



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

**CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**

**A Alta Sensibilidade de Processamento Sensorial e  
Funcionamento Sexual: o efeito mediador da Orientação  
Sexual**

**Sara Catarina Arantes Dias**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º Ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

**Covilhã, Junho de 2018**



## Dedicatória

A ti avó, obrigada por tudo.



## Agradecimentos

Gostaria inicialmente de agradecer aos meus pais, por me darem a oportunidade de ter um futuro melhor.

Obrigada aos meus irmãos por me acompanharem sempre ao longo do meu percurso.

Um agradecimento à minha madrinha por todo o apoio e carinho ao longo destes anos.

Um obrigado especial, ao Professor Henrique Pereira, por toda a disponibilidade e ajuda na conclusão desta etapa.

Obrigada às minhas amigas por me apoiarem e estarem sempre comigo apesar de estar longe.

Obrigada a esta cidade por tudo aquilo que me deu e pelos tão bons amigos que espero levar comigo. Obrigada pelos momentos que passámos juntas, por aturarem os meus desabafos e por serem vocês que fizeram com que esta fosse a minha segunda casa e família.

Um obrigado especial à minha amiga Maria Sobral por me acompanhar desde o início. Não seria possível chegar até ao fim sem ti ao meu lado. Obrigada por seres a minha maior confidente e pelo teu apoio.



## **Resumo**

Esta dissertação é apresentada em formato de artigo científico. O principal objetivo desta projeto passa por avaliar os níveis do alto processamento sensorial e a sua relação com o funcionamento sexual estimando o efeito mediador da orientação sexual. Pretende-se ainda verificar se existe uma relação entre o funcionamento sexual e a alta sensibilidade; averiguar se existem diferenças entre os grupos dos baixos HSP e dos altos HSP no funcionamento sexual; evidenciar diferenças nos grupos da orientação sexual ao nível do funcionamento sexual e da alta sensibilidade; verificar se os níveis do funcionamento sexual e da alta sensibilidade são mais elevados em pessoas altamente sensíveis do que nas não sensíveis e avaliar se os níveis do funcionamento sexual são mais elevados em pessoas homossexuais e bissexuais do que em heterossexuais altamente sensíveis. Este é um estudo descritivo, transversal, do tipo correlacional e conta com 1041 participantes, dos quais 360 são homens e 681 são mulheres. Relativamente à orientação sexual 908 identificam-se como heterossexuais, 73 identificam-se como homossexuais e 60 participantes identificam-se como bissexuais. Para além do artigo, este projeto conta com um anexo teórico onde são desenvolvidos detalhadamente todos os construtos abordados de modo a aprofundar e consolidar os fundamentos teóricos do presente artigo empírico.

## **Palavras Chave:**

Alta Sensibilidade, Funcionamento Sexual, Orientação Sexual.



## **Abstract**

This dissertation is presented in scientific paper format. The main objective of this project is to evaluate the levels of high sensory processing and its relation with sexual functioning, estimating the mediating effect of sexual orientation. It is also intended to verify if there is a relationship between sexual functioning and high sensitivity; to investigate whether there are differences between the groups of low HSP and high HSP in sexual functioning; evidence of differences in sexual orientation and high sensitivity sexual orientation groups; to verify that levels of sexual functioning and high sensitivity are higher in highly sensitive than non-sensitive people and to assess whether levels of sexual functioning are higher in homosexual and bisexual people than in highly sensitive heterosexuals. This is a descriptive cross-sectional, correlational study with 1041 participants, of which 360 are men and 681 are women. Regarding sexual orientation 908 identify themselves as heterosexual, 73 identify themselves as homosexual, and 60 participants identify themselves as bisexual. In addition to the article, this project has a theoretical annex where all the constructs addressed are elaborated in order to deepen and consolidate the theoretical foundations of the present empirical article.

## **Keywords**

High Sensitivity, Sexual Function; Sexual Orientation.



## Índice

Dedicatória.....	I
Agradecimentos .....	III
Resumo .....	V
Abstract .....	VII
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Acrónimos .....	XIII
Introdução.....	1
Capítulo I. A Alta Sensibilidade de Processamento Sensorial e Funcionamento Sexual: o efeito mediador da Orientação Sexual .....	3
Resumo .....	3
Abstract .....	5
1.1. Introdução.....	7
1.2. Metodologia .....	11
1.2.1. Participantes .....	11
1.2.2. Instrumentos .....	12
1.2.3. Procedimentos .....	14
1.3. Resultados.....	17
1.4. Discussão .....	25
1.5. Limitações e sugestões para futuras investigações .....	35
Capítulo II. Discussão Geral .....	37
Bibliografia.....	39
ANEXOS .....	43
Anexo I: Corpo teórico .....	44
1.1. Breve história da Alta Sensibilidade.....	44
1.1.2. A Alta Sensibilidade e a Sexualidade .....	48
1.2. A Orientação Sexual e aspetos psicossociais.....	49
1.2.1. Mudança social e legislação .....	55
1.3. Disfunções sexuais.....	57
1.3.1. Ejaculação Retardada .....	59
1.3.2. Disfunção Erétil .....	60
1.3.3. Perturbação do Orgasmo Feminino.....	60

1.3.4.	Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino .....	60
1.3.5.	Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração .....	61
1.3.6.	Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino .....	62
1.3.7.	Ejaculação Prematura (precoce) .....	62
1.3.8.	Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento .....	63
1.3.9.	Disfunção Sexual com Outra Especificação .....	63
1.2.10.	Disfunção Sexual Não Especificada .....	63

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2: Estatísticas descritivas para as variáveis da alta sensibilidade e do funcionamento sexual

Tabela 3: Estatísticas descritivas para as variáveis da alta sensibilidade e do funcionamento sexual em função da orientação sexual

Tabela 4: Correlação entre a variável da alta sensibilidade e o funcionamento sexual, com base no teste da correlação de Pearson

Tabela 5: Resultados para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade comparativamente entre orientações sexuais

Tabela 6: Resultados do teste Post-Hoc para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade comparativamente entre orientações sexuais

Tabela 7: Resultados para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade apenas para a população altamente sensível comparativamente entre as orientações sexuais

Tabela 8: Resultados da regressão para a variável do funcionamento sexual

Tabela 9: Homogeneidade dos grupos



## **Lista de Acrónimos**

**SPS-** Sensibilidade do Processamento Sensorial

**HSP-** Pessoa Altamente Sensível

**HSPS-** *Highly Sensitive Person Scale*

**FE-** Facilidade de Excitação

**SE-** Sensibilidade Estética

**LSB-** Limite Sensorial Baixo

**LGBT-** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais

**LGB-** Lésbicas, Gays, Bissexuais

**MGH-** *General Hospital Sexual Function Questionnaire*/Funcionamento Sexual

**DSM-5-** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**CSFQ-** Questionário de Mudanças no Funcionamento Sexual



## Introdução

A presente dissertação de mestrado, foi desenvolvida no âmbito da obtenção do grau de Mestre na área de Psicologia Clínica e da Saúde pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior e tem como objetivo estudar a alta sensibilidade e a sua relação com o funcionamento sexual considerando o efeito mediador da orientação sexual.

Descreve-se de seguida, a estrutura deste estudo. O capítulo 1 desta dissertação é constituído pelo artigo científico que procurou dar respostas metodológicas aos objetivos anteriormente enunciados. Este estará dividido entre a sua introdução, a componente metodológica do estudo, composta pela apresentação dos participantes, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos adotados. Seguidamente, serão expostos os resultados obtidos neste presente estudo, seguindo-se a discussão acerca dos mesmos, bem como uma reflexão final conclusiva, em que serão também expostas algumas limitações do estudo e recomendações para estudos futuros. O capítulo 2 é referente à discussão geral do artigo.

Por fim, anexa-se a esta investigação um anexo teórico cujo objetivo é descrever e desenvolver com mais detalhe todos os construtos abordados no tema geral deste estudo. Posto isto, será apresentada uma revisão bibliográfica sobre as variáveis principais do estudo, com o intuito de obter o necessário enquadramento teórico. Será abordada e definida o tema da alta sensibilidade, considerando especificamente o seu impacto no funcionamento sexual. Seguir-se-á um enquadramento relativo à orientação sexual e respetivos aspetos sociais, onde se fará uma descrição da orientação sexual e dos aspetos sociais associados a ela, como a homofobia e o estigma. Posteriormente serão apresentadas algumas mudanças a nível social e de legislação e, por fim, surge uma explicação do modelo do ciclo da resposta sexual humana e uma descrição das várias perturbações a nível sexual.



# Capítulo I. A Alta Sensibilidade de Processamento Sensorial e Funcionamento Sexual: o efeito mediador da Orientação Sexual

## Resumo

Neste estudo procurou-se evidenciar se diferentes níveis de alta sensibilidade estão relacionados com o funcionamento sexual, tendo ainda em conta o efeito mediador da orientação sexual. O principal objetivo deste estudo passa por avaliar os níveis da alta sensibilidade e a sua relação com o funcionamento sexual estimando o efeito mediador da orientação sexual, sendo que ainda não existem estudos que associem estas duas variáveis à orientação sexual. Esta investigação assume uma vertente descritiva, transversal, do tipo correlacional, com uma amostra recolhida através de um questionário sociodemográfico partilhado via *online*, sendo esse o questionário *Alta Sensibilidade do Processamento Sensorial e variáveis Psicossociais*. Inclui um grupo de 1041 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos (Média=29.38, Desvio-Padrão=11.94), com 360 sujeitos do sexo masculino e 681 do sexo feminino. Através dos resultados obtidos foi possível observar uma correlação estatisticamente significativa entre a alta sensibilidade e o funcionamento sexual. Em geral, verificou-se que níveis elevados de alta sensibilidade não se encontram relacionados com maior funcionamento sexual. Observou-se, ainda, que o grupo das pessoas menos sensíveis (baixos HSP) relata mais funcionamento sexual do que as pessoas mais sensíveis (altos HSP), significando que quanta mais sensibilidade menos funcionamento. Em relação à orientação sexual, observou-se que o grupo dos bissexuais (M=3.59) relatam mais funcionamento sexual, seguido dos Gay ou Lésbicas (M=3.52) e, por fim, os heterossexuais (M=3.51). Apurou-se ainda que o grupo dos bissexuais (M=4.82) relatam níveis mais altos de sensibilidade, seguido dos Gay ou Lésbicas (M=4.73) e, por fim, os heterossexuais (4.43). Verificou-se ainda que no funcionamento sexual não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, no entanto, na alta sensibilidade observam-se diferenças estatisticamente significativas. Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no género, na idade e no estado marital no que diz respeito ao funcionamento sexual. Como sugestões futuras, aponta-se principalmente a necessidade de desenvolver estudos no campo da alta sensibilidade e do funcionamento sexual, uma vez que aproximadamente 15% a 25% da população pode ser considerada altamente sensível, é imprescindível que se façam estudos neste campo. Sendo a satisfação sexual, considerada um barómetro da qualidade da vida sexual, pois constitui um aspeto central da saúde sexual, estando associada ao bem-estar individual, é necessário a continuação do desenvolvimento de estudos nesta área, principalmente na população HSP.

## Palavras-chave

Alta Sensibilidade, Funcionamento Sexual; Orientação Sexual



## **Abstract**

The aim of this study was to investigate whether different levels of high sensitivity are related to sexual functioning, taking into account the mediating effect of sexual orientation. The main objective of this study is to evaluate the levels of high sensitivity and its relation to sexual functioning, estimating the mediating effect of sexual orientation, and there are no studies that associate these two variables with sexual orientation. This research assumes a descriptive, cross-sectional, correlational type, with a sample collected through a sociodemographic questionnaire shared via online, being this the questionnaire High Sensitivity of Sensory Processing and Psychosocial variables. It includes a group of 1041 participants, aged between 18 and 80 years (mean = 29.38, standard deviation = 11.94), with 360 male subjects and 681 female subjects. Through the obtained results it was possible to observe a statistically significant correlation between high sensitivity and sexual functioning. It has generally been found that high levels of high sensitivity are not related to increased sexual functioning. It was also observed that the group of the less sensitive people (low HSP) reports more sexual functioning than the most sensitive people (high HSP), meaning that the more sensitive the less functioning. Regarding sexual orientation, it was observed that the bisexual group ( $M = 3.59$ ) reported more sexual functioning, followed by Gay or Lesbian ( $M = 3.52$ ) and, finally, heterosexuals ( $M = 3.51$ ). It was also found that the bisexual group ( $M = 4.82$ ) reported higher levels of sensitivity, followed by Gay or Lesbian ( $M = 4.73$ ) and, finally, heterosexuals ( $4.43$ ). It was also verified that in sexual functioning there are no statistically significant differences between the groups, however, in the high sensitivity statistically significant differences are observed. Concerning sociodemographic variables, there are statistically significant differences in gender, age and marital status with regard to sexual functioning. As future suggestions, it is mainly pointed out the need to develop studies in the field of high sensitivity and sexual functioning, since approximately 15% to 25% of the population can be considered highly sensitive, it is imperative that studies be done in this field. Since sexual satisfaction, considered a barometer of the quality of sexual life, since it is a central aspect of sexual health, being associated with individual well-being, it is necessary to continue the development of studies in this area, mainly in the HSP population.

## **Keywords**

High Sensitivity, Sexual Function; Sexual Orientation.



## 1.1. Introdução

Uma pessoa altamente sensível (HSP) é geralmente descrita como tendo hipersensibilidade a estímulos externos, um processamento cognitivo diferente e uma alta reatividade emocional (Aron, Aron, & Jagiellowicz, 2012) e, de acordo com Kagan, Snidman, Arcus e Reznick (1994) aproximadamente 15% a 25% da população pode ser considerada altamente sensível (Konrad & Herzberg, 2017) e aproximadamente um quinto da população tem a hipótese de ser altamente sensível a vários tipos de informação e estímulos (Aron, 1996).

Estes indivíduos são caracterizados por serem mais inibidos a nível do comportamento, especialmente em situações novas, dando-lhes um estilo de resposta mais reflexivo por serem mais sensíveis aos estímulos sensoriais, tornando-os mais propensos a notar subtilezas, mas também aumentando o risco de excesso de estimulação. Processam, ainda, a informação a um nível mais profundo o que lhes fornece uma vida interior complexa e rica, e por serem mais reativos emocionalmente, tanto positiva como negativamente (Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

Os indivíduos com alta Sensibilidade do Processamento Sensorial (SPS) tendem a ser facilmente dominados por novos estímulos. Este é um traço de personalidade que retrata maior consciência de estimulação sensorial, inibição comportamental e um processamento cognitivo mais profundo de estímulos ambientais, levando a maior reatividade emocional e fisiológica. A sensibilidade do processamento sensorial (Aron, 1996) baseia-se numa perspetiva de personalidade que envolve um processamento cognitivo mais profundo dos estímulos ambientais internos e externos numa grande variedade de situações, levando a uma maior reação emocional, biológica ou de *stress* (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

Para avaliar se uma pessoa é altamente sensível ou não, foi desenvolvida uma escala por Aron (1996), *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS) constituída por 27 itens. Estes são fornecidos numa escala tipo *Likert* que varia de 1 (não) a 7 (extremamente) (Konrad & Herzberg, 2017). Esta escala mede um conceito unidimensional da alta sensibilidade sensorial e a capacidade de ativação associada, que é parcialmente independente da introversão e da emotividade.

Aron e Aron (1997) propuseram a noção de “pessoa altamente sensível” para descrever indivíduos que são altamente sensíveis aos estímulos de menor intensidade e que ficam sobrecarregados com os estímulos (Aron & Aron, 1997). A sensibilidade do processamento sensorial é descrita como a capacidade de reagir aos estímulos sensoriais cujo valor estimulante é baixo. Desenvolveram então a HSPS como uma medida da sensibilidade ao processamento sensorial. Para tal, procederam a uma série de estudos que investigaram “características definidoras da sensibilidade do processamento sensorial”. Os resultados levaram ao desenvolvimento da HSPS e à hipótese de que a sensibilidade está relacionada

tanto à introversão social como à emocionalidade, no entanto, é um construto distinto (Mullet, Rinn, Jett, & Nyikos, 2017).

Aron (1996) defende ainda que, se as pessoas altamente sensíveis são mais sensíveis aos estímulos são também mais sensíveis à estimulação sexual, o que torna a vida sexual destas pessoas mais satisfatória. Os momentos em que os HSP estão sobrecarregados de estimulação poderiam interferir com o funcionamento e o prazer sexual. Cada pessoa deve saber como a sua sexualidade é afetada pela sobre estimulação (Aron, 1996).

Posto isto, a sobre excitabilidade (Dabrowski, 1964) é uma característica desta população e é uma tendência inata para responder aos estímulos internos e externos de forma intensificada (Piechowski, 1986) e assumem cinco formas: intelectual, psicomotora, sensual, imaginável e emocional. As pessoas com sobre excitabilidade sensual têm uma experiência muito mais expansiva de sua entrada sensorial do que uma pessoa considerada média devido a essa sensibilidade aumentada. Eles também podem se sentir mais estimulados ou desconfortáveis com a entrada sensorial (Mullet, Rinn, Jett, & Nyikos, 2017). O presente estudo pretende então verificar se existe associação entre estas duas variáveis, introduzindo a orientação sexual, para verificar os seus efeitos entre as várias orientações.

Conforme a revisão da literatura, as questões de investigação e os objetivos foram formulados. Considerou-se que existe uma relação entre a alta sensibilidade e o funcionamento sexual. Segundo Aron (1996), as pessoas altamente sensíveis são mais sensíveis aos estímulos e também mais sensíveis à estimulação sexual, o que torna a vida sexual destas pessoas mais satisfatória. Os momentos em que os HSP estão sobrecarregados de estimulação poderiam interferir com o funcionamento e o prazer sexual. Cada pessoa deve saber como a sua sexualidade é afetada pela sobre estimulação (Aron, 1996).

Da revisão da literatura que acabou de se apresentar emerge a seguinte questão geral de investigação:

Será que os indivíduos altamente sensíveis têm mais funcionamento sexual do que os menos sensíveis e será que os indivíduos LGB têm mais funcionamento sexual que os indivíduos heterossexuais?

Esta questão determina o objetivo geral deste projeto que passa por avaliar os níveis do alto processamento sensorial e a sua relação com o funcionamento sexual estimando o efeito mediador da orientação sexual.

