

Introdução à dissertação

Esta dissertação surge no âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, e tem como tema central a saúde mental e o autoconceito sexual, dois conceitos transversais a todos os seres humanos e que determinam, em grande medida a qualidade de vida e as suas próprias vidas.

A promoção de um estado de saúde, ou seja, o processo que visa capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde física e mental, não pode ser preconizada de forma individualizada e unitária, pelo contrário, deve ser vista de forma holística, imbuída de todos os seus determinantes. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a adaptar-se ao meio (Sícoli & Nascimento, 2003; OMS, 2014). Nesta perspetiva, são também reconhecidos os efeitos potencializadores das vivências sexuais sobre a qualidade de vida, uma vez que a sexualidade pode ser compreendida como uma das atividades que mais contribuem positivamente nesse sentido (Mendlowicz & Stein, 2000; González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Rodrigues, Andrade & Faro, 2008; Abdo, 2012; Pereira, Esgalhado, Monteiro & Afonso, 2014). A sexualidade é um processo natural, que obedece a necessidades fisiológicas e emocionais do ser humano, com vista à obtenção de prazer e bem-estar, promovendo a criação laços de união mais intensos (Soutto Mayor, Antunes & Almeida, 2009). Com efeito, cada um de nós constrói uma avaliação a respeito dos aspetos que inerentes à sua sexualidade. Esta avaliação é edificada num autoconceito sexual, componente fundamental para a qualidade de vida, saúde mental e manutenção de relações interpessoais positivas (Coutinho, Franken & Ramos, 2007; Rouco, González, Carvalho & Sanchez, 2009).

Partindo deste enquadramento teórico, torna-se importante abordar temas que enfatizem o papel do autoconceito sexual na saúde mental dos indivíduos, de modo a perceber e aprofundar a relação entre ambos os conceitos, de forma a conceber e balizar estratégias de intervenção voltadas para a promoção da saúde física e mental, contribuindo para o bem-estar geral dos cidadãos.

Com efeito, foi objetivo da presente investigação, numa primeira fase, validar psicometricamente o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) para a população portuguesa e, numa segunda fase, comparar diferenças nos níveis de autoconceito sexual e saúde mental numa amostra clínica e não-clínica, perante diversas variáveis como: o grau de escolaridade, idade, género, relações amorosas, relações sexuais e toma de psicofármacos. Por último, predeu-se determinar a relação preditiva entre o autoconceito sexual e a saúde mental.

A primeira parte deste trabalho incide numa introdução teórica que consiste numa definição de conceitos que subjazem à operacionalização dos conceitos de autoconceito sexual e saúde mental, bem como a uma revisão de alguns estudos neste âmbito a fim de tecer algumas considerações fundamentais sobre as variáveis principais. Por se tratar de uma dissertação em formato de artigo, junto se anexa um complemento teórico mais extenso. Tornou-se relevante assimilar alguma informação sobre os determinantes que condicionam a sexualidade e, conseqüentemente o autoconceito sexual (determinantes psicoemocionais, biológicos, sociais e uso de psicofármacos), bem como as características das perturbações psicológicas mais comuns no que concerne à sexualidade.

A opção de uma dissertação em formato de artigo foi adotada em equipa com a previsão de ser, eventualmente, publicada. Qualquer contributo teórico deve propiciar um aumento de dados, efetivamente conhecidos, sobre um determinado tema, para que possa ser ponto de partida para posteriores estudos ou complementos teóricos de outros.

Dando forma ao corpo metodológico da presente investigação, primeiramente procedeu-se à validação do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) e, posteriormente, ao estudo observacional, correlacional, comparativo e preditivo das variáveis em estudo - saúde mental e autoconceito sexual. O primeiro estudo contou com a participação de 494 indivíduos, recrutados convenientemente através da Internet, enquanto o segundo, reuniu 61 pacientes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Covilhã (amostra clínica), aos quais foram acrescentados mais 70 participantes (amostra não clínica) a fim de estudar as diferenças entre ambos os grupos.

Finalmente, procedeu-se ao tratamento dos dados e correspondente análise estatística, à apresentação dos resultados e sua discussão, produzindo informação científica para a temática em estudo.

1. Introdução Teórica

O autoconceito constitui-se como parte integrante da personalidade de cada indivíduo, influenciando o bem-estar psíquico e a qualidade de vida, de forma positiva ou negativa. Da mesma forma, os níveis de saúde mental podem influenciar aspetos da sexualidade humana, de forma positiva ou negativa.

O autoconceito pode ser entendido como a percepção que uma pessoa tem de si mesma, um conjunto de cognições que possui de si própria, que se formam a partir das experiências e relações com o meio, configurando-se, de forma constante, nas interações sociais com os demais (Wylie, 1974; Vaz Serra, 1988; Veiga, 1995; Sim-Sim & Lima, 2004; Martins, 2005; Santos, Antunes & Bernardi, 2008; Goñi & Fernández, 2009; Neves & Faria, 2009; Zacharias, 2012; Marsh & Seaton, 2013). Este constructo, inerente à personalidade humana, reúne em si, múltiplos constituintes, como as autoimagens, a autoeficácia, a autoestima, o autoconceito real e ideal e a identidade, e estende-se a várias áreas: autoconceito académico, físico, social, emocional e sexual (Vaz Serra, 1988; Alves-Pacheco, 2008).

Por sua vez, o autoconceito sexual, pode ser entendido como a avaliação que cada um de nós realiza sobre os seus sentimentos e ações acerca da sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que cada um de nós pensa sobre o sexo e como nos sentimos face a comportamentos sexuais. Esta conceção é influenciada tanto por fatores cognitivos, como afetivos e motivacionais (Winter, 1988; Snell, 2001; Sim-Sim & Lima, 2004; Alves-Pacheco, 2008), abraçando uma multiplicidade de variáveis que se apregoam como relevantes na operacionalização do conceito de autoconceito sexual como, motivação sexual, satisfação sexual, autoeficácia sexual, depressão sexual, medo do sexo, autovigilância sexual, otimismo sexual, controlo interno da sexualidade, autoestima sexual e ansiedade sexual (Snell, 1995, 2001; Alves-Pacheco, 2008).

O autoconceito sexual, imbuído de todas as suas dimensões e características, pode condicionar e determinar a percepção que cada indivíduo elabora em relação aos aspetos sexuais da sua vida que, por sua vez, como causa ou efeito, influenciam o bem-estar psíquico do mesmo, ou seja, a sua saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013) a saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar, no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo enfrentar as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar o seu contributo à comunidade”; ou ainda “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Cruz & Aguilar, 2002; Marinho, 2012). Por sua vez, a saúde sexual pode ser entendida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não significando apenas a ausência de disfunção ou doença (OMS, 2006).

Posto isto, se o autoconceito sexual está relacionado com aspetos intra e interpessoais, é coerente pensar que quando surge uma perturbação mental ou sintomatologia disfuncional, a sexualidade se altere. Sendo que as pessoas com níveis de

saúde mental mais fraca, tendem a ter um autoconceito mais pobre (Gispert, Gay & Vidal, 1997; Vaz Serra & Firmino, 1986; Vaz Serra, 1988; Seabra, Amendoeira & Sá, 2013). Com efeito, os problemas psicológicos têm quase sempre uma expressão corporal e as alterações orgânicas provocam quase sempre alguma perturbação a nível psicológico. Uma vez rejeitado o dualismo cartesiano, é de supor que aquilo que acontece a nível físico ou a nível mental se influencie mutuamente, perturbando o indivíduo na sua globalidade. Assim, baixos níveis de saúde mental costumam produzir um quadro de problemas emocionais nos quais a parte afetiva é posta em causa, o que por sua vez influencia a expressão de sentimentos, a relação interpessoal, bem como a sexualidade humana (Stein & Hollander, 1994; Gispert, Gay & Vidal, 1997; Martín & Sánchez, 1997; Vaz Serra, 1988; OMS, 2001; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Lykins, Janssen & Graham, 2006; Nobre, 2003, 2006; Caballo, 2008; Cordioli, 2008).

Alguns autores sugerem que a autoestima do indivíduo e a insatisfação corporal estão correlacionadas negativamente com o autoconceito e práticas sexuais, parecendo ser o bem-estar intrínseco com o próprio corpo o fator mais relevante para um autoconceito sexual elevado (Hayes & Dennerstein, 2005; Nobre, 2006; González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Alves-Pacheco, 2008). A presença de atividades sexuais satisfatórias tem sido um dos indicadores de qualidade de vida mais citados (Mendlowicz & Stein, 2000; González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Rodrigues, Andrade & Faro, 2008; Abdo, 2012).

As mulheres parecem ser mais vulneráveis a internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para o desenvolvimento de perturbações associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida, enquanto os homens parecem ser mais encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, sendo que esta externalização pode apresentar alguma ligação com comportamentos antissociais, uso de substâncias e suicídio (Canetto, 1991, 1997). No caso das mulheres, existe maior facilidade em assumir o papel de doente, visto que a mulher foi culturalmente percecionada como o género mais fraco, sendo a expressão da doença culturalmente bem aceite pelas mulheres (Pereira & Rabasquinho, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009).

Também as características de personalidade e as variáveis estados ou traços emocionais como a depressão, o stress e a ansiedade (Wolpe, 1958; Angst, 1998; Halstrom, 2000; Minnen & Kampman, 2000; Nobre, 2003, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Laurent & Simons, 2009; Moeda, 2009; Cordioli, 2008), o medo da intimidade (Masters & Johnson, 1967) e as crenças negativas face ao sexo (Wolpe, 1958; Martín & Sánchez, 1997; Nobre, 2003, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Cordioli, 2008), parecem interferir negativamente na resposta sexual. No entanto, depreende-se que a ansiedade tem uma função ambivalente: por um lado facilita a resposta sexual em sujeitos funcionais e, por outro, inibe-a em sujeitos disfuncionais (Barlow, Bach & Winck, 2001; Nobre, 2006).

O autoconceito sexual, a atividade sexual e a autoestima parecem aumentar à medida que o grau de escolaridade aumenta, enquanto a ansiedade face ao sexo parece diminuir (Alves-Pacheco, 2008). Além disso, verifica-se que as mulheres apresentam mais atitudes

negativas (quer implícitas, quer explícitas) face à sexualidade, relativamente ao que acontece no sexo masculino e, há uma tendência maior no sexo feminino para manter práticas sexuais na ausência de desejo comparativamente com o sexo masculino (Geer & Robertson, 2005) e que os indivíduos com menor desejo sexual apresentam níveis significativamente superiores de depressão e psicoticismo (Carvalho, 2008).

Por outro lado, os dados indicam que, numa relação amorosa de vários anos de duração, na grande maioria das vezes, haja uma tendência para que o desejo sexual se torne mais fraco, sendo que a predisposição instintiva, mais relacionada com a paixão, diminui com o avançar do relacionamento, na sequência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca (Bartels & Zeki, 2000; Fisher, Aron, Mashek & Brown, 2002; Fisher, Aron & Brown, 2005). No que concerne às causas da insatisfação sexual, parecem existir algumas variações entre géneros: para as mulheres, a qualidade emocional das interações sexuais parece ser o que mais influencia as suas avaliações face ao relacionamento sexual, indicando que as mulheres que estão insatisfeitas desejam mais amor, afeição e carinho; para os homens, a quantidade de atividade sexual é mais relevante, dado que os homens que se declaram insatisfeitos desejam mais frequência e variedade de atividades sexuais (DeLamater, 1991; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009). No entanto, parecem ser as pessoas com menos saúde mental, as mais vulneráveis a relações sexuais ocasionais (Bersamin, Zamboanga, Schwartz, Donnellan, Hudson, Weisskirch, Kim, Agocha, Whitbourne & Caraway, 2013).

A construção dos aspetos sexuais de si mesmo não está indissociada da atividade sexual propriamente dita e, particularmente, do início da vida sexual. É um facto que os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (Cabral & Pais, 1998; Calazans, 2000; Nodin, 2001; Matos, 2010), contudo, essa iniciação varia dependendo do género e dos países (Stern & Medina, 2000). Segundo Ferreira (2008), hoje em dia, a iniciação sexual masculina, em Portugal, é maioritariamente realizada antes de se ter atingido a idade de dezassete anos, sendo a idade média para a primeira experiência sexual de 16,5 anos, enquanto para as raparigas se situa nos 17.2 anos. Outros estudos apontam para uma média de 16 anos ou mais (Reis & Matos, 2008) ou ainda, com mais precisão, para os 17.28 anos (Pacheco, 2012). O mais habitual é que a primeira relação sexual ocorra entre os 16 e os 19 anos (Cabral & Pais, 1998; Siegel, Klein & Roghmann, 1999; Oswalt, Cameron & Koob, 2005; Alvarez, 2005; Reis & Matos, 2008).

Relativamente à prevalência de doenças mentais na população em Portugal, um em cada cinco portugueses sofre de uma doença mental, sendo as perturbações mentais mais comuns as da ansiedade e as depressivas (Caldas de Almeida & Xavier, 2010; Cardoso, 2011; Batista, 2013), sendo o sexo feminino o mais representado (Pereira & Rabasquinho, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009), verificando-se que os homens avaliam as suas cognições sexuais como sendo emocionalmente mais positivas (Little & Byers, 2000). Neste sentido, verifica-se igualmente um elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa, sobretudo entre as mulheres (Caldas de Almeida & Xavier, 2010). Os

psicofármacos, que atuam no tratamento ou equilíbrio das perturbações psiquiátricas, por um lado combatem os sintomas da perturbação, justificando a sua utilização, mas, por outro lado, evidenciam alguns efeitos colaterais adversos em diversas áreas, inclusive nos aspetos sexuais (Cordeiro, 1987; Stein & Hollander, 1994; Martín & Sánchez, 1997; Ferguson, 2001; Cruz & Aguilar, 2002; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Córdas & Larajeiras, 2006; Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Souza, 2012). Geralmente, qualquer substância química que afete os sistemas neurológicos, vasculares e endócrinos, responsáveis pelo funcionamento sexual, pode provocar dificuldades nesta área (Martín & Sánchez, 1997). Entre os psicofármacos, em função do seu uso mais difundido, os antidepressivos são as drogas mais relacionadas com disfunção sexual nas mulheres, tendo sido citados como causadores de disfunção sexual em 30% a 70% das pacientes (Stein & Hollander, 1994; Ferguson, 2001). Em comparação com outros efeitos colaterais, como fadiga, ganho de peso e tremor, o efeito sobre a função sexual é considerado o mais problemático e importante razão de não-aderência ao tratamento (Córdas & Larajeiras, 2006).

Conforme ficou demonstrado até aqui, alguns estudos têm contribuído para o conhecimento da relação entre o autoconceito e a saúde mental e, também, para o conhecimento da relação entre a saúde mental e a sexualidade, ainda que de forma muito ténue, dado que poucos estudos descrevem a intensidade dessa relação, sendo essa escassez algo visível em Portugal.

2. Aspectos inerentes à investigação

Esta investigação divide-se em duas partes: primeiramente procedeu-se à validação psicométrica do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) (Amostra A) e, posteriormente, ao estudo da saúde mental e do autoconceito sexual numa amostra, paralelamente, clínica e não clínica.

2.1. Objetivos da investigação:

- ✓ 1º Objetivo geral: Validar psicometricamente o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (QMAS) (Snell, 1995) para a população portuguesa.
- ✓ 2º Objetivo geral: Comparar diferenças nos níveis de autoconceito sexual e saúde mental, entre os seguintes grupos:
 - ❖ Amostra clínica e amostra não clínica (Amostra B e C);
 - ❖ Géneros;
 - ❖ Consumo de psicofármacos e tipos de psicofármacos consumidos;
 - ❖ Escolaridade;
 - ❖ Relação Amorosa;
 - ❖ Relações sexuais;
 - ❖ Idade.
- ✓ 3º Objetivo geral: Determinar a relação preditiva entre o autoconceito sexual e a saúde mental.

2.2. Tipologia de Estudo

Trata-se de um estudo observacional-descritivo (na medida em que se pretende descrever como se comportam as variáveis em estudo), comparativo (na medida em que se estabelecem grupos de comparação para avaliar diferenças entre si) e preditivo (na medida em que se pretende estimar a relação preditiva entre as variáveis autoconceito sexual e saúde mental). É também inferencial, na medida em que se propõe estabelecer grupos de comparação tendo em vista a testagem de diferenças nas pontuações obtidas para cada um dos grupos e, assim, inferir a influência das variáveis independentes.

Relativamente ao *design* temporal, esta investigação tem um carácter transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento.

2.3. Método

2.3.1. Participantes / Amostra:

Para a realização desta investigação foi recolhida uma amostra não-probabilística, recrutada por conveniência, de 494 participantes voluntários que preencheram os questionários através da Internet para validação do QMAS (Amostra A) e, além destes, mais 61 participantes voluntários que constituem a amostra clínica do DPSM (Amostra B), que posteriormente se juntaram a 70 participantes retirados aleatoriamente da amostra A. Como único critério de inclusão da primeira parte desta investigação (a validação), os participantes teriam de pertencer à população portuguesa, saber ler e escrever e ter acesso à Internet; na segunda parte da investigação (Amostra B), os participantes teriam de estar a ser seguidos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), pertencer à população portuguesa, saber ler e escrever e, estar em devidas condições psíquicas que lhes permitissem responder com consciência e julgamento.

2.3.1.1. Caracterização sociodemográfica da Amostra A - Estudo 1

A amostra A compreendeu 494 sujeitos maioritariamente portugueses (96.76%), de ambos os géneros (369 mulheres e 124 homens e 1 outro), com idades compreendidas entre os 16 e os 70 anos com uma média de idades de 27.68 e desvio-padrão de 8.98.

Os participantes desta amostra são essencialmente solteiros (42.9%), seguindo-se participantes com namorado(a) (23.7%), casados (22.1%), em união de facto (7.9%), divorciados (2.8%), outro (4%) e viúvo (2%). Quanto à orientação sexual caracteriza-se por ser uma amostra maioritariamente heterossexual (91.9%), seguindo-se homossexual (5.9%) e por fim bissexual (2.2%). No que concerne ao nível de escolaridade, verifica-se que uma grande parte dos participantes tem uma licenciatura (223), seguindo-se os participantes com o ensino secundário (156), mestrado ou doutoramento (94), 3º ciclo do ensino básico (17), 2º ciclo do ensino básico (3) e por 1º ciclo do ensino básico (1). Quanto ao estatuto socioeconómico observa-se que uma grande parte da amostra se encontra no estatuto socioeconómico médio (55.1%), a par de 31.2% que se encontra no estatuto socioeconómico médio-baixo, 7.9% no estatuto socioeconómico médio-alto, 5.7% no estatuto socioeconómico baixo e apenas 0.2% no estatuto socioeconómico alto. Relativamente à perceção de suporte social, 31.7% dos participantes referem ter bom suporte social, 27.1% muito bom, 24.7% razoável, 8.7% fraco, 5.7% excelente e 2.2% dos participantes mencionam ter um suporte social muito fraco. Os valores apresentados e outros dados referentes à caracterização sociodemográfica podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Valores referentes à caracterização sociodemográfica da Amostra A.

Variável		n	%	Média	DP
Idade				27.68	8.98
	Homens	124	25.1%		
	Mulheres	369	74.7%		
	Outro	1	0,2%		
Estado Civil	Solteiro (a)	212	42.9%		
	Casado (a)	109	22.1%		
	Divorciado (a)	14	2.8%		
	Viúvo (a)	1	0.2%		
	União de facto/ vive junto	39	7.9%		
	Namorado/ Companheiro (a)	117	23.7%		
	Outro	2	0.4%		
Orientação Sexual	Heterossexual	454	91.9%		
	Homossexual	29	5.9%		
	Bissexual	11	2.2%		
Escolaridade	4º ano	1	0.2%		
	6ºano	3	0.6%		
	9º ano	17	3,4%		
	12º ano	156	31.6%		
	Licenciatura ou Bacharelato	223	45.1%		
	Mestrado ou Doutoramento	94	19.0%		
Profissão	Estudante	224	45.3%		
	Trabalhador	227	46%		
	Desempregado	34	6.9%		
	Reformado	4	0.8%		
	Trabalhador- estudante	5	1,0%		
Nacionalidade	Portuguesa	478	96.76%		
	Outras	16	3.24%		
Região Geográfica	Norte	139	28.1%		
	Centro	276	56%		
	Lisboa	60	12.1%		
	Alentejo	5	1.0%		
	Algarve	5	1.0%		
	RAM	3	0.6%		
	RAA	4	0.8%		
	Estrangeiro	2	0.4%		
Estatuto socioeconómico	Alto	1	0.2%		
	Médio-Alto	39	7.9%		
	Médio	272	55.1%		
	Médio-Baixo	154	31.2%		
	Baixo	28	5.7%		
Suporte Social	Muito Fraco	11	2.2%		
	Fraco	43	8.7%		
	Razoável	122	24.7%		
	Bom	156	31.6%		
	Muito Bom	134	27.1%		
	Excelente	28	5.7%		

Ainda no questionário sociodemográfico os participantes foram inquiridos relativamente aos problemas/dificuldades sentidas, sendo que 274 dos participantes desta amostra responderam ter problemas e 220 responderam não ter. Dos que responderam afirmativamente, 38.7% dizem sentir-se stressados/ansiosos; 21.5% sentem-se desmotivados; 6.9% referem ter problemas depressivos; 11.2% referem problemas familiares; 9.7% problemas relacionais; 4.0% problemas de comunicação; 19.6% dificuldades económicas; 10.8% problemas de saúde; e por último, 10.5% da amostra referiu o desemprego como um problema atual. Estes dados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2: Valores referentes aos problemas significativos existentes de acordo com variáveis específicas/exemplares (Amostra A).

Variável		n	%
Problemas/dificuldades	Sim	274	55.5%
	Não	220	44.5%
Stress/ansiedade	Sim	191	38.7%
	Não	302	61.3%
Desmotivação	Sim	106	21.5%
	Não	387	78.5%
Isolamento	Sim	33	6.7%
	Não	460	93.3%
Depressão	Sim	34	6.9%
	Não	459	93.1%
Problemas familiares	Sim	55	11.2%
	Não	438	88.8%
Problemas relacionais	Sim	49	9.7%
	Não	445	90.3%
Problemas de comunicação	Sim	20	4.0%
	Não	474	95.9%
Dificuldades Financeiras	Sim	97	19.6%
	Não	397	80.4%
Problemas de saúde	Sim	53	10.8%
	Não	440	89.2%
Desemprego	Sim	52	10.5%
	Não	441	89.5%

A maioria da amostra afirma não ter nenhuma doença física ou mental diagnosticada, correspondendo a 87.8% e 97.2%, respetivamente. Apenas 60 dos participantes desta amostra afirmam ter uma doença física e 14 mencionam uma doença mental, sendo que apenas 6.7% da amostra beneficia de acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Estes valores podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3: Valores acerca de doença física e mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (Amostra A).

Variável		n	%
Doença física diagnosticada	Sim	60	12.1%
	Não	434	87.8%
Doença mental diagnosticada	Sim	14	2.8%
	Não	480	97.2%
Acompanhamento Psicológico	Sim	33	6.7%
	Não	461	93.3%

A maioria dos participantes desta amostra (72.7%) mantem atualmente uma relação amorosa e 73.3% dos participantes afirmam ter tido relações sexuais durante o último mês (ver tabela 4). A média de idades da primeira relação sexual situa-se nos 16.2 anos (ver tabela 5).

Tabela 4: Valores correspondentes à presença de relação amorosa e de relações sexuais (Amostra A).

Variável		n	%
Relação amorosa	Sim	359	72.7%
	Não	135	27.3%
Relações sexuais no último mês	Sim	362	73.3%
	Não	132	26.7%

Tabela 5: Média de idades para a primeira experiência sexual da Amostra A.

Variável	Média	DP
Idade da primeira experiência sexual	16.2	5.52

De acordo com a informação prévia apresentada, pode afirmar-se que, do ponto de vista normativo, os participantes não parecem ter problemas significativos que pudessem enviesar o preenchimento dos questionários, considerando-se uma amostra normativa.

2.3.1.2. Caracterização Sociodemográfica - Estudo 2/ Amostra B e C

A amostra clínica (B), contou com 61 participantes, 14 homens e 47 mulheres, com idades entre os 17 e 60 anos, com uma média de 36.8 e desvio padrão de 11.15. São, maioritariamente, portugueses (95.1%), casados (37.7%), heterossexuais (93.3%), com o 12º ano de escolaridade (32.8%) e licenciatura (29.5), a trabalhar no ativo (60.7%), de estatuto

socioeconómico médio (47.5) e médio-baixo (32.8%) e com um suporte social razoável (32.8), bom (32.8) e muito bom (16.4).

Da uniformidade da amostra (B e C = 61 + 70), que assimilou um total de 131 indivíduos, verifica-se que os participantes são, maioritariamente, portugueses (95.4%), de ambos os géneros (37 homens e 94 mulheres), com idades compreendidas entre os 17 e os 60 anos, com uma média de idades de 31 e desvio padrão de 11.24. Os participantes desta amostra são, na sua maioria, solteiros (40.5%) ou casados (26.7%), heterossexuais (90.8%), de estatuto socioeconómico médio (50.4), com o 12º ano de escolaridade (34.4%) ou licenciatura (37.4%) e estão, no momento, a trabalhar no ativo (48.1%). Estes valores podem ser visualizados com mais detalhe na tabela 6.

Tabela 6: Valores referentes à caracterização sociodemográfica da Amostra Clínica (B) e da Amostra Global do Estudo 2 (B e C).

