

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

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

- Muito elevado Elevado Moderado Baixo Muito baixo/nenhum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o/a seu/sua parceiro/a?

- Muito satisfeita Moderadamente satisfeita Iguamente satisfeita e insatisfeita
 Moderadamente insatisfeita Muito insatisfeita

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

- Muito satisfeita Moderadamente satisfeita Iguamente satisfeita e insatisfeita
 Moderadamente insatisfeita Muito insatisfeita

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

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

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

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

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

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

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

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