Assim, pretende-se descrever e analisar a relação entre a alta sensibilidade e o funcionamento sexual, mais especificamente na população LGBT quando comparada com os heterossexuais. Para realizar essa análise, o plano de investigação assume uma abordagem descritiva, transversa e de tipo correlacional.

A presente investigação pretende também fazer uma relação com as variáveis sociodemográficas e as dimensões do questionário, nomeadamente, o interesse sexual, a capacidade para obter estimulação ou excitação sexual, capacidade para obter orgasmos, capacidade para atingir e manter uma ereção ou uma lubrificação e a satisfação com a vida sexual. Pretende ainda verificar que orientação sexual tem mais funcionamento sexual.

De modo a cumprir os objetivos geral e específicos, foram propostas algumas hipóteses. A hipótese geral levantada passa pela existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis do funcionamento sexual quando relacionado com as variáveis independentes. Como hipóteses específicas apresentam-se:

H1- Existe uma relação entre o Funcionamento Sexual e a Alta Sensibilidade.

H2- Existem diferenças entre o grupo dos baixos HSP e dos altos HSP no funcionamento sexual.

H3- Existem diferenças nos grupos da orientação sexual ao nível do funcionamento sexual e da alta sensibilidade.

H4- Os níveis do funcionamento sexual e da alta sensibilidade são mais elevados em pessoas altamente sensíveis do que nas não sensíveis.

H5- Os níveis de funcionamento sexual são mais elevados em pessoas homossexuais e bissexuais do que em heterossexuais altamente sensíveis.

H6- Existem diferenças entre a força do efeito ( $R^2$ ) do funcionamento sexual na alta sensibilidade quando comparada com a orientação sexual.



## 1.2. Metodologia

### 1.2.1. Participantes

No presente estudo, a amostra é constituída por 1041 indivíduos, dos quais 360 são homens (34.6%) e 681 são mulheres (65.4%). As suas idades variam entre os 18 e os 80 anos sendo que a moda são os 20 anos e a mediana os 24 anos tendo uma média de 29.38 e um desvio padrão de 11.94. Relativamente ao estado marital, a maioria dos indivíduos, nomeadamente 463 (44.2%), referem ser solteiros, 216 (20.6%) são casados e 287 (27.4%) referem ter um namoro/compromisso afetivo. Quanto à residência, 491 (47.3%) referem ser de uma pequena cidade e 261 (25.1%) são de uma grande cidade. A maioria dos participantes possui uma formação universitária (Licenciatura/Bacharelato), nomeadamente 491 (47.0%) e 337 (32.2%) têm o 12º ano de escolaridade. No que diz respeito à situação profissional, 453 (43.4%) são estudantes e 400 (38.3%) trabalham por conta de outrem. A nível socioeconómico a maior parte dos sujeitos (589 que corresponde a 56.5%) pertencem ao nível médio. Quanto à orientação sexual, a grande parte dos indivíduos são heterossexuais, mais precisamente 908 (87.2%), 73 (7.0%) são Gay ou Lésbica e 60 (5.8%) são bissexuais.

Tabela 1

*Caracterização sociodemográfica da amostra*

		N	%	Média	Desvio padrão
Idade		1041		29.38	11.94
Género	Masculino	360	34.6		
	Feminino	681	65.4		
Estado marital	Casado/a	216	20.6		
	Solteiro/a	463	44.2		
	Divorçado/a ou Separado/a	35	3.3		
	Viúvo/a	3	.3		
	Unido/a de facto	44	4.2		
	Tem um namoro/compromisso afetivo	287	27.4		
	Escolaridade	Até 9 anos de escolaridade	59	5.6	
Até 12 anos de escolaridade		337	32.2		
Formação universitária (Licenciatura/Bacharelato)		491	47.0		
Formação universitária (Mestrado/		158	15.1		
Situação Profissional	Desempregado/a	64	6.1		
	Estudante	453	43.4		
	Trabalhador/a-estudante	54	5.2		
	Trabalhador/a por conta de outrem	400	38.3		

	Trabalhador/a por conta própria	53	5.1
	Reformado/a	20	1.9
Estatuto Socioeconómico	Baixo	79	7.6
	Baixo-médio	285	27.4
	Médio	589	56.5
	Médio-Alto	81	7.8
	Alto	8	.8
Residência	Uma pequena cidade	491	47.3
	Uma grande cidade	261	25.1
	Um pequeno meio rural	186	17.9
	Um grande meio rural	100	9.6
Orientação Sexual	Heterossexual	908	87.2
	Bissexual	60	5.8
	Gay ou Lésbica	73	7.0

Relativamente aos critérios de inclusão, era obrigatório que os inquiridos tivessem mais de 18 anos e que soubessem falar e ler português. Foram excluídos 8 sujeitos assexuados por não ter relevância para a amostra.

## 1.2.2. Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação *online* que inclui um questionário sociodemográfico, sendo esse o questionário da *Alta Sensibilidade do Processamento Sensorial e variáveis Psicossociais*.

Para a realização deste projeto importa realçar o uso de dois instrumentos, sendo esses, relativo à parte da alta sensibilidade, a *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS) de Aron (2001), adaptada para a versão portuguesa por Pereira e colaboradores (2017), e para a parte do funcionamento sexual, o *Massachusetts General Hospital Sexual Function Questionnaire* (MGH), de Labbate & Lare (2001), adaptado para a versão portuguesa por Pereira e colaboradores (2017).

### 1.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O protocolo de investigação abrangeu, inicialmente um questionário sociodemográfico que teve como objetivo caracterizar a amostra em estudo, sendo solicitadas informações aos inquiridos sobre a idade, género, estado marital, local de residência, nível de escolaridade, situação profissional, estatuto socioeconómico e orientação sexual, sendo sempre assegurado aos participantes o seu anonimato. A segunda parte do questionário é composta por informações referentes à alta sensibilidade, posteriormente segue-se a saúde mental, o *mindfulness* ou consciência plena, o funcionamento sexual, a agressividade, as expectativas face à longevidade, o perdão traço e o compromisso laboral.

### 1.2.2.2. Highly Sensitive Person Scale (HSPS)

A Escala da Pessoa Altamente Sensível é constituída por 27 itens. Estes são fornecidos numa escala tipo *Likert* que varia de 1 (não) a 7 (extremamente) (Konrad & Herzberg, 2017). Esta escala mede um conceito unidimensional da alta sensibilidade sensorial e a capacidade de ativação associada, que é parcialmente independente da introversão e da emotividade.

A *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS), foi desenvolvida e validada numa série de estudos que pretendiam explorar a construção da personalidade do SPS.

Utilizando a HSPS, observou-se que os indivíduos altamente sensíveis parecem ser mais sensíveis à dor, a medicamentos, cafeína e a ter uma taxa maior de problemas somáticos, como enxaquecas, dores de cabeça, dor crónica e fadiga crónica, bem como problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e fobia social (Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

Este questionário foi validado para a versão portuguesa por Pereira e colaboradores (2017) e inclui questões como: “Sente-se facilmente sobrecarregado/a por estímulos sensoriais fortes?”, “O estado de humor das outras pessoas afetam-no/a?”, “Tem tendência para ser mais sensível à dor?”, “Sente-se desconfortável com o barulho?”, “Tem uma vida interior rica e complexa?”, “É consciencioso?”, “Assusta-se facilmente?”, “Fica abalado/a quando tem muito para fazer num curto espaço de tempo?”, “Fica desagradavelmente excitado/a quando está muita coisa a acontecer à sua volta?”, entre outras.

Foi realizada uma análise de confiabilidade das escalas de modo a verificar o seu grau de confiança no projeto, e foi então possível verificar que o alfa de Cronbach para o *Highly Sensitive Person Scale* foi de  $\alpha=0.90$ , traduzindo um nível de confiabilidade que podemos considerar excelente (Maroco & Marques, 2006).

### 1.2.2.3. Massachusetts General Hospital Sexual Function Questionnaire (MGH)

Os estudos estimam que a disfunção sexual afeta 10% a 52% dos homens, nomeadamente a nível da resposta sexual, incluindo o desejo, excitação, orgasmo e resolução. De modo a detetar a disfunção sexual, vários questionários de autorrelato foram desenvolvidos, como o Questionário de Mudanças no Funcionamento Sexual (CSFQ) e o Questionário de Função Sexual do Hospital Geral de Massachusetts (MGH). Este é um questionário de 5 itens, derivado da Escala de Experiência Sexual de Arizona, que apresenta validade concorrente e confiabilidade com o Índice Breve de Funcionamento Sexual. Foi então, desenvolvido um estudo com o objetivo de examinar a frequência da disfunção sexual em pacientes psiquiátricos do sexo masculino e estabelecer a validade concorrente do questionário sexual MGH e CSFQ (Labbate & Lare, 2001).

O MGH avalia o interesse, excitação, orgasmo, a ereção e a satisfação sexual geral e é constituído por 5 perguntas: 1) “Como tem sido o seu interesse no sexo no último mês?”, 2) “Como tem sido a sua capacidade de ficar sexualmente excitado/a no último mês?”, 3) “Como tem sido a sua capacidade para atingir um orgasmo no último mês?”, 4) “Como foi a sua capacidade de obter ou manter uma ereção no último mês?”, 5) “Como você avaliaria a sua satisfação sexual geral no último mês?”. As respostas variam numa escala tipo Likert, de 1 (maior que o normal) a 6 (totalmente ausente) (Labbate & Lare, 2001).

Este questionário foi adaptado para a versão portuguesa por Pereira (2017). O questionário abarca as mesmas perguntas da versão original distribuídas pela mesma escala, de 1 a 6 (Pereira, 2017).

Para verificar o grau de confiança do alfa de Cronbach no *Massachusetts General Hospital Sexual Function Questionnaire*, foi realizada uma análise de confiabilidade das escalas, traduzindo um nível também excelente,  $\alpha=0.92$  (Maroco & Marques, 2006).

### **1.2.3. Procedimentos**

Com base nos objetivos do estudo, foi elaborado um questionário *online* no projeto de “*Alta Sensibilidade do Processamento Sensorial e variáveis Psicossociais.*”, com questões que abordam as várias áreas em estudo, nomeadamente, a alta sensibilidade, a saúde mental, o *mindfulness* ou consciência plena, o funcionamento sexual, a agressividade, as expetativas face à longevidade, o perdão traço e o compromisso laboral.

Através da revisão da literatura foi possível observar que ainda não existem estudos que relacionem a alta sensibilidade e o funcionamento sexual com o efeito mediador da orientação sexual, sendo este um estudo pioneiro nesta área.

#### **1.2.3.1. Procedimentos da recolha de dados**

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI). Após a sua aprovação foi elaborado um protocolo disseminado via online através de um *link*. Quando enviado esse *link*, eram apresentados os principais objetivos da investigação, sendo pedido o consentimento informado em que os sujeitos colaboraram, de forma facultativa nas respostas às perguntas do inquérito, tendo-lhes sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos resultados e da identidade. As exigências éticas e deontológicas, ao longo de todo o processo de investigação, foram asseguradas, tendo sido os dados recolhidos utilizados exclusivamente para fins estatísticos.

Como critérios de inclusão foram requeridos ter idade superior a 18 anos e saber ler e escrever português, sendo recolhidos no total 1049 indivíduos. Do protocolo de recolha para o presente estudo foram tidos em conta os dados sociodemográficos, a HSPS e o MGH.

A recolha de dados por via *online* acaba por possibilitar uma maior dimensão e variedade da amostra, com um maior alcance a populações mais inacessíveis. Verifica-se ser ainda mais prático e simples para os respondentes e com uma possível validade psicométrica, tão ou mais adequada que a recolha tradicional, a papel e lápis. No entanto, pode restringir a adesão dos respondentes ao questionário devido a razões como a não utilização ou recurso à internet, uma compreensão não adequada acerca das questões, as respostas ao acaso e até mesmo a saturação devido à extensão do questionário, sendo necessário a elaboração de um questionário que não seja demasiado extenso e com questões compreensíveis (Weigold, Weigold, & Russel, 2013). A recolha de dados via *online* tem ainda a vantagem de obter a totalidade dos dados em formato digital, facilitando a inserção dos mesmos num programa estatístico.

### **1.2.3.2. Procedimentos da análise dos dados**

Procedeu-se à recolha dos dados submetidos via *online* na plataforma, seguidamente introduzidos no programa estatístico IBM SPSS STATISTICS para realizar a base de dados e elaborar a análise estatística.

Foi então descrita e caracterizada a amostra do estudo, através de uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Foi então realizado o cálculo das estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão) e dos valores extremos (mínimo e máximo), foram, ainda, realizadas correlações e regressões em consonância com as hipóteses a serem testadas. Para a análise estatística das informações recolhidas foi estabelecido como nível de significância  $p=.05$ .

Considerando o tamanho da amostra houve um recurso a testes paramétricos, uma vez que se apresenta um N alto ( $n=1041$ ). De acordo com Hall, Neves & Pereira (2007), o Teorema do Limite Central (TLC) permite a utilização de testes paramétricos, pois segue o pressuposto de que à medida que o N aumenta, maior a aproximação da normalidade. Este teorema determina que quando a amostra é grande, não é obrigatório verificar a sua distribuição. Para que a amostra seja considerada grande, é necessário que o N seja superior a 30, com posterior recurso ao pressuposto deste teorema (Ferreira, 2005). Foram ainda usados Testes-T para amostras independentes para averiguar se as médias da variável dependente nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra (Martins, 2011).

De modo a compreender a relação entre a variável alta sensibilidade e funcionamento sexual, foi utilizado o coeficiente da correlação de Pearson. Este permite avaliar a direção

(positiva ou negativa) e a magnitude (variando entre +1 e -1) dessa mesma associação. Para observar a normalidade e a homogeneidade das variâncias recorreu-se à análise da regressão. Esta aplica-se quando estamos em contextos de testes de diferenças inter sujeitos e postula que as variâncias dos grupos em comparação são similares (Martins, 2011).

Como se pretende comparar três ou mais grupos independente ao nível de uma variável independente intervalar (teste que constitui uma extensão do Teste-T para amostras independentes, o qual nos permite comparar apenas 2 grupos independentes) recorreu-se à ANOVA. Como a ANOVA diz-nos apenas que foram detetadas diferenças, não especificando onde estas estão, e para identificar onde estão as diferenças é necessário recorrer aos Testes Post-Hoc realizados no âmbito da análise da variância, que permitem comparar os grupos dois a dois, identificando entre que grupos existem diferenças significativas (Martins, 2011).

### 1.3. Resultados

Os resultados pretendem responder às questões de investigação, aos objetivos e às hipóteses através das análises estatísticas realizadas com os dados recolhidos.

Na tabela apresentada abaixo são solicitadas informações resumidas para cada uma das variáveis. Na variável da alta sensibilidade obteve-se informação de 1048 participantes com um intervalo de valores entre 6 a 179, com uma média de 120.28 e um desvio padrão de 23.71. A mediana teórica desta variável é 108. Para a variável do funcionamento sexual obteve-se informação de 1041 indivíduos, com um intervalo de valores de 2 a 30, com uma média de 17.54 e um desvio padrão de 4.78, tendo uma mediana teórica de 20. Foi considerado o ponto de corte de 4.52 para estas variáveis.

Tabela 2

*Estatísticas descritivas para as variáveis da alta sensibilidade e do funcionamento sexual*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística
Alta Sensibilidade	1048	6	179	120.28	23.71
Funcionamento Sexual	1041	2	30	17.54	4.78

Na tabela 3 são apresentados os valores da média e desvio padrão para a variável da orientação sexual em função da alta sensibilidade e do funcionamento sexual.

Tabela 3

*Estatísticas descritivas para as variáveis da alta sensibilidade e do funcionamento sexual em função da orientação sexual*

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
		Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística
Funcionamento Sexual	Heterossexual	902	1	6	3.51	.95
	Bissexual	60	1.8	5	3.59	.70
	Gay ou Lésbica	73	1	5.8	3.52	1.02
Alta Sensibilidade	Heterossexual	908	1	6.4	4.43	.84
	Bissexual	60	1.8	6.3	4.82	.94
	Gay ou Lésbica	73	1.9	6.6	4.73	.99

Para proceder às relações de associação entre as variáveis dependentes (Funcionamento Sexual e Alta Sensibilidade) e a variável independente (Orientação Sexual), serão utilizados testes paramétricos, nomeadamente o teste do coeficiente da correlação de Pearson. Para comparar as variáveis dependentes com os diferentes grupos relativos aos fatores sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estatuto socioeconómico, estado marital) irá haver um recurso a testes não paramétricos. Tal procedimento deve-se à

diferença numérica entre grupos e conforme os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, ou seja, todas as variáveis terem de ser intervalares, a distribuição ser normal e a homogeneidade das variâncias, recorreu-se às alternativas não paramétricas devido ao não cumprimento destes pressupostos (Martins, 2011).

Para verificar se há uma relação entre o Funcionamento Sexual e a Alta Sensibilidade, relativa à hipótese 1, procedeu-se ao teste do coeficiente da correlação de Pearson (tabela 4), de modo a descrever a força e direção linear entre as duas variáveis. O foco principal é o de observar de que modo uma variável pode influenciar a outra, ou seja, de que modo o Funcionamento Sexual pode influenciar a Alta Sensibilidade.

Posto isto, a Alta Sensibilidade está negativamente correlacionada com o Funcionamento Sexual ( $r = -.110$ ), verificando-se diferenças estatisticamente significativas uma vez que  $p < .001$ , o que sugere que quanto mais alto for o nível de sensibilidade, menor o funcionamento sexual.

Tabela 4

*Correlação entre a variável da alta sensibilidade e o funcionamento sexual, com base no teste de Pearson*

	Alta Sensibilidade			Funcionamento Sexual		
	N	Correlação de Pearson $r$	$p$	N	Correlação de Pearson $r$	$p$
Alta Sensibilidade	1048		1	1048	-.110	.000
Funcionamento Sexual	1041	-.110	.000	1041		1

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.05

Para averiguar se as médias da variável dependente nos dois grupos em comparação diferem significativamente uma da outra (hipótese 2), recorreu-se ao Teste T para amostras independentes.

O grupo dos baixos HSP (abaixo de 4.52) é constituído por 527 indivíduos cuja média e desvio padrão do funcionamento sexual é 3.62 e 0.87 respetivamente. O grupo dos altos HSP (acima de 4.53) é constituído por 514 indivíduos, tendo como média e desvio padrão do funcionamento sexual 3.40 e 1.01 respetivamente.