Variável		Amostra Clínica (B) n=61				Amostra Global (B e C) n=131			
		n	%	Média	DP	n	%	Média	DP
Idade		36.79 11.15				31 11.24			
	Homens	14	23%		37	28.2%			
	Mulheres	47	77%		94	71.8%			
Estado Civil	Solteiro (a)	17	27.9%		53	40.5%			
	Casado (a)	23	37.7%		35	26.7%			
	Divorciado (a)	5	8.2%		6	4.6%			
	União de facto/ vive junto	10	16.4%		15	11.5%			
	Namorado/ Companheiro (a)	6	9.8%		22	16.8%			
	Outro	0	0%		2	0.4%			
Orientação Sexual	Heterossexual	56	93.3%		118	90.8%			
	Homossexual	1	1.7%		9	6.9%			
	Bissexual	3	5%		3	2.3%			
Escolaridade	4º ano	2	3.3%		3	2.3%			
	6ºano	5	8.2%		9	6.9%			
	9º ano	13	21,3%		13	9.9%			
	12º ano	20	32.8%		45	34.4%			
	Licenciatura ou Bacharelato	18	29.5%		49	37.4%			
	Mestrado ou Doutoramento	3	4.9%		12	9.2%			
Profissão	Estudante	8	13.1%		45	34.4%			
	Trabalhador	37	60.7%		63	48.1%			
	Desempregado	16	26.2%	23	17.6%				
Nacionalidade	Portuguesa	58	95.1%	125	95.4%				
	Outras	3	4.9%	6	4.6%				
Estatuto socioeconómico	Alto	1	1.6%	1	0.8%				
	Médio-Alto	5	8.2%	14	10.7%				
	Médio	29	47.5%	66	50.4%				
	Médio-Baixo	20	32.8%	43	32.8%				
	Baixo	6	9.8%	7	5.3%				
Suporte Social	Muito Fraco	3	4.9%	5	3.8%				
	Fraco	5	8.2%	12	9.2%				
	Razoável	20	32.8%	31	23.7%				
	Bom	20	32.8%	43	32.8%				
	Muito Bom	10	16.4%	33	25.2%				
	Excelente	3	4.9%	7	5.3%				

Todos os participantes da amostra clínica (B) afirmam ter um problema significativo na sua vida, reportando, a maioria, stress/ansiedade (86.9%), depressão (62.3) e desmotivação (45.9%). Quanto à amostra global (B e C), 74.8% dos participantes responde afirmativamente à presença de um problema significativo, sendo a ansiedade (63.4) e a desmotivação (35.9%), os problemas mais citados. Estes dados podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7: Valores referentes aos problemas significativos existentes de acordo com variáveis específicas/exemplares (Amostra B e Amostra B e C).

Variável		Amostra Clínica (B) n=61		Amostra Global (B e C) n=131		
		n	%	n	%	
Problemas/dificuldades	Problema/Dificuldade	Sim 61	100%	Sim 98	74.8%	
				Não 33	25.2%	
	Stress/ansiedade	Sim	53	86.9%	83	63.4%
		Não	8	13.1%	48	36.6%
	Desmotivação	Sim	28	45.9%	47	35.9%
		Não	33	54.1%	84	64.1%
	Isolamento	Sim	20	32.8%	27	20.6%
		Não	41	67.2%	104	79.4%
	Depressão	Sim	38	62.3%	43	32.8%
		Não	23	37.7%	88	67.2%
	Problemas familiares	Sim	26	42.6%	34	26.7%
		Não	35	57.4%	96	73.3%
	Problemas relacionais	Sim	14	23%	25	19.1%
		Não	47	77%	106	80.9%
	Problemas de comunicação	Sim	12	19.7%	17	13%
		Não	49	80.3%	114	87%
Dificuldades Financeiras	Sim	22	36.1%	32	24.4%	
	Não	39	63.9%	99	75.6%	
Problemas de saúde	Sim	18	29.5%	25	19.1%	
	Não	43	70.5%	106	80.9%	
Desemprego	Sim	19	31.1%	25	19.1%	
	Não	42	68.9%	106	80.9%	

A amostra B é somente constituída por indivíduos que padecem de perturbações psicológicas diagnosticadas, incluindo a Depressões (34.4%), Perturbações de Ansiedade (59%) e Esquizofrenia (6.6), e todos eles estão a receber acompanhamento psicológico. A maioria da amostra clínica não tem nenhuma doença física diagnosticada (70.5%), similarmente à amostra global, em que 82.4% dos participantes referem não ter nenhuma doença física diagnosticada, e apenas os indivíduos pertencentes à amostra B (n=61) padecem de doenças psicológicas. Estes dados podem ser observados nas tabelas seguintes.

Tabela 8: Valores acerca de doença física e mental diagnosticada e acompanhamento psicológico (Amostra B e Amostra B e C).

Variável		Amostra Clínica (B) n=61		Amostra Global (B e C) n=131	
		n	%	n	%
Doença física diagnosticada	Sim	18	29.5%	23	17.6%
	Não	43	70.5%	108	82.4%
Doença mental diagnosticada	Sim	61	100%	61	0
	Não	0	0%	70	100%
Acompanhamento Psicológico	Sim	61	100%	61	0
	Não	0	0%	70	100%

Tabela 9: Perturbações psicológicas incluídas na Amostra Clínica e respetivos valores.

Perturbação	n	%
Depressão	36	34.4%
Perturbações de Ansiedade	21	59%
Esquizofrenia	4	6.6%

Na amostra Clínica, 81.9% dos participantes afirma estar a tomar algum tipo de medicação atualmente, sendo os antidepressivos (55.7%) e os ansiolíticos (50.8%) os fármacos mais utilizados. Estes dados diminuem quando observamos os dados da amostra global, onde o consumo de medicação abrange 43.1% da amostra, continuando a ser os antidepressivos os fármacos mais consumidos, tal como se observa na tabela abaixo exposta.

Tabela 10: Valores correspondentes ao consumo de medicação (Amostra B e Amostra B e C).

Variável		Amostra Clínica (B) n=61		Amostra Global (B e C) n=131	
		n	%	n	%
Medicação	Sim	50	81.9%	56	43.1%
	Não	11	18.1%	74	56.9%
Ansiolíticos	Sim	31	50.8%	32	24.4%
	Não	30	49.2%	99	75.6%
Antidepressivos	Sim	34	55.7%	34	26%
	Não	27	44.3%	97	74%
Antipsicóticos	Sim	12	19.7%	12	9.2%
	Não	49	80.3%	119	90.8%
Outros	Sim	19	31.1%	23	17.6%
	Não	42	68.9%	108	82.4%

A maioria dos participantes da amostra clínica (70.5%) mantêm atualmente uma relação amorosa, a maioria há mais de 10 anos (32.8%) e, 65.6% dos participantes afirmam ter tido relações sexuais durante o último mês. Do mesmo modo, a maioria dos participantes da amostra global (70.2%) diz ter uma relação íntima há mais de 10 anos (20.6%) e ter tido atividade sexual durante o último mês (62.2%). Estes dados podem ser confirmados na tabela 11.

Tabela 11: Valores correspondentes à presença de relação amorosa e de relações sexuais (Amostra B e Amostra B e C).

Variável		Amostra Clínica (B) n=61		Amostra Global (B e C) n=131	
		n	%	n	%
Relação amorosa	Sim	43	70.5%	92	70.2%
	Não	18	29.5%	39	29.8%
Relações sexuais no último mês	Sim	40	65.6%	88	67.2%
	Não	21	34.4%	43	32.8%

Segundo dados da presente investigação, verifica-se que a idade média para a primeira experiência sexual, numa amostra clínica, corresponde a 18.07 anos, e a 17.6 numa amostra global (tabela 12).

Tabela 12: Média de idades para a primeira experiência sexual (Amostra B e Amostra B e C).

Variável	Média (Amostra Clínica)	DP	Média (Amostra Global)	DP
Idade da primeira experiência sexual	18.07	3.76	17.6	3.27

2.3.2. Material / Instrumentos

Para a presente investigação foram utilizados dois protocolos de instrumentos distintos, dependendo da amostra. Na primeira parte do estudo - a validação do QMAS para a população portuguesa (amostra A) - foi realizado um protocolo mais extenso, publicado na Internet, que incluía, também, questionários a ser validados noutras áreas, não inerentes à investigação em epígrafe. No entanto, para a recolha de ambas as amostras (A e B), foram utilizados os mesmos instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, um Questionário de Sexualidade, o Inventário de Saúde Mental (ISM) (Pais Ribeiro, 2001) e o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995).

O Questionário Sociodemográfico (cf. anexo 2), integra questões sociodemográficas pertinentes relativas ao género, estado civil, escolaridade, estatuto socioeconómico, profissão, bem como algumas questões mais amplas que se tornam relevantes para esta investigação, nomeadamente questões sobre a presença de doenças físicas e/ou mentais

diagnosticadas, problemas significativos (e.g: sim ou não, se sim quais), apoio social percebido (e.g: numa escala de 1 a 6, em que 1 corresponde a muito fraco e 6 a excelente), medicação atual (e.g: sim ou não, se sim quais) e acompanhamento psicológico; um Questionário de Sexualidade desenvolvido para o efeito da presente investigação, que inclui questões sobre a existência de relacionamento afetivo/íntimo, tempo de relação, atividade sexual e idade da primeira experiência sexual (cf. anexo 3).

O Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (QMAS) foi elaborado por Snell em 1995, sendo que a versão original, *Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire*, é constituída por 101 itens. Foi validado em população universitária, com idades compreendidas entre os 16 e 25 anos, sendo o grau de consistência interna desta escala, determinado pelo coeficiente *alpha* de Cronbach, entre 0,72 e 0,91, nas 20 subescalas que o constituem. Para efeitos da investigação em epígrafe, foram selecionadas 10 das 20 subescalas presentes no QMAS original, sendo elas: ansiedade sexual, autoeficácia sexual, otimismo sexual, autovigilância sexual, motivação sexual, estima sexual, satisfação sexual, medo do sexo, depressão sexual e, por último, controlo interno da sexualidade.

Posteriormente, este questionário foi traduzido e reduzido a 50 itens, por Alves-Pacheco (2008). O questionário foi traduzido, em primeiro lugar, para português por duas pessoas, uma delas bilingue e outra com conhecimentos alargados da língua Inglesa. Seguidamente foi entregue a uma outra pessoa bilingue a quem foi pedida a sua tradução do português para o Inglês. Por último foram comparadas as duas versões (original e tradução para Inglês), tendo-se verificando um nível elevado de semelhança de significados e de conteúdos entre as duas. Note-se que as questões com os números 11 e 31 se mantiveram com uma formulação exatamente igual, tal como no original. Procedeu-se posteriormente aos ajustes formais necessários sugeridos pelos tradutores. A tradução foi certificada na Embaixada Britânica, em Lisboa (Alves-Pacheco, 2008). Este Inventário (cf. anexo 4) é composto por uma escala de respostas de tipo *Likert* que varia entre 1 e 4, sendo que 1 corresponde a “não me caracteriza nada” e 4 corresponde a “caracteriza-me bastante”. Foi objetivo desta investigação, validar e aferir este questionário para a população portuguesa; para este procedimento, foi necessário inverter alguns itens, nomeadamente: 1, 4, 8, 9, 14, 18, 19, 21, 24, 28, 29, 31, 33, 34, 39, 41, 44, 45 e 49. A interpretação fundamenta-se pela ideia de que pontuações mais altas indicam um autoconceito sexual mais elevado.

O Inventário de Saúde Mental (ISM) (cf. anexo 5), elaborado por Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston (1979) e adaptado para a população portuguesa por Pais Ribeiro, em 2001, é constituído por 38 itens que se agrupam em cinco dimensões: Ansiedade (composta por 10 itens), Depressão (5 itens), Perda de controlo emocional/comportamental (9 itens), afeto positivo (11 itens) e laços emocionais (3 itens). Estas, por sua vez, podem agrupar-se de modo a brotar mais duas dimensões - *Distress* psicológico e Bem-estar psicológico. Consiste num Inventário de autorresposta, com um tipo de resposta ordinal, que possibilita cinco ou seis opções de respostas, que variam em função da intensidade com que a afirmação caracteriza o quotidiano do indivíduo, ou o sintoma está

presente na vida do mesmo. Foi necessário inverter alguns itens no ISM para a presente investigação, nomeadamente, 1,4,5,6,7,8,10,12,14,18,22,23,26,31 e 37. Dependendo da dimensão, resultados mais baixos indicam níveis menores de saúde mental.

2.3.2.1. Procedimentos de análise da Confiabilidade do Inventário de Saúde Mental (Pais Ribeiro, 2001)

Para analisar a confiabilidade do ISM, primeiramente inverteram-se os itens acima mencionados e, posteriormente, realizou-se a análise da Consistência Interna através do Alfa de Cronbach. O valor conseguido foi de 0.92 para a escala total, o que nos indica uma consistência interna excelente (Marôco, 2011).

Seguidamente, foi necessário calcular a média das dimensões globais pré-estabelecidas pelo autor: Ansiedade (A), Depressão (D), Perda de Controlo Emocional/Comportamental (PC), Afeto Positivo (AP), Laços Emocionais (LE), Distress Psicológico (DP), Bem-estar Psicológico (BEP), bem como para a Escala Total. Assim, da medida “Saúde Mental” serão trabalhados os fatores que a constituem, vejamos a tabela 13.

Tabela 13: *Dimensões preestabelecidas no IVS por Pais Ribeiro (2001), média obtida para cada dimensão pelo autor e média obtida na presente investigação.*

Dimensões e respetivos itens	Média - autor	Média - amostra A
Ansiedade	3.97	4.07
3. Nervoso ou apreensivo por coisas que aconteceram. 11. Pessoa muito nervosa. 13. Tenso e irritado. 15. As mãos a tremer quando fazia algo. 22. Relaxar sem dificuldade. 25. Incomodado devido ao nervosismo. 29. Cansado, inquieto e impaciente. 32. Confuso ou perturbado. 33. Ansioso ou preocupado.		
Depressão	4.12	4.14
9. Deprimido. 27. Triste e em baixo. 30. Rabugento e de mau humor. 36. Espiritualmente em baixo. 38. Debaixo de grande pressão ou stress.		
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	4.44	4.15
8. Preocupado por perder a cabeça. 14. Controlo de comportamento, pensamentos e sentimentos. 16. Sem futuro. 18. Sentiu-se emocionalmente estável. 19. Triste e em baixo. 20. Sentiu como se fosse chorar. 21. Seria melhor se não existisse. 24. Tudo acontece ao contrário do desejado.		

28. Pensar em acabar com a vida.		
Afeto positivo	3.50	2.89
1. Feliz e satisfeito.		
4. Futuro promissor.		
5. dia a dia interessante.		
6. Relaxado e sem tensão.		
7. Prazer no que faz.		
12. Esperar ter um dia interessante.		
17. Calmo e em paz.		
26. Vida é uma aventura maravilhosa.		
31. Alegre, animado e bem disposto.		
34. Pessoa feliz.		
37. Acordou fresco e repousado.		
Laços emocionais	3.94	3.81
2. Sentiu-se só.		
10. Sentiu-se amado e querido.		
23. Relações amorosas satisfatórias.		
Distress psicológico	4.18	4.12
Ansiedade		
Depressão		
Perda de Controlo		
Emocional/Comportamental		
Bem estar psicológico	3.60	3.35
Afeto positivo		
Laços emocionais		

Da comparação entre as médias obtidas pelo autor do instrumento e as médias obtidas na presente investigação e acima expostas, verifica-se uma semelhança global entre ambas as amostras com resultados congruentes, o que reverte a favor de uma amostra com ausência de patologia. Existem variações estreitas e pouco significativas entre ambas as amostras, o que nos permite supor que a amostra A tem um comportamento normativo, constituindo-se maioritariamente por população não clínica.

2.4. Procedimentos

Primeiramente, foi iniciada uma primeira pesquisa sobre o tema em análise, de forma a adquirir uma noção da bibliografia existente sobre o mesmo e da metodologia mais utilizada por outros autores. Após essa tarefa, foram selecionados os instrumentos contemplados na presente investigação, por se apresentarem como muito adequados. Foi pedida a autorização ao Prof. Doutor Pais Ribeiro para a utilização do ISM, sendo a resposta positiva; para a utilização do QMAS não foi necessário elaborar um pedido de utilização, uma vez que o autor disponibilizou livremente o questionário na Internet e concedeu permissão para a livre utilização para fins de investigação ⁽⁴⁾. De salientar que a versão reduzida do QMAS utilizada na presente investigação foi baseada na versão reduzida proposta Alves-Pacheco (2008).

Depois de escolhidos os instrumentos e da certificação de que estes incluíam as variáveis pertinentes para a investigação, foi realizado um pré-teste dos mesmos (6 participantes). Após concluir os ajustes necessários/propostos, os questionários foram introduzidos numa aplicação “Drive” da conta *Gmail*, criada para o efeito, sendo o *link* disseminado na Internet ⁽¹⁾. Assim, bastava que o utilizador clicasse nesse mesmo *link*, para

ser redirecionado para a página da avaliação, onde podiam ler, primeiramente, um resumo da mesma e clarificação da sua participação e, posteriormente, preencher os instrumentos de avaliação de maneira consentida e informada.

Como esta investigação está dividida em duas partes, os procedimentos foram distintos para cada uma das fases. Os protocolos foram diferentes, dado que no primeiro estudo (a validação) a equipa aglomerou vários instrumentos para fins de investigações diferentes com os mesmos participantes e preenchidos através da Internet; no segundo estudo, o protocolo contou apenas com os instrumentos acima descritos, os participantes foram contactados pessoalmente e o preenchimento dos questionários foi feito com recurso a papel e caneta.

Relativamente à Amostra A, ou seja, ao primeiro estudo de validação, a divulgação do *link* de acesso aos questionários foi efetuada através de vários meios, nomeadamente o envio de e-mails com solicitações de participação e divulgação, a criação de um evento no *Facebook*, a inscrição em comunidades e grupos virtuais, a publicação e divulgação dos questionários nas associações de estudantes de várias universidades, o pedido de colaboração ao Gabinete de Comunicação e Imagem da UBI, bem como o pedido direto a algumas pessoas por parte da equipa de investigação.

O recurso à Internet prende-se com vários motivos, nomeadamente, a redução dos custos económicos e ecológicos, a proteção do anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados e a otimização da disseminação da investigação com mais eficácia e eficiência conseguindo, assim, um maior número de participantes e uma amostra mais variada, uma vez que a utilização das tecnologias de informação na população portuguesa tem aumentado significativamente. Segundo o Núcleo de Estatísticas da Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (2002), um em cada três indivíduos (32%) utiliza a Internet e, desde, 74% são utilizadores frequentes, sendo as faixas etárias mais jovens as que mais recorrem à Internet, daí que a amostra A seja constituída por muitos jovens. Mais recentemente, o Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Seybert, 2011) num estudo sobre a utilização da Internet em vários países, concluiu que, em Portugal, 61% das pessoas têm Internet em casa, mais precisamente, 2.310.611 contratos de Internet assinados (PORDATA, 2012). Assim, Portugal é o 35.º país do mundo com maior número de utilizadores da popular rede social (Abreu, 2012).

A recolha da Amostra A teve lugar entre 23 de outubro e 22 de novembro de 2013. Nesse momento, os dados foram convertidos em *Excel* e posteriormente inseridos numa base estatística adequada para o efeito, *PASW Statistics* (versão 21.0), dando início à validação psicométrica do QMAS (Snell,1995) e à análise da confiabilidade do ISM, trabalho este efetuado em equipa. No que concerne à análise da confiabilidade do ISM, foi avaliada a consistência interna global do questionário; os resultados resultaram da comparação das médias obtidas no presente estudo para cada dimensão do instrumento com as médias obtidas aquando a sua validação. Relativamente à validação psicométrica do QMAS, foi avaliada a

sensibilidade dos itens através pelas medidas de assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*), seguida da análise da consistência interna global através do Alfa de Cronbach e, após isso, do teste da adequabilidade do questionário para a análise fatorial, através do teste de *Keiser Meyer Olkin (KMO)*. A análise fatorial foi, inicialmente, exploratória, sendo que, posteriormente, foram fixadas 5 dimensões aconselhadas pelo *Scree Plot*. As dimensões foram nomeadas por recurso a critérios linguísticos e teóricos e validadas através do Alfa de Cronbach para a consistência interna de cada uma.

Também durante o mês de novembro, foi formalizado o pedido ao CHCB da Covilhã para obter permissão para passar os questionários a alguns pacientes do DPSM (amostra B). Foram elaboradas as cartas formais, o resumo da investigação e o consentimento informado, pedidos pelo Serviço de Apoio à Investigação do CHCB, para posterior análise e autorização. A recolha da amostra clínica iniciou-se em janeiro de 2014, após o parecer e autorização da Comissão de Ética. Posto isto, esta investigação foi aceite e autorizada pela Comissão de Ética do CHCB e pela Comissão Científica do 2º ciclo do curso de Psicologia da Universidade da Beira Interior, relativamente aos aspetos científicos e éticos ⁽²⁾.

Os princípios éticos e deontológicos foram tidos em consideração ao longo de toda a investigação, principalmente na aquisição do consentimento informado por parte dos participantes, assegurando-lhes que todos os dados recolhidos seriam utilizados apenas para fins da presente investigação, garantindo, desta forma, a confidencialidade dos dados.

Foram conseguidos 61 participantes no DPSM, entre janeiro e fevereiro de 2014, recrutados convenientemente através de pedido pessoal. Alguns dos questionários foram preenchidos com ajuda, outros preenchidos em casa e posteriormente entregues, salvaguardando a preferência dos participantes.

A segunda parte deste estudo logrou de uma segunda amostra constituída por um total de 131 participantes, 61 pertencentes à amostra clínica (amostra B) recolhida o DPSM, aos quais se juntaram aleatoriamente 70 participantes da amostra A para constituírem a amostra não clínica (amostra C), após retirar dessa amostra os indivíduos com doença mental diagnosticada. Foi criada uma nova variável para diferenciar as duas amostras, as quais foram alvos de comparação em termos de saúde mental e de autoconceito sexual.

⁽¹⁾ Consultar *print screen* da página de acesso à investigação no anexo 6.

⁽²⁾ Consultar documento de aprovação do estudo pela comissão de ética do CHCB no

3. Resultados

3.1. Resultados - Estudo 1 | Amostra A

3.1.1. Procedimentos de Validação Psicométrica do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995) e adaptação à População Portuguesa (1º objetivo)

Após conseguidos 494 participantes para a primeira parte deste estudo, os dados recolhidos foram introduzidos na base de dados *PASW Statistics* (versão 21.0) a fim de iniciar a validação psicométrica do mesmo com o objetivo de o aferir para a população portuguesa. O primeiro passo para a validação psicométrica foi a inversão de itens do questionário, de modo a que homogeneizar a leitura global dos itens (1, 4, 8, 9, 14, 18, 19, 21, 24, 28, 29, 31, 33, 34, 39, 41, 44, 45 e 49).

Sensibilidade

Seguidamente, procedeu-se à análise da sensibilidade dos itens, pelas medidas de assimetria (*Skewness*) e curtose (*Kurtosis*). De acordo com Kline (1998), valores absolutos de assimetria superiores a 3 ou de curtose superiores a 7, significam uma grande dispersão entre os itens, comprometendo a sua sensibilidade. Assim, e conforme mostra a tabela 14, este facto não acontece com nenhum dos itens do questionário, o que alega uma boa sensibilidade dos mesmos.

Tabela 14: Assimetria (*Skewness*) e Curtose (*Kurtosis*) para os 50 itens do Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual (Snell, 1995).

Itens	Skewness	Skewness Std. Error	Kurtosis	Kurtosis Std. Error
1	.858	.110	-.136	.219
2	.781	.110	-.066	.219
3	1.190	.110	1.030	.219
4	-1.338	.110	1.128	.219
5	-.767	.110	-.171	.219
6	-.644	.110	-.413	.219
7	-.562	.110	-.765	.219
8	-1.292	.110	.481	.219
9	-2.022	.110	3.664	.219
10	-1.161	.110	1.010	.219
11	.680	.110	-.279	.219
12	-.730	.110	-.144	.219
13	-1.154	.110	1.265	.219
14	-1.109	.110	.267	.219
15	-.416	.110	-.816	.219
16	-.716	.110	-.143	.219

17	-.676	.110	-.463	.219
18	-1.766	.110	2.349	.219
19	-1.6557	.110	2.032	.219
20	-.543	.110	-.397	.219
21	-1.390	.110	1.085	.219
22	-.554	.110	-.563	.219
23	-.660	.110	-.568	.219
24	-.685	.110	-.697	.219
25	-.914	.110	-.017	.219
26	-1.057	.110	.603	.219
27	-.802	.110	-.136	.219
28	-1.549	.110	1.339	.219
29	-1.682	.110	2.056	.219
30	-1.039	.110	.777	.219
31	.633	.110	-.500	.219
32	-.879	.110	.417	.219
33	-1.666	.110	2.517	.219
34	-1.583	.110	1.789	.219
35	-.402	.110	-.850	.219
36	-.720	.110	-.056	.219
37	-.433	.110	-.509	.219
38	-.360	.110	-1.298	.219
39	-1.475	.110	.963	.219
40	-.203	.110	-1.025	.219
41	-1.699	.110	2.249	.219
42	-.570	.110	-.443	.219
43	-.899	.110	-.204	.219
44	-.176	.110	-1.272	.219
45	-.058	.110	-1.236	.219
46	-.732	.110	-.240	.219
47	-.752	.110	-.357	.219
48	-.985	.110	-.194	.219
49	-1.885	.110	2.865	.219
50	-.902	.110	.174	.219

Confiabilidade

Seguidamente, submeteram-se os 50 itens do questionário à análise da Consistência Interna através do Alfa de *Cronbach*. O valor conseguido foi de 0.91, tal como se pode observar na tabela 16, o que nos indica uma consistência interna excelente (Marôco, 2011).

Tabela 15: Valores do Alfa de Cronbach do QMAS (Amostra A).

<i>Análise da Confiabilidade</i>	
Alpha de Cronbach	0.91
Nº de itens	50

Análise Fatorial

O quarto passo diz respeito à análise fatorial exploratória, ou seja, sem dimensões prévias fixadas, de modo a que os itens se agrupassem e formassem dimensões. Começou-se

por testar a adequabilidade do questionário para a análise fatorial, através do teste de *Keiser Meyer Olkin (KMO)*. Este teste varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a adequabilidade. Neste caso, o *KMO* foi de 0,95, o que nos remete para uma adequabilidade excelente (Marôco, 2011).

Tabela 16: Valores do *KMO* do *QMAS* (Amostra A).

<i>KMO e Teste de Bartlett</i>	
<i>KMO of Sampling Adequacy</i>	.95
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	16444.667

Posteriormente utilizou-se o método de componentes principais na extração dos fatores e aplicou-se o método de rotação *varimax* na obtenção da solução fatorial. Procedeu-se a uma análise exploratória que produziu 9 dimensões, no entanto como a variância explicada das últimas dimensões era bastante reduzida (2%) utilizou-se a regra do *Scree Plot*, onde se verificou que a curva mais acentuada se situava nas 5 dimensões. Deste modo, optou-se por fazer uma nova solução fatorial, fixando 5 fatores. Com efeito, foram retiradas as 5 dimensões da solução final e, posteriormente, procedeu-se à organização fatorial, atribuindo um nome ao conjunto de itens que compunham cada dimensão.

Tabela 17: Dimensões extraídas da Análise Fatorial (*QMAS*).

Dimensão	Itens que a compõem	Nome atribuído à dimensão
1	2,6,7,12,16,17,22,26,27,32,36,37,42,46,47.	<i>Locus de Controlo Emocional/ Dimensão Emocional</i>
2	1,8,9,18,19,21,28,29,33,39,41,49.	<i>Emoções Negativas</i>
3	3,10,11,13,20,23,30,31,40,43,48,50.	<i>Controlo Futuro</i>
4	5,15,25,35,38,45.	<i>Motivação Sexual</i>
5	4,14,24,34,44.	<i>Vigilância</i>

Após a nomeação de cada uma das dimensões, tornou-se necessário analisar a consistência interna de cada dimensão através do Alfa de *Cronbach*, assim como a variância explicada de cada dimensão, que no global se revelou muito boa. As dimensões apresentam uma consistência interna muito boa, tal como se pode confirmar na tabela abaixo (Marôco, 2011).

Tabela 18: Dimensões, respetivos itens, variância explicada e Alfa de Cronbach (QMAS).

Dimensões e Itens	%			
	Variância Explicada	Alfa de Cronbach	Média	DP
Locus de Controlo Emocional/ Dimensão Emocional	32.47	0.96	3.64	0.91
2. Tenho a capacidade de lidar com quaisquer necessidades ou desejos sexuais que possa ter.				
6. Sinto orgulho no modo como lido com as minhas necessidades e desejos sexuais.				
7. Estou satisfeita(o) com o modo como as minhas necessidades sexuais estão a ser satisfeitas.				
12. Sou suficientemente capaz de assegurar a realização dos meus desejos sexuais.				
16. Sinto-me orgulhosa(o) com o modo como lido com os meus desejos e preferências sexuais.				
17. Estou satisfeita(o) com o meu grau de realização sexual.				
22. Tenho competências e aptidões que me asseguram comportamentos sexuais compensadores.				
26. Estou satisfeita(o) com o modo como lido com as minhas tendências e comportamentos sexuais.				
32. Sou capaz de controlar e de lidar com os meus desejos e necessidades sexuais.				
36. Tenho sentimentos positivos sobre o modo como encaro os meus próprios desejos e necessidades sexuais.				
37. Comparativamente com a maioria das pessoas os aspetos sexuais da minha vida são gratificantes.				
42. Sou capaz de cuidar das minhas próprias necessidades e desejos sexuais.				
46. Sinto-me bem com o modo como expesso os meus desejos e necessidades sexuais.				
47. Estou satisfeita(o) com os aspetos sexuais da minha vida.				
Emoções Negativas	12.953	0.89	1.67	0.72
1. Sinto-me ansiosa(o) quando penso nos aspetos sexuais da minha vida.				
8. Tenho medo de me envolver sexualmente com outra pessoa.				
9. Estou deprimida(o) com os aspetos sexuais da minha vida.				
18. Tenho medo de relacionamentos sexuais.				
19. Estou desiludida(o) com a qualidade da minha vida sexual.				
21. Pensar sobre os aspetos sexuais da minha vida deixa-me muitas vezes com uma sensação de desconforto				
28. Sinto receio de me envolver sexualmente.				
29. Sinto-me desencorajada(o) com a minha vida sexual.				
33. É provável que no futuro eu venha a ter problemas sexuais.				
39. Sinto-me infeliz com as minhas experiências sexuais.				
41. Sinto-me nervosa(o) quando penso nos aspetos sexuais da minha vida.				
49. Sinto-me triste quando penso sobre as minhas experiências sexuais.				
Controlo Futuro	4.892	0.88	3,74	0,75
3. Espero que os aspetos sexuais da minha vida sejam, no futuro, positivos e gratificantes.				
10. A minha sexualidade é algo porque sou largamente responsável.				
11. Preocupo-me com os aspetos sexuais da minha vida.				
13. Acredito que de futuro os aspetos sexuais da minha vida				

sejam saudáveis e positivos.

20. Os aspetos sexuais da minha vida são em grande medida determinados pelo meu próprio comportamento.

23. Não espero vir a sofrer de quaisquer frustrações ou problemas sexuais.

30. Controlo e sou responsável pelos aspetos sexuais da minha vida.

31. Preocupo-me com os aspetos sexuais da minha vida.

40. O que mais afeta os aspetos sexuais da minha vida é o que eu própria faço.

43. Vislumbro um futuro em que posso confiar nos aspetos sexuais da minha vida.

48. Não tenho receio em ser sexualmente ativa(o).

50. A minha sexualidade é algo que eu própria(o) controlo.

Motivação Sexual	3,717	0,82	3.41	0.94
-------------------------	-------	------	------	------

5. Sinto-me motivada(o) a ser sexualmente ativa(o).

15. Sinto-me motivada(o) a dedicar tempo e esforço ao sexo.

25. Desejo ser sexualmente ativa(o).

35. É importante para mim que eu esteja sexualmente envolvida(o).

38. Não tenho medo de um envolvimento sexual.

45. Faço um esforço para ser sexualmente ativa(o).

Vigilância Sexual	2.979	0.77	2.06	0.86
--------------------------	-------	------	------	------

4. Apercebo-me de que os outros reparam nos aspetos sexuais da minha vida.

14. Preocupo-me com o modo como os outros avaliam as minhas convicções e comportamentos sexuais.

24. Apercebo-me rapidamente das reações que os outros têm face aos aspetos sexuais da minha vida.

34. Preocupo-me com o modo como os aspetos sexuais da minha vida são vistos pelas outras pessoas.

44. Estou ciente da impressão pública que os meus comportamentos e atitudes face ao sexo causam.

Dimensão Total	0.909	100%	2.90	0.52
-----------------------	-------	------	------	------

Face ao supramencionado, o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual, por ter revelado uma adequada validade fatorial e fiabilidade na amostra sob estudo, demonstra ser um instrumento sensível, válido e fiável na avaliação do autoconceito sexual na população portuguesa.

3.2. Resultados - Estudo 2 | Amostra Clínica B e C

Saúde Mental e Autoconceito Sexual entre amostras

Após a inserção de ambas as amostras na base de dados, da criação de uma variável diferenciadora (clínica e não-clínica) e do estabelecimento das médias das dimensões do ISM,

foi realizado um *Independent Samples T-Test* com o objetivo de caracterizar as amostras em termos de saúde mental, nas suas demais dimensões. Para este procedimento, a variável independente preconiza o facto de se pertencer à amostra clínica ou não-clínica. Pontuações médias mais baixas significam níveis menores de saúde mental.

Como esperado, verifica-se que a amostra clínica tem menores níveis de saúde mental quando comparada com a amostra não-clínica, sendo as diferenças estatisticamente significativas para a escala total ($t(129)=-4.597; p<0.001$) e para as dimensões de “ansiedade” ($t(129)=-5.569; p<0.001$), “depressão” ($t(129)=-5.770; p<0.001$), “perda de controlo emocional e comportamental” ($t(129)=-4.569; p<0.001$) e “distress psicológico” ($t(129)=-5.788; p<0.001$), reportando mais problemas a esses níveis. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$), parece ser a amostra clínica quem apresenta menos “afeto positivo”, menos “laços emocionais” e níveis mais baixos de “bem-estar psicológico”, tal como se pode observar na tabela 19. Olhando para os resultados da escala total, podemos constatar que a amostra não-clínica tem maiores níveis de saúde mental.

Tabela 19: Resultados obtidos no T-Test - Saúde Mental (SM) entre as amostras clínica e não clínica.

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Clínica	3.22	0.69	-5.569	0.000
	Não-Clínica	4.02	0.92		
Depressão	Clínica	3.17	1.03	-5.770	0.000
	Não-Clínica	4.15	0.92		
Perda de Controlo E-C.	Clínica	3.54	0.62	-4.569	0.000
	Não-Clínica	4.11	0.79		
Afeto Positivo	Clínica	2.86	0.81	-1.352	0.179
	Não-Clínica	3.04	0.66		
Laços Emocionais	Clínica	3.44	1.07	-1.165	0.246
	Não-Clínica	3.62	0.75		
Distress Psicológico	Clínica	3.31	0.70	-5.788	0.000
	Não-Clínica	4.09	0.83		
Bem-estar Psicológico	Clínica	3.15	0.84	-1.409	0.161
	Não-Clínica	3.33	0.62		
Escala Total_ISM	Clínica	3.23	0.63	-4.597	<0.001
	Não-Clínica	3.71	0.57		

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Seguidamente, e após definir a média para cada dimensão do autoconceito sexual nas amostras, procedeu-se a um novo *Independent Samples T-Test* para avaliar como se comporta essa variável em cada uma das amostras, sabendo que pontuações mais elevadas indicam um melhor autoconceito sexual.

Observando a tabela 20, podemos verificar que a amostra não clínica apresenta um melhor autoconceito sexual na escala total, no entanto, este valor não é estatisticamente significativo. Ao invés, revela-se estatisticamente significativo que a amostra clínica pontue mais nas “emoções negativas” ($t(129)=2.485;p=0.014$).

Tabela 20: Resultados obtidos no T-Test - Autoconceito Sexual (ACS) entre as amostras clínica e não clínica.

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
LocusControloEmo	Clínica	3.13	0.97	-1.758	0.051
	Não-Clínica	3.39	0.78		
Emocões Negativas	Clínica	2.16	1.04	2.485	0.014*
	Não-Clínica	1.76	0.81		
Controlo Futuro	Clínica	3.26	0.66	-1.255	0.212
	Não-Clínica	3.39	0.53		
Motivação Sexual	Clínica	3.24	1.08	-0.261	0.795
	Não-Clínica	3.28	0.92		
Vigilância Sexual	Clínica	2.00	0.83	-1.121	0.264
	Não-Clínica	2.18	0.96		
Escala Total_ACS	Clínica	2.76	0.51	-0.509	0.612
	Não-Clínica	2.80	0.48		

* $p<0.05$; ** $p<0.001$

Saúde Mental e Autoconceito Sexual entre géneros

Os resultados obtidos sugerem que as mulheres apresentam níveis mais baixos de saúde mental, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p>0.05$). Já no que diz respeito ao autoconceito sexual, os homens parecem demonstrar um autoconceito sexual mais elevado, no entanto, estas diferenças também não são estatisticamente significativas, exceto para a dimensão “vigilância sexual”, onde os homens se dizem mais vigilantes ($t(129)=-2.022;p=0.045$), tal como se pode observar na tabela 21. Note-se que a amostra em estudo corresponde, nesta parte, à amostra global (B e C).

Tabela 21: Resultados referentes ao ACS e SM entre homens ($n=37$) e mulheres ($n=94$).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Mulher	3.56	0.91	-1.829	0.070
	Homem	3.88	0.89		
Depressão	Mulher	3.61	1.08	-1.382	0.169
	Homem	3.90	1.08		
Perda de Controlo E-C.	Mulher	3.79	0.76	-1.159	0.249
	Homem	3.96	0.78		
Afeto Positivo	Mulher	2.95	0.76	-0.132	0.95

Laços Emocionais	Homem	2.97	0.66	0.747	0.456
	Mulher	3.57	0.95		
Distress Psicológico	Homem	3.44	0.83	-1.563	0.121
	Mulher	3.65	0.86		
Bem-estar Psicológico	Homem	3.92	0.87	0.400	0.690
	Mulher	3.26	0.76		
Escala Total_SM	Mulher	3.21	0.66	-0.815	0.417
	Homem	3.46	0.66		
LocusControloEmo	Mulher	3.56	0.61	0.358	0.721
	Homem	3.29	0.92		
Emoções Negativas	Mulher	3.23	0.79	-0.370	0.712
	Homem	1.93	0.92		
Controlo Futuro	Mulher	1.99	0.99	0.791	0.431
	Homem	3.36	0.59		
Motivação Sexual	Mulher	3.27	0.62	-1.430	0.155
	Homem	3.19	1.04		
Vigilância Sexual	Mulher	3.46	0.85	-2.022	0.045*
	Homem	1.99	0.89		
Escala Total_ACS	Mulher	2.35	0.89	-1.136	0.258
	Homem	2.75	0.49		
		2.86	0.48		

*p<0.005 ** p<0.001

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e a toma de psicofármacos

Observa-se que quem toma ansiolíticos apresenta níveis mais baixos de saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas daqueles que não tomam, na escala total ($t(129)=-1.991$; $p=0.049$) e nas dimensões de “ansiedade” ($t(129)=-3.858$; $p=0.000$), “depressão” ($t(129)=-2.451$; $p=0.016$), “perda de controlo emocional e comportamental” ($t(129)=-2.343$; $p=0.021$) e “distress psicológico” ($t(129)=-3.068$; $p=0.003$), reportando mais problemas a esses níveis. No que respeita ao autoconceito sexual, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das suas dimensões nem para a escala total (consultar tabela 22).

Tabela 22: Resultados relativos ao ACS e SM entre quem toma ansiolíticos ($n=32$) e quem não toma ($n=99$).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Sim	3.13	0.79	-3.858	0.000**
	Não	3.81	0.91		
Depressão	Sim	3.29	1.07	-2.451	0.016*
	Não	3.82	1.06		
Perda de Controlo E-C.	Sim	3.57	0.63	-2.343	0.021*
	Não	3.93	0.79		
Afeto Positivo	Sim	2.94	0.75	-0.122	0.903
	Não	2.96	0.73		
Laços Emocionais	Sim	3.56	0.88	0.181	0.856
	Não	3.53	0.93		

Distress	Sim	3.33	0.73	-3.068	0.003*
Psicológico	Não	3.87	0.87		
Bem-estar	Sim	3.25	0.74	0.052	0.958
Psicológico	Não	3.25	0.73		
Escala Total_SM	Sim	3.29	0.61	-1.991	0.049*
	Não	3.55	0.64		
LocusControloEmo	Sim	3.21	0.82	-0.542	0.589
	Não	3.29	0.89		
Emocões	Sim	2.20	1.02	1.769	0.079
Negativas	Não	1.87	0.90		
Controlo Futuro	Sim	3.27	0.60	-0.651	0.516
	Não	3.35	0.59		
Motivação Sexual	Sim	3.24	1.17	-0.147	0.884
	Não	3.27	0.94		
Vigilância Sexual	Sim	1.88	0.91	-1.593	0.114
	Não	2.17	0.89		
Escala Total_ACS	Sim	2.76	0.56	-0.320	0.750
	Não	2.79	0.47		

*p<0.05; **p<0.001

Do mesmo modo, verifica-se que quem toma antidepressivos apresenta níveis mais baixos de saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas daqueles que não tomam, na escala total ($t(129)=-2.474;p=0.015$) e nas dimensões de “ansiedade” ($t(129)=-3.570;p=0.001$), “depressão” ($t(129)=-2.555;p=0.012$), “perda de controlo emocional e comportamental” ($t(129)=-2.390;p=0.018$) e “distress psicológico” ($t(129)=-3.031;p=0.003$), reportando mais problemas a esses níveis. Quem não toma antidepressivos demonstra um melhor autoconceito sexual comparativamente aos sujeitos que tomam, todavia, as diferenças não são estatisticamente significativas, exceto para a dimensão “vigilância sexual” ($t(129)=-2.339;p=0.021$), que apresenta diferenças estatisticamente significativas que suportam a ideia de que quem não toma antidepressivos parece estar mais vigilante relativamente aos aspetos sexuais da sua vida. Estes dados podem ser vistos ao pormenor na tabela 23.

Tabela 23: Resultados referentes ao ACS e SM entre quem toma antidepressivos ($n=34$) e quem não toma ($n=97$).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Sim	3.19	0.69	-3.570	0.001*
	Não	3.81	0.93		
Depressão	Sim	3.29	0.99	-2.555	0.012*
	Não	3.84	1.09		
Perda de Controlo E-C.	Sim	3.58	0.64	-2.390	0.018*
	Não	3.93	0.79		
Afeto Positivo	Sim	2.84	0.80	-1.060	0.291
	Não	2.99	0.71		

Laços Emocionais	Sim	3.48	0.99	-0.417	0.678
	Não	3.56	0.89		
Distress Psicológico	Sim	3.35	0.69	-3.031	0.003*
	Não	3.86	0.88		
Bem-estar Psicológico	Sim	3.16	0.79	-0.791	0.430
	Não	3.28	0.71		
Escala Total_SM	Sim	3.26	0.64	-2.474	0.015*
	Não	3.57	0.63		
LocusControloEmo	Sim	3.19	1.01	-0.562	0.575
	Não	3.29	0.83		
Emoções Negativas	Sim	2.08	1.10	0.930	0.354
	Não	1.90	0.88		
Controlo Futuro	Sim	3.34	0.65	0.060	0.953
	Não	3.33	0.57		
Motivação Sexual	Sim	3.17	1.18	-0.615	0.540
	Não	3.29	0.93		
Vigilância Sexual	Sim	1.79	0.70	-2.339	0.021*
	Não	2.20	0.94		
Escala Total_ACS	Sim	2.71	0.51	-0.926	0.356
	Não	2.81	0.48		

*p<0.05; **p<0.001

Verifica-se que quem toma antipsicóticos apresenta níveis mais baixos de saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas daqueles que não tomam, na escala total ($t(129)=-2.077;p=0.040$) e nas dimensões de “ansiedade” ($t(129)=-3.078;p=0.003$), “depressão” ($t(129)=-2.608;p=0.010$) e “distress psicológico” ($t(129)=-2.692;p=0.008$), reportando mais problemas a esses níveis. Quem diz tomar antipsicóticos obtém pontuações mais elevadas na dimensão “emoções negativas” relativamente ao seu ACS ($t(129)=2.961;p=0.004$) (ver tabela 24).

Tabela 24: Resultados referentes ao ACS e SM entre quem toma antipsicóticos ($n=12$) e quem não toma ($n=119$).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Sim	2.90	0.76	-3.078	0.003*
	Não	3.72	0.89		
Depressão	Sim	2.93	1.29	-2.608	0.010*
	Não	3.77	1.04		
Perda de Controlo E-C.	Sim	3.47	0.61	-1.762	0.080
	Não	3.88	0.77		
Afeto Positivo	Sim	2.85	0.91	-0.536	0.593
	Não	2.97	0.72		
Laços Emocionais	Sim	3.44	0.97	-0.366	0.715
	Não	3.55	0.91		
Distress	Sim	3.10	0.82	-2.692	0.008*

Psicológico	Não	3.79	0.85		
Bem-estar	Sim	3.15	0.89	-0.497	0.620
Psicológico	Não	3.26	0.72		
Escala Total_SM	Sim	3.12	0.69	-2.077	0.040*
	Não	3.53	0.63		
LocusControloEmo	Sim	3.06	0.91	-0.860	0.392
	Não	3.29	0.88		
Emoções	Sim	2.69	0.84	2.961	0.004*
Negativas	Não	1.87	0.92		
Controlo Futuro	Sim	3.33	0.64	-0.001	0.999
	Não	3.33	0.59		
Motivação Sexual	Sim	3.32	1.22	0.209	0.835
	Não	3.26	0.98		
Vigilância Sexual	Sim	2.25	1.13	0.624	0.534
	Não	2.08	0.88		
Escala Total_ACS	Sim	2.93	0.55	1.111	0.268
	Não	2.77	0.48		

*p<0.05; **p<0.001

Com efeito, evidenciam-se menores níveis de saúde mental nos sujeitos que referem tomar ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos; contudo, não se registam diferenças estatisticamente significativas entre as classes farmacológicas e as dimensões do ACS, à exceção das “emoções negativas” e “vigilância sexual”.

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e escolaridade

Para que os grupos de comparação fossem mais equitativos, as opções inerentes ao grau de escolaridade foram reduzidas a quatro opções. A primeira corresponde ao Ensino Básico, a segunda ao Ensino Secundário, a terceira à Licenciatura ou Bacharelato e a quarta, ao Mestrado ou Doutoramento. De forma a reduzir os dados estatísticos, utilizaram-se apenas as escalas totais, representativas da SM e do ACS. Os resultados da ANOVA sugerem que os sujeitos com um grau de escolaridade menor, situada no Ensino Básico, apresentam menores níveis de SM, com diferenças estatisticamente significativas quando comparados com outros grupos ($F(8.274;45.578)=7.685;p=0.000$), sendo que os níveis de saúde mental são mais elevados nos indivíduos com mais escolaridade, acima do Ensino Básico. Da mesma forma, e com diferenças estatisticamente significativas, também apresentam um autoconceito sexual mais baixo, sendo os sujeitos com um grau de escolaridade situado no “Ensino Secundário” quem apresenta um autoconceito sexual mais elevado ($F(2.591;28.728)=3.819;p=0.012$). Estes dados podem ser vistos na tabela 25.

Tabela 25: Resultados referentes ao ACS e SM entre diferentes níveis de escolaridade.

Variável	Escolaridade	N	Média	DP	F	p-valor
SM_Total	1	25	2.97	0.65	7.685	0.000**
	2	45	3.64	0.51		
	3	49	3.57	0.67		
	4	12	3.64	0.49		
ACS_Total	1	25	2.54	0.58	3.819	0.012*
	2	45	2.93	0.49		
	3	49	2.75	0.43		
	4	12	2.88	0.29		

*p<0.05; **p<0.001

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e relações amorosas

Quem afirma ter uma relação amorosa atual, revela maiores níveis de saúde mental e um autoconceito sexual mais elevado, no entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas que suportem estes dados. Contudo, encontram-se diferenças significativas para mais “afeto positivo” em termos de SM ($t(129)=2.525;p=0.013$) e mais “locus de controlo emocional” ($t(129)=2.993;p=0.003$) e menos “emoções negativas” ($t(129)=-2.461;p=0.015$) no que respeita ao ACS nos sujeitos que se encontram envolvidos numa relação amorosa.

Tabela 26: Resultados referentes ao ACS e SM entre quem tem uma relação amorosa atual (n=92) e quem não tem (n=39).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Sim	3.64	0.91	-0.067	0.947
	Não	3.66	0.93		
Depressão	Sim	3.72	1.07	0.332	0.740
	Não	3.65	1.14		
Perda de Controlo E-C.	Sim	3.84	0.76	0.001	0.999
	Não	3.84	0.79		
Afeto Positivo	Sim	3.06	0.69	2.525	0.013*
	Não	2.71	0.78		
Laços Emocionais	Sim	3.59	0.89	0.961	0.338
	Não	3.42	0.97		
Distress Psicológico	Sim	3.73	0.85	0.115	0.908
	Não	3.71	0.90		
Bem-estar Psicológico	Sim	3.32	0.69	1.858	0.065
	Não	3.07	0.79		
Escala Total_SM	Sim	3.53	0.61	0.934	0.262
	Não	3.39	0.72		
LocusControloEmo	Sim	3.41	0.83	2.993	0.003*
	Não	2.93	0.91		

Emoções	Sim	1.82	0.85	-2.461	0.015*
Negativas	Não	2.25	1.09		
Controlo Futuro	Sim	3.37	0.57	1.157	0.250
	Não	3.24	0.65		
Motivação Sexual	Sim	3.37	0.97	1.951	0.053
	Não	3.00	1.01		
Vigilância Sexual	Sim	2.06	0.86	-0.656	0.513
	Não	2.17	1.01		
Escala Total_ACS	Sim	2.81	0.47	1.126	0.356
	Não	2.72	0.54		

*p<0.05; **p<0.001

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e relações sexuais

Confere-se que quem teve relações sexuais no último mês, apresenta melhores níveis de saúde mental, ao invés de quem não teve, que apresenta menos saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas ($t(129)=2.535;p=0.012$). Mais especificamente, quem teve relações sexuais apresenta mais “afeto positivo”, mais “laços emocionais” e mais “bem-estar psicológico”. Do mesmo modo, quem afirmou ter relações sexuais durante o último mês apresenta um autoconceito sexual mais elevado ($t(129)=2.930;p=0.004$), mais “locus de controlo emocional”, mais “controlo futuro”, mais “motivação sexual” e menos “emoções negativas” quando comparadas com o grupo de sujeitos que referiu não ter relações sexuais, verificando-se diferenças estatisticamente significativas, tal como se verifica na tabela 27.

Tabela 27: Resultados referentes ao ACS e SM entre quem teve relações sexuais durante o último mês ($n=88$) e quem não teve ($n=43$).

Dimensões	Amostra BC	Média	DP	t	p-valor
Ansiedade	Sim	3.68	0.88	0.585	0.560
	Não	3.58	0.98		
Depressão	Sim	3.74	1.04	0.628	0.531
	Não	3.61	1.19		
Perda de Controlo E-C.	Sim	3.87	0.76	0.600	0.549
	Não	3.78	0.78		
Afeto Positivo	Sim	3.13	0.68	4.202	0.000**
	Não	2.59	0.72		
Laços Emocionais	Sim	3.68	0.89	2.651	0.009*
	Não	3.24	0.91		
Distress Psicológico	Sim	3.76	0.83	0.645	0.520
	Não	3.66	0.93		
Bem-estar Psicológico	Sim	3.41	0.69	3.783	0.000**
	Não	2.92	0.70		
Escala Total_SM	Sim	3.59	0.59	2.535	0.012*
	Não	3.29	0.70		
LocusControloEmo	Sim	3.51	0.79	4.928	0.000**

Emoções	Não	2.77	0.85	-3.449	0.001*
	Sim	1.76	0.81		
Negativas	Não	2.34	1.08	3.046	0.003*
	Sim	3.44	0.56		
Controlo Futuro	Não	3.11	0.60	3.006	0.003*
	Sim	3.44	0.98		
Motivação Sexual	Não	2.89	0.94	1.632	0.105
	Sim	2.18	0.95		
Vigilância Sexual	Não	1.91	0.77	2.930	0.004*
	Sim	2.87	0.49		
Escala Total_ACS	Não	2.61	0.44		
	Sim				

*p<0.05; **p<0.001

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e idade

As idades foram divididas em três faixas - 1) dos 17 aos 22 anos; 2) dos 23 aos 35 anos, e 3) dos 36 aos 60 anos. Segundo os resultados da ANOVA, verificou-se que é o grupo dos mais jovens quem exibe maiores níveis de saúde mental e o grupo dos mais velhos quem demonstra menores níveis de saúde mental ($F(5.830;47.820)=7.742;p=0.001$), apresentando pontuações mais elevadas nas dimensões de “ansiedade”, “depressão” e “perda de controlo emocional e comportamental”, e pontuações mais baixas para o “Afeto Positivo” e “Bem-estar psicológico”, com diferenças estatisticamente significativas. Da mesma forma, os mais jovens apresentam pontuações mais elevadas no ACS, ainda que não existam diferenças estatisticamente significativas, tendo sido obtidas diferenças desta natureza apenas para as dimensões “Emoções negativas” ($F(8.682;106.598)=5.172;p=0.007$) e menos “Locus de Controlo emocional” ($F(5.441;94.902)=3.641;p=0.029$), que nos indicam que são os participantes mais velhos que apresentam mais emoções negativas e menos locus de controlo emocional.