Há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos baixos HSP e dos altos HSP ao nível do funcionamento sexual ( $t(1039) = 3.72$ ,  $p < .001$ ). O grupo dos baixos HSP apresenta níveis mais elevados de funcionamento sexual do que o grupo dos altos HSP, significando que, quanta mais sensibilidade, menor funcionamento.

Recorreu-se à utilização da ANOVA porque se pretende comparar três ou mais grupos independentes (sendo estes os heterossexuais, gay ou lésbica e bissexuais), ao nível de uma variável dependente intervalar, sendo essa o funcionamento sexual e a alta sensibilidade.

Para averiguar a hipótese 3, procedeu-se à análise estatística do SPSS, que nos apresenta o número de participantes em cada grupo, bem como a média e o desvio padrão para cada um deles no que toca às variáveis dependentes em causa, sendo essas, o funcionamento sexual e a alta sensibilidade. Assim, no que diz respeito ao funcionamento sexual, o grupo dos heterossexuais é constituído por 902 sujeitos com média e desvio padrão de 3.51 e 0.95 respetivamente. O grupo dos bissexuais é constituído por 60 indivíduos com média de 3.59 e desvio padrão de 0.70. Por fim, o grupo de Gay ou Lésbica é constituído por 73 indivíduos com média de 3.52 e desvio padrão de 1.02.

No que concerne à alta sensibilidade, o grupo dos heterossexuais é constituído por 908 indivíduos com média de 4.43 e desvio padrão de 0.84. O grupo dos bissexuais é constituído por 60 sujeitos com média de 4.82 e desvio padrão de 0.94. Por fim, o grupo de Gay ou Lésbicas é constituído por 73 sujeitos com média de 4.73 e desvio padrão de 0.99.

No funcionamento sexual, o grupo dos bissexuais relatam mais funcionamento sexual ( $m=3.59$ ), seguido dos Gay ou Lésbica ( $m=3.52$ ) e por último os heterossexuais ( $m=3.51$ ).

Na alta sensibilidade, o grupo dos bissexuais é o que relata níveis mais altos de sensibilidade ( $m=4.82$ ), seguido dos Gay ou Lésbica ( $m=4.73$ ) e por fim, os heterossexuais com média de 4.43. Consultar a tabela 3.

Para verificar se há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no funcionamento sexual e na alta sensibilidade realizou-se uma ANOVA (tabela 5). Posto isto, observou-se que, no funcionamento sexual não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $Z(2)=0.193$ ,  $p=0.824$ ). No entanto, na alta sensibilidade há diferenças estatisticamente significativas ( $Z(2)=9.210$ ,  $p<.001$ ).

Tabela 5

*Resultados para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade comparativamente entre orientações sexuais*

		N	Média	Desvio- Padrão	Df.	Z	Sig.
<b>MGH</b>	Heterossexual	902	3.51	.95	2	.193	.824
	Bissexual	60	3.59	.69			
	Gay ou Lésbica	73	3.52	1.02			
<b>HSP</b>	Heterossexual	908	4.43	.84	2	9.210	.000
	Bissexual	60	4.82	.94			
	Gay ou Lésbica	73	4.73	.99			

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

A ANOVA apenas nos diz que apenas foram detetadas diferenças não especificando onde estas estão, por exemplo, é pouco plausível que haja diferenças dentro do funcionamento sexual entre os grupos Gay ou Lésbicas e Heterossexuais, visto que as suas

médias são muito similares, (sendo 3.52 e 3.51, respetivamente). E na alta sensibilidade entre os Bissexuais e os Gay ou Lésbica (4.82 e 4.73 respetivamente).

Para identificar onde estão as diferenças é necessário recorrer ao Teste Post-Hoc (tabela 6), realizados no âmbito da análise da variância, que permite comparar os grupos dois a dois, identificando entre que grupos existem diferenças significativas.

Observou-se então, que no Funcionamento Sexual, nenhum grupo apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

No entanto, na Alta Sensibilidade, o grupo dos Heterossexuais apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo dos Bissexuais ( $p = 0.012$ ), bem como o grupo dos heterossexuais em relação ao grupo dos Gay ou Lésbicas ( $p = 0.002$ ). Posto isto, pode-se afirmar que são os Bissexuais que apresentam níveis mais altos de sensibilidade ( $p = 0.002$ ), respondendo à hipótese 4.

Em suma, há diferenças estatisticamente significativas ao nível da Alta Sensibilidade em função dos grupos,  $Z(2) = 9.210$  e  $p = 0.000$ . O Teste Post-Hoc revelou que o grupo dos Bissexuais relatam níveis mais altos de sensibilidade do que o grupo dos Heterossexuais ( $p = 0.002$ ) e o grupo dos Gay e Lésbicas apresentam, também, níveis mais altos de sensibilidade do que os Heterossexuais ( $p = 0.12$ ).

Entre o grupo dos Bissexuais e dos Gay e Lésbicas não há diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6

*Resultados do teste Post-Hoc para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade comparativamente entre orientações sexuais*

TESTE POST-HOC			
			Sig.
MGH	Heterossexual	Bissexual	.809
		Gay ou Lésbica	.996
	Bissexual	Heterossexual	.809
		Gay ou Lésbica	.908
	Gay ou Lésbica	Heterossexual	.996
		Bissexual	.908
HSP	Heterossexual	Bissexual	.002
		Gay ou Lésbica	.012
	Bissexual	Heterossexual	.002
		Gay ou Lésbica	.823
	Gay ou Lésbica	Heterossexual	.012
		Bissexual	.823

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.05.

Com o objetivo responder à hipótese 5 e avaliar se existe diferenças estatisticamente significativas relativas à alta sensibilidade e o funcionamento sexual em função dos grupos da orientação sexual, apenas para a população altamente sensível foi realizada uma ANOVA.

Posto isto, como podemos observar na tabela 7, dentro do funcionamento sexual, o grupo dos heterossexuais é constituído por 428 indivíduos, com uma média de 3.38 e um desvio padrão de 1.04., o grupo dos bissexuais é constituído por 41 sujeitos com média e desvio padrão de 3.48 e .69 respetivamente. Por fim, o grupo dos Gay ou Lésbicas é constituído por 44 indivíduos, com média de 3.61 e desvio padrão de .93. Posto isto, podemos afirmar que o grupo com mais funcionamento sexual é o dos homossexuais (M=3.61), seguido dos bissexuais (M=3.48) e, por fim, os heterossexuais (M=3.38).

Para a alta sensibilidade, o grupo dos heterossexuais é constituído por 433 sujeitos com média e desvio padrão de 5.12 e .42 respetivamente. O grupo dos bissexuais é constituído por 41 indivíduos, com média de 5.33 e desvio padrão de .50. O grupo dos Gay ou Lésbica é constituído por 44 sujeitos com média de 5.39 e desvio padrão de .54. Podemos afirmar então que, o grupo mais sensível é o dos homossexuais (M=5.39), seguido dos bissexuais (M=5.33) e, por fim, os heterossexuais (M=5.12).

Tabela 7

*Resultados para o funcionamento sexual e a alta sensibilidade apenas para a população altamente sensível comparativamente entre as orientações sexuais*

		N	Média	Desvio-Padrão	Df.	Z.	Sig.
Funcionamento Sexual	Heterossexual	428	3.38	1.04	2	10.71	.292
	Bissexual	41	3.48	.69			
	Gay ou Lésbica	44	3.61	.93			
Alta Sensibilidade	Heterossexual	433	5.12	.42	2	1.23	.000
	Bissexual	41	5.33	.50			
	Gay ou Lésbica	44	5.39	.5			

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.05.

O grupo do funcionamento sexual não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $Z(2)=10.71$ ,  $p=.292$ ).

No grupo da alta sensibilidade há diferenças estatisticamente significativas ( $Z(2)=1.23$ ,  $p<.001$ ).

Nestes resultados, uma vez que, refletem apenas a população altamente sensível, verificámos uma contradição dos resultados que englobam toda a amostra, mostrando que, na alta sensibilidade, a população com maiores níveis de sensibilidade é a população Gay ou Lésbica, e quem tem mais funcionamento sexual é também a população Gay ou Lésbica.

Em suma, tendo em conta estes resultados, quem mostra mais funcionamento sexual são os homossexuais e os bissexuais em relação aos heterossexuais. Este indivíduos mostram também, níveis mais elevados de sensibilidade (hipótese 5).

No âmbito da sexta hipótese, que visou explorar as diferenças entre a força do efeito ( $R^2$ ) do funcionamento sexual na alta sensibilidade quando comparada com a orientação sexual, foram realizadas análises de regressão linear múltipla. Na tabela 8, estão apresentados o  $R^2$  e o  $R^2$  ajustado, os coeficientes de regressão não padronizados (B), os valores do erro padrão de B e os coeficientes de regressão padronizados (B) o *df*, *z* e *sig*.

Tendo em conta o valor do  $R^2$  a variável Alta Sensibilidade ( $B=-.11$ ,  $p=.001$ ) e a orientação sexual ( $B=.02$ ,  $p=.003$ ) contribuem significativamente com 1.1 por cento da explicação do funcionamento sexual. O valor de *R* para a regressão foi significativamente diferente de zero para o funcionamento sexual,  $Z(1)=11.41$ ,  $p<.05$ .

De forma a perceber o quanto a variância é explicada pela variável Alta Sensibilidade é necessário observar o valor  $R^2$  ajustado. Assim, podemos observar que o valor é de 0.009, o que significa que a Alta Sensibilidade explica 0.9 por cento da variância na variável Orientação Sexual, o que é fraco mas significativo.

Podemos ainda observar que trata-se de uma contribuição estatisticamente significativa do modelo uma vez que, o valor do *sig*. é de 0.001 com 1 grau de liberdade.

Tabela 8

*Resultados da regressão para a variável do funcionamento sexual*

Resumo do Modelo									
VD	Preditor	$R^2$	$R^2$ Ajustado	B	Erro- padrão	B	df	Z	Sig.
MGH	HSP	.011	.010	-.11	.03	-.11	1	11.41	.001
	Orientação Sexual	.011	.009	.04	.05	.02	2	5.95	.003

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.05.

Avaliando cada uma das variáveis independentes para descobrir quão bem cada uma das variáveis contribui para a equação observou-se que apenas a variável da Alta Sensibilidade contribui de forma estatisticamente significativas para o modelo ( $p=0.001$ ). A Orientação Sexual é removida porque não é estatisticamente significativa ( $p=0.22$ ).

De modo a verificar se os grupos são homogêneos entre si, procedeu-se ao cálculo da homogeneidade das variâncias, uma vez que, estamos perante testes de diferenças inter sujeitos e, postula-se, que as variâncias dos grupos em comparação são similares (Martins, 2011).

No funcionamento sexual, os grupos são homogêneos entre si (Heterossexuais=3.51, Gay ou Lésbica=3.52 e Bissexuais=3.59) e o valor do *sig*.=.836, confirma a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Na alta sensibilidade os grupos são também homogêneos (Heterossexuais=4.43, Gay ou Lésbica=4.73 e Bissexuais=4.82) e há também ausência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=.755$ ).

Podemos observar na tabela abaixo que os heterossexuais são menos sensíveis, encontrando no grupo 1 (abaixo de 4.52), enquanto que os Gay ou Lésbicas e bissexuais inserem-se no grupo 2 (acima de 4.53) sendo mais sensíveis.

Tabela 9  
*Homogeneidade dos grupos*

		N	1	2
Funcionamento Sexual	Heterossexual	902	3.51	
	Bissexual	73	3.52	
	Gay ou Lésbica	60	3.59	
	Sig.		.836	
Alta Sensibilidade	Heterossexual	908	4.43	
	Bissexual	73		4.73
	Gay ou Lésbica	60		4.82
	Sig.			.755



## 1.4. Discussão

O presente estudo pretendeu explorar a relação entre a Alta Sensibilidade e o Funcionamento Sexual com o efeito mediador da Orientação Sexual, bem como verificar se esta última varia conforme os diferentes fatores sociodemográficos. Seguidamente, será elaborada uma discussão, confrontando os resultados obtidos na presente investigação com os resultados observados na revisão da literatura.

Da amostra total, dos 1049 participantes, verificou-se uma predominância do sexo feminino na amostra (64.9%), com os participantes com idades compreendidas entre os 18 a 80 anos, mas com as idades maioritariamente jovens (sendo a moda os 20 anos). Grande parte dos participantes tem formação universitária (licenciatura/bacharelato) (47.0%), um estatuto socioeconómico médio (56.5%) e a orientação sexual predominante é a heterossexualidade (87.2%).

Com base na hipótese 1, “Existe relação entre a Alta Sensibilidade e o Funcionamento Sexual?”, através dos resultados obtidos verificou-se que a Alta Sensibilidade apresentou uma diferença estatisticamente significativa com o Funcionamento Sexual, ou seja, quanto mais alto for o nível de sensibilidade, menor o funcionamento sexual. Este resultado vai contra os dados obtidos por Aron (1996), que defende que, se as pessoas altamente sensíveis são mais sensíveis aos estímulos são também mais sensíveis à estimulação sexual, tornando a vida sexual destas pessoas mais satisfatória. No entanto, nos momentos em que os HSP estão sobrecarregados de estimulação estes podem interferir com o funcionamento e o prazer sexual (Aron, 1996).

Sabe-se ainda que os indivíduos altamente sensíveis apaixonam-se mais devido à dúvida sobre a sua própria autoestima. As pessoas altamente sensíveis são mais propensas a terem uma baixa autoestima porque não são o ideal da sua cultura, portanto, eles consideram-se sortudos por alguém os querer. Existe ainda a tendência humana de ter um relacionamento íntimo por puro medo de estar sozinho, o que leva estas pessoas a comprometerem-se mais facilmente (Aron, 1996). Estas características podem explicar este resultado, uma vez que, estas pessoas podem ser mais retraídas na sua vida amorosa não tendo o melhor funcionamento sexual. Outra possível explicação reporta-se ao estado marital desta amostra, sendo que a maioria, mais precisamente 463 indivíduos, são solteiros, não estando envolvidos em relações amorosas, não tendo atividade sexual, o que pode enviesar os resultados.

Outra possível explicação para este resultado relaciona-se com a idade, visto que as idades situam-se entre os 18 e os 80, e apesar de a maioria da amostra ter idades jovens, a amostra é também constituída por indivíduos mais velhos.

A sexualidade representa uma das valências com impacto significativo sobre a qualidade de vida, independentemente da idade da pessoa. No entanto, o padrão de resposta sexual manifesta sucessivas alterações ao longo da vida. É inevitável o envelhecimento das estruturas nervosas e vasculares, bem como a perda da funcionalidade genital. Segundo Masters e Johnson (1986), a resposta sexual humana pode ir ficando mais lentificada ao longo do processo de envelhecimento, mas não deixa de existir (Masters & Johnson, 1986).

Alguns fatores de risco relacionados à perda de funcionalidade sexual, para as mulheres, são a menopausa, que consiste numa paragem de menstruação causando perda da atividade do ovário; alterações morfológicas vaginais, nomeadamente, a redução do tamanho do útero pré-púbere, a atrofia do endométrio e da mucosa do colo uterino e a vagina mais curta e menos flexível; diminuição do desejo sexual; diminuição da frequência a atividade sexual; dificuldades de excitação, como lubrificação vaginal deficitária e menor tensão psicológica; desconforto face ao envolvimento sexual/dispárea; resposta orgásmica mais tardia; orgasmo menos intenso e com menor número de contrações e eventual perda de capacidade multi-orgásmica. Nos homens as causas mais frequentes que levam ao disfuncionamento sexual devido à idade são a diminuição do desejo sexual (apetência, fantasias); diminuição da frequência da atividade sexual; dificuldades/disfunção erétil associadas à excitação mais demorada, qualidade da ereção (rigidez, duração), diminuição das ereções espontâneas, diminuição das ereções noturnas/matinhas e impotência; alterações da resposta ejaculatória devido à diminuição da percepção do ponto de inevitabilidade ejaculatória, diminuição do líquido pré-ejaculatório, diminuição da força e volume do ejaculado e ejaculação retardada; alterações do orgasmo pois a resposta orgásmica é mais demorada, o orgasmo é menos intenso/duradouro e ao aumento da incidência de relações sexuais sem orgasmo; detumescência mais rápida e aumento significativo do período refratário (Cardoso, 2004).

Estes fatores aumentam o risco de disfuncionalidade sexual feminina e masculina, levando a resultados mais pobres, o que se pode traduzir na amostra, uma vez que, tem idades mais avançadas. Sendo que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres e, sabendo-se que estas também relatam mais problemas sexuais do que os homens, essa é também uma variável que pode influenciar os resultados.

Para a hipótese 2, verificou-se que o grupo dos baixos HSP relata maior funcionamento sexual do que o grupo dos altos HSP, significando que, quanta mais sensibilidade, menor funcionamento. Mais uma vez, uma das razões que podem justificar este resultado refere-se à amostra, que no seu todo, metade das pessoas são consideradas altamente sensíveis e a outra metade não é, o que mais uma vez pode enviesar os resultados da amostra. Futuramente, seria importante realizar um estudo com estas mesmas variáveis com uma amostra de pessoas, apenas altamente sensíveis.

Este resultado pode ainda ser explicado devido às pessoas altamente sensíveis serem mais introvertidas o que resulta numa atitude mais defensiva quando expostas à estimulação. No plano instrumental, nomeadamente nas relações sexuais estima-se que estas pessoas sejam mais retraídas o que pode influenciar o seu funcionamento sexual.

Seguidamente serão apresentados alguns factos relativos ao resultados, para o funcionamento sexual, observando que quem relata maior funcionamento sexual são os bissexuais, seguidos dos Gay ou Lésbica e por último, os heterossexuais, referentes à hipótese 5.

No presente estudo, observa-se então que os bissexuais relatam níveis mais altos de funcionamento sexual, seguidos dos homossexuais e por fim, os heterossexuais. De acordo com a literatura, este resultado vai de encontro à mesma que refere que os sujeitos homossexuais e bissexuais apresentam maiores níveis de desejo/interesse sexual que os heterossexuais (Cuve, Toledano, Marques, Machado, & Chavez, 2016).

Poucos estudos avaliam o funcionamento sexual nas minorias sexuais. No entanto, na maioria destes estudos, as pessoas homossexuais são as que reportam maiores níveis de satisfação sexual, o que sugere a ausência de limitações impostas na expressão sexual do género, o que acontece nas relações heterossexuais (Cuve, Toledano, Marques, Machado, & Chavez, 2016).