Tabela 28: Resultados referentes ao ACS e SM entre diferentes faixas etárias.

Dimensões	Faixa Etária	Média	DP	F	p-valor
Ansiedade	1 (n=39)	3.93	0.85	5.039	0.008*
	2 (n=51)	3.70	0.85		
	3 (n=40)	3.31	0.96		
Depressão	1	4.11	0.89	6.548	0.002*
	2	3.73	1.05		
	3	3.26	1.17		
Perda de Controlo E-C.	1	3.99	0.80	2.834	0.063
	2	3.91	0.68		
	3	3.84	0.80		
Afeto Positivo	1	3.19	0.61	4.867	0.009*
	2	2.99	0.69		
	3	2.69	0.83		
Laços Emocionais	1	3.67	0.71	2.328	0.102
	2	3.65	0.94		
	3	3.28	1.03		

Distress	1	4.01	0.79	5.504	0.005*
Psicológico	2	3.78	0.81		
	3	3.39	0.92		
Bem-estar	1	3.42	0.57	4.137	0.018*
Psicológico	2	3.32	0.71		
	3	2.99	0.84		
Escala Total_SM	1	3.72	0.55	7.742	0.001*
	2	3.55	0.58		
	3	3.19	0.71		
LocusControloEmo	1	3.51	0.70	3.641	0.029*
	2	3.31	0.90		
	3	2.99	0.95		
Emoções	1	1.85	0.71	5.172	0.007*
Negativas	2	1.72	0.82		
	3	2.33	1.18		
Controlo Futuro	1	3.42	0.49	2.089	0.128
	2	3.39	0.61		
	3	3.18	0.65		
Motivação Sexual	1	3.14	1.02	0.665	0.516
	2	3.38	0.94		
	3	3.24	1.06		
Vigilância Sexual	1	2.24	0.86	2.014	0.138
	2	2.18	0.93		
	3	1.87	0.87		
Escala Total_ACS	1	2.83	0.45	0.537	0.586
	2	2.79	0.48		
	3	2.72	0.55		

*p<0.05; **p<0.001

Relação Preditiva entre Saúde Mental e Autoconceito Sexual

Finalmente, para estudar a relação preditiva entre as duas variáveis realizou-se uma Regressão Linear Simples, na qual se estabeleceu como variável independente a SM e como variável dependente o ACS. Este procedimento estatístico sugere uma relação preditiva entre as variáveis, sendo que uma boa saúde mental é preditora de um bom autoconceito sexual ($B=0.749$; $p<0.001$) (ver tabela 29).

Tabela 29: Resultados para a estimativa da Relação Preditiva entre SM e ACS.

	Beta	Erro Padrão	p-valor
Constante	0.650	0.42	0.126
SM_Total	0.749	0.12	0.000

4. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como primeiro objetivo validar e aferir o Questionário Multidimensional do Autoconceito Sexual para a população portuguesa, contando com uma amostra constituída por 494 participantes recrutados por conveniência através da Internet. Esta amostra apresenta-se como normativa, sem problemas significativos e com um bom suporte social. Da comparação entre as médias obtidas pelo autor do Inventário de Saúde Mental e as médias obtidas na presente investigação, verifica-se uma semelhança global entre ambas, existindo variações estreitas e resultados congruentes, o que reverte a favor de uma amostra com um comportamento normativo, com ausência de patologia, constituindo-se maioritariamente por população não clínica.

Dos procedimentos de validação psicométrica deste instrumento resultou uma boa sensibilidade, um alfa excelente ($\alpha = 0.91$), uma adequabilidade excelente ($KMO = 0,95$) e 5 dimensões retiradas da análise fatorial com uma consistência interna muito boa. Face ao exposto e às condições estatísticas conseguidas, podemos afirmar que o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas e que mede o que se propõe medir, constituindo uma boa ferramenta de mensuração deste constructo para utilização na investigação e avaliação psicológicas em Portugal.

Em segundo lugar, desenvolveram-se neste trabalho, procedimentos metodológicos que permitiram perceber a relação entre os níveis de saúde mental e o autoconceito sexual em sujeitos com perturbação psicológica diagnosticada comparativamente com sujeitos sem perturbação psicológica diagnosticada, ou seja, população clínica e não clínica.

A amostra clínica (B), contou com 61 participantes e denominou-se de “clínica” ao integrar indivíduos que reportaram problemas ou dificuldades na sua vida (sendo os mais citados o stress/ansiedade, depressão e desmotivação) e padecem de perturbação de ansiedade, depressão ou esquizofrenia, todos eles seguidos em acompanhamento psicológico. As perturbações de ansiedade e depressão foram as mais frequentes no DPSM, daí que a amostra seja composta maioritariamente por este tipo de patologia, corroborando a ideia da maior prevalência das Perturbações de Ansiedade e Depressivas (Caldas de Almeida & Xavier, 2010; Cardoso, 2011; Batista, 2013), sendo o sexo feminino o mais representado (Rabasquinho & Pereira, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009).

A média de idades de iniciação sexual obtida na amostra clínica foi de 18.07 anos, o que vai de encontro à faixa normal estabelecida entre os 16 e os 19 anos e, a média obtida na amostra A (de validação) foi de 16.2 anos, sendo estes dados congruente com a conclusão de alguns estudos que consideram que a iniciação da vida sexual ocorra entre os 16 e os 19 anos (Siegel, Klein & Roghmann, 1999; Oswalt, Cameron & Koob, 2005; Alvarez, 2005; Ferreira, 2008; Reis & Matos, 2008) e que essa iniciação seja cada vez mais precoce na população geral (Cabral & Pais, 1998; Calazans, 2000; Nodin, 2001; Matos, 2010).

Da junção desta amostra clínica com 70 participantes não clínicos, assimilou-se um total de 131 indivíduos (amostra B e C), assim, os resultados debruçam-se na análise e comparação das diferenças entre estas duas amostras. Dando forma aos resultados empíricos resultantes deste estudo, adiante se relacionam as variáveis saúde mental e autoconceito sexual com outras variáveis. Os resultados apresentados mostram que algumas proposições estão em conformidade com resultados encontrados por outros autores, havendo outras que se podem revestir de explicações distintas.

Saúde Mental e Autoconceito Sexual entre Amostras

Coerente e esperado, verifica-se que a amostra clínica apresenta níveis mais baixos de saúde mental quando comparada com a amostra não-clínica, reportando níveis mais elevados de ansiedade, depressão, perda de controlo emocional e comportamental e distress psicológico. Este dado é congruente com o facto de a amostra clínica ser composta por indivíduos, maioritariamente, deprimidos e ansiosos e com o facto de se ser o sexo feminino o mais representado na amostra clínica (Rabasquinho & Pereira, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009).

Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas que nos permitam afirmar que a população clínica está associada a um ACS mais baixo (escala total), ao contrário do sustentado por outros estudos (Gispert, Gay & Vidal, 1997; Vaz Serra & Firmino, 1986; Vaz Serra, 1988; Seabra, Amendoeira & Sá, 2013), revela-se estatisticamente significativo que a amostra clínica abrace mais emoções negativas no que respeita ao ACS, o que vai de encontro à ideia de que baixos níveis de saúde mental podem produzir associações e pensamentos negativos face à sexualidade do indivíduo (Gispert, Gay & Vidal, 1997; Sá, 2010; Esteves, 2011), imbuídas, muitas vezes, de uma baixa autoestima (Hayes & Dennerstein, 2005; Nobre, 2006; González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Alves-Pacheco, 2008), gerando no indivíduo menos emoções de prazer e satisfação e mais emoções de tristeza, desilusão, culpa e irritação (Nobre, 2003). Segundo Wolpe (1958), a maior parte dos problemas sexuais derivam de atitudes negativas do sujeito face à atividade sexual. Os pensamentos negativos, ao gerar emoções igualmente negativas, podem impor-se como fatores de predisposição para a ativação de esquemas cognitivos basilares àquilo que serão as opções comportamentais do sujeito e respetivas vivências emocionais (Beck, 2011).

Saúde Mental e Autoconceito Sexual entre Géneros

Enquanto alguns autores referem que as mulheres parecem ser mais vulneráveis a internalizar o *distress* do que os homens (Canetto, 1991, 1997; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas neste estudo que nos permitam diferenciar os níveis de saúde mental entre género. Já no que diz respeito ao ACS, os homens parecem estar mais vigilantes relativamente aos aspetos sexuais. A

literatura existente sugere que os homens, mais do que as mulheres, para além de pensarem mais nos aspetos sexuais, avaliam as suas cognições sexuais como sendo emocionalmente mais positivas (Little & Byers, 2000) e desejam mais frequência e variedade de atividades sexuais do que as mulheres (DeLamater, 1991; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009), o que contribui para explicar o facto de se apresentarem como mais vigilantes. Além disso, ainda que nos tempos que correm a mulher tenha assumido um papel sexual mais semelhante ao do homem, o certo é que continua mais permeável aos condicionalismos culturais, havendo consonância quando se refere que estes vão no sentido de inibir a sua sexualidade e desejos sexuais (Bancroft, 2002; Abdo, 2012).

Psicofármacos

A maioria dos participantes da amostra clínica afirmou estar a tomar algum tipo de medicação atualmente, sendo os antidepressivos e os ansiolíticos os psicofármacos mais utilizados. Verifica-se um elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa, sobretudo entre as mulheres (Caldas de Almeida & Xavier, 2010) sendo os antidepressivos e os ansiolíticos os mais utilizados (Stein & Hollander, 1994; Silva de Lima, Soares & Mari, 1995; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Ferreira, 2007). Nesta amostra, quem refere tomar ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos apresenta níveis mais baixos de saúde mental, com diferenças estatisticamente significativas daqueles que não tomam, apresentando mais ansiedade, depressão e *distress* psicológico; acresce a maior perda de controlo emocional e comportamental em quem toma ansiolíticos e antidepressivos. Estes resultados podem refletir um período ainda precoce na toma dos medicamentos, que ainda não tenha sido suficiente para diminuir a sintomatologia associada, ou seja, uma fase inicial de tratamento e de acompanhamento psicológico.

No que concerne ao autoconceito sexual, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre quem toma ansiolíticos, antidepressivos e/ou antipsicóticos e quem não toma. Este dado parece sugerir que apesar de a toma de ansiolíticos estar associada, nesta amostra, com níveis mais baixos de saúde mental, parece não interferir no autoconceito sexual dos indivíduos o que alimenta a suposição acima mencionada de que a maioria dos participantes pode ter iniciado o tratamento farmacológico há pouco tempo, o que explicaria, desta forma, a persistência da ansiedade, depressão e *distress* psicológico e a não evidência de efeitos negativos ao nível sexual. Segundo alguns autores, o consumo de psicofármacos, que atuam no tratamento ou equilíbrio das perturbações psiquiátricas, podem acarretar alguns efeitos colaterais adversos em diversas áreas, inclusive ao nível sexual podendo provocar disfunções nesta a este nível (Cordeiro, 1987; Stein & Hollander, 1994; Martín & Sánchez, 1997; Ferguson, 2001; Cruz & Aguilar, 2002; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Córdas & Larajeiras, 2006; Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Souza, 2012). Uma explicação para este dado, poderá ser o tipo de psicofármacos que os

participantes consomem, sendo que alguns autores sugerem a existência de antidepressivos de e ansiolíticos que têm sido menos associados a eventos sexuais adversos, destes fazem parte a nefazodona, a bupropiona, a mirtazapina, a venlafaxina, a milnaciprano (Stein & Hollander, 1994; Dickson, 1999; Cordás e Laranjeiras, 2004), bem como alguns antipsicóticos menos nocivos relativamente a interferências na esfera sexual, como a olanzapina, a clozapina, a quetiapina, a ziprasidona e o aripiprazol (Bazire, 2000). Ainda que estes dados não tenham sido explorados em detalhe, os questionários incluíam uma questão sobre o tipo de fármaco consumido, sendo que a maioria dos mencionados se inclui nos acima nomeados, como por exemplo, a venlafaxina, a mirtazapina, a bupropiona, a olanzapina e a quetiapina, medicamentos bastante receitados no DPSM. Estes dados poderão contribuir para explicar a aparente ausência de diferenças estatisticamente significativas entre quem toma de psicofármacos e que não toma, dada a baixa interferência deste tipo de medicação na esfera sexual.

Paralelamente, verifica-se que quem toma antidepressivos parece estar menos vigilante relativamente aos aspetos sexuais da sua vida, o que poderá evidenciar algum afastamento relativo aos aspetos sexuais das pessoas deprimidas em algum momento das suas vidas, em que outras preocupações se elevem e a atenção recaia sobre elas em detrimento dos aspetos sexuais, dado o movimento centrípeto e a diminuição da libido e do desejo sexual e anedonia característicos das pessoas deprimidas (Gispert, Gay & Vidal, 1997; American Psychiatric Association, 2013; Carvalho, 2008). Aproximadamente 70% dos pacientes deprimidos sentem uma significativa redução do impulso sexual, experienciando menos fantasias sexuais e menos pensamentos sobre o sexo (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Com efeito, quem diz tomar antipsicóticos possui mais emoções negativas comparativamente com os indivíduos que não tomam em relação aos aspetos sexuais, apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas que nos permitam falar num autoconceito sexual mais pobre.

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e Escolaridade

Os resultados apontam para que sejam os sujeitos com um grau de escolaridade menor os que apresentam menores níveis de SM e os sujeitos com ensino secundário ou mestrado, aqueles com níveis mais elevados de SM. Sabe-se que problemas psicológicos significativos induzem um prejuízo significativo no funcionamento do indivíduo em várias esferas da sua vida (OMS, 2001; Vaz Serra, 2005; American Psychiatric Association, 2013), muitas vezes, incapacitando-o ou desincentivando-o no que respeita à aprendizagem e intelectualidade. Da mesma forma, também são os sujeitos com menos escolaridade os que apresentam ACS mais baixo, sendo os sujeitos com um grau de escolaridade situado no ensino secundário quem apresenta um ACS mais elevado. Urge salientar que, muitos dos sujeitos que mencionaram ter o ensino secundário como escolaridade se encontram, atualmente, a frequentar uma licenciatura. Posto isto, podemos afirmar que o ACS juntamente com crenças mais positivas em relação a aspetos intrínsecos são mais elevados em sujeitos com mais escolaridade, diminuindo as preocupações e ansiedade relativas aos aspetos sexuais (Alves-Pacheco, 2008).

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e Relações Amorosas

A maioria dos participantes da amostra mantém atualmente uma relação amorosa, com um tempo considerável de relação, a maioria há mais de 10 anos. Nesta investigação, apura-se que os indivíduos que mantêm uma relação amorosa atual, revelam mais afeto positivo em termos de SM. O tempo considerável de relação bem como o suporte social adequado, referidos pelos participantes, sustentam a ideia de que as relações interpessoais, quer amorosas quer de amizade, são satisfatórias e constituem-se como um suporte que, conseqüentemente, elevam os afetos positivos da amostra. Com efeito, os sujeitos que se encontram envolvidos numa relação amorosa sugerem mais locus de controlo emocional e menos emoções negativas no que respeita ao ACS. Uma vez que as relações são, na maioria, duradouras e o suporte é satisfatório, estes dados podem relacionar-se com um ambiente relacional positivo revestido de um apoio recíproco que influencia positivamente a expressão sexual do casal. Ao que parece, um relacionamento amoroso satisfatório acarreta conseqüências positivas para o casal, ao nível do desenvolvimento, bem-estar, segurança emocional, e mais afeto positivo comparativamente com as pessoas sem relacionamento amoroso (Prager, 1995; Gonzaga, Keltner, Londahl & Smith, 2001; Bertoldo & Barbará, 2006; Snyder & Lopez, 2009). O relacionamento afetivo ocupa um lugar de destaque na avaliação do bem-estar, apresentando-se como uma fonte significativa de prazer (Scorsolini-Comin, Santos & Souza, 2012). Num estudo levado a cabo por Pereira, Esgalhado, Monteiro & Afonso (2014) acerca dos determinantes da “felicidade”, que contou com uma amostra de 645 indivíduos, concluiu-se que o determinante mais representativo de felicidade, e que ocupa o lugar de topo, diz respeito a “namorar com uma pessoa que goste”, situação esta indicada pela maioria como sinónimo de felicidade (9.1, numa escala de 0 a 10).

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e relações sexuais

A maioria dos participantes revelou ter tido atividade sexual durante o último mês e os resultados sugerem melhores níveis de saúde mental para quem respondeu afirmativamente. Mais especificamente, quem teve relações sexuais apresenta mais saúde mental na escala total, mais afeto positivo, mais laços emocionais e mais bem-estar psicológico. A atividade sexual torna-se um fator de grande importância em termos de saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos, sendo que a presença de atividades sexuais satisfatórias tem sido um dos indicadores de qualidade de vida mais citados (Mendlowicz & Stein, 2000; González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Rodrigues, Andrade & Faro, 2008; Abdo, 2012).

Do mesmo modo, quem afirmou ter relações sexuais durante o último mês, apresenta um autoconceito sexual mais elevado, apontando para mais locus de controlo emocional, mais controlo futuro, mais motivação sexual e menos emoções negativas, quando comparadas com o grupo de sujeitos que referiu não ter relações sexuais.

A presente amostra (B e C) reportou alguns problemas de stress/ansiedade, depressão e desmotivação, levando-nos a pensar que por englobar este tipo de problemas e população clínica (B), pudesse existir um papel inibidor na resposta sexual, contudo, é de salientar a influência dos 70 sujeitos retirados da amostra normativa. Todavia, e não obstante do papel inibidor que a presença de psicopatologia desempenha na resposta do desejo sexual (Stein & Hollander, 1994; Gispert, Gay & Vidal, 1997; Martín & Sánchez, 1997; Vaz Serra, 1988; OMS, 2001; Levine, 2002; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Lykins, Janssen & Graham, 2006; Nobre, 2003, 2006; Caballo, 2008; Cordioli, 2008), parecem existir exceções indicativas de que a relação entre estas duas variáveis (desejo e psicopatologia) possa não assumir a linearidade ou direccionalidade que se poderia pressupor. Se, por um lado, a presença de sintomatologia psicopatológica se associa comumente à redução do desejo sexual, o certo é que estes estados psicopatológicos podem surgir igualmente associados a casos de comportamento sexual aditivo, pautado por um interesse acrescido face a situações de índole sexual, situação esta que poderá ser entendida como uma estratégia de *coping* (Gispert, Gay & Vidal, 1997; Levine, 2002). Outro dado curioso, aponta para que numa relação amorosa de vários anos de duração, na grande maioria das vezes, haja uma tendência para que o desejo sexual se torne mais fraco e conseqüentemente haja menos atividade sexual, sendo que a predisposição instintiva, mais relacionada com a paixão, diminui com o avançar do relacionamento, na sequência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca (Bartels & Zeki, 2000; Fisher, Aron, Mashek & Brown, 2002; Fisher, Aron & Brown, 2005). Este dado não é evidenciado na presente amostra, uma vez que a maioria dos relacionamentos dura há mais de 10 anos e, quem o mantem, parece experimentar mais afeto positivo, mais locus de controlo emocional e menos emoções negativas. Acresce o facto de a maioria dos sujeitos reportarem um suporte social adequado e terem atividade sexual, possuindo mais saúde mental e, por isso, mais bem-estar psicológico.

No estudo acima mencionado, de Pereira, Esgalhado, Monteiro & Afonso (2014), “ter relações sexuais” ocupa o 2º lugar da lista de situações indutoras de felicidade (8.9, numa escala de 0 a 10).

Saúde Mental, Autoconceito Sexual e Idade

Verifica-se que são os indivíduos mais jovens quem exhibe níveis mais altos de saúde mental e, ao invés, o grupo dos mais velhos quem demonstra menores níveis de saúde mental, apresentando mais ansiedade, mais depressão e perda de controlo emocional e comportamental, menos afeto positivo e menos bem-estar psicológico. Também são os participantes com mais idade quem experimenta mais emoções negativas e menos locus de controlo emocional em termos de ACS. Face ao exposto, alguns autores defendem uma diminuição dos níveis hormonais ao progredir na idade, pelo que a procura e a atividade sexual tende a diminuir com o avançar na idade (Howard, O’Neil & Travers, 2006; Huang, Subak, Thom, Eeden, Ragins, Kuppermann, Shen & Brown, 2009), estando a fraca saúde física

ou mental muito associada com a inatividade sexual (Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh & Waite, 2007). Pelo contrário, o grupo dos mais novos, ao englobar sujeitos dos 17 aos 22 anos, transmite uma iniciação e descoberta da sexualidade e uma maior vulnerabilidade, propensão e interesse relativamente aos aspetos sexuais.

O conceito que a pessoa faz de si própria, tende a empobrecer com o avançar da idade. Se tivermos em atenção que o autoconceito se forma do *feedback* resultante das avaliações das outras pessoas, das comparações pessoais com grupos de referência e ainda com a observação e atribuições do próprio comportamento, concluímos que, à medida que a idade avança, a crítica à realidade se tende a tornar mais pesada e o autoconceito se empobrece (Vaz Serra, 1986).

Relação Preditiva entre Saúde Mental e Autoconceito Sexual

Finalmente, os resultados da presente investigação sugerem uma relação preditiva entre as variáveis, fornecendo suporte empírico que nos permite afirmar que uma boa saúde mental é preditora de um bom autoconceito sexual, o que alega a importância de um investimento maior em termos de Saúde Mental, preventiva e interventivamente.

É sabido que os custos humanos, sociais e económicos da doença mental são muito elevados, no entanto, podem ser atenuados. Existem evidências científicas e clínicas de que, para a maior parte das perturbações mentais, há tratamentos psicológicos eficazes (Beutler, cit in Batista, 2013), sendo que mais psicólogos no Sistema Nacional de Saúde traduzem benefícios e contrapartidas clínicas, sociais e económicas, assentes na diminuição do sofrimento psíquico, no bem-estar psicológico, na melhoria da saúde mental e da saúde física, na autorregulação da doença, no desenvolvimento de estratégias de *coping* e na redução da prevalência dos problemas de saúde (Batista, 2013). Para concluir, a efetividade da intervenção psicológica não é só evidente no âmbito das perturbações psicológicas, como também a nível de um conjunto de patologias crónicas e de fatores de risco (Leal, 2006). Neste sentido a intervenção psicológica constitui-se como um instrumento com potencialidade para contribuir para a melhoria da saúde da população, para contenção dos custos no setor e para a produtividade do país (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; Batista, 2013).

5. Contribuições e Limitações do Estudo

Após concluído este trabalho e elaborado todos os procedimentos e ele inerentes, é relevante referir que o mesmo se pode constituir como um contributo científico na área da investigação em Psicologia, fulcral para que existam avanços na produção de conhecimento, sobretudo dada a escassez de trabalhos publicados no âmbito do autoconceito sexual e da sua relação com a saúde mental no nosso país.

A natureza e a extensão dos questionários utilizados poderá ter sido uma limitação a registar, pois, apesar da boa adesão, não foi possível garantir a total veracidade das respostas, que poderá, eventualmente, ter sido enviesada, na tentativa de diminuir o tempo despendido, tornando-se numa variável estranha à investigação. Por outro lado, a obtenção dos participantes da amostra de validação (A) ficou limitada ao universo dos utilizadores da Internet, o que acarreta vantagens e desvantagens ao nível da investigação científica, limitando a generalização dos resultados para a população geral.

O facto da amostra clínica ter preenchido os questionários antes ou após a consulta de acompanhamento psicológico pode sugerir algum tipo de diferenciação, no sentido em que se espera que após a consulta e os processos psicológicos a ela inerentes como a ventilação emocional e a adoção de crenças mais adaptativas e funcionais, o individuo se sinta melhor.

Uma outra variável, mais comum às demais investigações, que poderá ter enviesado negativamente a investigação diz respeito à deseabilidade social, ou seja, ao facto de os participantes responderem de acordo com o que é socialmente esperado e não de acordo com as suas crenças pessoais, mais no que respeita à amostra clínica, ainda que esta variável não pudesse ter sido mais evitada.

Finalmente, considera-se importante que estudos futuros, no âmbito da Saúde Mental e do Autoconceito sexual, alarguem o espectro de perturbações psicológicas e englobem o estudo de possíveis interferências nas fases do ciclo de resposta sexual perante as mesmas. Outro pressuposto passível de investigação consiste na associação entre as relações sexuais ocasionais e níveis mais baixos de saúde mental.

Mais do que um ponto de chegada, esta investigação pretende ser um ponto de partida para futuros trabalhos neste domínio.

6. Referências Bibliográficas do Artigo

- Abdo, C. H. (2012). *Sexualidade humana e seus transtornos* (4ª ed.). São Paulo: Leitura Médica.
- Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alves-Pacheco, A. M. (2008). *O tamanho das roupas e o autoconceito sexual em indivíduos do sexo feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5ªed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13(6).
- Ashton, A. K., Mahmood, A., & Iqbal, F. (2005). Improvements in SSRI/SNRI-Induced Sexual Dysfunction by Switching to Escitalopram. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 257-262.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 451-455.
- Batista, T. M. (2013, dezembro). *Os Psicólogos no Sistema Nacional de Saúde: a realidade atual e o potencial para o futuro*. Conferência apresentada no Encontro Nacional de Psicólogos do SNS, promovido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa.
- Barlow, D. H., Bach, A. K., & Wincz, J. P. (2001). Sexual dysfunctions. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: a step by step treatment manual* (4ªed) (pp. 533-588). New York, NY: Guildford Press.

- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *NeuroReport*, 11(17), 3829-3834.
- Bazire, S. (2000). *The professional's pocket handbook and aide memoire*. Londres: Quay Books.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond* (2ª Ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Bersamin, M., Zamboanga, B., Schwartz, S., Donnellan, M., Hudson, M., Weisskirch, R., Kim, S. Y., Agocha, V., Whitbourne, S., & Caraway, S. (2014). Risky Business: Is there an association between Casual Sex and Mental Health among emerging adults? *Journal of Sex Research*, 51(1), 43-51.
- Bertoldo, R. B., & Barbará, A. (2006). Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. *PsicoUSF*, 11(2) 229-237.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos Editora.
- Cabral, M. V., & Pais, J. M. (1998). *Jovens portugueses de hoje: resultados do inquérito de 1997*. Oeiras: Celta Editora.
- Calazans, G. (2000). Cultura adolescente e saúde: perspectiva para investigação. In M. C. Oliveira (Ed.), *Cultura, adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.
- Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125(6), 605-620.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Cardoso, L. R. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento*, 29(67), 479-489.

- Carvalho, J. P. P. (2008). *A importância de fatores psicológicos, orgânicos e relacionais na resposta de desejo sexual masculino e feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- Córdas, T. A., & Larajeiras, M. (2006). Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 168-173.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. Salamanca: Edições Salamanca.
- Cordioli, A.V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ªed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, F. & Aguilar, M. J. (2002). *Introducción a la psicología comunitária*. Madrid: Editorial CCS.
- DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dickson, R. (1999). When Interest in Sex Resumes: what to know. *Visions: BC's Mental Health Journal*, 8, 1-32.
- Esteves, M. T. (2011). *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Ferguson, J. M. (2001). The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 22-34.
- Ferreira, P. M. (2008, junho). A primeira vez: juventude, género e sexualidade. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Fisher, H. E., Aron, A., Mashek D., Li, H., & Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419.
- Fisher, H., Aron, A., & Brown, L. L. (2005). Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 58-62.
- Gispert, C., Gay, J., & Vidal, J. A. (Eds.). (1997). *Enciclopédia da sexualidade*. (Vol. 2). Lisboa: Oceano-Liarte.

- Goñi, E., & Fernández, A. (2009). El autoconcepto. In A. G. Grandmontagne (Coord.), *El autoconcepto físico*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gonzaga, G. C., Keltner, D., Londahl, E. A., & Smith, M. D. (2001). Love and the commitment problem in romantic relations and friendship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 247-262.
- González, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Ortiz, C. (2006). Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas*, 53(1), 1-10.
- Halstrom, C. (2000). *Ansiedade e Depressão: Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Hayes, R., & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- Howard, J. R., O'Neill, S., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older 29 Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, 9(5), 355-367.
- Huang, A. J., Subak, L. L., Thom, D. H., Eeden, S. K., Ragins, A. I., Kuppermann, M., Shen, H., & Brown, J. S. (2009). Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1362-1368.
- Lara, L., Silva, A., Romão, A., & Junqueira, F. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 30(6), 312-321.
- Laurent, S. M., & Simon, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 573-585.
- Leal, I. (2006). Perspetivas em psicologia da saúde. In I. Leal (org.), *Perspetivas em psicologia da saúde* (pp.13-28). Coimbra: Quarteto.
- Lesser, J., Hughes, S., & Kumar, S. (2006). Disfunção sexual na mulher idosa: as doenças médicas e psiquiátricas complexas devem ser tidas em consideração na sua avaliação e tratamento. *Geriatrics*, 2(7), 18-23.
- Levine, S. B. (2003). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York, NY: Routledge.

- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Little, C. A., & Byers, E. S. (2000). Differences between positive and negative sexual cognitions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 167-179.
- Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43, 136-143.
- Marinho, R. T. (2012). O que é a “saúde”? *Ata Médica Portuguesa*, 25(3), 143-144.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªed.). Lisboa: Report Number.
- Marsh, H. W., & Seaton, M. (2013). Academic self-concept. In J. Hattie & E. M. Anderman (Eds.), *Internacional guide to student achievement*. New York, NY: Routledge.
- Martín, A. F., & Sánchez, F. L. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidade*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Martins, D. D. R. (2005). *Autoconceito de crianças expostas à violência interparental*, (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1967). *A inadequação sexual*. Lisboa: Editora Meridiano.
- Matos, M. (2010). *A Saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH.
- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47-57.
- Moeda, A. (2009). *Sexualidade e depressão: Associação entre sintomas depressivos e disfunções sexuais numa consulta de medicina geral e familiar*, (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Neves, S. P., & Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, inter-relações e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 206-218.
- Nobre, P. J. (2003). *Disfunções sexuais: contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva*, (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções Sexuais: teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *A evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. Acedido em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidencia_cientifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Sexual and reproductive health*. Acedido em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Organização Mundial de Saúde (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Acedido em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Oswalt, S. B., Cameron, K. A., & Koob, J. J. (2005). Sexual regret in College students. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 663-669.
- Pacheco, N. S. (2012). *A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses*, (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1).
- Pereira, H., Esgalhado, G., Monteiro, S., & Afonso, R. M. (2014). Sociodemographic determinants of happiness and happiness-related events in Portuguese adults. Manuscrito não publicado.

- Pereira, H., & Rabasquinho, C. (2007). Género e Saúde Mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.
- Prager, K. J. (1995). *The Psychology of Intimacy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Reis, M., & Matos, M. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*, 26(1), 71-79.
- Rodrigues, P.C., Andrade, S. B. C., & Faro, A. C. M. (2008). Envelhecimento, sexualidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13(2), 205-220.
- Sá, L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In C. Sequeira, & Sá, L. (Eds.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental* (pp. 15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Santos, B. S., Antunes, D. D., & Bernardi, J. (2008). O docente e sua subjetividade nos processos motivacionais. *Educação*, 31(1), 46-53.
- Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio num hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2064-2074.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, R. M. (2012). Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 321-328.
- Seabra, P., Amendoeira, J., & Sá, L. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em consumidores de drogas: que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental*, 9, 21-28.
- Siegel, D., Klein, D., & Roghmann, K. (1999). Sexual behavior, contraception and risk among college students. *Journal of Adolescent Health*, 25, 336-343.
- Sim-Sim, M., & Lima, M. L. P. (2004). O autoconceito sexual. *Psychologica*, 35, 211-232.
- Snell, W. E. (1995). Validation of the Multidimensional Sexuality Questionnaire. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. Davis (Eds.), *Handbook of Sexually Related Measures* (pp. 521-524). New York, NY: Sage Publications.
- Snell, W. E. (2001). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual preoccupation. In W. E. Snell (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory* (Cap.1). Cape Girardeau,

MO: Snell Publications. Acedido em <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>.

- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. São Paulo: Artmed.
- Souza, A. (2012). Antidepressivos e Disfunções Sexuais. *The International Journal of Psychiatry*, 17(11).
- Stein, D. J., & Hollander, E. (1994). Sexual dysfunction associated with the drugs treatment of psychiatric disorders. *CNS Drugs*, 2(1), 78-85.
- Stern, C., & Medina, G. (2000). Adolescência y salud en México. In M. C. Oliveira (Ed.), *Cultura, adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz Serra, A., & Firmino, H. (1986). O autoconceito nos doentes com perturbações emocionais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 7(2), 91-96.
- Vaz Serra, A. (1988). O autoconceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Vaz Serra, A. (2005). Psiquiatria em Portugal: “Um caminho reencontrado”. *Saúde Mental*, 7(6), 11-19.
- Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século.
- Winter, L. (1988). The role of sexual self-concept in the use of contraceptives. *Family Planning Perspectives*, 20(3), 123-127.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wylie, R. C. (1974). *The Self-concept: a review of methodological considerations and measuring instruments* (vol.1). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Zacharias, J. (2012). *Bem-estar docente: um estudo em escolas públicas de Porto Alegre*, (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ANEXOS

Anexo 1.

Anexo teórico da investigação

1. Estado da Arte

1.1. Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013) a saúde mental define-se como “um estado de bem-estar, no qual o indivíduo está consciente das suas próprias capacidades, podendo enfrentar as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar o seu contributo à comunidade”; ou, numa outra perspetiva, pode ser entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Cruz & Aguilar, 2002; Marinho, 2012).

Inicialmente, as medidas de avaliação da saúde mental continham, características muito heterogéneas, que incluíam medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações, hábitos de saúde, a par de constructos psicológicos mais evidentes como sintomas de ansiedade e depressão (Veit & Ware, 1983). Posteriormente as medidas de saúde mental passaram a focar quase exclusivamente sintomas como a ansiedade e a depressão que, em geral, eram a evidência mais expressiva de *distress* psicológico (Veit & Ware, 1983; Pais Ribeiro, 2001). Então, para melhorar a precisão das medidas torna-se necessário expandir a definição de saúde mental para incluir características de bem-estar psicológico, tais como: bem-estar, qualidade de vida, alegria, prazer de viver e felicidade (Pais Ribeiro, 2001). Na perspetiva de Sá (2010), a saúde mental relaciona-se com a qualidade de vida, com o bem-estar, incluindo a capacidade para apreciar a vida e proporciona um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. A saúde mental e a qualidade de vida, conceitos estritamente relacionados, comandam e definem a funcionalidade de cada pessoa, numa gama variada de áreas como a sua saúde física, a qualidade de auto manutenção e desempenho de atividades, o estado intelectual, as atividades sociais, o estado emocional e as atitudes com o mundo e consigo próprio (Doran, 2011).

Neste sentido, a saúde mental pode ser operacionalizada e medida através de uma escala que englobe variáveis como a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional ou comportamental, o afeto positivo, os laços emocionais, o *distress* psicológico e a bem-estar psicológico (Veit & Ware, 1983; Pais Ribeiro, 2001; 2011).

A distinção entre patologia mental e normalidade constitui um dos mais interessantes debates, não só no âmbito das ciências psicopatológicas como, também, no contexto sociocultural mais amplo (Vaz Serra, 2005). No entanto, entende-se por perturbações psicológicas condições clinicamente significativas, caracterizadas por alterações do pensamento, do estado de humor ou do comportamento, induzindo um prejuízo no

funcionamento do indivíduo (Vaz Serra, 2005; American Psychiatric Association, 2013). As perturbações psicológicas não são apenas variações dentro da escala do “normal”, mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal, numa ou mais esferas da vida (OMS, 2001; American Psychiatric Association, 2013). Consiste, de forma empírica, num desequilíbrio psíquico que se pode manifestar através de diversos sinais e sintomas, e que compromete o funcionamento da vida habitual da pessoa (Cordeiro, 1987; Espinosa, 1998). As perturbações psicológicas são originadas por fatores psicológicos, genéticos, biológicos, e fatores psicossociais (Grebb, Kaplan & Sadock, 2006; American Psychiatric Association, 2013).

Segundo a OMS (2001), mais de 1500 milhões de indivíduos, no mundo inteiro, sofrerão, ao longo da vida, de alguma perturbação mental. De acordo com a mesma fonte, cerca de metade das doenças mentais tem início antes da idade adulta. Estas perturbações podem ser consideradas universais, pois afetam pessoas de ambos os sexos, de todos os países e culturas, de todas as faixas etárias, ricos e pobres, que residem tanto em ambientes urbanos como rurais (OMS, 2001; Vaz Serra, 2005). Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população, um em cada cinco portugueses sofre de uma doença mental, sendo as perturbações mentais mais comuns as da ansiedade e as depressivas (Caldas de Almeida & Xavier, 2010; Cardoso, 2011; Batista, 2013).

De acordo com a literatura, parecem existir algumas diferenças no que concerne ao funcionamento mental entre géneros. Os estudos apontam vários indicadores psicossociais, no sentido de corroborarem a ideia do género como uma construção psicossocial que influenciará inevitavelmente a expressão da saúde mental (Rabasquinho & Pereira, 2007). Segundo Canetto (1991, 1997), as mulheres parecem ser mais vulneráveis a internalizar o *distress* do que os homens, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de perturbações associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Já no que diz respeito aos homens, estes parecem ser mais encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, sendo que esta externalização pode apresentar alguma ligação com comportamentos antissociais, uso de substâncias e suicídio, sendo estas expressões, formas socialmente mais aceitáveis para os homens expressarem as suas dificuldades, ao contrário da doença que é vista como um sinal de fraqueza. No caso das mulheres, existe maior facilidade em assumir o papel de doente, visto que a mulher foi culturalmente percecionada como o género mais fraco, sendo a expressão da doença culturalmente melhor aceite pelas mesmas (Rabasquinho & Pereira, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009).

Assim, a prevalência de determinadas perturbações é diferente relativamente ao género (Rabasquinho & Pereira, 2007; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009; American Psychiatric Association, 2013). Estas diferenças também podem ser explicadas com base nas características da personalidade, como a introversão e o neuroticismo na mulher, a impulsividade, desinibição e procura de sensações no homem (Rabasquinho & Pereira, 2007).

Durante muitos anos, discutiu-se a importância dos fatores genéticos *versus* fatores ambientais no desenvolvimento das perturbações mentais, conceptualizando-se estes como determinantes divisos. Atualmente defende-se que as perturbações mentais podem ser precipitadas por vários fatores etiológicos, que variam desde uma vulnerabilidade orgânica/biológica, hereditária, a uma gênese precipitada por fatores psicológicos esquematizados por influência de acontecimentos de vida significativos, e ainda, a fatores socioculturais, que englobam as aprendizagens que o indivíduo faz e aquilo que lhe é inculcado e modelado (OMS, 2001; Grebb, Kaplan & Sadock, 2006; American Psychiatric Association, 2013).

Os problemas psicológicos tendem a precipitar, quase sempre, uma expressão a nível corporal e as alterações orgânicas provocam, da mesma forma, alguma perturbação a nível psicológico (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Uma vez rejeitado o dualismo cartesiano, é de supor que aquilo que acontece a nível físico ou a nível mental se influenciam mutuamente, perturbando o indivíduo na sua globalidade (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Assim, as perturbações mentais costumam produzir um quadro de problemas emocionais, o que, por sua vez, influencia a expressão de sentimentos, a relação interpessoal, bem como a sexualidade humana (Delamater, 1991; Carvalho J., 2008).

Os problemas de saúde mental exercem um grande impacto na sociedade, traduzindo-se em grandes custos em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da capacidade produtiva. Acresce, a este impacto, os efeitos dos problemas ligados aos consumos excessivos de álcool e drogas, à violência doméstica e juvenil, aos comportamentos alimentares e sexuais e muitos outros (Esteves, 2011).

1.2. Autoconceito e Autoconceito Sexual

De acordo com Goñi e Fernández (2009), William James foi o primeiro psicólogo a desenvolver uma teoria acerca do autoconceito. Este constructo do *self* pode entender-se, segundo vários autores, como a percepção que o sujeito tem de si mesmo, a forma como se percebe, sendo que essa definição de si, surge das interações com os outros e reflete as características, expectativas e avaliações dos outros (Wylie, 1974; Vaz Serra, 1986; 1988; Veiga, 1995; Santos, Antunes & Bernardi, 2008; Goñi & Fernández, 2009; Zacharias, 2012; Marsh & Seaton, 2013). Assim, as percepções oriundas do mundo exterior são os ingredientes básicos a partir dos quais se desenvolve e se mantém o autoconceito. O autoconceito, seguindo o raciocínio de vários autores, possui múltiplas facetas, é relativamente estável, avaliativo, diferenciável e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente (Wylie, 1974; Vaz Serra, 1988; Veiga, 1995; Santos, Antunes & Bernardi, 2008; Goñi & Fernández, 2009; Zacharias, 2012; Marsh & Seaton, 2013).

O autoconceito integra múltiplos constituintes que interagem e se influenciam de forma recíproca, como as autoimagens, a autoeficácia, a autoestima, o autoconceito real e ideal e a identidade. Além disso, como o autoconceito é multifacetado, é congruente dizer

que existem subtipos de autoconceito: autoconceito académico, físico, social, emocional e sexual. (Vaz Serra, 1988; Alves-Pacheco, 2008).

No que diz respeito ao autoconceito sexual, constructo estudado na presente investigação, este pode ser entendido como a avaliação que cada indivíduo faz sobre os seus sentimentos e ações relativos à sua sexualidade e comportamento sexual, descrevendo o que o indivíduo pensa sobre o sexo, como se sente perante comportamentos sexuais (Winter, 1988; Snell, 2001; Sim-Sim & Lima, 2004).

No sentido de facilitar o estudo dos múltiplos aspetos inerentes ao autoconceito sexual, Snell (2001) desenvolveu um Modelo Multidimensional do Autoconceito Sexual, preconizando que a adaptação e a definição que cada indivíduo faz de si em relação aos aspetos sexuais da sua vida são características do bem-estar pessoal nas relações íntimas, considerando para tal diversos aspetos definidores de um conjunto de dimensões relacionadas com a globalidade do termo autoconceito sexual. Este constructo é constituído por fatores cognitivos, afetivos e motivacionais, sendo estes aglomerados numa escala de vinte subescalas de autoapreciação: ansiedade sexual, autoeficácia sexual, consciência sexual, motivação para evitar comportamentos sexuais de risco, controlo externo da sexualidade (sorte/ acaso), controlo interno da sexualidade, preocupação sexual, assertividade sexual, otimismo sexual, autoculpabilização sexual negativa, autovigilância sexual, motivação sexual, *coping* sexual, autoestima sexual, satisfação sexual, autoesquemas sexuais, medo do sexo, prevenção de problemas sexuais e depressão sexual (Snell, 1998, 2001; Lima & Sim-Sim, 2004; Alves-Pacheco, 2008; Pereira, Leal & Marôco, 2009).

Na presente investigação, o autoconceito sexual estudado através do QMAS (Snell, 1995), seleciona para o estudo apenas algumas dessas dimensões da globalidade do autoconceito sexual, destacando: a motivação sexual, que diz respeito ao desejo para o envolvimento num relacionamento sexual; o locus de controlo, onde se insere o controlo interno da sexualidade, assente na convicção de que é o próprio indivíduo quem controla e é responsável pelos aspetos sexuais da sua vida e, o locus de controlo externo que, ao invés, que coloca a responsabilidade no acaso e na sorte; a vigilância sexual, definida como a tendência para se sentir vigilante em relação à impressão pública da sua sexualidade; a autoestima sexual, entendida como a tendência para avaliar a sua sexualidade e relacionamentos sexuais de forma positiva; e as emoções negativas, que podem englobar o medo do sexo (relacionado com o receio de iniciar ou manter relações sexuais com outra pessoa), a depressão sexual (tendência experimentar sentimentos negativos e elaborar avaliações negativas dos aspetos sexuais da sua vida), bem como a ansiedade sexual (caracterizada pela tensão, desconforto e preocupação face à vida sexual) (Snell, 1998, 2001; Alves-Pacheco, 2008). Estas emoções negativas constituem-se como indicadores de outras dimensões, como a satisfação sexual (a tendência para um bem-estar relacionado com as relações sexuais) e a autoeficácia sexual (consiste na perceção de confiança para lidar, de forma adequada, com os aspetos sexuais) (Snell, 1998, 2001; Alves-Pacheco, 2008).

O autoconceito sexual assume três funções distintas, uma função de consciência sexual reflexiva, que fomenta a introspeção do indivíduo entre aquilo que é e o que deseja ser em termos sexuais, entre o que está bem e o que está mal, influenciando o nível de autoestima com que vive a sexualidade; exerce, também, uma função relacional sexual, que versa sobre o tipo de relacionamento sexual e os comportamentos que o indivíduo adota nesses mesmos relacionamentos (não só o coito); e, por último, uma função sexual executiva que implica realizar escolhas, tomar decisões e responsabilidades, iniciar e inibir comportamentos e traçar planos de ação com o intuito de os levar a cabo (Sim-Sim & Lima, 2004).

Num estudo de Vaz Serra e Firmino (1986), numa amostra de doentes com perturbações emocionais, conclui-se que existe uma tendência geral para que estes doentes tenham um autoconceito mais pobre do que a população em geral, apontando para um autoconceito defeituoso, revelador de vulnerabilidades pessoais, fonte de inquietação e de desajustamento, o que se repercute em grandes dificuldades interpessoais e um grande sentido de inadequação. Ainda assim, surgiram evidências de que a população clínica se subdivide em dois grupos: um com um autoconceito semelhante ao da população geral e, outro, com um autoconceito nitidamente mais baixo, o que poderá ser explicado pela diferente interferência de perturbações mediadas pela ansiedade ou perturbações de personalidade (Vaz Serra & Firmino, 1986).

Num outro estudo, concluiu-se que os indivíduos com um bom autoconceito tendem a atribuir o reforço obtido em determinada situação ao seu próprio esforço (Locus de controlo interno) e a não aceitar que o mesmo seja devido à influência de outras pessoas mais poderosas ou a fatores de sorte ou acaso (Locus de controlo externo) (Vaz Serra, Firmino & Matos, 1987).

Um autoconceito realista, consistente e positivo, reflete-se numa atitude de segurança, em manifestações emocionais e comportamentais saudáveis e estratégias de *coping* adequadas para lidar com situações adversas (Vaz Serra, Antunes & Firmino, 1986). Assim, o autoconceito evidencia-se como um constructo central e significativo, que determina o ajustamento do indivíduo (Vaz Serra e Firmino, 1986).

1.3. Contributos para a compreensão da Sexualidade Humana

Fazendo um movimento centrífugo, que abarca a globalidade do supracitado, a fundamentação estende-se à sexualidade humana que, tal como muitos outros aspetos da experiência humana, torna-se difícil de descrever em poucas palavras, uma vez que lhe estão inerentes diversas teorias, concepções, perspetivas e conceitos. Trata-se, então, de um tema multi, trans e inter disciplinar.

A sexualidade acompanha-nos desde a infância e sofre modificações ao longo de toda a nossa vida, podendo ser definida como um aspeto central do ser humano ao longo da vida que engloba o sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (OMS, 2006). A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. No entanto, apesar de a sexualidade incluir todas estas dimensões, não significa que todas sejam sempre experimentadas ou expressas (OMS, 2006).

É, portanto, tão antiga como o próprio ser humano, não existindo nenhuma etapa da história humana na qual a sexualidade estivesse ausente (Martínez & Pascual, 1995). No entanto, a sexualidade é, muitas vezes, vista como um *tabú*, ou seja, como algo proibido e demasiado íntimo, tornando-a numa realidade misteriosa que contempla mecanismos de defesa por parte dos indivíduos (Martínez & Pascual, 1995). Durante muitos séculos, o ato sexual era considerado como uma expressão de “baixos instintos” que deveriam ser controlados, sobretudo nas mulheres, nas quais o sexo só era admitido para fins reprodutivos (Abdo, 2012)

A palavra sexualidade surge, muitas vezes, associada ao sexo, quando não se limita a tal. Ballone (2006) afirma que a sexualidade não está ligada unicamente ao ato sexual, contrariamente ao conceito usado no senso comum, devendo ser entendida como: “a expressão da afetividade, capacidade de estar em contacto consigo e com o outro, como construção da autoestima e do bem-estar”. Assim, a sexualidade não se restringe a uma parte específica do corpo - os genitais - nem se consubstancia apenas nos comportamentos chamados de sexuais (Eriksson, 1996; Brito & Oliveira, 2009). A sexualidade expressa-se no estilo de vida que adotamos, nos papéis de género, no modo como se demonstram os afetos e na apreciação erotizada dos estímulos sensoriais (Pereira, Leal & Marôco, 2009).

A sexualidade, através dos prestigiados contributos de Michael Foucault, constitui-se como parte integrante da nossa identidade básica, correspondendo a uma categoria do ser: cada indivíduo tem uma identidade sexual que se funda como parte integrante daquilo que é, tornando-se inseparável do próprio indivíduo (Thaler-deMers, 2001; Pereira, Leal & Marôco, 2009).

Através desta conceptualização compreendemos a enorme complexidade da sexualidade humana, tornando difícil a distinção clara entre o que é sexual e aquilo que não é, existindo uma continuidade entre os aspetos sexuais e os não-sexuais. A sexualidade é mediada por tudo o que aquilo que somos e influi nos nossos esquemas mentais, nas particularidades dos nossos pensamentos, afetos e comportamentos (Evola, 1993).

Por sua vez, a saúde sexual pode ser entendida como “... Um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não significando apenas a ausência de disfunção ou doença. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência” (OMS, 2006). É cada vez mais reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e

como parte da saúde global e do bem-estar do indivíduo. Atualmente, independente do género, o aspeto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que a sua finalidade reprodutiva (Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008). A função sexual é um aspeto importante para o bem-estar e qualidade de vida de qualquer ser humano (González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006).

A sexualidade humana é, de facto, muito complexa, integrando uma dimensão biológica (reprodução, controlo da fertilidade, nível de ativação e resposta sexual, crescimento e desenvolvimento, ciclos de mudança psicológica e aparência física), uma dimensão psicológica (emoções, experiências, autoconceito, motivação, comportamento aprendido), uma dimensão sociocultural (família, pares, escola, namoro, casamento, hábitos e costumes, formação e entretenimento) e uma dimensão ética (ideias, crenças, opiniões e valores) (Carvalho C., 2008).

A sociedade ocidental tem-se tornado progressivamente mais liberal em relação às questões ligadas à sexualidade humana (Abdo, 2012). Cada vez de maneira mais precoce, homens e mulheres apresentam questões ligadas à sua vida sexual. Da mesma forma, a esperança de vida da população tem aumentado nas últimas décadas, na maioria dos países, e a preocupação das pessoas tem-se voltado para a sua qualidade de vida, e, entre seus indicadores, a atividade sexual satisfatória tem sido um dos mais citados (Mendlowicz & Stein, 2000; Abdo, 2012).

A ideia de que há uma diferença fundamental entre a natureza sexual do homem e da mulher tem sido bastante apoiada (Weeks, 1998; Zieher, 2006). As diferenças genitais e reprodutivas entre homens e mulheres, bem como as crenças sociais e históricas advindas do papel prévio concedido a cada um, fornecem uma explicação para o facto de terem desejos e necessidades sexuais distintas. Apesar dos trabalhos de Kinsey e de Masters e Johnson terem contribuído para demonstrar que há uma resposta fisiológica similar entre ambos os sexos, alguns autores defendem que existe uma diferença no processamento emocional e na forma de conceber a sexualidade entre os géneros, prevalecendo a ideia de que as mulheres são mais emocionais e os homens mais racionais (Weeks, 1998; Zieher, 2006).