Nas lésbicas, a falta de intimidade e equilíbrios nos relacionamentos contribuem para a disfunção sexual, no entanto, a disfunção sexual é considerada rara entre lésbicas porque a capacidade de atingir o orgasmo e a satisfação sexual parece ser bastante alta (Bhugra & Wrigth, 2004).

Outro estudo defende que o contexto cultural e a educação religiosa promovem crenças conservadoras para a sexualidade. Do mesmo modo, as expetativas sociais em relação ao desempenho sexual desempenham, também, um papel importante em crenças sexuais disfuncionais. Além disso, atitudes conservadoras em relação à sexualidade e expetativas pouco realistas em relação ao desempenho sexual são comumente relacionadas a dificuldades sexuais em homens e mulheres heterossexuais, o que pode explicar a obtenção deste resultado (Peixoto & Nobre, 2014).

Zilbergeld (1999), descreveu vários mitos sexuais com base no seu trabalho com casais com disfunção sexual. Mitos relacionados com o desempenho sexual nos homens (e.g. “um homem verdadeiro faz sexo”), mitos relacionados com *scripts* sexuais (e.g. “o bom sexo é espontâneo, sem ser planeado e sem falar”; “todo o toque é sexual ou deve levar ao sexo”), reforçando expetativas não realistas para os homens e as mulheres originando problemas sexuais. Além dos mitos masculinos, Hawton (1985), propôs uma lista de crenças femininas que refletem um duplo padrão, permissivo mais exigente para os homens (e.g. “o sexo só

deve ocorrer quando o homem quer”; “os homens não devem expressar os seus sentimentos”; “quando um homem tem uma ereção é mau para ele não obter um orgasmo muito em breve”) e repressivo para as mulheres (e.g. “qualquer mulher que inicia o sexo é imoral”). Heiman e LoPiccolo (1988) apresentam dimensões relacionadas com a idade e a aparência física (e.g. “o sexo é apenas para pessoas com menos de 30 anos”, “a vida sexual duma mulher termina na menopausa”) e crenças sobre o desempenho da mulher (e.g. “as mulheres normais têm um orgasmo todas as vezes que fazem sexo” e “mulheres que não têm um orgasmo rápido têm algum problema”) (Peixoto & Nobre, 2014).

A disfunção erétil nos homens acredita-se estar relacionada com crenças de não conseguir satisfazer a mulher sexualmente. Os homens com problemas de desejo sexual relatam atitudes restritivas em relação à sexualidade, juntamente com pensamentos não eróticos e preocupações com a capacidade para ter uma ereção. Nas mulheres, a falta do desejo sexual está relacionada com crenças conservadoras da sexualidade e o papel do envelhecimento na sexualidade. O distúrbio orgásmico feminino está relacionado com a dificuldade de excitação e ao próprio corpo e as dificuldades de lubrificação ao conservadorismo e o desejo sexual estar associado ao pecado (Peixoto & Nobre, 2014).

Alguns estudos encontram diferenças nas atitudes e comportamentos das mulheres lésbicas e heterossexuais em relação ao sexo e a relações íntimas. Por exemplo, as mulheres lésbicas relataram encontrar estímulos sexuais visuais mais estimulantes e relataram que o sexo é um fator mais importante na satisfação do que as mulheres heterossexuais. Nos relacionamentos, as mulheres lésbicas relatam maior flexibilidade em relação a um grupo de comparação de mulheres heterossexuais. Além disso, as mulheres lésbicas em relacionamentos relataram que os comportamentos afetuosos, como abraços ou carinhos, são fins para eles mesmo, não necessariamente precursores da relação sexual, sendo que os casais heterossexuais geralmente consideram isso (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2008).

Alguns autores consideram a teoria ecológica importante para o desenvolvimento do indivíduo. A importância desta remete-se para a interação entre um indivíduo e ou outros, objetos e forças sociais no meio ambiente. Esta permite uma conceituação em vários níveis e não apenas ao nível do indivíduo, considerando as condições ambientais e sociais no funcionamento individual (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2008).

Como pesquisas anteriores mostram, conceitualizar a satisfação sexual a partir de múltiplas perspetivas pode produzir uma compreensão mais precisa dos fatores que influenciam a satisfação sexual, especialmente entre as mulheres. Esta teoria apresenta alguns fatores, como o microsistema (depressão, abuso sexual infantil, homofobia internalizada), mesossistema (satisfação de relacionamento, funcionamento sexual) e exossistema (suporte social, paternidade), que podem influenciar a satisfação sexual para mulheres lésbicas e heterossexuais (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2008).

Um fator comum aos modelos lésbicos/bissexuais e heterossexuais foi o papel da satisfação no relacionamento, quando mediada com a relação entre o apoio social e satisfação sexual leva a maior satisfação. O funcionamento sexual, particularmente, o prazer sexual/orgasmo e frequência de relações sexuais, é superior nas mulheres lésbicas e bissexuais quando comparadas com as heterossexuais. Esse mesmo estudo mostra que as lésbicas são sexualmente mais excitadas e mais assertivas em comparação com as heterossexuais. Mostra ainda que as mulheres lésbicas/bissexuais relatam significativamente menos problemas sexuais e orgasmos mais frequentes do que as mulheres heterossexuais (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2008).

Segundo os estudos de Kinsey (1948), 37% dos homens já experimentaram orgasmos com outros homens e os indivíduos apresentam comportamentos sexuais durante a vida, estáveis ou transitórios.

De acordo com Laumann et al. (1999) (citado por Peixoto & Nobre, 2015), os problemas sexuais mais frequentes nos homens são a ejaculação precoce, seguida da falta de desejo sexual, dificuldades em manter a ereção e dificuldades no alcance do orgasmo (Peixoto & Nobre, 2015). Em Portugal, o problema sexual mais comum nos homens é a ejaculação precoce (23,2%), seguido da dificuldade de manter uma ereção (10,2%), dificuldade em atingir o orgasmo (8,2%) e a falta de desejo sexual (2,9%) (Peixoto & Nobre, 2015).

Vários estudos defendem que a imagem corporal é muito influente na orientação sexual. A maioria das evidências empíricas mostra que os homens gays expressam níveis mais elevados de preocupações sobre a imagem do corpo, sendo mais precisos no controlo do peso e são mais propensos a sofrer de distúrbios alimentares em comparação com os homens heterossexuais (Gil, 2007).

Bancroft e colaboradores (2003) identificam alguns fatores que influenciam negativamente a sexualidade dos homossexuais, tais como, o stress minoritário, o ocultar da orientação sexual e as experiências de discriminação e rejeição. As investigações realçam também que os casais homossexuais, comparativamente aos casais heterossexuais, apresentam, com maior frequência, dificuldades eréteis e ejaculação precoce (Garrett & Sousa, 2013).

Outros fatores apontados para o aumento de disfunção sexual na homossexualidade são fatores biológicos, sociais (idade, desemprego, stress, estigma social, heterossexismo, relação conjugal), físicos (decrésimo da atividade física devido a doenças crónicas), psicológicos (depressão, ansiedade e homofobia internalizada) e comportamentais (álcool, drogas e comportamentos sexuais de risco) (Garrett & Sousa, 2013).

Em suma, a população LGBT é quem apresenta melhor funcionamento e satisfação sexual devido a fatores como conhecerem melhor os seus corpos, não terem tanto conservadorismo como a população heterossexual e não caírem na monotonia da relação. Neste estudo os resultados são concordantes com a literatura mostrando que também aqui, são os Gay ou Lésbica e os Bissexuais que revelam mais funcionamento sexual.

Relativamente ao resultado que apresenta que não existem diferenças significativas entre a orientação sexual e os níveis de sensibilidade, este pode ser explicado através da teoria do stress minoritário de Meyer. Sendo que estes sujeitos sofrem uma pressão homofóbica, bifobia, micro agressões e existe uma ausência de modelos positivos, existe uma exposição prolongada às micro agressões que poderão ativar respostas de alta sensibilidade. Para o funcionamento sexual, recorreu-se a um estudo de Peixoto e Nobre que mostrou que também foram os não heterossexuais que pontuaram menos nas disfunções sexuais. Uma possível explicação para não haver diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis, pode dever-se principalmente a efeitos de género dos grupos que participaram, ou seja, 681 mulheres e 360 homens. Estes resultados pretenderam responder à hipótese 3.

Segundo Meyer (1995), o conceito de *stress* minoritário é baseado na premissa de que a população homossexual, numa sociedade heterossexual está sujeita ao stress crónico relacionado com a estigmatização. O stress minoritário refere-se à homofobia internalizada, que se relaciona com as atitudes negativas da sociedade nos homens gays em relação ao *self*; ao estigma, que se relaciona com as expetativas de rejeição e discriminação e as experiências reais de discriminação e violência (Meyer, 1995).

De forma geral, o *stress* ocorre em situações que excedem os recursos pessoais para lidar com eventos internos e/ou externos, ou mesmo que sobrecarreguem a capacidade adaptativa dos indivíduos. Com isso, acredita-se que assumir uma orientação sexual diversa da heterossexual é situar-se como um possível alvo de preconceito, o que se formata como uma situação de *stress* capaz de vulnerabilizar os indivíduos aos transtornos decorrentes da relação entre o *stress* e a inserção social (Santos & Fernandes, 2009).

O conceito de *stress* minoritário não é baseado numa teoria congruente, mas sim inferido através de várias orientações teóricas sociais e psicológicas. No geral, o *stress* minoritário pode ser descrito como estar relacionado à justaposição de valores minoritários e dominantes e ao conflito resultante com o ambiente social experimentado pelos membros dos grupos minoritários. Várias teorias descrevem alienação e incongruência entre as necessidades individuais e as estruturas sociais. Certamente, quando o indivíduo é uma pessoa minoritária numa sociedade estigmatizada e discriminatória, o conflito entre essa cultura dominante pode ser penoso e o resultante *stress* minoritário significativo (Meyer, 1995).

A teoria da reação social aborda diretamente os efeitos do estigma e das atitudes sociais negativas nos indivíduos estigmatizados. De acordo com a reação social, o desvio pode levar à rotulação e à reação negativa da sociedade e conseqüentemente, os indivíduos estigmatizados desenvolvem respostas adaptativas ou mal adaptativas que podem incluir sintomas de saúde mental, denominados de desvios secundários. Similarmente, Allport (1954), descreve “traços devido à vitimização” como as reações defensivas dos indivíduos estigmatizados. Isto pode ser causado por mecanismos introvertidos, como o ódio e agressão entre os grupos, e/ou mecanismos extrovertidos como a timidez, preocupação obsessiva com as características estigmatizantes ou rebelião (Meyer, 1995).

Os grupos minoritários são ainda expostos a eventos de vida negativos relacionados com o estigma e a discriminação. No entanto, o *stress* minoritário surge, não apenas pelos eventos negativos, mas também da totalidade das experiências das pessoas pertencentes a esta minoria na sociedade dominante. No centro desta experiência encontra-se a incongruência entre a cultura das pessoas da minoria, as suas necessidades, experiência e as estruturas sociais (Meyer, 1995).

A população mais envelhecida dispõe de características muito específicas devido ao contexto socio-histórico onde se desenvolveu. Uma elevada percentagem sofreu ao longo da vida de violência física, danificação dos seus bens materiais, discriminação, opressão e marginalização. Estas experiências podem conduzir a níveis elevados de ansiedade, depressão e pensamentos suicidas relacionados com a sua identidade sexual ou de género (Gonçalves, Costa, & Leal, 2018).

Vários estudos tentaram estudar os efeitos do *status* das minorias na saúde mental. A abordagem mais utilizada comparou taxas de psicopatologia e o sofrimento entre os grupos minoritários e os não minoritários. Foi então previsto que, se a posição de minoria é stressante, e se esse *stress* está relacionado com o *stress* psicológico, então os grupos minoritários têm taxas maiores de *stress* que os grupos não minoritários (Meyer, 1995).

Os indivíduos que não se aceitam a eles próprios e não fizeram eficazmente o “*come out*”, são menos prováveis de participar em estudos do que os homens gays que se aceitam a eles próprios e passaram por esse processo. Sendo que a autoaceitação está relacionada com um melhor ajustamento psicológico e menos *stress*, o viés de seleção para determinados estudos, leva à super representação de membros mais saudáveis do grupo minoritário, subestimando assim as taxas de sofrimento nos resultados (Meyer, 1995). Uma das possíveis explicações para este resultado, que mostra que é a população LGB que tem mais funcionamento sexual, pode-se dever a esta premissa.

O apoio às formulações de *stress* minoritário é fornecido por algumas pesquisas. Por exemplo, uma revisão de estudos sobre diferenças entre homens gays e héteros em testes psicológicos, sugere que, embora os homens gays não estejam mais stressados, quando ficam

angustiados, geralmente é em áreas que são consistentes com conceituações minoritárias de *stress*, como a autoaceitação, alienação e sintomas paranoicos (Meyer, 1995).

Na tentativa de estudar o efeito do *stress* minoritário na saúde mental dos homens gays, Meyer realizou um estudo para testar e especificar processos explícitos do *stress* minoritário. Recorrendo a 3 conceitos, sendo estes, a homofobia internalizada, expectativas de rejeição e discriminação (estigma) e eventos reais de discriminação e violência (prejuízo), considerados independentes e como grupo, estes preveem sofrimento psicológico nos homens gays. Estimativas de risco relativo sugeriram que o *stress* minoritário está associado a um aumento de duas a três vezes no risco de altos níveis de *stress* (Meyer, 1995).

Com isto, e como podemos verificar no presente estudo, são os bissexuais e homossexuais que apresentam maiores níveis de sensibilidade, o que pode ser explicado por este efeito de estigma e preconceito nesta população. Também, devido à heterogeneidade da amostra e esta ser composta por apenas 73 Gay ou Lésbica e 60 Bissexuais, os resultados acabam por ser influenciados pelos 908 Heterossexuais.

Para explicar o porquê de não existirem diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual foi analisado um estudo de Peixoto e Nobre (2015), relativos aos problemas sexuais femininos.

Nos últimos anos, vários estudos de prevalência sugeriram que os problemas sexuais femininos são um importante problema de saúde, com um efeito negativo na qualidade de vida das mulheres e na satisfação sexual. No entanto, a maioria desses estudos foi realizada com amostras heterossexuais. Por esse motivo, pouco se sabe sobre a prevalência de problemas sexuais em lésbicas (Peixoto & Nobre, 2015).

Numa revisão de estudos de prevalência sobre a disfunção sexual feminina, Hayes, Dennerstein, Bennett e Fairley (2008), descobriram que as estimativas variaram entre os instrumentos alternativos usados para avaliar os diferentes distúrbios. O intervalo de tempo utilizado para avaliar as dificuldades sexuais e a inclusão de níveis de sofrimento foram variáveis importantes na determinação das taxas de prevalência. De acordo com o DSM-5, os sintomas sexuais devem persistir pelo menos 6 meses e o sofrimento pessoal deve ser experimentado (American Psychiatric Association, 2013). Estudos anteriores sugeriram que apenas 25 a 28% das dificuldades sexuais que ocorreram durante 1 mês persistem após 6 meses ou mais. Em relação aos estudos prévios de mulheres heterossexuais, os resultados mostraram, consistentemente, menores taxas de problemas sexuais quando os níveis de sofrimento foram considerados (Peixoto & Nobre, 2015).

Alguns estudos compararam os níveis de funcionamento sexual entre lésbicas e mulheres heterossexuais. No geral, as descobertas indicaram que as lésbicas tendem a relatar níveis mais altos de funcionamento sexual em comparação com os heterossexuais. Mais especificamente, as lésbicas relataram melhor função orgásmica, bem como os níveis mais

altos de excitação sexual e níveis mais baixos de dor sexual em comparação com mulheres heterossexuais (Peixoto & Nobre, 2015).

No que concerne aos problemas sexuais auto referidos, de acordo com Lau, Kim e Tsui (2006), 75.6% das mulheres em relacionamentos com pessoas do mesmo sexo relatam menos problemas sexuais e 44.9% sentem-se extremamente incomodadas como resultado das dificuldades sexuais. De acordo com estes autores, deficiências de lubrificação (39.3%) representam o problema sexual mais frequente, seguido pela falta de desejo sexual (30.7%), o orgasmo (24.7%) e a dor sexual (23.6%). Outros estudos relatam que 28% das lésbicas referem dificuldades em alcançar o orgasmo, 15% experimentaram dificuldades de excitação e 12% referiram falta de desejo sexual (Peixoto & Nobre, 2015).

Semelhante aos estudos com amostras heterossexuais, as taxas de prevalência de problemas sexuais em mulheres não heterossexuais, quando associadas aos níveis de stress, foram consideradas como tendencialmente a serem menores (Peixoto & Nobre, 2015).

No geral, a maioria dos estudos de prevalências sobre problemas sexuais em mulheres foi realizada com amostras heterossexuais, não avaliou os níveis de sofrimento associados e relatou problemas sexuais nas últimas 4 semanas. Os níveis de sofrimento relacionados aos problemas sexuais devem ser considerados quando os estudos de prevalência são conduzidos. Devido à evolução constante das definições de problemas sexuais juntamente com os níveis de aflição associados a eles e separadamente (Peixoto & Nobre, 2015).

Recentemente, foram avaliados problemas sexuais auto referidos entre mulheres portuguesas. Os resultados sugeriram a falta de desejo sexual (25.4%) como principal problema, seguidas do orgasmo (16.8%), dificuldade de lubrificação (12.9%), dispareunia (9.8%) e vaginismo (6.6%). No entanto, apenas as mulheres heterossexuais foram consideradas nesse estudo (Peixoto & Nobre, 2015).

Peixoto e Nobre, levaram a cabo um novo estudo com o objetivo de avaliar e comparar a frequência de problemas sexuais auto percebidos e o sofrimento vivenciado associado por lésbicas e mulheres heterossexuais numa amostra da comunidade portuguesa. Foi desenvolvido um questionário para avaliar os problemas sexuais percebidos, como dificuldades orgásmicas, falta de desejo sexual, dificuldades de excitação e dor sexual (Peixoto & Nobre, 2015).