Também os contributos de Sigmund Freud, na conceção e compreensão psicanalítica da sexualidade humana, merecem ser destacados. Através da observação de doentes mentais, da exploração do seu próprio psiquismo e da observação e análise de crianças, deparou-se com a importância dos impulsos sexuais na vida psíquica dos indivíduos, ao que chamou de força libidinal (Kisker, 1977; Bongar & Beutler, 1995). Freud concluiu que este impulso sexual está presente em todos nós, desde a nossa infância até ao final da vida e tem uma importância decisiva na edificação da personalidade dos indivíduos (Simon, 1978; Schultz & Schultz, 2003; Cordioli, 2008; Santos, 2010). Para além de estabelecer três instâncias da personalidade humana - id, ego e superego - que se regem por princípios distintos e geram tanto os conflitos como o equilíbrio da personalidade, também assume que muitos dos sintomas psicopatológicos expressos pela maioria dos doentes estão relacionados com conflitos sexuais,

recalcados e reprimidos no inconsciente (Simon, 1978; Bongar & Beutler, 1995; Schultz & Schultz, 2003; Cordioli, 2008; Santos, 2010).

Também o fundador da psicanálise esclarece que a sexualidade não pode ser associada à genitalidade, em vez disso, corresponde ao prazer que tem origem no corpo e que suprime a tensão libidinal (Schultz & Schultz, 2003; Li, 2011). Freud categoriza as pulsões humanas de duas formas: instinto de vida (*Eros*) e instinto de morte (*Thanatos*), que geram entre si um conflito dinamizador do psiquismo humano. Este conflito tem origem nos obstáculos que o indivíduo encontra na realização das pulsões e reflete a luta entre as três instâncias da personalidade (Gomes, 2003; Schultz & Schultz, 2003; Cordioli, 2008; Santos, 2010; Li, 2011).

Assim, segundo Freud, o desenvolvimento da personalidade processa-se numa sequência de estádios psicosexuais - oral, anal, fálico, de latência e genital - que decorrem deste o nascimento até à adolescência. A cada estágio corresponde uma determinada zona erógena e conflitos psicosexuais específicos (Kisker, 1977; Gomes, 2003; Schultz & Schultz, 2003; Cordioli, 2008).

1.3.1. Orientação Sexual

O estabelecimento de um sentido de identidade é uma tarefa central no desenvolvimento humano, dependendo este sentido da forma como nos vemos, como vemos os outros, como os outros nos veem a nós e as interações que estabelecemos com os demais (Pereira, Leal & Marôco, 2009). O sentido de identidade vai-se moldando ao longo da nossa vida e é influenciado por aspetos multidimensionais, ajudando o indivíduo a consolidar a sua autoconvicção como representante do sexo masculino ou feminino. Esta consolidação caracteriza-se por ser uma descoberta e em prol da construção da identidade sexual, que é influenciada por diversos fatores e não somente pelo sexo biológico - identidade de género, papéis sexuais sociais e a orientação sexual (Martín & Sánchez, 1997; Pereira, Leal & Marôco, 2009).

O sexólogo Alfred Kinsey, no final dos anos 40 e início dos anos 50, realizou uma extensa pesquisa sobre os hábitos sexuais da população americana, que culminou na publicação dos livros *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) e *Sexual Behavior in the Human Female* (1953), obras que, por terem catalisado uma reflexão ampla sobre a sexualidade contribuíram para tornar socialmente aceitáveis certas práticas sexuais tidas anteriormente como “anormais” (Crooks & Baur, 2011). Podemos caracterizar as diferentes identidades sexuais, como: heterossexuais (pessoas que se sentem sexualmente atraídas por pessoas do sexo oposto), homossexuais (pessoas que se sentem sexualmente atraídas por pessoas do mesmo sexo), bissexuais (pessoas que se sentem sexualmente atraídas por ambos os sexos) e, por último, assexuais (pessoas que não sentem qualquer tipo de atração sexual, independentemente do género) (Crooks & Baur, 2011; Lemos, 2011). Numa investigação

levada a cabo por Sandfort, Graaf, Bijl e Schnabel (2001), conclui-se que as pessoas homossexuais apresentam mais vulnerabilidades para desenvolver uma perturbação psiquiátrica.

1.3.2. Ciclo de Resposta Sexual e Disfunção Sexual

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* classifica as disfunções sexuais com base nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual (Nobre, 2006). No entanto, apesar de ser unânime, entre os autores que se debruçam sobre este tema, que existe um ciclo para a resposta sexual, ainda se discute o número de fases que o integra (Martín & Sánchez, 1997).

Kaplan (1979) inicia o ciclo de resposta sexual com a fase do desejo, que se caracteriza pelas fantasias sexuais e pelo desejo de envolvimento em atividade sexual com estimulação excitante, conduzindo, por exemplo, no homem, a tumescência peniana. O desejo sexual caracteriza uma das fases da resposta sexual comumente associada a um estado psicológico ou subjetivo responsável pela motivação face a comportamentos de índole sexual. Pensa-se que nas perturbações psicológicas, os problemas sexuais estejam mais relacionados com a falta de desejo sexual, principalmente no caso da depressão (Carvalho J., 2008). Kaplan promove a necessidade de se atender a fatores de ordem motivacional numa primeira fase da resposta sexual. Apesar de o modelo de Kaplan seguir outras fases, na literatura mais atual, tende a complementar-se este modelo com o modelo do ciclo de resposta sexual baseado nos estudos de Masters e Johnson (Martín & Sánchez, 1997; Basson, 2001; Nobre, 2006; Sena, 2010; Crooks & Baur, 2011), que define o ciclo de resposta sexual em 4 fases:

❖ Fase da Excitação: que é desencadeada pelos estímulos psicológicos (fantasias ou a presença do objeto de desejo) e por estímulos fisiológicos (toque ou beijo) ou por ambos. Esta fase consiste na sensação subjetiva de prazer sexual, ocorrendo a ereção e aumento de volume testicular no homem e a lubrificação vaginal, ingurgitamento mamilar e aumento de volume do clítoris na mulher (levando à chamada plataforma orgásmica). A excitação inicial pode durar de alguns minutos a várias horas. Se a estimulação continuar, avançamos para a fase seguinte.

❖ Fase do Plateau: nesta fase intensificam-se as mudanças que ocorreram na primeira fase, sendo que a excitação é prolongada. Surgem mudanças fisiológicas específicas no homem e na mulher ao nível dos órgãos genitais e, a respiração, batimentos cardíacos e pressão arterial continuam a aumentar, bem como a tensão muscular.

❖ Fase orgásmica: consiste num pico de prazer sexual ou *climax*, acompanhado da libertação da tensão sexual e da contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores. É definida por Kinsey como uma descarga explosiva de tensão neuromuscular,

involuntária e repentina, que se reproduz quando a estimulação alcança um máximo de intensidade. Esta fase desencadeia uma série de alterações nos genitais, sistema cardiovascular e experiências sensoriais e somáticas, tendo por base o sistema nervoso simpático. A pressão arterial, a frequência cardíaca e a respiratória atingem as taxas mais elevadas. Na mulher ocorrem contrações da parede do terço externo da vagina e no útero, sendo que no homem ocorrem contrações rítmicas dos músculos do pênis conduzindo à ejeção do sêmen. Em ambos os sexos, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente.

❖ Fase de resolução: caracterizada pela sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar. No que diz respeito ao homem, esta fase consiste no desengorgamento de sangue nos genitais e alteração para a posição normal, voltando ao estado de repouso. Depois do orgasmo, os homens vão perdendo a ereção e têm um período refratário que pode durar de minutos a horas. Durante esta fase, os homens ficam fisiologicamente refratários a nova ereção e orgasmo durante um período de tempo variável (que aumenta com a idade), enquanto as mulheres não têm esse período refratário podendo experimentar orgasmos múltiplos e sucessivos, e responder a uma estimulação adicional, quase imediata (observar as figuras 1 e 2).

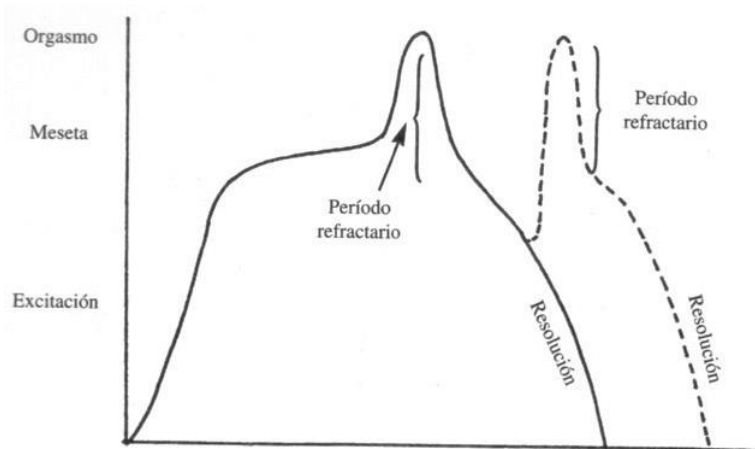


Figura 1. Ciclo de Resposta Sexual no Homem (Masters y Johnson, 1966, pág. 4, versão castelhana).

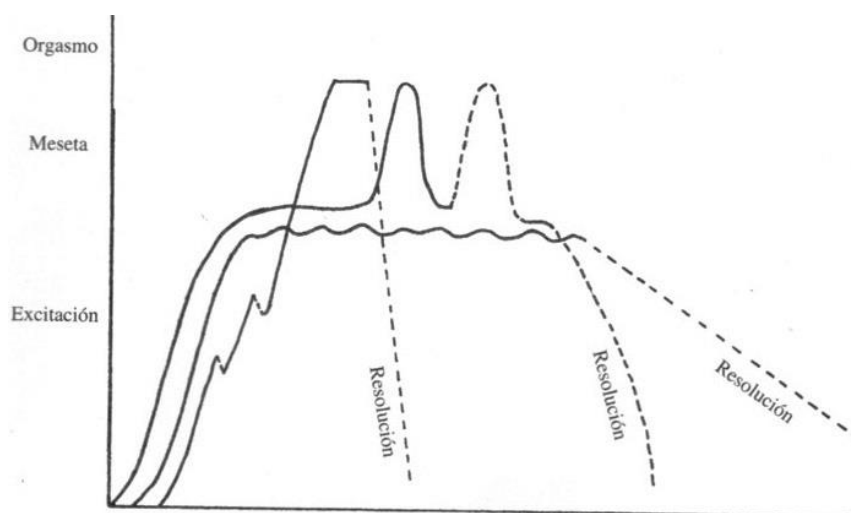


Figura 2. Ciclo de Resposta Sexual na Mulher (Masters y Johnson, 1966, pág. 5, versão castelhana).

Assim, é de realçar que o modelo de Masters e Johnson aponta algumas diferenças entre o ciclo de resposta sexual do homem e o da mulher. Ambos experimentam estas fases, embora o tempo até atingir cada uma seja, geralmente, diferente. Por exemplo, é improvável que os parceiros atinjam o orgasmo ao mesmo tempo e, além disso, a intensidade da resposta e o tempo gasto em cada fase varia de pessoa para pessoa (Chedid, Marques & Elzerik, 2008; Martín & Sánchez, 1997).

Contudo, nem todas as pessoas atingem todas as fases da resposta sexual, o que, possivelmente, nos remete para a presença de disfunções sexuais (Martín & Sánchez, 1997; Nobre, 2006). As disfunções sexuais podem ser caracterizadas tendo em conta o início dos sintomas (ao longo da vida/adquirida), contexto (generalizada/situacional) e fatores etiológicos. A sua causa pode estar associada a fatores psicológicos ou a fatores combinados, quando se considera a influência de fatores psicológicos, de estados físicos gerais ou o consumo de substâncias (American Psychiatric Association, 2013; Nobre, 2006; Crooks & Baur, 2011). As disfunções sexuais dividem-se entre Perturbações do desejo sexual (desejo hipo/hiperativo, aversão sexual), Perturbações da excitação sexual (perturbação da excitação sexual na mulher, disfunção erétil no homem), Perturbações do orgasmo (perturbação do orgasmo na mulher e no homem, ejaculação prematura) e Perturbações da dor sexual (dispareunia no homem e na mulher, vaginismo). Para além destas disfunções sexuais, existem outras induzidas por estados físicos gerais, por consumo de substâncias ou sem outra especificação (American Psychiatric Association, 2013; Nobre, 2006; Crooks & Baur, 2011).

No que diz respeito ao contexto clínico, o maior número de queixas referidas relacionam-se com a inibição do desejo sexual (Levine, 2003; Nobre, 2006). Uma discrepância notável, no que respeita aos géneros, consiste numa prevalência consideravelmente superior de problemas de desejo sexual nas mulheres, ainda que não existam explicações cabais e totalmente plausíveis para esta diferença (Simons & Carey, 2001; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Regan & Atkins, 2006).

1.4. Perturbação Mental e Sexualidade

Atualmente sabe-se que uma perturbação mental é secundária a um funcionamento cerebral disfuncional, quer seja por causas genéticas ou por causas ambientais. Para além das causas de alteração bioquímica de origem genética, devemos ter em conta, também, a aprendizagem e o stress com o objetivo de compreender as múltiplas maneiras de adoecer a mente humana (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Se o comportamento sexual está relacionado com a personalidade, é coerente afirmar que quando surge uma perturbação mental a sexualidade se altere (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

Diferentes fatores interferem negativamente na atividade sexual humana, seja perturbações psiquiátricas, doenças médicas gerais (diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares), medicações, consumo de substâncias, conflitos interpessoais, crenças culturais ou combinações dos diferentes fatores (Enzlin *et al.*, 2002; Kennedy *et al.*, 2006).

A partir dos anos 90, tem-se vindo a assistir a um aumento progressivo de queixas de ausência ou diminuição acentuada do desejo sexual. Esta constatação clínica é coerente com os dados dos inquéritos sobre comportamento sexual, em que na população disfuncional, 33% das mulheres e 16% dos homens apresentam um desejo sexual claramente deficitário (Moeda, 2009).

O desejo masculino tende a ser mais constante, e a expressão sexual feminina mais contextualizada, ou seja, influenciada por vários fatores. Estas diferenças parecem indicar que o desejo masculino é mais influenciado por fatores biológicos e o feminino por fatores psicossociais (Carvalho, J., 2008; Beck, 1996).

Emile Kraepelin, considerado o pai da psiquiatria moderna, procedeu a um estudo casuístico exaustivo e ao estabelecimento da categorização das diferentes doenças psiquiátricas (Esteves, 2011). Durante vários anos, as classificações nosológicas, apesar de obedecerem à classificação de Kraepelin, foram variando de acordo com as diversas escolas (Esteves, 2011). Hoje em dia, existem duas classificações nosológicas que reúnem um grande consenso: a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10) e o Manual de Estatística e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV). Neste contexto, poderiam ser abordadas nesta investigação todas as perturbações nelas englobadas, uma vez que todas elas interferem, de uma maneira ou de outra, com os afetos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos que delas padecem e no estabelecimento de relações, desde uma perturbação de humor a uma perturbação alimentar, neurológica ou parafílica.

A alteração do comportamento sexual tende a ocorrer tanto nas perturbações psicóticas, como a esquizofrenia e outras perturbações onde ocorrem delírios, alucinações, falsas crenças e outros, como nas não psicóticas, anteriormente chamadas “neuróticas”, como é o caso das perturbações da personalidade, algumas formas de depressão,

perturbações de ansiedade, entre outras (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Sabemos que o impulso sexual depende de impulsos bioquímicos que o disparam, ou seja, depende da ação de neurotransmissores específicos. Ao considerar que na maioria das perturbações mentais existem - como causa ou efeito - perturbações dos mesmos neurotransmissores cerebrais que intervêm no sexo (como a dopamina e serotonina), é de supor que parte dos problemas sexuais se devem a essas mudanças bioquímicas (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

Nas perturbações psicóticas, onde se integra a esquizofrenia, quadros maníacos e alguns quadros depressivos, regidas por alterações no pensamento e na percepção do indivíduo que a sofre, a realidade é distorcida devido às alucinações e delírios frequentes, o que, por sua vez, modifica a sexualidade do indivíduo, ainda que de forma muito variável. Em linhas gerais, esta variabilidade vai desde a falta de desejo sexual até um certo aumento, dependendo das próprias ideias delirantes, que são um verdadeiro arco-íris de possibilidades (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

Como as perturbações mentais mais comuns são as de ansiedade e as depressivas (Caldas de Almeida & Xavier, 2010), são também, aquelas mais estudadas e descritas na literatura, daí a maior informação recolhida relativamente às mesmas, como adiante se percebe.

A ansiedade assume um papel importante no que concerne à relação sexual, no entanto, os estudos acerca do papel da mesma tomam posições divergentes no que toca ao funcionamento sexual. Wolpe (1958) considera que a ansiedade inibe, de forma recíproca, os componentes da resposta parassimpática que provoca a excitação sexual, assumindo-se como um fator determinante no início e manutenção dos problemas sexuais. Do mesmo modo, Masters, Johnson e Kaplan conceptualizam a etiologia e manutenção das disfunções sexuais com base no papel da ansiedade, mais especificamente, alargam a noção de ansiedade sexual aos fenómenos de necessidade excessiva de agradar ao parceiro e às exigências de desempenho provenientes do próprio parceiro (Nobre, 2006). Outros autores não encontram diferenças estatisticamente significativas entre a ansiedade e a resposta sexual (Rowland, Cooper, Slob, Koss & Houtsmuller, 1997 cit in Nobre, 2006). Por outro lado, alguns autores defendem a ideia de que a ansiedade está associada ao aumento da ativação sexual em adultos masculinos, que em vários estudos, conseguiram atingir ereções em situações de grande ansiedade (Redmond, Kosten & Reiser, 1982). Também em estudos com mulheres se tem vindo a confirmar o papel facilitador da ansiedade na resposta sexual (Redmond, Kosten & Reiser, 1982).

Numa posição mais intermédia, Barlow e colaboradores (Barlow, Bach & Winck, 2001) defendem que certos estados emocionais (e.g., ansiedade) outrora concebidos como inibidores da resposta de excitação fisiológica, parecem promovê-la e não o contrário. Seguindo o raciocínio dos autores, a presença de estados ansiógenos pode inviabilizar uma resposta de excitação em sujeitos sexualmente disfuncionais, mas fomentá-la em indivíduos sexualmente saudáveis. Assim, numa conclusão de vários estudos, depreende-se que a ansiedade tem uma função ambivalente: por um lado facilita a resposta sexual (sujeitos funcionais) e por outro, inibe-a (sujeitos disfuncionais) (Nobre, 2006).

Ainda no que diz respeito aos problemas de ansiedade, verifica-se uma tendência para que as mulheres com perturbação de pânico ou perturbação obsessivo-compulsiva, apresentem níveis significativamente inferiores de desejo sexual (Minnen & Kampman, 2000).

Uma área recente de investigação no campo dos processos de disfuncionalidade sexual assenta na influência do afeto deprimido (Nobre, 2006). Wolchik e colaboradores (1980 cit in Nobre, 2006) num estudo experimental com sujeitos deprimidos, sugerem a superioridade do efeito negativo das respostas emocionais de depressão/irritação relativamente à ansiedade/irritação na resposta sexual, encontrando-se evidências de que os sujeitos mais deprimidos seriam os sujeitos com disfunções sexuais. Meisler & Carey (1991) procuraram testar a hipótese de que o afeto deprimido influencia negativamente a resposta sexual perante a exposição a material erótico e, com os resultados da investigação, concluíram que os sujeitos deprimidos apresentaram um atraso significativo na resposta sexual perante a visualização de um filme erótico, comparativamente aos sujeitos não deprimidos. Também Nobre (2003) indica frequências significativamente mais elevadas de emoções de tristeza e desilusão e significativamente menos elevadas de prazer e satisfação no decorrer da atividade sexual em homens com disfunção sexual comparativamente aos sujeitos sexualmente funcionais. O grupo feminino revela resultados similares, sendo que as mulheres disfuncionais apresentam menos emoções de prazer e satisfação e mais emoções de tristeza, desilusão, culpa e irritação (Nobre, 2003).

Por outro lado, Lykins, Janssen e Graham (2006) investigaram a variabilidade interindividual na relação entre estados depressivos e ansiógenos no interesse sexual (demonstrado por um grupo de mulheres heterossexuais), verificando-se um decréscimo do interesse sexual face à presença de humor deprimido e/ou ansiedade, ainda que uma minoria (cerca de 10%) tenha evidenciado um interesse aumentado perante estes mesmos estados afetivos. Quando comparadas com uma amostra masculina, esta última mostrou uma maior propensão para ter interesse sexual acrescido durante estados emocionais negativos, situação que poderá ser entendida como uma estratégia de *coping* (Lykins, Janssen & Graham, 2006). Em certos casos, pode acontecer que as pessoas deprimidas mostrem um incremento paradoxal da sua atividade sexual, refletindo uma procura de carinho ou autoafirmação numa tentativa de elevar o amor-próprio, mais que um verdadeiro desejo sexual (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

A grande maioria dos trabalhos publicados sobre depressão revelam como esta doença e o seu tratamento interferem nas diferentes fases do ciclo de resposta sexual (previamente descrito), provocando, eventualmente, disfunções sexuais (González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Moeda, 2009). No entanto, a relação causal entre disfunção sexual (DS) e depressão não é clara, admitindo-se cinco razões fundamentais para tal (Vieira, 1996): (1) a DS é uma resultante psicossocial, podendo o stress psicosexual, que constitui parte invariável da DS, levar à depressão secundária em indivíduos com personalidades vulneráveis; (2) a DS pode ela própria ser um sintoma de depressão; (3) a medicação antidepressiva pode provocar

DS; (4) fatores como o álcool, o tabaco e doenças vasculares podem contribuir para o aparecimento de ambas as doenças; (5) DS e depressão podem ter etiologias distintas.

Geralmente, as pessoas deprimidas tendem a distanciar-se das relações interpessoais e mostram, com muita frequência, uma profunda incapacidade de realizar as tarefas quotidianas (anedonia) e, principalmente, uma diminuição da libido, que acarreta consequências negativas sobre a sexualidade (Gispert, Gay & Vidal, 1997). Aproximadamente 70% dos pacientes deprimidos sentem uma significativa redução do impulso sexual, experienciando menos fantasias sexuais e menos pensamentos sobre o sexo (Gispert, Gay & Vidal, 1997). O facto de a depressão, associada à falta de desejo sexual, representar um forte indicador de problemas sexuais, sugere que, nas mulheres, a disfunção sexual se encontre preferencialmente relacionada com fatores psicológicos (Angst, 1998; Weeks, 1998; Zieher, 2006; Carvalho J., 2008). Em estudos anteriores, verificou-se que as pacientes com problemas sexuais reportavam maior sintomatologia depressiva do que as pacientes sem problemas sexuais (Angst, 1998). Num estudo levando a cabo por Carvalho J. (2008) numa amostra total de 442 pessoas, verificou-se que os indivíduos com menor desejo sexual apresentam níveis significativamente superiores de depressão e psicoticismo.

Conforme o supracitado, os estudos neste âmbito sugerem algumas dissonâncias no que concerne à influência da ansiedade e depressão na resposta sexual. Embora o estudo acerca do papel das emoções na resposta sexual esteja, ainda, numa fase embrionária, parece existir uma certa tendência para apontar as respostas emocionais como fatores determinantes na distinção entre sujeitos funcionais e sujeitos disfuncionais.

No que concerne à Perturbação Bipolar, esta integra uma tríade hedonística da mania nos estados maniformes que contempla três grandes áreas de dificuldade em resistir aos impulsos: esbanjamento de dinheiro, consumo de substâncias e atividade sexual aumentada (Mondimore, 2006). Este aumento da libido torna-se prejudicial para o doente bipolar uma vez que acarreta problemas para a vida conjugal, sendo que as crises podem trazer um desgaste para a relação que, com o tempo, pode levar à separação (Bongar & Beutler, 1995; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham, Steinberg & Moeller, 2005; Mondimore, 2006). Os doentes bipolares estão vulneráveis a relacionamentos extraconjugais e correm mais riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis porque não conseguem resistir ao impulso imediato (Mondimore, 2006). Assim, estes doentes veem-se prejudicados nos relacionamentos amorosos, seja pela apatia na depressão, seja pela euforia e irritabilidade, características da mania (Bongar & Beutler, 1995; Mondimore, 2006).

Da mesma forma, também as características inerentes a cada tipo perturbação de personalidade influenciam as respostas sexuais dos sujeitos que delas padecem (Caballo, 2008). De modo a facilitar a leitura e compreensão, a explicação da relação entre as perturbações de personalidade e a sexualidade apresenta-se organizada segundo os grupos/*clusters* onde as mesmas se inserem.

Assim, as perturbações de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica que integram o *cluster* A, agrupam-se pelas semelhanças nas suas características: estas

personalidades parecem bizarras ou excêntricas, há uma tendência para existir falta de sintonia, frieza emocional, incapacidade de estabelecer e manter relações interpessoais, dificuldade em adquirir as competências sociais mais básicas, vivem socialmente isolados em distintas formas de marginalidade e carecem de sentido de humor e de interesses afiliativos. Desta forma, a sexualidade deste tipo de personalidades está, muitas vezes, prejudicada, visto que a frieza emocional e a sua dificuldade em confiar nas pessoas e manter relações sociais dificulta a procura de relações íntimas, bem como a sua manutenção. Nas relações íntimas tendem a adotar uma postura de desconfiança e sentem dificuldades persistentes em se entregar ao outro (American Psychiatric Association, 2013; Beck, Freeman & Davis, 2004; Caballo, 2008).

O *cluster B* contempla as perturbações antissocial, borderline, histriónica e narcísica da personalidade. Estas personalidades caracterizam-se pela labilidade nos afetos, inconstantes, com comportamentos descontrolados ou socialmente inconvenientes, por vezes são considerados malcriados e caprichosos e dão a impressão de não serem pessoas de confiança, uma vez que podem revelar dificuldades em comportar-se de acordo com as regras sociais, além disso, parecem apresentar uma permanente predisposição para colidir com a sociedade e uma tendência para a manipulação (American Psychiatric Association, 2013; Caballo, 2008).