Com as descobertas desse estudo, 7.7% e 8.5% das lésbicas e 2.8% e 6.4% das mulheres heterossexuais não se envolveram em atividades sexuais ou tentativa de penetração vaginal respetivamente. Além disso, 26.2% e 32.6% das lésbicas e mulheres heterossexuais não estavam num relacionamento exclusivo. Estes dois factos podem significar que as mulheres que não praticaram atividade sexual possam apresentar algum tipo de dificuldade sexual. Uma possível explicação para maiores taxas de abstenção sexual nos meses anteriores em comparação com mulheres heterossexuais pode ser devido à maior passividade sexual ou

dificuldades no início da atividades sexual, como referido em estudos anteriores (Peixoto & Nobre, 2015).

A falta de desejo tem sido apontada como o problema mais frequente nas mulheres, no entanto, quando considerados os níveis de sofrimento, as taxas estimadas diminuíram significativamente não sendo este o problema mais frequente. Neste estudo, foi apontado como o problema mais frequente em ambas as orientações sexuais, quando acompanhados com os níveis de sofrimento, a dor sexual (Peixoto & Nobre, 2015).

Estudos anteriores destacaram o papel do sofrimento associado a problemas sexuais em mulheres heterossexuais. Em consonância com esses estudos, foram encontradas menores taxas de problemas sexuais em lésbicas e mulheres heterossexuais, quando foram considerados os níveis de sofrimento associados (Peixoto & Nobre, 2015).

Em relação ao papel do compromisso das relações, estudos prévios com amostras heterossexuais indicam uma correlação positiva com a frequência de problemas sexuais, com mulheres em relacionamentos mais longos mostrando mais dificuldades sexuais. A maior frequência de problemas sexuais relatados por mulheres heterossexuais, particularmente na dificuldade de excitação, o orgasmo e a dor sexual, foi parcialmente explicada pelo facto de que eles estavam envolvidos em relacionamentos mais longos em comparação com as lésbicas. Os resultados deste estudo mostram ainda que as lésbicas relatam taxas menores de dificuldades orgásmicas e dor sexual mesmo com a duração do relacionamento. As lésbicas correm menos risco de ter uma disfunção sexual em comparação com as mulheres heterossexuais (Peixoto & Nobre, 2015).

Relativamente ao resultado que mostra que as lésbicas relatam melhor função orgásmica do que as mulheres heterossexuais, este pode dever-se às diferentes estimulações sexuais. É possível que as lésbicas se envolvam em atividade sexual e estimulação para atingir o orgasmo. As lésbicas focam mais tempo no comportamento sexual preliminar quando comparadas com as mulheres heterossexuais. Quanto à estimulação sexual, as lésbicas estimulam o seu parceiro da forma que gostariam de ser estimuladas. Em relação à dor sexual, uma possível explicação pode estar relacionada com o reportório do comportamento sexual apresentado pelas lésbicas que não é focado na penetração vaginal como nas mulheres heterossexuais (Peixoto & Nobre, 2015).

Estes resultados vão de encontro ao presente estudo, que mostra que é a população homossexual e bissexual que apresenta maiores níveis de funcionamento sexual, podendo estes serem explicados pelos pontos acima supramencionados.

## 1.5. Limitações e sugestões para futuras investigações

O presente estudo acabou por realçar algumas limitações que não permitiram uma exploração tão aprofundada e adequada das variáveis em estudo, revelando-se não tão preciso como o esperado. De seguida, serão apresentadas as principais limitações encontradas ao longo da presente investigação, bem como algumas sugestões para futuras investigações.

Devido à amostra apresentar uma discrepância muito grande relativa aos números nos diferentes grupos, uma vez que, a maior parte da amostra é constituída por heterossexuais (902) e apenas por 60 bissexuais e 73 homossexuais, não é possível fazer uma comparação rigorosa e confiável, devido à heterogeneidade dos mesmos.

No que concerne às limitações, com base numa revisão da literatura, é importante realçar que são escassos os artigos que correlacionam a alta sensibilidade e o funcionamento sexual. A inexistência de artigos que correlacionem as duas variáveis supramencionadas relativamente à orientação sexual, torna este, um projeto pioneiro nesse campo.

Outra das limitações remete-se à heterogeneidade dos grupos. O facto de os grupos não serem homogéneos, ou seja, não haver uma distribuição semelhante de indivíduos em cada categoria, acaba por influenciar os resultados, uma vez que não há um termo de comparação justo e os resultados são influenciados pelos grupos com uma maior concentração, como é o caso da orientação heterossexual, sendo esta a predominante na nossa amostra (n=908). Sendo que a amostra se concentra na população heterossexual, no que diz respeito à variável da orientação sexual, não podemos considerar os resultados como fidedignos para esta variável.

O presente estudo, revelou ainda uma limitação referente ao facto de este estar inserido num projeto que abarca mais variáveis, impossibilitando a aplicação de instrumentos que avaliassem apenas as variáveis de interesse, como o funcionamento sexual. Tendo em conta esta última variável para alcançar melhores resultados poder-se-iam ter utilizado instrumentos como o Índice do Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), que avalia dimensões no funcionamento sexual das mulheres como, a dor, o desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação (Pereira, Silva, & Freitas, 2009). O *Global Measure of Sexual Satisfaction* (GMSEX) que é um instrumento que avalia a satisfação sexual global no contexto de uma relação íntima (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013). Por fim, o Índice de Satisfação Sexual (ISS), destinado a avaliar a satisfação sexual nos homens (Pechorro, Calvinho, Vieira, & Marôco, 2012). Posto isto, seria mais pertinente a utilização de instrumentos que avaliassem o género feminino e o masculino e ambos simultaneamente, permitindo abranger componentes mais específicas do funcionamento sexual nos dois géneros.

Outra limitação remete-se às variáveis sociodemográficas. Como observamos no presente estudo, no que diz respeito ao género, a maior parte da amostra é constituída por mulheres (n=681). Num estudo de Laumann et. al. (2006), foi apurado que os homens relatam maiores níveis de satisfação sexual do que as mulheres. Esse facto pode-se dever ao tipo de regime de género que é importante para as diferenças de género no bem-estar sexual (Laumann, et al., 2006). Posto isto, devido à amostra ser maioritariamente composta pelo género feminino, os resultados podem ser influenciados devido às mulheres terem mais problemas no funcionamento sexual do que os homens.

Outra variável que se constitui uma limitação é o estado marital. Visto que, na amostra, alguma população encontra-se casada (n=216) ou com um namoro/compromisso afetivo (n=287), podemos afirmar que também estas variáveis podem influenciar os resultados do estudo, uma vez que, alguns estudos, apontam como fatores de risco para o funcionamento sexual, o estado marital (casado) e a duração do casamento/relação (Ishak, Law, & Othman, 2010). Acrescenta-se ainda o facto de a maior parte da amostra referir estar solteira (463), não tendo nenhuma atividade sexual.

Por fim, apresenta-se ainda como fator de risco para o declínio do funcionamento sexual a idade, devido ao inevitável declínio da saúde e ao aumento do uso de medicamentos (Ishak, Law, & Othman, 2010). Como na amostra, temos idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, este fator pode, também, influenciar os resultados.

Como sugestões futuras, aponta-se principalmente a necessidade de desenvolver estudos no campo da alta sensibilidade e do funcionamento sexual. Tendo em conta que aproximadamente 15% a 25% da população pode ser considerada altamente sensível, é imprescindível que se façam estudos neste campo. Sendo a satisfação sexual, considerada um barómetro da qualidade da vida sexual, pois constitui um aspeto central da saúde sexual, estando associada ao bem-estar individual, é necessário a continuação do desenvolvimento de estudos nesta área, principalmente na população HSP.

É ainda necessário, o desenvolvimento de projetos na área da alta sensibilidade e do funcionamento sexual para a população LGBT, devido à inexistência de projetos nesta área. Como podemos observar na presente investigação, a população mais sensível são os bissexuais, seguidos dos homossexuais. Como inferimos a partir da literatura, que também a população LGBT apresenta disfunção sexual, é necessário a investigação nesta área.

Em suma, são necessários mais estudos nesta área e de modo a ter resultados mais fidedignos, são também necessários estudos apenas com a população altamente sensível com a população LGBT, de modo a obter uma maior clarificação nesta área.

## Capítulo II. Discussão Geral

A presente dissertação que se apresentou como requisito para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, procurou avaliar se os níveis do alto processamento sensorial estão relacionados com o funcionamento sexual introduzindo a variável da orientação sexual, uma vez que não existem estudos que relacionem estas variáveis, preenchendo uma lacuna nesta área. Neste estudo, tentou-se fazer uma ponte entre estes dois construtos, analisando e comparando os mesmos com as diversas orientações sexuais. Este, é sem dúvida, um estudo pioneiro e inovador ao tentar relacionar estes construtos à orientação sexual, algo nunca antes feito.

Ao longo da revisão da literatura, retirou-se que a alta sensibilidade e o funcionamento sexual estão interligados, postulando-se que os indivíduos altamente sensíveis têm mais funcionamento sexual, uma vez que, se as pessoas altamente sensíveis são mais sensíveis aos estímulos são também mais sensíveis à estimulação sexual, o que torna a vida sexual destas pessoas mais satisfatória (Aron, 1996).

Os resultados do presente estudo revelam estar contra a literatura, mostrando que são as pessoas menos sensíveis que têm mais funcionamento sexual. No entanto, observa-se ainda, que são os bissexuais, seguidos dos Gay ou Lésbica que revelam maiores níveis de funcionamento sexual, bem como maiores níveis de sensibilidade.

A nível da relação entre a alta sensibilidade e do funcionamento sexual, no presente estudo, esta revelou-se ser fraca, estando negativamente correlacionada, o que sugere que quanto mais alto for o nível de sensibilidade, menor o funcionamento sexual, o que mais uma vez, vai contra a literatura.

De forma a responder à questão de investigação: “Será que os indivíduos altamente sensíveis têm mais funcionamento sexual do que os menos sensíveis e será que os indivíduos LGB têm mais funcionamento sexual que os indivíduos heterossexuais?”, foi realizado um levantamento de literatura e foram tidos em conta os resultados do presente estudo. Estes revelaram que, relativamente ao funcionamento sexual, são os bissexuais que revelam mais funcionamento, seguidos dos Gay ou Lésbica, o que vai de encontro à literatura, que sugere que são as pessoas LGB que relatam mais funcionamento sexual. A nível da alta sensibilidade, são também os bissexuais, seguidos dos Gay ou Lésbica que relatam maiores níveis de sensibilidade, o que sugere, que a orientação sexual tem impacto na alta sensibilidade, indo até mais longe e mostrando que são os indivíduos LGB que têm maiores níveis de sensibilidade.

O presente estudo revelou ainda que, a orientação sexual que tem mais funcionamento sexual é a orientação bissexual.

Sendo este um estudo pioneiro relativo à alta sensibilidade e ao funcionamento sexual, introduzindo a variável da orientação sexual, é imprescindível que se continuem a desenvolver estudos nesta área de forma a corroborar ou não estes resultados. É, de facto, muito importante que se continue a desenvolver projetos nesta área, comparando a população LGB com a população heterossexual, visto serem escassos os estudos envolvendo esta minoria social.

Esta investigação mostrou-se de grande importância, não só para enriquecer os estudos na área da Psicologia, devido à escassez de estudos que abordem a temática LGB comparativamente à população heterossexual, mas também a nível pessoal, já que me permitiu desenvolver competências de investigação, pesquisa, crítica e reflexão nesta fase final de formação em Psicologia.

De acordo com o Diploma do Psicólogo Europeu, espera-se que os estudantes que completam toda a formação e treino, desenvolvam algumas competências básicas de investigação e que realizem um projeto de investigação de pequena escala. Os estudantes devem ser introduzidos a questões relacionadas com a natureza e a ética das investigações psicológicas, e com os métodos básicos utilizados pelos psicólogos (EFPA, 2013).

Para finalizar, a realização desta dissertação em formato de artigo permitiu a demonstração do desenvolvimento de competências de investigação e auto-reflexão, nomeadamente, a aplicação e metodologia científica, recolha e tratamento de dados, análise crítica, integração e aplicação de informação científica, aprendizagem auto-orientada, utilização avançada de recursos informáticos que culminaram na comunicação escrita da pesquisa realizada.

Foi de grande importância realizar esta dissertação, pois a alta sensibilidade foi um tema com o qual nunca tive contacto e aprofundar este construto foi muito produtivo. Relativamente ao funcionamento sexual, sendo que a satisfação sexual é considerada um barómetro da qualidade da vida sexual, pois constitui um aspeto central da saúde sexual, estando associada ao bem-estar individual, é necessário a continuação do desenvolvimento de estudos nesta área, devendo-se continuar a produzir estudos que relacionem estas duas variáveis, uma vez que, estes ainda são muito escassos. A temática à volta da população LGB é um tema de extremo interesse pessoal e de grande importância, pois como se trata de uma minoria social, é necessário o desenvolvimento de estudos para cada vez mais expandir o conhecimento e melhorar a sociedade e o mundo de cada pessoa LGB.

## Bibliografia

- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M. D., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*, 1-15.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed.). (J. C. Fernandes, Ed.) Climepsi Editores.
- Andersen, M., Goldmann, P., & Volodina, A. (2017). Do Overwhelmed Expatriates Intend to Leave? The Effects of Sensory Processing Sensitivity, Stress, and Social Capital on Expatriates' Turnover Intention. *European Management Review* .
- Aron, E. N. (1996). *The Highly Sensitive Person: How to Thrive When the World Overwhelms You*. Secaucus, N.J.: Carol Publishing Group.
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology* , 73 (2), 354-368.
- Aron, E. N., Aron, A., & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory Processing Sensitivity: A review un the light of the evolution of biological responsivity. *Personality and Social Psychology Review* , 16 (3), 261-282.
- Balsam, K. F., & Mohr, J. J. (2007). Adaptation to Sexual Orientation Stigma: A Comparison of Bisexual and Lesbian/Gay Adults. *Journal of Conseling Psychology* , 306-319.
- Bhugra, D., & Wrigth, B. (2004). Sexual dysfunction in lesbians, gay men and bisexuals. *Sexual Disorders in Specific Populations* , 30-32.
- Braem, M., Asher, L., Furrer, S., Lechner, I., Wurbel, H., & Melotti, L. (2017). Development of the "highly Sensitive Dog" questionnaire to evaluate the personality dimension "Sensory Processing Sensitivity" in dogs. *Plos One* , 1-25.
- Cardoso, J. (Janeiro de 2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade & Planeamento Familiar* , pp. 1-13.
- Carneiro, N. S. (2009). *"Homossexualidades" Uma Psicologia Entre Ser, Pertencer e Participar*. Porto: Livpsic.
- Cuve, H. C., Toledano, A., Marques, E., Machado, J., & Chavez, M. (27 de Fevereiro de 2016). ResearchGate. *Avaliação do funcionamento sexual em uma amostra de 422 sujeitos entre 16 ee 59 anos: survey online através do CSFQ-14* , pp. 1-19.
- EFPA. (2013). *EuroPsy European Certificate in Psychology: EFPA Regulations on Europsy and Appendices*, Bruxelas: Autor.

- Evers, A., Rasche, J., & Schabraeq, M. J. (2008). High Sensory-Processing Sensitivity at Work. *International Journal os Stress Management* , 189-198.
- Ferreira, P. L. (2005). Estatística Descritiva e Inferencial. *Breves Notas* .
- Garrett, A., & Sousa, M. (2013). A disfunção sexual em homossexuais masculinos: Potencialidades e desafios. *Análise Psicológica* , 103-111.
- Gil, S. (2007). Body image, well-being and sexaul satisfaction: a comparison between heterosexual and gay men. *Sexual and Relationship Therapy* , 237-244.
- Gonçalves, J. A., Costa, P. A., & Leal, I. (2018). Silver Rainbow: estigma em homens gays idosos, uma perspetiva de stress minoritário. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 80-86.
- Grimen, H. L., & Diseth, A. (2016). Sensory Processing Sensitivity: Factors of the Highly Sensitive Person Scale and Their relationships to Personality and Subjective Health Complaints. *Perceptual and Motor Skills* , 637-653.
- Henderson, A. W., Lehavot, K., & Simoni, J. M. (24 de Junho de 2008). Ecological Models os Sexual Satisfaction among Lesbian/Bisexual and Heterosexual Women. *Arch Sex Behavior* , pp. 50-65.
- Ishak, I. H., Law, W. Y., & Othman, S. (2010). Prevalence, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in a Primary Care Setting: A Survey Finding. *International Society for Sexual Medicine* , 3080-3087.
- Jonsson, K., Grim, K., & Kjellgren, A. (2014). Do Highlly Sensitive Persons Experience More Nonordinary States of Consciousness During Sensory Isolation? *Social Behavior and Personality* , 1495-1506.
- Konrad, S., & Herzberg, P. Y. (2017). Psychometric Properties and Validation of a German High Sensitive Person Scale (HSPS-G). *European of Psychological Assessment* , 1-28.
- Labbate, L. A., & Lare, S. B. (2001). Sexual Dysfunction in Male Psychiatric Outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics* , 221-225.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. h., Wang, T., Lecinson, B., et al. (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* , 145-161.
- LGBT Portugal- Mentalidades, Direitos e a sua Evolução.* (s.d.). Obtido em 07 de Novembro de 2017, de LGBT: <http://www.lgbt.pt/lgbt-portugal/>

- Maia, B., & Loucã, J. C. (22 de junho de 2007). *O movimento LGBT em Portugal: datas e factos*. Obtido em 07 de 11 de 2017, de esquerda.net: <http://www.esquerda.net>
- Maroco, J., & Marques, T. G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia* , 4 (1), 65-90.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior* , 36, 38-56.
- Mullet, D. R., Rinn, A. N., Jett, N., & Nyikos, T. (29 de Abril de 2017). Giftedness and Sensory Processing Sensitivity: A Validation Study of Two Versions of the Highly Sensitive Person Scale. *Sensory Processing Sensitivity* , pp. 1-15.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais. Teoria, Investigação e Tratamento* (1ª Edição ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Nogueira, C., Oliveira, J. M., Almeida, M. V., Costa, C. G., Rodrigues, L., & Pereira, M. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Pascoal, P. M., Narciso, I. d., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 691-700.
- Pechorro, P. S., Calvino, A. M., Vieira, R. X., & Marôco, J. (2012). Validação de uma versão portuguesa masculina do Índice de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrología* , 68-74.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Cognitive Schemas Activated in Sexual Context: A Comparative Study with Homosexual and Heterosexual Men and Women, With and Without Sexual Problems. *Cognitive Therapy and Research* , 390-402.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Dysfunctional Sexual Beliefs: A Comparative Study of Heterosexual Men and Woman, Gay Men, and Lesbian Women With and Without Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine* , 2690-2700.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and Sociodemographic Predictor of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Woman Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy* , 169-180.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence of sexual problems and associated distress among gay and heterosexual man. *Sexual and Relationship Therapy* , 211-225.

- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence of Sexual Problems and Associated Distress Among Lesbian and Heterosexual Women. *Journal of Sex & Marital Therapy* , 427-439.
- Pereira, A. A., Silva, M. I., & Freitas, V. A. (13 de 06 de 2009). *Estudos Psicométrico do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)*. Obtido em 03 de 21 de 2018, de Psicologia.com.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0480.pdf>
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gay, lesbian and bisexual people. *The European Journal of Social Science Research* , 1-13.
- Pereira, H., & Leal, I. P. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica* , 323-328.
- Pereira, H., & Rodrigues, P. (2015). Internalized Homophobia and Suicidal Ideation among LGB Youth. *Journal of Psychiatry* .
- Pereira, H.(2017). Validação psicométrica da versão portuguesa do Massachusetts General Hospital - Sexual Functioning Questionnaire. *Revista Internacional de Andrologia*, 167, 1 - 5. DOI: 10.1016/j.androl.2017.06.003
- Sanches, A. (10 de Maio de 2016). *Portugal entre os que mais asseguram direitos de gays e transexuais*. Obtido em 07 de Novembro de 2017, de Público: <https://www.publico.pt>
- Santos, A. F., & Fernandes, S. C. (2009). Enfrentamento, locus de controle e preconceito: um estudo com pessoas de orientação sexual homoafetiva. *Psicologia em Revista*, 101-119.
- Satuf, C. V., Monteiro, S. J., Pereira, H., Esgalhado, G., Afonso, R. M., & Loureiro, M. (2017). A Influência da Satisfação Laboral no Bem-estar Subjetivo: Uma Perspetiva Geracional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , 34, 1-10.
- Weigold, A., Weigold, I. K., & Russel, E. J. (2013). Examination of the Equivalence of Self-Report Survey-Based Paper-and-Pencil and Internet Data Collection Methods. *Psychological Methods* , 53-70.

# ANEXOS

## Anexo I: Corpo teórico

### 1.1. Breve história da Alta Sensibilidade

A Alta Sensibilidade é um traço de personalidade que envolve um processamento mais profundo da informação sensorial (Braem, Asher, Furrer, Lechner, Wurbel, & Melotti, 2017), sendo uma pessoa altamente sensível, (HSP) geralmente descrita como tendo hipersensibilidade a estímulos externos, um processamento cognitivo diferente e uma alta reatividade emocional. Estas pessoas podem ser facilmente superadas e stressadas por estímulos ambientais ou sociais novos e/ou intensos (Aron, Aron, & Jagiellowicz, 2012) e essa característica leva a uma retirada da pessoa HSP, devido à necessidade de se afastar quer do ambiente em que se encontra, quer das interações sociais (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

De acordo com Kagan, Snidman, Arcus e Reznick (1994) aproximadamente 15% a 25% da população pode ser considerada altamente sensível (Konrad & Herzberg, 2017). Aproximadamente um quinto da população tem a hipótese de ser altamente sensível a vários tipos de informação e estímulos (Aron, 1996).

Os indivíduos altamente sensíveis são caracterizados por serem mais inibidos a nível do comportamento, especialmente em situações novas, dando-lhes um estilo de resposta mais reflexivo por serem mais sensíveis aos estímulos sensoriais, tornando-os mais propensos a notar subtilezas, mas também aumentando o risco de excesso de estimulação. Processam, ainda, a informação a um nível mais profundo o que lhes fornece uma vida interior complexa e rica, e por serem mais reativos emocionalmente, tanto positiva como negativamente (Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

Os indivíduos altamente sensíveis parecem, ainda ter habilidades e intuição de processamento inconsciente altamente desenvolvidas, bem como sonhos mais significativos e maior sugestibilidade (Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

Alguns dos pontos fortes dos HSP, como defende Aron (1996), passam por serem melhores a detetar e evitar erros, têm uma conscientização mais elevada, são auto reflexivos e são mais empáticos do que as pessoas menos sensíveis (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

Estes indivíduos experimentam um *overarousal* que é muitas vezes deslocado para preocupações e arrependimentos devido à ambiguidade de como os estímulos são percecionados (Aron, 1996).

Os indivíduos com alta Sensibilidade do Processamento Sensorial (SPS) tendem a ser facilmente dominados por novos estímulos. Este é um traço de personalidade que retrata maior consciência de estimulação sensorial, inibição comportamental e um processamento

cognitivo mais profundo de estímulos ambientais, levando a maior reatividade emocional e fisiológica (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

A sensibilidade do processamento sensorial (SPS, Aron, 1996) baseia-se numa perspetiva de personalidade. De acordo com a estrutura SPS, cerca de 20% dos indivíduos possuem um traço de personalidade estável de alta sensibilidade que envolve um processamento cognitivo mais profundo dos estímulos ambientais internos e externos numa grande variedade de situações, levando a uma maior reação emocional, biológica ou de *stress* (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

Belsky sugere que existem diferenças individuais a nível da sensibilidade ao ambiente. Segundo este, características temperamentais fenotípicas, atributos endofenotípicos e genes específicos tendem a funcionar como “fatores de plasticidades”, tornando alguns indivíduos, geralmente, mais vulneráveis a várias influências positivas e negativas do meio ambiente. A sensibilidade biológica à teoria do contexto (Boyce e Ellis, 2005) postula que os indivíduos diferem na sua sensibilidade biológica ao meio ambiente, com propensão a reações positivas sob condições ambientais de proteção e suporte e a reações negativas em condições de adversidade no meio ambiente (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

O SPS tem sido hipotetizado como a manifestação de um sistema nervoso central altamente sensível, sobre o qual as influências ambientais se registram com mais facilidade e profundidade (Andersen, Goldmann, & Volodina, 2017).

Para aprofundar o conhecimento desta dimensão, foi feita uma investigação a outras espécies, nomeadamente os cães, sendo uma das principais espécies dos modelos da pesquisa da personalidade. As dimensões de personalidade mais estudadas em animais incluem a exploração, a ousadia-timidez, a capacidade de resposta à variação no ambiente, o medo e a agressão (Braem, Asher, Furrer, Lechner, Wurbel, & Melotti, 2017).

A SPS é descrita como uma dimensão geneticamente determinada envolvendo um processamento cognitivo mais profundo de estímulos que é impulsionado por maior reatividade emocional. Esta envolve um processamento mais profundo do pensamento e das emoções, maior probabilidade de ser superado, maior intensidade emocional (positiva e negativa) e maior sensibilidade aos estímulos subtis percebidos por todas as modalidades, ou seja, visual, auditivo, tátil, olfativo e gustativo (Braem, Asher, Furrer, Lechner, Wurbel, & Melotti, 2017).

Diferentes níveis de SPS parecem estar ligados a diferenças nos sistemas neurotransmissores dopaminérgicos e no sistema serotoninérgico, com paralelos sugeridos entre SPS elevado e o alelo *s* da região polimórfica ligada ao transportador da serotonina. Os indivíduos com níveis mais altos de SPS mostram menos diferenças culturais no julgamento dos estímulos visuais, maior ativação de regiões cerebrais ligadas à consciência e empatia, integrando e distinguindo as próprias emoções dos outros e do sistema neurónio espelho em

relação aos estímulos afetivo sociais, ou seja, em resposta a fotos de rostos felizes, tristes e neutros dos seus parceiros ou estranhos. Essas descobertas sugerem a existência de uma base fisiológica para as diferenças na percepção, processamento e resposta à informação mostrada por indivíduos altamente sensíveis (Braem, Asher, Furrer, Lechner, Wurbel, & Melotti, 2017).

Para avaliar se uma pessoa é altamente sensível ou não, foi desenvolvida uma escala, *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS) constituída por 27 itens. Estes são fornecidos numa escala tipo *Likert* que varia de 1 (não) a 7 (extremamente) (Konrad & Herzberg, 2017). Esta escala mede um conceito unidimensional da alta sensibilidade sensorial e a capacidade de ativação associada, que é parcialmente independente da introversão e da emotividade. Smolewska et al. (2006) dividem a escala em três componentes, sendo estes, a Facilidade de Excitação (tornar-se mentalmente sobrecarregado por exigências externas e internas, FE), a Sensibilidade Estética (consciência estética, SE) e o Limite Sensorial baixo (LSB) (Evers, Rasche, & Schabraeq, 2008).

Contudo, as conclusões empíricas de outros autores não concordavam com a suposição original da escala de HSPS ser unidimensional. Como tal, vários autores defenderam as suas visões (Konrad & Herzberg, 2017). Evans e Rothbart (2008) desenvolveram um conceito teórico da escala contendo dois fatores, o Afeto Negativo e a Orientação da Sensibilidade (Konrad & Herzberg, 2017). Smolewska et al. (2006), como já foi referido, dividem a escala em três componentes, sendo estes, a Facilidade de Excitação, a Sensibilidade Estética e o Limite Sensorial baixo (Evers, Rasche, & Schabraeq, 2008). Liss et al. (2006) comparam a estrutura dos dois fatores com a estrutura dos três fatores e ambas as soluções apresentam um ajuste mais adequado, mas o modelo das três soluções parece encaixar-se significativamente melhor (Konrad & Herzberg, 2017)

Aron e Aron (1997) propuseram a noção de “pessoa altamente sensível” para descrever indivíduos que são altamente sensíveis aos estímulos de menor intensidade e ficam sobrecarregados com estímulos (Aron & Aron, 1997). A sensibilidade do processamento sensorial é descrita como a capacidade de reagir aos estímulos sensoriais cujo valor estimulante é baixo. Desenvolveram então a HSPS como uma medida da sensibilidade do processamento sensorial. Para tal, procederam a uma série de estudos que investigaram “características definidoras da sensibilidade ao processamento sensorial”. Os resultados levaram ao desenvolvimento da HSPS e à hipótese de que a sensibilidade está relacionada tanto à introversão social como à emocionalidade, no entanto, é um construto distinto (Mullet, Rinn, Jett, & Nyikos, 2017).

Utilizando o HSPS, observou-se que os indivíduos altamente sensíveis parecem ser mais sensíveis à dor, a medicamentos, cafeína e a ter uma taxa maior de problemas somáticos, como enxaquecas, dores de cabeça, dor crónica e fadiga crónica, bem como

problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e fobia social (Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

A *Highly Sensitive Person Scale* (HSPS), foi desenvolvida e validada numa série de estudos que buscavam explorar a construção da personalidade do SPS. As pesquisas anteriores mostraram correlações entre SPS e fatores de personalidade, particularmente, a introversão, o neuroticismo e a abertura. As correlações entre a introversão e o SPS provaram ser moderadas em seis estudos quantitativos de Aron e Aron (1997). No entanto, embora o traço de personalidade da introversão seja muito semelhante com SPS, as pesquisas qualitativas de Aron e Aron (1997) mostraram que nem todas as pessoas altamente sensíveis exibem o perfil de ser socialmente introvertido. A pesquisa de Smolewska et al. (2006) mostrou que o LSB e especialmente a FE estavam significativamente associadas ao neuroticismo. Além disso, houve uma associação moderada entre SE e a abertura. A única correlação significativa com a extroversão foi uma associação negativa fraca com LSB (Grimen & Diseth, 2016).

A razão pela qual muitos indivíduos altamente sensíveis agirem de forma introvertida deve-se ao facto de as interações sociais serem geralmente, uma fonte importante de estimulação (Aron e Aron, 1997). Consequentemente, a retirada social é uma estratégia natural para reduzir a intensidade do estímulo para pessoas altamente sensíveis. Além disso, a SPS e o neuroticismo parecem ter muito em comum. Um possível motivo para tal, é que os indivíduos altamente sensíveis e temerosos tendem a responder aos estímulos de forma cautelosa. O neuroticismo é descrito como as diferenças individuais na tendência de experimentar sofrimento e emoções negativas. Os fatores da SPS, de FE e LSB foram relacionados à ansiedade, depressão, sintomas de autismo e alexitimia, sendo esta a incapacidade subclínica de identificar e descrever emoções em si mesmo (Grimen & Diseth, 2016).

Alguns estudos demonstram ainda que indivíduos superdotados têm maior tendência a serem altamente sensíveis aos estímulos ambientais, pois apresentam uma extrema sensibilidade a vários estímulos sensoriais. Mendaglio (1995) acrescenta ainda que “as pessoas superdotadas sentem mais porque vêm mais do que os seus pares nômades” (Mullet, Rinn, Jett, & Nyikos, 2017).

Um estudo comparou indivíduos altamente sensíveis e indivíduos com baixo SPS a nível de reconhecimento de imagens. Foi pedido aos indivíduos sensíveis que notassem diferenças subtis em fotografias de paisagens e descobriram que indivíduos com alta SPS apresentam maior ativação nas regiões do cérebro para o processamento visual e de atenção, em comparação com os com baixa SPS (Acevedo, Aron, Aron, Sangster, Collins, & Brown, 2014).

### 1.1.2. A Alta Sensibilidade e a Sexualidade

A literatura parece apontar que as pessoas altamente sensíveis se apaixonam mais que as outras, o que se revela ser bom pois, os estudos mostram, que apaixonar-se tende a aumentar o senso de competência e a amplitude do autoconceito da pessoa (Aron, 1996).

No entanto, a intensidade desse amor pode também prejudicar o relacionamento, pois o amor extremamente intenso é muitas vezes rejeitado pelo parceiro por ser muito exigente levando a que o parceiro se sinta sufocado. Carl Jung sustentou que as pessoas habitualmente introvertidas (a maioria dos HSPs) focalizam a sua energia interna para proteger a sua preciosa vida interior por serem dominados pelo mundo exterior. Contudo, Jung apontou que quanto mais introvertida a pessoa for maior pressão se constrói no inconsciente para compensar o giro para dentro (Aron, 1996).

Os relacionamentos dos HSP's são muito afetados devido às vinculações na infância aos primeiros cuidadores. Aron e Aron (1997) mostraram que as pessoas altamente sensíveis são mais propensas a afetividade negativa e timidez quando expostas a maus ambientes quando crianças. Uma vez que, apenas cerca de 50 a 60% da população desfrutaram de um apego seguro na infância, as pessoas altamente sensíveis tendem a ser mais cautelosas sobre os relacionamentos próximos, o que se pode considerar ser normal. Muitas vezes, aqueles que tiveram fraca vinculação tentam evitar o amor para não serem feridos (Aron, 1996).

Outro fator que melhor explica o porquê dos indivíduos altamente sensíveis de apaixonarem mais refere-se à dúvida sobre a própria autoestima. As pessoas altamente sensíveis são mais propensas a terem uma baixa autoestima porque não são o ideal da sua cultura. Portanto, eles consideram-se sortudos por alguém os querer. Existe ainda a tendência humana de ter um relacionamento íntimo por puro medo de estar sozinho, o que leva estas pessoas a comprometerem-se mais facilmente (Aron, 1996).

Aron defende ainda que, se as pessoas altamente sensíveis são mais sensíveis aos estímulos são também mais sensíveis à estimulação sexual, o que torna a vida sexual destas pessoas mais satisfatória. Os momentos em que os HSP estão sobrecarregados de estimulação poderiam interferir com o funcionamento e o prazer sexual. Cada pessoa deve saber como a sua sexualidade é afetada pela sobre estimulação (Aron, 1996).

A sobre excitabilidade (Dabrowski, 1964) é uma característica desta população e é uma tendência inata para responder aos estímulos internos e externos de forma intensificada (Piechowski, 1986) e assumem cinco formas: intelectual, psicomotora, sensual, imaginável e emocional. As pessoas com sobre excitabilidade sensual têm uma experiência muito mais expansiva de sua entrada sensorial do que uma pessoa média por causa dessa sensibilidade aumentada. Eles também podem se sentir mais estimulados ou desconfortáveis com a entrada sensorial (Mullet, Rinn, Jett, & Nyikos, 2017).

## 1.2. A Orientação Sexual e aspetos psicossociais

O termo homossexual, só surgiu em 1869, para designar a preferência erótica por pessoas do mesmo sexo. Atualmente, a homossexualidade não é considerada uma patologia, nem referida nas classificações internacionais das doenças. No entanto, durante muito tempo ela não era aceite. Só na versão de 1987 da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) o termo foi retirado definitivamente (Carneiro, 2009).

A **orientação sexual** caracteriza-se pelo envolvimento durável emocional, amoroso e/ou atração sexual por homens, mulheres ou por ambos os sexos. Refere-se ao indivíduo como alguém que tem uma identidade pessoal e social com base nas suas atrações, expressando determinados comportamentos e aderindo a uma comunidade de pessoas que compartilham da mesma orientação sexual. A orientação sexual é distinta do comportamento homossexual, porque apesar de os indivíduos terem uma determinada orientação, não significa que a consumem em atos (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

A orientação sexual costuma ser categorizada em três dimensões: heterossexualidade, bissexualidade e homossexualidade. A **heterossexualidade** consiste na atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso em pessoas de sexo diferente. Por **bissexualidade** entende-se a atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso por pessoas de ambos os sexos. A **homossexualidade** é a atração sexual e/ou envolvimento emocional ou amoroso por pessoas do mesmo sexo (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

A **identidade de género** corresponde ao “sentido subjetivo do *self* em indivíduos como sendo masculino ou feminino”, relacionando-se com os papéis de género, mais concretamente com todas as normas de comportamento e aparência estereotipadamente ligadas a cada género, incluindo tanto características adotadas por uma pessoa, como características baseadas no género que lhe são atribuídas pelos outros” (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

O **transgenderismo** surge no final do século XX, de acordo com a APA (2009), atualmente, considera-se que o transgenderismo abarca todas as identidades ou expressões de género fora das normas de género convencionalmente aceites. Sendo que a transexualidade é considerada pela APA como uma forma de transgenderismo e que inclui outras formas como o/a travesti, o/a *drag*, entre outros (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

O termo transexualidade abrange os indivíduos que se identificam, como sendo de outro género que não o sexo biológico de pertença. Estes são conhecidos por transexuais. Para qualificar transexual considera-se suficiente, mudanças provocadas por tratamento

hormonal, sem ser necessária intervenção cirúrgica. A transexualidade implica ainda um desejo de viver ou uma experiência de vida de acordo com o que é convencionalmente atribuído a outro género (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

Weinberg (1972) definia a **homofobia** como sendo uma espécie de medo irracional ou receio de estar em espaços fechados com homossexuais. Gregory Lehne (2006) define-a como intolerância ou medo irracional em relação à homossexualidade. Importa ainda destacar o conceito de homofobia internalizada que se caracteriza como o direcionamento das atitudes sociais e negativas para o *self* da pessoa gay, levando à desvalorização desse *self* e resultantes conflitos internos e uma auto imagem empobrecida. É ainda um fenómeno cultural, levando as pessoas a terem medo da sua própria homossexualidade (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

Tal como foi descrita por Meyer e Dean (I. Meyer & L. Dean, 1998:161)), a homofobia internalizada consiste na canalização para o *self* do próprio homossexual de todas as atitudes de valor negativas, conduzindo à desvalorização do *self* e resultando em conflitos internos e pouca autoestima. Como defende Shidlo (cit in Williamson, 2000) este conceito reveste-se da extrema importância do âmbito da psicologia, pois permite a compreensão de fatores únicos da comunidade gay e lésbica, nas áreas do desenvolvimento, da psicopatologia, psicoterapia e prevenção (Pereira & Leal, 2005).