Na literatura, existe um particular destaque para a perturbação de personalidade histriónica, que parece influenciar negativamente o comportamento sexual, mais frequentemente nas mulheres que apresentam, em muitos casos, uma certa indiferença sexual. Este dado pode parecer contraditório com a tendência para a sedução e conquista característica das personalidades histriónicas mas, na verdade, essa sedução não tem em vista a atividade sexual mas, em vez disso, controlar a outra pessoa para que esta estabeleça uma relação de dependência, de modo a satisfazer as necessidades de afeto de uma personalidade histriónica (Beck, Freeman & Davis, 2004; Caballo, 2008). Também a perturbação de personalidade narcísica afeta negativamente a expressão de afetos que se engloba na sexualidade de cada um de nós: por um lado, o facto de desvalorizarem os outros propicia um afastamento dos demais e/ou alguns conflitos nas relações interpessoais, por outro lado, a personalidade narcísica tende a perceber muitos defeitos em si própria e a sua autoestima tende a não ser tão elevada como aparenta ser, daí o seu comportamento de defesa e proteção do ego, adotando comportamentos de autovalorização e a projeção um eu-idealizado que satisfaça o seu superego (se quisermos contextualizar com uma visão psicodinâmica). Assim, as pessoas com um tipo de personalidade narcísica estão mais carentes de carinho e afeto do que aquilo que demonstram, no entanto, esta postura de superioridade tende a afetar negativamente as suas relações íntimas dado o conflito das instâncias da personalidade (American Psychiatric Association, 2013; Beck, Freeman & Davis, 2004; Caballo, 2008).

Os indivíduos com personalidades antissociais, que não respeitam as normas da sociedade, tendem a ter relações promiscuas, instáveis, com trocas frequentes de parceiro(a) sexual e tendem a estar associados à violência relacionada com o sexo (Gispert, Gay & Vidal,

1997; Polaino-Lorente, 1998). Vários autores reportam que o diagnóstico de perturbação da personalidade pode estar associado a ofensa sexual, sendo a perturbação da personalidade o diagnóstico mais frequente nos ofensores sexuais (Almeida, Gonçalves, Graça & Vieira, 2010). Um estudo com 47 ofensores sexuais encontrou 72% com perturbação da personalidade, na sua maioria do *cluster B* e 40% perturbação antissocial. Num outro estudo, com 2500 ofensores sexuais, 75% preenchiam critérios para perturbação da personalidade, na maioria, antissocial (Almeida, Gonçalves, Graça & Vieira, 2010).

No que concerne às personalidades limite ou *borderline*, caracterizadas pela impulsividade e instabilidade, nota-se uma tendência para controlar os seus impulsos e decisões pelo que, muitas vezes, a sua vida sexual é pautada por uma instabilidade afetiva permanente que não permite a um sujeito com este tipo de personalidade uma relação afetiva estável e duradoura, em vez disso, há uma tendência para comportamentos sexuais casuais e promíscuos. Além disso, podem existir dúvidas frequentes no que concerne à sua identidade sexual (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

Num estudo que pretendia determinar a relação entre o sexo casual e a saúde mental, conclui-se que o sexo casual está negativamente associado com o bem-estar mental, e positivamente associado com o sofrimento psíquico. Verificou-se que as pessoas com uma saúde mental mais fraca tinham mais tendência para ter sexo casual, principalmente em pessoas com dificuldade no controlo de impulsos (Bersamin, Zamboanga, Schwartz, Donnellan, Hudson, Weisskirch, Kim, Agocha, Whitbourne & Caraway, 2013).

Por último, as perturbações de personalidade que integram o *Cluster C* - evitante, dependente e obsessivo-compulsiva - caracterizam-se por uma aparente incapacidade em adquirir competências adequadas, geralmente temem os seus pares, o fracasso, a exposição ao ridículo e o abandono e, por isso, não se servem das suas ações para adquirir segurança emocional e controlo. As faltas de estratégias adequadas nestes tipos de personalidade dão lugar a condutas explosivas, desorganizadas e mal dirigidas (American Psychiatric Association, 2013). Quanto à perturbação de personalidade dependente, esta tende a sobrevalorizar os interesses e desejos dos outros em detrimento dos seus próprios desejos, o medo do abandono não lhe permite uma expressão de afetos adequada e funcional, em vez disso, os afetos são expressos de forma desadequada e exagerada, provocando, muitas vezes, um comportamento submisso (Beck, Freeman & Davis, 2004). Devido ao medo da avaliação negativa, ao medo do abandono, às crenças negativas e à desvalorização pessoal, também os sujeitos com perturbação evitante da personalidade tendem a experimentar dificuldades no desenvolvimento psicosexual (Polaino-Lorente, 1998). O mesmo acontece com a perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade, na qual o indivíduo põe em risco as suas relações interpessoais e, principalmente, as relações íntimas, devido às dúvidas constantes, perfeccionismo, preocupações excessivas, rigidez e teimosia, insistência para que os outros façam exatamente as coisas à sua maneira, não reconhecerem os seus próprios erros e adotarem um estilo de vida miserável para não gastar dinheiro. Todas estas características interferem no bem-estar deste tipo de indivíduos e dos seus parceiros, sendo que, muitas

vezes, estas características acarretam um desgaste para a relação que, com o tempo, pode levar à separação (American Psychiatric Association, 2013; Beck, Freeman & Davis, 2004).

Neste sentido, e não obstante do papel inibidor que a presença de psicopatologia desempenha na resposta do desejo sexual, parecem existir exceções indicativas de que a relação entre estas duas variáveis (desejo e psicopatologia) possa não assumir a linearidade ou direccionalidade que se poderia pressupor. Se por um lado a presença de psicopatologia (e nomeadamente de estados depressivos) se associa comumente à redução do desejo sexual, o certo é que estes estados psicopatológicos podem surgir igualmente associados a casos de comportamento sexual aditivo, pautado por um interesse excessivamente acrescido face a situações de índole sexual (Levine, 2002).

1.5. Determinantes do comportamento sexual do indivíduo

1.5.1. Determinantes psicoemocionais: crenças, emoções, atitudes e experiências prévias.

As crenças sexuais assumem um papel de relevo na dinâmica sexual do indivíduo uma vez que se impõem como fatores de predisposição para a ativação de esquemas cognitivos basilares àquilo que serão as opções comportamentais do sujeito e respetivas vivências emocionais. Estes esquemas, sejam eles negativos ou positivos, ativam-se durante o contexto sexual e envolvem uma série de pensamentos automáticos, que determinam a resposta cognitiva, emocional e comportamental do indivíduo (Martín & Sánchez, 1997; Nobre, 2006).

Mais especificamente, no que diz respeito aos fatores sexuais, existem alguns aspetos que tendem a influenciar o autoconceito sexual da pessoa e a sua atividade, como por exemplo, a autoestima, o tipo de relacionamentos anteriormente experienciados e a sua satisfação com as mesmas, estado civil, experiências traumáticas, atitudes e crenças do indivíduo face à sexualidade e relacionamento conjugal, que condicionam as suas experiências presentes (Kinsey, 1947; Halstrom, 2000; Nobre, 2006; Cordioli, 2008; Lidório & Tataren, 2012). Relativamente à existência de experiências sexuais prévias negativas e traumáticas por violência sexual, como abuso sexual na infância, têm um impacto determinante e negativo na função sexual do indivíduo (Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008).

Do ponto de vista cognitivo, os indivíduos constroem um conhecimento e uma interpretação da realidade que assume um papel determinante na sua vida sexual (Martín & Sánchez, 1997). A sexualidade está estritamente relacionada com o pensamento, mesmo no

seu aspeto mais físico ou fisiológico, existe sempre um forte componente psicológico que determina as características de cada indivíduo face à sua própria sexualidade (Martín & Sánchez, 1997; Nobre, 2006).

A autoestima do indivíduo e a insatisfação corporal estão correlacionadas negativamente com o autoconceito e práticas sexuais (Hayes & Dennerstein, 2005; Nobre, 2006; González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Alves-Pacheco, 2008). As pessoas que não consideram estar à altura dos padrões vigentes tendem a experienciar sentimentos de inadequação e desejo da alteração da imagem corporal. Parece ser o bem-estar intrínseco com o próprio corpo o fator mais relevante para um autoconceito sexual elevado (Alves-Pacheco, 2008). Assim, uma pessoa com crenças de inferioridade relativamente às suas práticas sexuais, ou seja, com sentimentos de autoeficácia e autoconceito baixos, tende a experimentar uma ansiedade elevada que perturba a sua performance sexual (Nobre, 2006).

Segundo Wolpe (1958), a maior parte dos problemas sexuais derivam de atitudes negativas do sujeito face à atividade sexual. Desde modo, produzir-se-ia uma resposta condicionada relativamente à atividade sexual, que inibiria a resposta sexual do indivíduo. Assim, o tratamento passaria por uma correção das crenças negativas e uma dessensibilização sistemática para eliminar essa ansiedade condicionada (Wolpe, 1958). Neste âmbito, verifica-se que as mulheres apresentam mais atitudes negativas (quer implícitas, quer explícitas) face à sexualidade, relativamente ao que acontece no sexo masculino e, há uma tendência maior no sexo feminino para manter práticas sexuais na ausência de desejo comparativamente com o sexo masculino (Geer & Robertson, 2005).

O medo da intimidade, que prejudica a organização de relacionamentos saudáveis, entronca nas vivências patológicas apreendidas nas múltiplas fases do processo de desenvolvimento pessoal (Masters & Johnson, 1967).

Por outro lado, também no caso das doenças crónicas, que pressupõem todo um processo de adaptação psicológica à doença, com o recurso a estratégias de *coping* ou em sua ausência, o exercício e a manutenção de uma atividade sexual satisfatória é posta em causa. A esta difícil adaptação é habitual corresponderem baixos sentimentos de autoestima e de autoconceito, possíveis determinantes do desconforto sexual. Neste sentido, a ansiedade interage negativamente nas várias fases da resposta sexual, sob a forma de esquemas disfuncionais (Nobre, 2006; Kaminetsky, 2008; Hayes, Dennerstein, Bennett, Sidat & Gurrin, cit in Moeda, 2009).

Crenças disfuncionais (que prejudicam a adaptação sexual) produto de um processamento cognitivo resultante da experiência prévia do sujeito e sua aculturação, bem como a existência de pensamentos automáticos negativos associados às várias vertentes do comportamento sexual, caracterizam sujeitos sexualmente disfuncionais, diferenciando-os daqueles sexualmente saudáveis (Nobre, 2006). Considerando as questões de género, e do papel que fatores cognitivo-emocionais desempenham no âmbito da sexualidade humana, verifica-se que os homens, mais do que as mulheres, avaliam as suas cognições sexuais como sendo emocionalmente mais positivas (Little & Byers, 2000).

Além disso, numa relação amorosa de vários anos de duração, na grande maioria das vezes, há uma tendência para que o desejo sexual se torne mais fraco. Assim sendo, parece que a busca para a relação sexual partindo de uma predisposição instintiva, mais relacionada com a paixão, diminui com o avançar do relacionamento (Fisher, Aron, Mashek & Brown, 2002). Estudos com ressonância magnética funcional evidenciam que as áreas cerebrais ativadas em mulheres apaixonadas são diferentes daquelas ativadas em mulheres que mantêm um relacionamento de longa duração, perante estímulos do parceiro (Bartels & Zeki, 2000). Com o decorrer do tempo, mesmo relacionamentos amorosos não conflituosos, podem cursar com uma diminuição da motivação pela atividade sexual, na sequência da inércia provocada pela rotina sexual que desmotiva a busca (Bartels & Zeki, 2000; Fisher, Aron & Brown, 2005).

Foram encontradas diferenças entre gêneros no que respeita às causas da insatisfação sexual: para as mulheres, a qualidade emocional das interações sexuais parece ser o que mais influencia as suas avaliações face ao relacionamento sexual, indicando que as mulheres que estão insatisfeitas desejam mais amor, afeição e carinho; para os homens, a quantidade de atividade sexual é mais relevante, dado que os homens que se declaram insatisfeitos desejam mais frequência e variedade de atividades sexuais (DeLamater, 1991; Pechorro, Diniz & Vieira, 2009).

O papel das variáveis emocionais como agentes facilitadores ou inibidores da resposta sexual humana assume-se como uma área privilegiada de estudo (Nobre, 2006; Moeda, 2009). Do ponto de vista afetivo, o comportamento sexual, as fantasias e os pensamentos sexuais produzem um impacto emocional no indivíduo, podendo este sentir-se envergonhado, culpado, relaxando ou com prazer. Estas reações afetivas afetarão seguramente a vivência sexual, quer sejam positivas ou negativas (Martín & Sánchez, 1997). Do mesmo modo, os fatores psicológicos, bem como o estado de humor da pessoa influenciam, em larga medida, o seu interesse pelas atividades, o convívio com os outros, assim como os aspetos afetivo-sexuais. Assim, as características de personalidade e as variáveis de estados ou traços emocionais como a depressão, o stress e a ansiedade, condicionam a resposta sexual (Halstrom, 2000; Nobre, 2006; Cordioli, 2008).

Com efeito, estado emocional do indivíduo, condicionado quer por fatores psicológicos como fatores ambientais, interfere nas relações que ele estabelece com os outros. As emoções estão omnipresentes em todos os seres humanos, contudo, estas não são determinadas pela situação em si, mas sim pela interpretação que cada um faz dessa mesma situação (Damásio, 2000). São essas emoções, visíveis exteriormente sob a forma de expressões faciais, que dão a conhecer os nossos sentimentos internos. Muitas vezes, quando estamos perturbados por fortes emoções, somos levados a fazer opções erradas (David, 2008).

1.5.2. Determinantes Biológicos

Existe uma diminuição dos níveis hormonais ao progredir na idade, pelo que a atividade sexual tende a diminuir à medida que a idade avança (Howard, O'Neil & Travers, 2006; Huang, Subak, Thom, Eeden, Ragins, Kuppermann, Shen & Brown, 2009), estando a fraca saúde física ou mental muito associada com a inatividade sexual (Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh & Waite, 2007), ainda que se tenha evidenciado o interesse dos idosos e a sua capacidade para desenvolverem relacionamentos sexuais (Lesser, Hughes & Kumar, 2006). O estudo longitudinal Assessment of Ageing in Women (LAW) (Howard, O'Neil & Travers, 2006), estudou o comportamento sexual em mulheres australianas numa faixa etária entre 40 a 49 e 70 a 79 anos, e conclui que a procura pela relação sexual diminuiu notavelmente com a idade. Há uma tendência para um aumento significativo das queixas sexuais relacionadas com o desejo sexual hipoactivo, disfunção de orgasmo e dispareunia em mulheres nas fases de pré e pós-menopausa (Levine, 2003; Romão, 2005; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008). A percepção do envelhecimento, o nível cultural, o grau de satisfação emocional com o parceiro, a lubrificação vaginal inadequada e a presença de problemas médicos e/ou psiquiátricos influenciam significativamente o desejo sexual e o orgasmo (Lesser, Hughes & Kumar, 2006; González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006).

Uma conclusão relevante retirada das investigações de Eysenck foi a relação entre a idade dos sujeitos e atividade sexual, ou seja, a atividade sexual parece diminuir à medida que a idade aumenta, tanto nos homens como nas mulheres. No entanto, relativamente à libido, verifica-se que nos homens parece aumentar com a avançar da idade enquanto nas mulheres tende a diminuir (Matín & Sánchez, 1997).

Contudo, é de salientar que apesar da diminuição dos níveis hormonais e da consequente diminuição da atividade sexual, os idosos não ficam reféns deste prejuízo biológico, pelo contrário, mantêm as suas relações sexuais e necessidade afilativas. A sexualidade não acaba quando deixamos de ser jovens (González, Viáfara, Caba, Molina & Ortiz, 2006).

Também algumas doenças sistémicas como diabetes, disfunções da tiroide, hipertensão, doenças cardiovasculares e doenças neurológica podem cursar com disfunção sexual (Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Bargiota, Dimitropoulos, Tzortzis & Koukoulis, 2011).

Mais informações poderiam ser acrescentadas neste tópico, no entanto, dado que o enfoque deste trabalho é psicológico, optou-se por favorecer temas mais próximos de uma abordagem e explicação psicológica, não menosprezando a influência significativa dos fatores biológicos.

1.5.3. Determinantes Socioculturais e o funcionamento sexual

O autoconceito sexual de cada pessoa, ou seja, a maneira como o indivíduo percebe a sua sexualidade, bem como as crenças que lhe foram inculcadas sobre a mesma, interferem na maneira como lida com as suas experiências sexuais (Martín & Sánchez, 1997; Nobre, 2006). Como seres biopsicossocioculturais, tendemos a formar as nossas concepções sobre os múltiplos aspetos da vida com base naquilo que nos vão transmitindo na nossa cultura (González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Alves-Pacheco, 2008).

As variáveis socioculturais de educação e estatuto socioeconómico, influenciam também os padrões de crenças e atitudes dos indivíduos, sujeitos às normas que a sociedade determina como adequadas para o relacionamento sexual (González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Moeda, 2009). Esse relacionamento sexual também é influenciado pela religião e pelos costumes e tradições da sociedade onde o indivíduo está inserido, ou seja, o que é suposto fazer de acordo com as suas crenças sociais e morais e de acordo com aquilo que vivencia no contexto onde está inserido (Kinsey, 1947; Kisker, 1977; Martínez & Pascual, 1995).

As imagens de beleza magra veiculadas pelos *media* parecem ser outro fator capaz de estimular a insatisfação com o próprio corpo, ao proporem modelos de beleza irreais e inatingíveis para a maioria das mulheres. Este reforço da crença de um ideal assente na magreza e na aparência física prejudica a autoestima do indivíduo, o que, por sua vez, despoleta complexos com o próprio corpo, interferindo na sua intimidade (Alves-Pacheco, 2008).

Acresce o stress laboral que caracteriza, em larga medida, o dia a dia de muitas pessoas da sociedade atual, que se veem obrigadas a aceitar qualquer trabalho, muitos deles que não satisfazem os seus interesses, com o principal objetivo de conseguir um salário. Este facto, acarreta consequências psicológicas negativas que se refletem nas interações destes indivíduos, especialmente nas mulheres, interferindo nas suas relações íntimas, nomeadamente na função sexual (Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008).

Além disso, ainda que nos tempos que correm a mulher tenha assumido um papel sexual mais semelhante ao do homem, o certo é que continua mais permeável aos condicionalismos culturais, havendo consonância quando se refere que estes vão no sentido de inibir a sua sexualidade e desejos sexuais (Bancroft, 2002; Abdo, 2012).

1.5.4. Fármacos e Sexualidade

“O desejo sexual depende da ativação de um sistema específico de circuitos e núcleos cerebrais. O apetite sexual experimenta-se quando os circuitos sexuais se ativam... Para um funcionamento normal desses circuitos, são necessários níveis adequados de testosterona e um equilíbrio adequado dos neurotransmissores serotonina, dopamina e catecolaminas”
(Kaplan, 1983, p. 39-40)

Os psicofármacos, que atuam no tratamento ou equilíbrio das perturbações psiquiátricas, foram introduzidos no mercado em 1950. Estes, por um lado combatem os sintomas da perturbação, justificando a sua utilização, mas, por outro lado, evidenciam alguns efeitos colaterais adversos em diversas áreas (Cordeiro, 1987; Cruz & Aguilar, 2002). Geralmente, qualquer substância química que afete os sistemas neurológicos, vasculares e endócrinos, responsáveis pelo funcionamento sexual, pode provocar dificuldades nesta área (Martín & Sánchez, 1997).

Verifica-se um elevado consumo de psicofármacos na população portuguesa, sobretudo entre as mulheres (Caldas de Almeida & Xavier, 2010), sendo os antidepressivos e os ansiolíticos os mais utilizados (Silva de Lima, Soares & Mari, 1995; Ferreira, 2007).

É sabido que, tanto em homens como em mulheres, algumas doenças, nomeadamente a depressão e o consumo generalizado e por vezes indiscriminado de medicamentos, podem afetar o desejo e a performance sexual. Um dos grandes problemas relaciona-se com a interferência dos medicamentos antidepressivos, nomeadamente os inibidores da recaptção da serotonina, e de alguns medicamentos anti hipertensores, na área sexual (Stein & Hollander, 1994; Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Lesser, Hughes & Kumar, 2006).

Relativamente à relação com perturbações psiquiátricas, a avaliação da vida sexual era, até há pouco tempo, frequentemente negligenciada (Souza, 2012). Um dos principais aspetos dessa relação com a expansão dos tratamentos farmacológicos é a interferência dos psicofármacos na esfera sexual e reprodutiva, incluindo o ciclo menstrual, a gravidez e a amamentação (Kennedy *et al.*, 2006; Souza, 2012). Da mesma forma, também algumas pílulas anticoncepcionais e diuréticos também podem ter um efeito negativo no desejo sexual (Ellery, 1999; Lesser, Hughes & Kumar, 2006).

Os quadros depressivos, podem promover, por si só, disfunções sexuais, contribuindo para isso dificuldades nas relações interpessoais e sociais. Por sua vez, os fármacos antidepressivos usados nestas situações, ainda que resolutivos podem, também, provocar disfunções sexuais (Souza, 2012). Entre os psicofármacos, em função do seu uso mais difundido, os antidepressivos são as drogas mais relacionadas com disfunção sexual nas mulheres. Os antidepressivos têm sido citados como causadores de disfunção sexual em 30% a 70% das pacientes, sendo a redução da libido e a anorgasmia ou dificuldade de atingir o orgasmo as queixas mais frequentes (Stein & Hollander, 1994; Ferguson, 2001).

Outros efeitos adversos têm sido reportados mais raramente, como priapismo do clitóris - ereção persistente, habitualmente dolorosa, na ausência de excitação sexual - (fluvoxamina), aumento na libido (fluvoxamina, bupropiona e trazodona) e orgasmos espontâneos (fluoxetina) (Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005; Córdas & Larajeiras, 2006).

Vários estudos utilizando diferentes metodologias, principalmente com pacientes depressivos e ansiosos, têm apontado para o fato de as drogas que apresentam mecanismo de ação serotoninérgica possuírem maior potencial para causar disfunções sexuais (Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005). Os antidepressivos tricíclicos (ADT), os inibidores de monoaminoxidase (IMAO) e, principalmente, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) têm sido os mais implicados em interferências no desejo sexual e no orgasmo ou na anorgasmia. A nefazodona, a bupropiona (Kennedy, Fulton, Bagby, Greene, Cohen & Rafi-tari, 2006) e a mirtazapina (Stein & Hollander, 1994; Dickson, 1999; Cordás & Laranjeiras, 2004) têm sido menos responsabilizadas por interferências no ciclo sexual. No entanto, alguns autores relatam casos em que pacientes submetidos a um tratamento com antidepressivos referiam disfunções a nível sexual, principalmente com a bupropiona e com a paroxetina, no entanto estes resultados apenas se verificaram em pessoas do gênero masculino (Kennedy, Fulton, Bagby, Greene, Cohen & Rafi-tari, 2006). Contrariamente, Masand, Ashton, Gupta, & Frank (2001), referem que o uso da bupropiona em adição ao tratamento antidepressivo com ISRS tem tido sucesso no que respeita à esfera sexual.

A sertralina tem sido responsabilizada pelo atraso ou ausência do orgasmo e a clomipramina (Anafranil) e o Prozac pela diminuição do desejo, disfunção erétil, atraso ou ausência de ejaculação e inibição do orgasmo (Stein & Hollander, 1994; Ellery, 1999; Cordás & Laranjeiras, 2004). A venlafaxina e o milnaciprano, que exercem uma ação dual (serotoninérgica e noradrenérgica), ocupam aparentemente uma posição intermediária (Stein & Hollander, 1994; Ellery, 1999; Cordás & Laranjeiras, 2004).

Também os antipsicóticos têm sido frequentemente relacionados aos efeitos sexuais adversos, cerca de 39% dos pacientes que os utilizam referem queixas de interferência na esfera sexual, nomeadamente falta de desejo e problemas de ereção (Martín & Sánchez, 1997). Em comparação com outros efeitos colaterais, como fadiga, ganho de peso e tremor, o efeito sobre a função sexual é considerado o mais problemático e importante razão de não-aderência ao tratamento (Córdas & Larajeiras, 2006). Dos antipsicóticos atípicos que têm sido menos associadas aos eventos sexuais adversos fazem parte a olanzapina, a clozapina, a quetiapina, a ziprasidona e o aripiprazol (Bazire, 2000).

Os principais mecanismos pelos quais os psicotrópicos causam disfunção sexual são: ação inespecífica no sistema nervoso central (SNC), como sedação, levando ao desinteresse sexual; ação específica em neurotransmissores do SNC, ocasionando diminuição do desejo, dificuldades na excitação e orgasmo (como o efeito na diminuição da dopamina que medeia a excitação sexual no hipotálamo); efeitos periféricos, ocasionando dificuldade no orgasmo (como o efeito antiadrenérgico sobre o tônus dos vasos genitais, levando à diminuição da ereção peniana) e efeitos hormonais (Córdas & Larajeiras, 2006).

Ainda assim, existem algumas possibilidades de tratamento das disfunções sexuais induzidas por psicofármacos, como o caso dos antidepressivos, tais como: modificações nos hábitos sexuais (como maior tempo prévio nas carícias preliminares, de modo a aumentar o desejo sexual) (Nobre, 2006), redução das dosagens dos antidepressivos e, quando possível, troca por outras medicações e uso de “antídotos”, como bupropiona e a ioimbina (Masand, Ashton, Gupta, & Frank, 2001); alguns autores acrescentam a troca por drogas mais recentes, como o escitalopram, aparentemente com menores riscos de disfunção sexual (Ashton, Mahmood & Iqbal, 2005). Além disso, num estudo levado a cabo por Meston (1997) verificou-se que as alterações fisiológicas são fundamentais para conseguir a excitação. Esta conclusão surgiu de um estudo que, numa primeira experiência se fazia relaxamento com mulheres com baixo desejo sexual e, posteriormente, viam um filme sexual, sendo que depois conseguiam perceber o grau de excitação sexual das mulheres através da introdução de dispositivos nas vaginas das mesmas; numa segunda experiência substituiu-se o relaxamento por atividades físicas antes de ver o filme. Verificou-se que o treino de relaxamento parece ser contraproducente, em vez disso, o exercício de atividades como a caminhada, a corrida e andar de bicicleta, pareceram mostraram mais eficácia no que toca à predisposição da mulher para a excitação (Meston, 1997; Dickson, 1999).

Também o efeito de qualquer outro tipo de medicamento não psiquiátrico pode apresentar consequências negativas de índole sexual, no entanto, optou-se por enfatizar a relação entre os psicofármacos e o funcionamento sexual na medida em que parte desta investigação versa sobre a saúde mental e o autoconceito sexual de pacientes do DPSM, sendo que a maioria deles integra uma terapia psicofarmacológica no seu protocolo terapêutico.