O **heterossexismo** enquanto sistema de crenças e valores que nega e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relação e comunidade não heterossexual, torna-se também evidente pela heterossexualidade compulsiva numa sociedade em que a identidade hétero é para além de naturalizada, construída como pressuposto e imposta. Herek (1993) refere que nas ideologias que suportam o heterossexismo estão as que se prendem com uma lógica desigual de privatização de umas sexualidades em detrimento de outra (Nogueira, Oliveira, Almeida, Costa, Rodrigues, & Pereira, 2010).

Por oposição à noção de cidadania universal, Young (1990) sublinha a necessidade de uma cidadania diferenciada, conceito que pretende designar uma estrutura social através da qual os diferentes grupos identitários exprimem a especificidade da sua história e dos seus valores. Tendo em conta que por universalidade se entende que os direitos são iguais para todos os cidadãos, por cidadania diferenciada entende-se a necessidade de inclusão e de participação cidadã sem negar a especificidade grupal. Young (1990) diferencia cinco mecanismos de opressão, sendo estes a exploração, que se caracteriza por um mecanismo através do qual os esforços ou as contribuições de um grupo social oprimido são aproveitados por outros grupos sem que o grupo oprimido beneficie de tais esforços; a marginalização, que remete para o impedimento a que grupos oprimidos participem ativamente em decisões políticas que os afetam; a desproteção, referente à submissão de um grupo social à autoridade de outro; o imperialismo cultural, que impede a integração das experiências e das perspetivas dos grupos oprimidos na participação e na construção democrática e, por fim, a

violência, motivada pela rejeição social que sobre estes grupos socialmente desfavorecidos sistematicamente recai (Carneiro, 2009).

O **estigma** é uma característica universal da vida as pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Devido ao facto das atrações pelo mesmo sexo e os relacionamentos românticos serem marginalizados na maioria das culturas, as pessoas LGB (também conhecidos por indivíduos pertencentes a uma minoria sexual) enfrentam o desafio de encontrar maneiras de se adaptarem ao seu *status* estigmatizado (Harper & Schneider, 2003).

Um pequeno, mas crescente corpo de literatura empírica forneceu dados sobre dimensões relacionadas com o estigma da experiência da minoria sexual, bem como informações sobre as ligações entre essas variáveis e os aspetos do funcionamento psicossocial. No entanto, pouca pesquisa empírica tem examinado como os indivíduos bissexuais e gays/lésbicas podem diferir em tais dimensões da experiência da minoria sexual (Balsam & Mohr, 2007).

Uma dimensão da adaptação ao estigma da orientação sexual passa pela participação e conexão com comunidades de minorias sexuais. Para as pessoas LGB, essas comunidades fornecem um ponto focal para informações, recursos, ativismo, socialização e aceitação. O envolvimento da comunidade pode ser particularmente relevante como um amortecedor contra o impacto da discriminação (Balsam & Mohr, 2007).

Um processo essencial de adaptação ao estigma é o desenvolvimento de uma identidade positiva como membro de um grupo oprimido. Alguns teóricos vêem a identidade da minoria sexual em termos de um processo linear em que um indivíduo progride através de uma série de estádios multidimensionais. São descritas quatro etapas do desenvolvimento da identidade: a homofobia internalizada, a sensibilidade ao estigma, a confusão de identidade e a superioridade de identidade (Balsam & Mohr, 2007).

As duas primeiras dimensões concentram-se em aspetos de identidade relacionados à avaliação negativa das orientações das minorias sexuais. A homofobia internalizada é definida como a medida em que os indivíduos LGB internalizam as crenças sociais negativas sobre as suas atrações e experiências. A sensibilidade ao estigma pertence à consciência e sensibilidade dos indivíduos LGB a avaliações negativas da sua orientação sexual por indivíduos heterossexuais. Acredita-se que a sensibilidade ao estigma aumenta a vigilância dos indivíduos quanto a sinais de preconceito (Balsam & Mohr, 2007).

Relativamente às outras duas dimensões de identidade, a confusão de identidade refere-se à incerteza sobre a orientação sexual de alguém e é pensada para ser uma reação normativa a uma orientação sexual que é estigmatizada e marginalizada. Sentimentos de confusão também podem resultar da pressão para se adequar aos rótulos de identidade sexual prescritos culturalmente que não refletem com precisão a experiência da própria sexualidade. A superioridade de identidade corresponde aos sentimentos de superioridade e

denigração de heterossexuais e indivíduos LGB. Um sentimento de superioridade para os heterossexuais tem sido conceituado como uma estratégia para lidar com o estigma social generalizado e como uma expressão secreta da homofobia internalizada (Balsam & Mohr, 2007).

Em Portugal, o sexismo desempenha um papel dominante na pressão social para se adequar aos papéis de género heteronormativos. Nesses contextos, os homens gays são alvos mais visíveis do que as mulheres lésbicas, sendo então mais condenados ao ostracismo por pressão heteronormativa. No entanto, as mudanças em Portugal provocaram novos desafios, uma vez que o casamento de pessoas do mesmo sexo criou visibilidade para os direitos LGB. As exigências políticas concretas para os direitos LGB, provavelmente poderiam fazer as atitudes homofóbicas contra os alvos mais visíveis das minorias sexuais, nomeadamente os homens gays, que são alvo de crítica principalmente em contextos onde os papéis de género tradicionais e as crenças religiosas contra a orientação sexual são dominantes (Pereira & Rodrigues, 2015).

Os indivíduos pertencentes a minorias sexuais geralmente têm a opção de ocultar o seu *status* estigmatizado. Assim, uma medida comportamental de adaptação de um indivíduo LGB ao estigma é a medida em que a orientação sexual é divulgada a outras, muitas vezes referida como o nível de *outness*. A divulgação pode ocorrer ao longo de um continuum que vai desde pistas subtis e não verbais até declarações verbais completas. Geralmente, reconhece-se que os níveis de *outness* podem diferir de acordo com o contexto social e relacional. Embora alguns modelos de formação de identidade incluam o *outness* como um sinal de identidade positiva, McCarn e Fassinger (1996) observaram que o grau de divulgação da orientação sexual pode ser mais um reflexo do grau em que o contexto social dos LGB está afirmado. Isso sugere que o alcance pode estar mais relacionado a fatores contextuais sociais (como o suporte social) do que ao ajuste psicológico (depressão) (Balsam & Mohr, 2007).

Os bissexuais enfrentam também, estereótipos e práticas negativas específicas para a bissexualidade. Talvez a manifestação mais extrema da bissexualidade como uma orientação legítima, uma posição que foi vista como enraizada na visão “monossexista” de que a “sexualidade deve ser direcionada para um género ou para o outro”. Alguns estudos fornecem evidências de que mulheres e homens bissexuais enfrentam preconceito entre pessoas heterossexuais e gays e lésbicas. Um estudo realizado com pessoas heterossexuais descobriu que as atitudes eram mais negativas para os bissexuais do que pra qualquer outro grupo minoritário, incluindo lésbicas e homossexuais (Balsam & Mohr, 2007).

Um estudo de Pereira (2016), mostrou que os indivíduos bissexuais relatam níveis mais altos de angústia psicológica e a bissexualidade é um preditor significativo de saúde mental na análise de regressão. Pesquisa anterior revela que os indivíduos bissexuais podem ser mais propensos a enfrentar dificuldades de saúde mental devido a um duplo efeito de estigma, tanto de heterossexuais como de gays e lésbicas. Estes indivíduos são mais propensos a

ocultar a sua orientação sexual em diferentes contextos sociais e ter níveis mais altos de homofobia internalizada. Nesse sentido, comparativamente a gays ou lésbicas, os indivíduos bissexuais experimentam níveis mais elevados de homofobia internalizada, estigma e discriminação. Os bissexuais são ainda mais propensos a esconder a sua orientação sexual por medo da discriminação (Pereira & Costa, 2016).

Os resultados de uma série de estudos sugerem que a adaptação às orientações sexuais exigiu uma adaptação psicossocial. Por exemplo, o sofrimento psicológico entre as pessoas LGB tem sido associado à homofobia internalizada, à sensibilidade ao estigma e ao grau de *outness*. A satisfação com o apoio social tem sido similarmente relacionada à auto divulgação para outros e baixos níveis de homofobia internalizada. Luhtanen (2003) descobriu que a identidade sexual positiva foi associada a maior autoestima e maior satisfação com a vida numa amostra de mulheres e homens pertencentes a uma minoria sexual. Parece ser possível que a sensibilidade ao estigma pudesse estar mais fortemente ligada ao baixo apoio social para os indivíduos bissexuais do que os indivíduos LG, porque os indivíduos bissexuais podem ter medo da estigmatização dos indivíduos heterossexuais e LG, levando a um grupo de menor potenciais pessoas de apoio para pessoas bissexuais. Além disso, por causa do monosexismo, a incerteza da identidade pode ser uma questão particularmente saliente em indivíduos bissexuais, portanto a confusão de identidade pode estar mais fortemente ligada ao bem-estar de pessoas bissexuais do que às pessoas LG (Balsam & Mohr, 2007).

Vários estudos mostram que a taxa de suicídio entre adolescentes lésbicas, gays e bissexuais é alta, sendo estimadas em 37% até 50% para as populações LGB. Existem múltiplos fatores de risco conhecidos para o comportamento suicida dos LGB, incluindo a idade, a orientação sexual, a identidade de género, o género, transtornos mentais e o *stress*. A maior parte da pesquisa do suicídio entre a população LGB tem-se limitado a amostras de adolescentes e jovens adultos com a crença de que, após a idade adulta, o risco de comportamento ou pensamento suicida diminui. Outros estudos encontram comportamento de suicídio ao longo da vida entre pessoas pertencentes a minorias sexuais, o que corrobora que as minorias sexuais enfrentam desafios específicos relacionados com o *status* da sua minoria sexual, como a aquisição de uma identidade positiva o mesmo tempo em que sofre de estigma e exclusão social. A homofobia internalizada é uma consequência possível da intimidação baseada na heterossexualidade não-exclusiva. Alguns estudos que avaliaram o impacto do *bullying* entre pares de jovens com homofobia internalizada e demonstraram que o *bullying* homofóbico entre adolescentes com identidade LGB negativa, que reflete homofobia internalizada, acentua dificuldades em aceitar a sua orientação sexual (Pereira & Rodrigues, 2015).

Além disso, outros estudos recentes, revelaram que o assédio, a rejeição e a discriminação heterossexista estão relacionados com a homofobia internalizada entre os jovens LGB e demonstram que ambos os fatores aumentaram a angústia psicológica, a

depressão e a ansiedade. A baixa auto estima está também associada a ideias e tentativas de suicídio. A pesquisa mostra ainda, que as experiências de vitimização passadas e a homofobia internalizada têm um efeito direto, significativo sobre a ideação suicida, indicando que os jovens LGB, quando comparados com os não LGB, tinham aumentando a probabilidade de ideias suicidas (Pereira & Rodrigues, 2015).

Relativamente à homossexualidade, um estudo de Pereira (2015) mostrou que adolescentes e jovens adultos bissexuais podem enquadrar-se na visão clássica da bissexualidade como fenómeno transitivo. Os adolescentes, que se percebem como bissexuais, acarretam dois tipos de sentimentos, uma heterossexualidade socialmente valorizada e uma eventual identidade homossexual isolada. Esses sentimentos opostos, durante a adolescência, podem levar a pensamentos suicidas, confusão e não poder pertencer a nenhum desses “mundos” (Pereira & Rodrigues, 2015).

Nesse mesmo estudo a variável género foi também avaliada e os resultados mostraram diferenças entre os homens e as mulheres relativamente à ideação suicida. As mulheres apresentam níveis ligeiramente superiores de ideação suicida, possivelmente devida a valores sociais que determinam que as mulheres sofrem mais e, assim, desencadear pensamento de autodestruição (Pereira & Rodrigues, 2015).

No que concerne à associação entre discriminação e ideação suicida, indo também de encontro a estudos anteriores, o estudo de Pereira (2015) sugere que as experiências de discriminação podem funcionar com uma confirmação da homossexualidade internalizada, especialmente quando não há fontes de apoio social. Gays, lésbicas e bissexuais representam uma minoria sexual e, como tal, são alvo de discriminação, estigma e violência pela sociedade. A manifestação mais evidente da internalização do estigma é a sensação de vergonha na identificação como LGB (Pereira & Rodrigues, 2015).

Observou-se ainda que a não divulgação da orientação sexual pode ter efeitos negativos nas vidas dos adolescentes e jovens adultos LGB. Como o processo do *coming out* é muito importante na vida destes sujeitos, muitos decidem revelar a sua orientação sexual para amigos, familiares e até mesmo para a sociedade com o intuito de encontrar uma sensação de honestidade e auto estima em relação a eles próprios. No entanto, esse processo ainda é difícil devido à possível antecipação de rejeição, pelo que pode ser acompanhado de problemas de ansiedade, depressão e até mesmo o uso de substâncias. O estudo de Pereira (2015) mostrou que os jovens LGB que não se assumem são aqueles que são mais suscetíveis de antecipar o impacto negativo de tal divulgação e experienciar maiores níveis de homofobia internalizada (Pereira & Rodrigues, 2015).

Apesar da crescente aceitação da sexualidade do mesmo sexo em Portugal e as recentes mudanças políticas e legislativas, como a introdução de uma cláusula de não discriminação com base na orientação sexual na Constituição Portuguesa em 2004 e a lei de

2010 que permite que os casais do mesmo sexo se casem, a população LGB ainda sofre de alguma discriminação por parte da população heterossexual, principalmente devido ao conservadorismo religioso e ao posicionamento político de direita. Consequentemente o desenvolvimento identitário dos indivíduos LGB é restringido por essas atitudes sociais negativas, que podem perpetuar a experiência de estigmatização e discriminação. A teoria do *stress* minoritário sugere que o estigma e a discriminação interpessoal são fatores de risco para problemas de saúde física e mental entre as minorias sexuais (Pereira & Costa, 2016).

De encontro com esta teoria minoritária do *stress*, a pesquisa revela uma associação positiva entre a discriminação interpessoal e os fracos resultados de saúde física e mental entre as minorias sexuais, incluído o risco de infeção pelo HIV e doenças sexualmente transmissíveis, taxas mais elevadas de tabagismo e o uso de drogas ilícitas e o uso de metanfetaminas. As taxas de depressão e ansiedade são também superiores das da população heterossexual, bem como o sofrimento emocional, a autoestima, o transtorno de pânico, o suicídio e o risco de suicídio. Portanto, existem dados acumulados que indicam que os problemas de saúde mental são mais prevalentes entre as minorias sexuais do que entre os heterossexuais devido à exposição à discriminação social (Pereira & Costa, 2016).

Estudos mostraram que a disfunção sexual é altamente prevalente entre os homossexuais e as mulheres lésbicas. Resultados recentes indicam que 42,5% dos homossexuais e 75,6% das mulheres lésbicas relataram pelo menos um problema sexual durante a vida. Estas taxas de prevalência são semelhantes às encontradas em homens heterossexuais, mas maiores do que as relatadas em estudos realizados com mulheres heterossexuais. Além disso, os estudos sobre o conteúdo dos esquemas cognitivos mostraram que homens homossexuais e mulheres lésbicas com depressão, *stress* crónico e distúrbios relacionados com a ansiedade são mais propensos a denunciar esquemas negativos em comparação com homossexuais e mulheres lésbicas sem problemas de saúde mental (Peixoto & Nobre, 2015).

### **1.2.1. Mudança social e legislação**

Só em 1982 é que ocorre a descriminalização da homossexualidade e em 1999 a Lei das Uniões de Facto passaram a aplicar-se a casais homossexuais carecendo ainda de alguma regulamentação. Foram reportados inúmeros episódios de homofobia e discriminação mas também foram criados movimentos que deram visibilidade à luta LGBT descritos abaixo (Maia & Loucã, 2007).

Em 1902, Egas Moniz descreve a homossexualidade como uma doença e perversão que perdura ao longo do século XX e serve de base para a criminalização desses comportamentos. Em 1974 foi criado o Movimento de Libertação da Mulher (“MLM”), que envolve ativistas lésbicas e em 1980 a primeira tentativa visível de ativismo homossexual com o nascimento do Coletivo de Homossexuais Revolucionários (“CHOR”) (Maia & Loucã, 2007).