Não menosprezando a sua ação, salienta-se o efeito negativo do consumo de álcool e de substâncias psicoativas no comportamento e na expressão sexual e na saúde mental (Cordeiro, 1987; Martín & Sánchez, 1997; Machado, Klein & Farate, 2005; Cotralha, 2007; OEDT, 2012; Thornton, Baker, Lewin, Kay-Lambkin, Kavanagh, Richmond, Kelly & Johnson, 2012; Seabra, Amendoeira & Sá, 2013; Cruz, 2013), como é o caso da heroína, cocaína, anfetaminas, estimulantes, *cannabis* e narcóticos (Van Ours & Williams, 2011; Cruz, 2013), podendo ser causadores de disfunção sexual (Nobre, 2006) e, principalmente, de comportamentos sexuais de risco, existindo uma relação entre o consumo de álcool e drogas e a não utilização do preservativo (Lindsey, Smith & Rosenthal, 1997; Scivoletto, Tsuji, Abdo, Queiróz, Guerra de Andrade & Gattaz, 1999; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pederson & Marrot, 2005; Brook, Morojele, Zhang & Brook; Lomba, Apostolo, Loureiro, Graveto, Silva & Mendes, 2008; OEDT, 2012), sendo os rapazes quem mais consomem (Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman & Stergar, 2007; Naia, Simões & Matos, 2007; Reis & Matos, 2008; Pinheiro, Picanço & Barbeito, 2011; Pacheco, 2012).

Os efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual devem merecer maior atenção, na medida em que constituem um dos principais fatores de abandono do tratamento e, consequentemente, de recaída (Córdas & Larajeiras, 2006).

2. Resumo do anexo teórico

A Saúde Mental e o Autoconceito Sexual estão, como pudemos compreender até aqui, intimamente relacionados e influenciam-se mutuamente: quando os aspetos sexuais de cada indivíduo são percebidos como desfavoráveis, emergem ruminções cognitivas constantes que influem no seu processamento cognitivo habitual e que põem em causa o bem-estar psíquico do mesmo (Vieira, 1996; González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Moeda, 2009); paralelamente, quando surge uma perturbação mental, uma problemática na vida do indivíduo ou uma alteração no arquétipo personalístico deste, os aspetos sexuais tendem a alterar-se e sofrem consequências adversas, influenciadas por uma multiplicidade de fatores (Carvalho, J., 2008; Beck, 1996; Enzlin *et al.*, 2002; Kennedy *et al.*, 2006). Essas consequências diferem de problemática para problemática, podendo precipitar um arco-íris de possibilidades (Gispert, Gay & Vidal, 1997).

Norteando-nos por esta linha de raciocínio, podemos afirmar que o comportamento sexual do indivíduo, enquanto ser biopsicossociocultural, é influenciado e determinado por vários fatores, como: determinantes psicoemocionais - as crenças, emoções, atitudes e experiências prévias, atuam como inibidores ou facilitadores da resposta sexual humana (Halstrom, 2000; Nobre, 2006; Cordioli, 2008; Moeda, 2009); determinantes biológicos - fatores como a idade e a presença de doenças, podem cursar com disfunções sexuais (Lesser, Hughes & Kumar, 2006; Lara, Silva, Romão & Junqueira, 2008; Bargiota, Dimitropoulos, Tzortzis & Koukoulis, 2011) e, deste modo, pôr em causa o autoconceito sexual do indivíduo; determinantes socioculturais - que influem nos aspetos sexuais do indivíduo, através das crenças que lhe foram inculcadas, bem como as múltiplas conceções da vida que nos vão transmitindo na nossa cultura (González, Viáfara, Caba, Molina, Ortiz, 2006; Alves-Pacheco, 2008), que modela o nosso comportamento de acordo com aquilo que vivencia no contexto onde está inserido (Kinsey, 1947; Kisker, 1977; Martínez & Pascual, 1995); e o consumo de psicofármacos, álcool e drogas, que, por afetarem os sistemas neurológicos, vasculares e endócrinos, responsáveis pelo funcionamento sexual, pode, provocar dificuldades nesta área (Martín & Sánchez, 1997).

3. Referências Bibliográficas do Anexo Teórico

- ✓ Abdo, C. H. (2012). *Sexualidade humana e seus transtornos* (4ª ed.). São Paulo: Leitura Médica.
- ✓ Almeida, N., Gonçalves, M., Graça, O., & Vieira, F. (2010). A Psiquiatria e a Psicologia na Avaliação pericial em Sexologia Forense. *Ata Medica Portuguesa*, 23, 469-474.
- ✓ Alvarez, M. J. (2005). *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco: o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ✓ Alves-Pacheco, A. M. (2008). *O tamanho das roupas e o autoconceito sexual em indivíduos do sexo feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ✓ American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- ✓ Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13(6).
- ✓ Ashton, A. K., Mahmood, A., & Iqbal, F. (2005). Improvements in SSRI/SNRI-Induced Sexual Dysfunction by Switching to Escitalopram. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 257-262.
- ✓ Barlow, D. H., Bach, A. K., & Wincz, J. P. (2001). Sexual dysfunctions. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: a step by step treatment manual* (4ªed) (pp. 533-588). New York, NY: Guildford Press.
- ✓ Ballone, G.J. (2006). *O que é Doença Mental?* Rio de Janeiro: Edições Graal.

- ✓ Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 451-455.
- ✓ Bargiota, A., Dimitropoulos, K., Tzortzis, V., & Koukoulis, G. (2011). Sexual dysfunction in diabetic woman. *Hormones*, 10(3), 196-206.
- ✓ Barnes, G. E., Malamuth, N. M., & Check, J. V. P. (1984). Personality and Sexuality. *Personality and Individuals Differences*, 5(2), 159-172.
- ✓ Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *NeuroReport*, 11(17), 3829-3834.
- ✓ Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 33-43.
- ✓ Batista, T. M. (2013, dezembro). *Os Psicólogos no Sistema Nacional de Saúde: a realidade atual e o potencial para o futuro*. Conferência apresentada no Encontro Nacional de Psicólogos do SNS, promovido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa.
- ✓ Bazire, S. (2000). *The professional's pocket handbook and aide memoire*. Londres: Quay Books.
- ✓ Beck, A. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- ✓ Beck, A. T, Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders (2ªed.)*. New York, NI: The Guilford Press.
- ✓ Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond (2ª Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- ✓ Bersamin, M., Zamboanga, B., Schwartz, S., Donnellan, M., Hudson, M., Weisskirch, R., Kim, S. Y., Agocha, V., Whitbourne, S., & Caraway, S. (2014). Risky Business: Is there an association between Casual Sex and Mental Health among emerging adults? *Journal of Sex Research*, 51(1), 43-51.

- ✓ Bertoldo, R. B., & Barbará, A. (2006). Representação social do namoro: a intimidade na visão dos jovens. *Psico-USF*, 11(2) 229-237.
- ✓ Bongar, B., & Beutler, L. E. (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy: theory and practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- ✓ Brito, P. F., & Oliveira, C.C. (2009). A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências e Cognição*, 14(1), 246-254.
- ✓ Brook, D., Morojele, N., Zhang, C., & Brook, J. (2006). South African adolescents: pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 259-272.
- ✓ Caballo, V. E. (2008). *Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos Editora.
- ✓ Cabral, M. V., & Pais, J. M. (1998). *Jovens portugueses de hoje: resultados do inquérito de 1997*. Oeiras: Celta Editora.
- ✓ Calazans, G. (2000). Cultura adolescente e saúde: perspectiva para investigação. In M. C. Oliveira (Ed.), *Cultura, adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.
- ✓ Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125(6), 605-620.
- ✓ Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.

- ✓ Cardoso, L. R. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia Argumento*, 29(67), 479-489.
- ✓ Carvalho, C. S. (2008). *Guia de Educação da Sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional de Educação Cristã.
- ✓ Carvalho, J. P. P. (2008). *A importância de fatores psicológicos, orgânicos e relacionais na resposta de desejo sexual masculino e feminino* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- ✓ Chedid, S. B., Marques, F.Z., & Elzerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17, 175-183.
- ✓ Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- ✓ Córdas, T. A., & Larajeiras, M. (2006). Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 168-173.
- ✓ Cordeiro, J. D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. Salamanca: Edições Salamanca.
- ✓ Cordioli, A.V. (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais* (3ªed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- ✓ Coutinho, M. P. L., Franken, I., & Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida: o pensamento de brasileiros imigrantes. In E. C. Krutzen & S. B. Vieira (Eds.), *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental* (pp. 160-179). João Pessoa: Editora Universitária da Universidade Federal de Paraíba.
- ✓ Crooks, R., & Baur, K. (2011). *Our Sexuality* (11ªed). Belmont, CA: Thompson Wadsworth.
- ✓ Cruz, A. L. (2013). *Cannabis e doença mental* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

- ✓ Cruz, F. & Aguilar, M. J. (2002). *Introducción a la psicología comunitária*. Madrid: Editorial CCS.
- ✓ Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- ✓ David, M. (2008). O papel dos afetos no funcionamento do aparelho mental. *Vínculo*, 5(1), 1-15.
- ✓ DeLamater, J. (1991). Emotions and sexuality. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 49-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- ✓ Dickson, R. (1999). When Interest in Sex Resumes: what to know. *Visions: BC's Mental Health Journal*, 8, 1-32.
- ✓ Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science* (2ªed.). Canada: Jones and Bartlett Learning.
- ✓ Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., Resnick, M. D., & Neumark-Sztainer, D. (2009). Casual sex and psychological health among young adults: Is having "friends with benefits" emotionally damaging? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(4), 231-237.
- ✓ Ellery, D. (1999). Medications and sexual problems. *Visions: BC's Mental Health Journal*, 8, 1-32.
- ✓ Enzlin, P., Mathieu, C., Van den Bruel, A., Bosteels, J., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual Dysfunction in women with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 1-6.
- ✓ Eriksson, M. (1996). On femininity, masculinity and biology at the turn of the century 1800. *Lychnos Lardomshist Samf Arsb*, 123-151.
- ✓ Espinosa, A. F. (1998). *Psiquiatria: guias práticos de enfermagem*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

- ✓ Esteves, M. T. (2011). *Saúde Mental Comunitária: rede de suporte social de pessoas com doença mental grave (estudo no concelho de Odivelas)* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- ✓ Evola, J. (1993). *A metafísica do sexo*. Lisboa: Veja.
- ✓ Ferguson, J. M. (2001). The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 22-34.
- ✓ Ferreira, R. (2007). Consumo crónico de medicamentos na população de um Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(2), 125-132.
- ✓ Ferreira, P. M. (2008, junho). A primeira vez: juventude, género e sexualidade. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- ✓ Fisher, H. E., Aron, A., Mashek D., Li, H., & Brown, L. L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419.
- ✓ Fisher, H., Aron, A., & Brown, L. L. (2005). Romantic love: an fMRI study of a neural mechanism for mate choice. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 58-62.
- ✓ Geer, J., & Robertson, G. (2005). Implicit attitudes in sexuality: gender differences. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 671-677.
- ✓ Gispert, C., Gay, J., & Vidal, J. A. (Eds.). (1997). *Enciclopédia da sexualidade*. (Vol. 2). Lisboa: Oceano-Liarte.
- ✓ Gomes, G. (2003). A Teoria Freudiana da Consciência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(2), 117-125;
- ✓ Goñi, E., & Fernández, A. (2009). El autoconcepto. In A. G. Grandmontagne (Coord.), *El autoconcepto físico*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- ✓ Gonzaga, G. C., Keltner, D., Londahl, E. A., & Smith, M. D. (2001). Love and the commitment problem in romantic relations and friendship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 247-262.
- ✓ González, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Ortiz, C. (2006). Libido and orgasm in middle-aged woman. *Maturitas*, 53(1), 1-10.
- ✓ Grebb, J. A., Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2006). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica (7ªed.)*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- ✓ Geer, J., & Robertson, G. (2005). Implicit attitudes in sexuality: gender differences. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 671-677.
- ✓ Halstrom, C. (2000). *Ansiedade e Depressão: Perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editora.
- ✓ Hayes, R., & Dennerstein, L. (2005). The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: a review of population-based studies. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 317-330.
- ✓ Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., & Gurrin, L. C. (2008). Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in the General Population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1681-1693.
- ✓ Howard, J. R., O'Neill, S., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older 29 Australian women: sexual interest, sexual arousal, relationships and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, 9(5), 355-367.
- ✓ Huang, A. J., Subak, L. L., Thom, D. H., Eeden, S. K., Ragins, A. I., Kuppermann, M., Shen, H., & Brown, J. S. (2009). Sexual function and aging in racially and ethnically diverse women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1362-1368.
- ✓ Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/ Mazel.
- ✓ Kaplan, H. S. (1983). *The evaluation of sexual disorders*. New York: Brunner/ Mazel.

- ✓ Kennedy, S. H., Fulton, K. A, Bagby, R. M., Greene, A. L., Cohen, N. L., & Rafi-Tari, S. (2006). Sexual function during bupropion or paroxetine treatment of major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(4), 1-9.
- ✓ Kinsey, A. C. (1950). Sexual Behavior in the Human Female. *The Journal of Sex Research, 22*, 281-303.
- ✓ Kinsey, A. C. (1947). *O comportamento sexual da mulher*. Lisboa: Editora Meridiano.
- ✓ Kinsey, A. C. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. *The Journal of Sex Research, 25*, 89-92.
- ✓ Kisker, G. W. (1977). *The disorganized personality* (3ªed.). New York: McGraw-Hill.
- ✓ Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modelling*. New York, NY: The Guilford Press.
- ✓ Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 67-74.
- ✓ Labrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pederson, E., & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies and partner type on condom use in college males: event-level analyses. *The Journal of Sex Research, 42*(3), 259-266.
- ✓ Laurent, S. M., & Simon, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 573-585.
- ✓ Lara, L., Silva, A., Romão, A., & Junqueira, F. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30*(6), 312-321.
- ✓ Leal, I. (2006). Perspetivas em psicologia da saúde. In I. Leal (org.), *Perspetivas em psicologia da saúde* (pp.13-28). Coimbra: Quarteto.
- ✓ Lemos, D. S. (2011). *Assexualidade: fatores de vulnerabilidade psicológica* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

- ✓ Lesser, J., Hughes, S., & Kumar, S. (2006). Disfunção sexual na mulher idosa: as doenças médicas e psiquiátricas complexas devem ser tidas em consideração na sua avaliação e tratamento. *Geriatrics*, 2(7), 18-23.
- ✓ Levine, S. B. (2003). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York, NY: Routledge.
- ✓ Li, Q. (2011). A study of Mrs. Dalloway from the perspective of Freud's theory of Thanatos. *Journal of Cambridge Studies*, 6(1), 115-123.
- ✓ Lidório, A. A., & Tataren, J. C. (2012). *Disfunções sexuais masculinas*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina
- ✓ Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- ✓ Lindsey, J., Smith, A., & Rosenthal, D. (1997). *Secondary students, HIV/AIDS and sexual health*. Carlton, Australia: Faculty of Health Sciences of The Trobe University.
- ✓ Little, C. A., Byers, E. S. (2000). Differences between positive and negative sexual cognitions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9, 167-179.
- ✓ Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumo e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- ✓ Lourenço, M. (2002). Afetos, Sexualidade e Desenvolvimento Humano. *Revista de Saúde Mental*, 4(2), 23-24.
- ✓ Lykins, A. D., Janssen, E., & Graham, C. A. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *Journal of Sex Research*, 43, 136-143.
- ✓ Machado, P., Klein, J., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Teoria, Investigação e Prática*, 1, 19-29.

- ✓ Marinho, R. T. (2012). O que é a “saúde”? *Ata Médica Portuguesa*, 25(3), 143-144.
- ✓ Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ªed.). Lisboa: Report Number.
- ✓ Marsh, H. W., & Seaton, M. (2013). Academic self-concept. In J. Hattie & E. M. Anderman (Eds.), *Internacional guide to student achievement*. New York, NY: Routledge.
- ✓ Martínez, T. P., & Pascual, C. P. (1995). *Comprender la Sexualidad: para una orientación integral* (2ª ed.). Madrid: San Pablo.
- ✓ Martins, D. D. R. (2005). Autoconceito de crianças expostas à violência interparental. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- ✓ Masand, P.S., Ashton, A. K., Gupta, S., & Frank, B. (2001). Sustained-release bupropion for selective serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction: a randomised, double-blind, placebocontrolled, parallel-group study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 805-807.
- ✓ Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brawn (Tradução castelhana: *Resposta Sexual Humana*. Buenos Aires: Intermédica, 1976).
- ✓ Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1967). *A inadequação sexual*. Lisboa: Editora Meridiano.
- ✓ Martín, A. F., & Sánchez, F. L. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidade*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- ✓ Matos, M. (2010). *A Saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH.
- ✓ Meisler, A. W., & Carey, M. P. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 20(6), 541-54.

- ✓ Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- ✓ Meston, C. M. (1997). Aging and sexuality. *Western Journal of Medicine*, 167, 285-290.
- ✓ Meston, C., Trapnell, P., & Gorzalka, B. (1993). Sex and the five factor model of personality. Vancouver: The University of British Columbia.
- ✓ Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47-57.
- ✓ Moeda, A. (2009). *Sexualidade e depressão: Associação entre sintomas depressivos e disfunções sexuais numa consulta de medicina geral e familiar* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ✓ Mondimore, F. M. (2006). *Bipolar Disorder: a guide for patients and families* (2ªed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- ✓ Naia, A., Simões, C., & Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*, 13(3), 23-30.
- ✓ Neves, S. P., & Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, inter-relações e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 206-218.
- ✓ Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- ✓ Nobre, P. J. (2003). *Disfunções sexuais: contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva* (Tese de doutoramento não publicada), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- ✓ Nobre, P. J. (2006). *Disfunções Sexuais: teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- ✓ Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 8-15.

- ✓ Núcleo de Estatísticas da Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (2002). *Principais resultados do inquérito à utilização das tecnologias de informação e da comunicação pela população portuguesa*. Acedido em <http://www.inst-informatica.pt/o-instituto/factos-historicos/publicacoes/estudos-estatisticos-sobre-tic/TICnaAP2002.pdf>

- ✓ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). (2012). Relatório Anual 2012. Lisboa: Serviço das Publicações da União Europeia.

- ✓ Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). A evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses. Acedido em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/1_evidaancia_cientaifica_sobre_custo_efetividade_de_intervencao_psicologicas_em_cuidados_de_saude.pdf

- ✓ Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). O peso das perturbações mentais e comportamentais. In *Relatório Mundial da Saúde* (Cap. 2). Acedido em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_po.pdf.

- ✓ Organização Mundial de Saúde (2006). *Sexual and reproductive health*. Acedido em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.

- ✓ Organização Mundial de Saúde (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Acedido em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.

- ✓ Organização Mundial de Saúde (n.d.). *Health Promotion*. Acedido em http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.

- ✓ Oswalt, S. B., Cameron, K. A., & Koob, J. J. (2005). Sexual regret in College students. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 663-669.

- ✓ Pacheco, N. S. (2012). *A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- ✓ Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 27(1).
- ✓ Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
- ✓ Pais Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ªed). Lisboa: Placebo.
- ✓ PASW Statistics (versão 21) [computer software]. Chicago, IL: SPSS Inc.
- ✓ Pereira, H., Esgalhado, G., Monteiro, S., & Afonso, R. M. (2014). Sociodemographic determinants of happiness and happiness-related events in Portuguese adults. Manuscrito não publicado.
- ✓ Pereira, H., Leal, I., & Marôco, J. (2009). *Psicologia da Identidade Sexual*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- ✓ Pereira, H., & Rabasquinho, C. (2007). Género e Saúde Mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.
- ✓ Pinheiro, A., Picanço, P., & Barbeito, J. (2011). A realidade do consumo de drogas nas populações escolares. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(4), 348-355.
- ✓ Polaino-Lorente, A. (1998). *Sexo y cultura: analisis del comportamiento sexual* (2ª ed.). Madrid: Ediciones Rialp.
- ✓ PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo (2012). Assinantes do acesso à Internet em Portugal. Acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/Assinantes+do+acesso+a+Internet-2093>
- ✓ Prager, K. J. (1995). *The Psychology of Intimacy*. New York, NY: The Guilford Press.
- ✓ Regan, P. C., & Atkins, L. (2006). Sex differences and similarities in frequency and intensity of sexual desire. *Social Behavior and Personality*, 34, 95-102.

- ✓ Redmond, D. E., Kosten, T. R., & Reiser, M. F. (1983). Spontaneous ejaculation associated with anxiety: psychophysiological considerations. *American Journal of Psychiatry*, 140(9), 1163-1166.
- ✓ Reis, M., & Matos, M. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*, 26(1), 71-79.
- ✓ Rodrigues, P.C., Andrade, S. B. C., & Faro, A. C. M. (2008). Envelhecimento, sexualidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13(2), 205-220.
- ✓ Romão, F. (2005). Menopausa - manifestação inicial do envelhecimento feminino. *Geriatrics*, 1(2), 8.
- ✓ Rouco, N. F., González, R. J. C., Carvalho, V. A., & Sánchez, F.L. (2009). Mito ou Realidade? A sexualidade na velhice. In L. F. Araújo, C. Carvalho & V. A. Carvalho (Eds.), *As Diversidades do Envelhecer: uma abordagem multidisciplinar* (pp. 87-99). Curitiba: Editora CRV.
- ✓ Sá, L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In C. Sequeira, & Sá, L. (Eds.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental* (pp. 15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- ✓ Sandfort, T. G., Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Journal of the American Medical Association*, 58, 85-91.
- ✓ Santos, B. S., Antunes, D. D., & Bernardi, J. (2008). O docente e sua subjetividade nos processos motivacionais. *Educação*, 31(1), 46-53.
- ✓ Santos, M. (2010). Algumas contribuições de Freud e Melanie Klein no campo das psicoses: confluências e divergências. *Mosaico: estudos em psicologia*, 4(1), 10-17.
- ✓ Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio num hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), 2064-2074.

- ✓ Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2003). *Teorías de la personalidad* (7ªed.). Madrid: Thomson.
- ✓ Scivoletto, S., Tsuji, R. K., Abdo, C. H, Queiróz, S. Guerra de Andrade, A., & Gattaz, W. F. (1999). Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual em estudantes de 2º grau de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 87-94.
- ✓ Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, R. M. (2012). Expressão do afeto e bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 321-328.
- ✓ Seabra, P., Amendoeira, J., & Sá, L. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em consumidores de drogas: que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem e Saúde Mental*, 9, 21-28.
- ✓ Sena, T. (2010). Os relatórios Masters & Johnson: género e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Estudos Feministas*, 18(1), 221-239.
- ✓ Seybert, H. (2011). Internet use in households and by individuals in 2011. *Eurostat - Statistics in Focus*, 66. Acedido em http://www.ecdl.gr/el/presscenter/press/news/Documents/Digital_Agenda_survey.pdf.
- ✓ Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112.
- ✓ Siegel, D., Klein, D., & Roghmann, K. (1999). Sexual behavior, contraception and risk among college students. *Journal of Adolescent Health*, 25, 336-343.
- ✓ Silva de Lima, M., Soares, B. G., & Mari, J. J. (1995). Saúde e Doença Mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(5).
- ✓ Sim-Sim, M., & Lima, M. L. P. (2004). O autoconceito sexual. *Psychologica*, 35, 211-232.
- ✓ Simons, J., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of Sexual Dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.

- ✓ Soutto Mayor, A., Antunes, E. S., & Almeida, T (2009, novembro). O “devir” do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. Comunicação apresentada na Anais da VII Jornada Apoiar: Saúde Mental e Enquadres Grupais: a pesquisa e a clínica (286-293). Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ✓ Souza, A. (2012). Antidepressivos e Disfunções Sexuais. *The International Journal of Psychiatry*, 17(11).
- ✓ Snell, W. E. (1995). Validation of the Multidimensional Sexuality Questionnaire. In C. Davis, W. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. Davis, *Handbook of Sexually Related Measures* (pp. 521-524). New Your, NY: Sage Publications.
- ✓ Snell, W. E. (2001). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual preoccupation. In W. E. Snell (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory* (Cap.1). Cape Girardeau, MO: Snell Publications. Acedido em <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>
- ✓ Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. São Paulo: Artmed.
- ✓ Stein, D. J., & Hollander, E. (1994). Sexual dysfunction associated with the drugs treatment of psychiatric disorders. *CNS Drugs*, 2(1), 78-85.
- ✓ Stern, C., & Medina, G. (2000). Adolescência y salud en México. In M. C. Oliveira (Ed.), *Cultura, adolescência e saúde*. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina.
- ✓ Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2005). Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1680-1687.
- ✓ Thaler-DeMers D. (2001). Intimacy issues: sexuality, fertility, and relationships. *Seminars of Oncology Nursing*, 17(4), 255-62.

- ✓ Thornton, L. K., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F. J., Kavanagh, D., Richmond, R., Kelly, B., & Johnson, M. P. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors, 37*(4), 427-434.
- ✓ Van Ours, J. C. & Williams, J. (2011). Cannabis use and mental health problems. *Journal of Applied Econometrics, 26*(7), 1137-1156.
- ✓ Vaz Serra, A. (2005). Psiquiatria em Portugal: “Um caminho reencontrado”. *Saúde Mental, 7*(6), 11-19.
- ✓ Vaz Serra, A. (1988). O autoconceito. *Análise Psicológica, 2*(6), 101-110.
- ✓ Vaz Serra, A., Firmino, H., & Matos, A. P. (1987). Autoconceito e locus de controlo. *Revista de Psiquiatria Clínica, 8*(3), 143-146.
- ✓ Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Revista de Psiquiatria Clínica, 7*(2), 67-84.
- ✓ Vaz Serra, A., Antunes, R., & Firmino, H. (1986). Relação entre autoconceito e expectativas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 7*(2), 85-90.
- ✓ Vaz Serra, A., & Firmino, H. (1986). O autoconceito nos doentes com perturbações emocionais. *Revista de Psiquiatria Clínica, 7*(2), 91-96.
- ✓ Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século.
- ✓ Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730-742.
- ✓ Vieira, R. X. (1996). Disfunções sexuais. In C. Dias (Coord.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (2ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ✓ Winter, L. (1988). The role of sexual self-concept in the use of contraceptives. *Family Planning Perspectives, 20*(3), 123-127.
- ✓ Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.

- ✓ Wylie, R, C. (1974). *The Self-concept: a review of methodological considerations and measuring instruments* (vol.1). Lincoln: University of Nebraska Press.
- ✓ Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- ✓ Zacharias, J. (2012). *Bem-estar docente: um estudo em escolas públicas de Porto Alegre*, (Dissertação de Mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- ✓ Zieher, L. M. (2006). Procesamiento de las emociones y los sentimientos: el self-feeling. *Revista Psicofarmacologia*, 1-6. Acedido em http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/mem_y_emo.pdf

Anexo 2.

Questionário Sociodemográfico.