Em 1982 dá-se a revisão do Código Penal que remete a homossexualidade “entre adultos, livremente exercida e em recato” para domínio dos atos não puníveis. Em 1991 é publicada a primeira revista Lésbica em Portugal “Ornaga” que criou, ainda a primeira linha de atendimento para a homossexualidade. Em 1995 um grupo de ativistas homossexuais, com o apoio do GTH-PSR (Grupo de Trabalho Homossexual- Partido Socialista Revolucionário), organiza a primeira comemoração pública do dia do orgulho, na discoteca “Climacz” em Lisboa com impacto nos meios de comunicação social. Em 1996 é formada a ILGA-Portugal, por um grupo de ativistas homossexuais vindos da luta contra a sida e, é também criado o portal PortugalGay.pt, o primeiro portal para a comunidade LGBT em Portugal. Em 1997 a ILGA abre o Centro Comunitário Gay e Lésbico de Lisboa em que oferece serviços de apoio psicológico e jurídico, um centro de documentação, publicações temáticas, festas e convívios. Em 1999 é divulgado o manifesto reivindicativo que integra pela primeira vez questões relativas a transexuais e *transenders*. Em 2000 realiza-se a 1ª Marcha de Orgulho LGBT em Lisboa. Em 2003 a homossexualidade é protegida pela lei do código de trabalho. Em 2004 no 10º Congresso da CGTP é aprovada uma declaração de princípios de ação que inclui pela primeira vez, as questões da orientação sexual. Ainda nesta data é aprovada na Assembleia da República a alteração ao artigo 13º da Constituição da República Portuguesa que passa a incluir a orientação sexual como fator de não discriminação. Em Fevereiro de 2006 uma transsexual do Porto foi agredida e torturada até à morte por um bando de miúdos entregues aos cuidados de uma instituição católica. Este caso teve grande impacto na comunicação social e tornou-se um símbolo da violência extrema a que a discriminação pode levar, revelando também o esquecimento a que a população trans sempre esteve votada. Nesta data é também realizada a 1ª Marcha do Orgulho LGBT no Porto. Em 2008 é discutido, sob proposta do Bloco de Esquerda, dois projetos-lei que visam a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo (Maia & Loucã, 2007).

Em 2009 foi introduzido o tema da homossexualidade na educação sexual escolar. Em 2010 foi promulgada a lei que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo, considerado um grande passo para a aceitação da homossexualidade em Portugal. (Maia & Loucã, 2007)

Anualmente a ILGA-Europa faz uma avaliação a 49 Estados europeus. Portugal encontra-se em 5º lugar, subindo no ranking do respeito pelos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais. No entanto, uma fatia importante da população (34%) considera que há algo de “errado” numa relação entre duas pessoas do mesmo sexo. Destaca-se ainda que em 2016 casais de pessoas do mesmo sexo passaram a ter acesso à adoção conjunta (Sanches, 2016).

### 1.3. Disfunções sexuais

Um grande número de estudos de prevalência realizados em todo o mundo sugere que os problemas sexuais femininos constituem um grande problema de saúde entre as comunidades, com um efeito negativo significativo na satisfação e no bem-estar sexual das mulheres e dos casais. Os dados das taxas de prevalência de problemas sexuais das mulheres indicam que variam entre 26% a 49% (Peixoto & Nobre, 2015).

A falta de desejo sexual geralmente é apontada como o problema sexual mais frequente nas mulheres, indicando taxas de prevalência variando entre 27% a 70%. As dificuldades em atingir o orgasmo são também muito comuns na população em geral, indicando taxas de 18% a 61%. Seguidamente apresentam-se os problemas de dificuldade de excitação feminina com taxas de 6% a 36%. Relativamente à dor sexual os estudos indicam entre 2% a 7% para a dispareunia e uma prevalência não superior a 1% para o vaginismo. No entanto, estudos mais recentes sugerem uma frequência de 64% para a dispareunia e 42% no vaginismo. Estes resultados advêm de estudos realizados no Egito e na Turquia, sugerindo que a dor sexual é fortemente influenciada por fatores culturais (Peixoto & Nobre, 2015).

As características sociodemográficas sugeridas como maiores fatores de risco são a idade e o nível educacional. As pesquisas indicam ainda que a educação desempenha um papel protetor nas mulheres, indicando que mulheres com altos níveis de educação relatam níveis mais altos de problemas sexuais. Em relação ao estado civil os dados apresentam-se controversos. Alguns estudos sugerem que as mulheres casadas relatam menos problemas sexuais e outros sugerem o oposto. Outros estudos sugerem que o estado civil não tem efeito na frequência de problemas sexuais. No geral, a pesquisa sugere uma possível mediação dos fatores sociais e culturais na relação entre o estado civil e os problemas sexuais nas mulheres (Peixoto & Nobre, 2015).

Num estudo realizado por Peixoto e Nobre (2015) em Portugal com 175 mulheres, observou-se que a falta do desejo sexual é a dificuldade sexual mais comum nas mulheres em Portugal com uma taxa de 25,4%, relatando falta de interesse em envolver-se na atividade sexual na maioria das vezes ou quase sempre/sempre. Além disso 29,2% das mulheres relatam falta de desejo sexual em cerca de metade das vezes. O segundo problema mais comum com uma taxa de 16,8% são as dificuldades orgásmicas, relatando dificuldade em atingir o orgasmo na maioria das vezes ou quase sempre/sempre, e 19,4% das mulheres tiveram dificuldade em atingir o orgasmo cerca de metade das vezes. As dificuldades de lubrificação foram também relatadas por 12,9% das mulheres. Em relação à dispareunia 9,8% das mulheres relatam desconforto ou dor durante a penetração vaginal. Por último, o vaginismo foi relatado por 6,6% da amostra (Peixoto & Nobre, 2015).

Nesse mesmo estudo, constatou-se que o fator sociodemográfico preditor de mais problemas sexuais em Portugal é a idade, em mulheres dos 45 a mais de 65 anos de idade quando comparadas com mulheres dos 18 aos 24 anos de idade. A falta de desejo sexual parece ser mais relatada por mulheres de 55 a mais de 65 anos de idade quando comparadas a mulheres dos 18 aos 24 anos de idade (Peixoto & Nobre, 2015).

Relativamente ao nível educacional, as mulheres com 10 a 12 anos de escolaridade e com 13 ou mais anos de escolaridade apresentam menos probabilidades de apresentar dificuldades sexuais quando comparadas a mulheres sem educação. A nível de relacionamentos, as mulheres envolvidas em relacionamentos entre 10 a 20 anos, ou por mais de 20 anos apresentam uma menor probabilidade de relatar problemas de lubrificação quando comparadas com mulheres nas relações há menos de 10 anos (Peixoto & Nobre, 2015).

De acordo com Laumann et al. (1999) (citado por Peixoto & Nobre, 2015), os problemas sexuais mais frequentes nos homens são a ejaculação precoce, seguida da falta de desejo sexual, dificuldades em manter a ereção e dificuldades no alcance do orgasmo (Peixoto & Nobre, 2015).

Em Portugal, o problema sexual mais comum nos homens é a ejaculação precoce (23,2%), seguido da dificuldade de manter uma ereção (10,2%), dificuldade em atingir o orgasmo (8,2%) e a falta de desejo sexual (2,9%) (Peixoto & Nobre, 2015).

O juízo clínico acerca do diagnóstico de disfunção sexual deve ter em consideração os fatores culturais que podem influenciar as expectativas ou ditar proibições acerca da experiência de prazer sexual. O envelhecimento poderá estar associado a uma diminuição normativa da resposta sexual (American Psychiatric Association, 2013).

A resposta sexual corresponde a requisitos biológicos, ainda que habitualmente seja experienciada num contexto intrapessoal, interpessoal e cultural. Assim, a função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos. Em muitos contextos clínicos, a compreensão precisa da etiologia de um problema sexual é desconhecida. No entanto, um diagnóstico de disfunção sexual exige a exclusão de problemas que são mais bem explicados por uma perturbação mental não sexual, pelos efeitos de uma substância (drogas ou medicamentos), por uma condição médica (lesão num nervo) ou por dificuldades relacionais graves, violência do parceiro ou outros fatores de *stress* (American Psychiatric Association, 2013).

O modelo do ciclo da **resposta sexual humana** baseado nos estudos de Masters e Johnson (1966, 1970) e Kaplan (1979) é utilizado como referencial para classificar as disfunções sexuais com base nos processos que caracterizam o ciclo da resposta sexual, ou na dor associada à relação sexual. Posto isto, este passa por quatro fases: o desejo, fase constituída por fantasias sexuais e desejo de envolvimento em atividade sexual; a excitação, caracterizada pela sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações

fisiológicas; o orgasmo, que consiste num pico de prazer sexual, acompanhado de libertação da tensão sexual e da contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores (na mulher, ocorrem contrações da parede do terço externo da vagina e em ambos os sexos, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente) e, por fim, a resolução que é a fase relativa à sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar. Durante esta fase, os homens encontram-se fisiologicamente refratários a nova ereção e orgasmo durante um período de tempo variável. A mulher, pelo contrário, pode ser capaz de responder a uma estimulação adicional, quase imediatamente (Nobre, 2006).

Relativamente às disfunções sexuais, estas incluem a ejaculação retardada, a disfunção erétil, a perturbação do orgasmo feminino, e perturbação do interesse/excitação sexual feminino, a perturbação de dor genitopélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino, a ejaculação prematura (precoce), a disfunção sexual induzida por substância/medicamento, as disfunções sexuais com outra especificação e as disfunções sexuais não especificadas. As disfunções sexuais constituem um grupo heterogéneo de perturbações que são caracterizadas tipicamente por uma alteração clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa poder responder sexualmente ou sentir prazer sexual. Um indivíduo poderá ter várias disfunções sexuais simultaneamente (American Psychiatric Association, 2013).

São usados subtipos para designar o início da dificuldade. Deve considerar o momento do início da disfunção que pode sugerir diferentes etiologias e intervenções. *Ao longo da vida* refere-se a um problema sexual que esteve presente desde as primeiras experiências sexuais, enquanto *adquirido* aplica-se a perturbações sexuais que se desenvolveram após um período de funcionamento sexual relativamente normal. *Generalizado* reporta-se a dificuldades sexuais que não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros, e *situacional* refere-se a dificuldades sexuais que ocorrem apenas com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.3.1. Ejaculação Retardada**

A característica distintiva da ejaculação retardada é um atraso marcado ou incapacidade de atingir a ejaculação. O homem refere dificuldade ou incapacidade para ejacular apesar da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular (American Psychiatric Association, 2013).

Apresenta como critérios de diagnóstico qualquer um dos seguintes sintomas experienciado em quase todas ou todas as atividades sexuais com o parceiro e sem que o atraso seja desejado pelo indivíduo: atraso marcado de ejaculação, ejaculação marcadamente infrequente ou ausência de ejaculação. Os sintomas persistem por um período mínimo de 6 meses e provocam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.3.2. Disfunção Erétil**

Incapacidade repetida de atingir ou manter ereções durante atividades sexuais com o parceiro. Pelo menos um dos seguintes três devem ser experienciados em quase todas ou todas as ocasiões de atividade sexual: dificuldade marcada em atingir uma ereção durante a atividade sexual; dificuldade marcada em manter uma ereção até completar a atividade sexual; diminuição marcada de rigidez da ereção. Os sintomas persistem por um período mínimo de 6 meses e causam mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

A disfunção erétil constitui uma das mais frequentes queixas dos homens que procuram ajuda. As dificuldades de ereção constituem um severo golpe no autoconceito masculino, estando habitualmente associadas a sentimento de vergonha, frustração, depressão e mesmo ideação suicida (Nobre, 2006).

### **1.3.3. Perturbação do Orgasmo Feminino**

As perturbações do orgasmo designam dificuldades relacionadas com a resposta de clímax sexual, caracterizada por um conjunto de reações fisiológicas (contração rítmica dos músculos genitais) e subjetivas (sensação de clímax ou libertação de tensão) (Nobre, 2006).

Esta é caracterizada pela dificuldade em experienciar o orgasmo e/ou marcada diminuição da intensidade das sensações orgásmicas. As mulheres apresentam grande variabilidade quanto ao tipo ou intensidade da estimulação que desencadeia o orgasmo (American Psychiatric Association, 2013).

Exige a presença de 1 dos seguintes sintomas experienciado em quase todas as atividades sexuais: atraso marcado, marcada infrequência ou ausência de orgasmo; redução marcada da intensidade das sensações orgásmicas. Os sintomas devem persistir por um período mínimo de 6 meses e causam mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.3.4. Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminino**

As perturbações de excitação sexual consistem numa dificuldade na resposta cognitiva, emocional e fisiológica de excitação sexual. Estas dificuldades podem envolver a ausência de resposta fisiológica que, habitualmente, acompanha a excitação masculina ou feminina. Nas mulheres existe uma ausência de resposta de lubrificação vaginal, intumescimento dos pequenos lábios e do clitóris e ereção dos mamilos. Estas dificuldades na resposta fisiológica são ainda acompanhadas por respostas emocionais caracterizadas pela ausência de prazer ou de sensação de excitação sexual subjetiva e por respostas cognitivas

caracterizadas por uma diminuição do foco de atenção a estímulos eróticos ou fantasias sexuais (Nobre, 2006).

Quando se avalia a Perturbação do interesse/excitação sexual feminino, o contexto interpessoal deve ser considerado. Uma “discrepância de desejo” na qual a mulher tem menor desejo para a atividade sexual do que o seu parceiro, não é suficiente para diagnosticar esta perturbação (American Psychiatric Association, 2013).

Como critérios de diagnóstico exige-se a ausência ou redução significativa do interesse/excitação sexual, manifestadas por pelo menos 3 dos seguintes: ausência/redução do interesse na atividade sexual; ausência/redução de pensamentos sexuais/eróticos ou de fantasias; ausência/redução da iniciativa para a atividade sexual e tipicamente não recetiva às tentativas do parceiro para iniciar a atividade sexual; ausência/redução da excitação/prazer sexual durante a atividade sexual em quase todos ou todos os encontros sexuais; ausência/redução do interesse/excitação sexual em resposta a quaisquer estímulos sexuais/eróticos internos ou externos; ausência/redução das sensações genitais ou não genitais durante a atividade sexual em quase todos ou todos os encontros sexuais. Os sintomas devem persistir por um período mínimo de 6 meses e causam mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.3.5. Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração

Esta perturbação refere-se a quatro dimensões de sintomas frequentemente comórbidas: dificuldade em ter relações sexuais; dor genitopélvica; medo da dor ou da penetração vaginal e tensão dos músculos do pavimento pélvico (American Psychiatric Association, 2013).

Deve existir dificuldade persistente ou recorrente com uma ou mais das seguintes situações: penetração vaginal durante a relação sexual; dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou tentativas de penetração vaginal; medo ou ansiedade marcados acerca de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração vaginal; tensão e compressão marcadas dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. Os sintomas devem persistir por um período mínimo de 6 meses e causar mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

Esta, inclui ainda dois quadros clínicos distintos: a **dispareunia**, que consiste na experiência de dor associada à atividade sexual, normalmente antes, durante e após o coito, e o **vaginismo**, que se caracteriza pela contração involuntária dos músculos do terço externo da vagina, dificultando ou impossibilitando a penetração vaginal (Nobre, 2006).

### **1.3.6. Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino**

A maioria dos sistemas de classificação inclui dois quadros clínicos de perturbação do desejo sexual, o desejo sexual hipoativo e a aversão sexual. O primeiro corresponde a uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e falta de desejo de envolvimento em atividade sexual, já o segundo, é caracterizado por uma resposta aversiva e de evitamento ativo do contacto sexual com um parceiro, sendo ainda uma resposta fóbica, habitualmente associada à recordação de um episódio sexual traumático ou ao medo de contrair uma doença sexualmente transmissível. O desejo sexual hipoativo consiste ainda, numa ausência de motivação para envolvimento em atividades sexuais e encontra-se usualmente associado a depressão, perturbação de ansiedade ou conflitos relacionais (Nobre, 2006).

Quando se avalia uma Perturbação de desejo sexual hipoativo masculino deve-se ter em conta o contexto interpessoal. Uma “discrepância de desejo”, isto é, quando um homem tem menor desejo de atividade sexual do que o parceiro, não é suficiente para diagnosticar esta perturbação (American Psychiatric Association, 2013).

Como critérios de diagnóstico apresentam-se a presença de fantasias ou pensamentos sexuais/eróticos e desejo de atividade sexual persistentemente ou recorrentemente diminuídos. A avaliação da diminuição é feita pelo clínico, tendo em conta os fatores que afetam o funcionamento sexual, como a idade e o contexto de vida geral e sociocultural do indivíduo. Os sintomas persistem por um período mínimo de 6 meses e causam mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

A aversão sexual é definida com a aversão e evitamento ativo do contacto genital com um parceiro sexual, que provoca mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais. Esta distingue-se da perturbação do desejo sexual hipoativo pela existência de intensas respostas emocionais negativas que estão na origem do evitamento das situações de partilha sexual (Nobre, 2006).

### **1.3.7. Ejaculação Prematura (precoce)**

A ejaculação precoce manifesta-se por ejaculação que ocorre antes ou pouco depois da penetração vaginal, operacionalizada pela estimativa individual de latência da ejaculação após a penetração vaginal (American Psychiatric Association, 2013). Esta manifestação clínica é muito comum em jovens no início da vida sexual tendendo a diminuir com a idade e sobretudo com a experiência sexual (Nobre, 2006).

Caracteriza-se por um padrão persistente e recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com o parceiro até aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal e antes de que o indivíduo a deseje. Os sintomas acima devem persistir pelo menos 6

meses e ser experienciados em quase todas ou todas as ocasiões de atividade sexual e devem causar mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.3.8. Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento**

Esta é uma perturbação da função sexual que tem uma relação temporal com o início do uso de uma substância/medicamento, aumento de dose ou descontinuação de uma substância/medicamento (American Psychiatric Association, 2013).

No quadro clínico predomina uma disfunção sexual clinicamente significativa. Há evidências a partir da história, exame físico ou das descobertas laboratoriais dos seguintes: a disfunção desenvolveu-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência de uma substância ou após exposição a um medicamento; a substância/medicamento envolvido é capaz de produzir os sintomas da disfunção sexual. A perturbação não é mais bem explicada por uma disfunção sexual que não é induzida por substância/medicamento. Esta não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium* e causa mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.3.9. Disfunção Sexual com Outra Especificação**

Esta categoria encontra-se presente quando os sintomas característicos da disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduo predominam, embora não cumpram os critérios completos de nenhuma das perturbações das disfunções sexuais. Esta categoria é usada em situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não cumpre os critérios para nenhuma disfunção sexual.

### **1.2.10. Disfunção Sexual Não Especificada**

Esta categoria aplica-se quando os sintomas característicos de disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao indivíduos predominam, embora não cumpram os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções sexuais. Esta é usada em situações em que o clínico opta por não especificar a razão específica pela qual os critérios não são preenchidos para uma disfunção sexual específica, e inclui apresentações clínicas para as quais não existe informação suficiente para fazer um diagnóstico específico.