



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Peso Corporal, Satisfação com a Imagem Corporal
e Prevalência de Disfunções Sexuais em Jovens
Adultos: sua dinâmica e impacto na Qualidade de
Vida Sexual**

Diana Rita Caetano da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Henrique Pereira

Covilhã, outubro de 2011

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Doutor Henrique Pereira apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, registado na DGES sob o 9463.

Dedicatória

Dedico esta dissertação de mestrado
aos meus pais,
aos meus dois irmãos - João Pedro e Luís Filipe,
ao José Carlos,
a todos os meus familiares,
em especial à Sofia
e ao tio Pedro
e às amigas de todos os momentos.

*“O sentimento de gratidão é importante num homem:
ninguém chega muito longe se esquece aqueles
que estavam ao seu lado quando precisou.”
(O Vencedor está Só, Paulo Coelho)*

Resumo

Vários estudos estabeleceram uma relação entre as disfunções sexuais e a obesidade, evidenciando que a obesidade se correlaciona com a insatisfação, redução do desejo e dificuldades no funcionamento sexual. Por conseguinte, procurou-se estudar o impacto da obesidade na prevalência de disfunções sexuais, bem como a relação entre o peso e a satisfação com a imagem corporal. Para o efeito foi recolhida uma amostra de 976 indivíduos (311 homens e 665 mulheres), com atividade sexual iniciada e numa faixa etária entre os 15 e os 40 anos. A maioria destes (61,2%) situavam-se no percentil de peso normal, 22,5% apresentavam excesso de peso e 11,4% eram obesos.

Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal (Raposo, 2004), um Questionário de Funcionamento Sexual (versão feminina e masculina) e um Questionário de Qualidade de Vida Sexual (versão masculina e feminina).

Os resultados indicaram uma satisfação com a imagem corporal diferenciada entre homens e mulheres, assim como uma influência estatisticamente significativa da obesidade relativamente à satisfação com a imagem corporal. A análise do funcionamento sexual evidenciou a não dependência das variáveis Apreciação do Ato Sexual e Grau de Satisfação com o Funcionamento. Por último, constatou-se que as mulheres com baixo peso e/ ou peso normal manifestaram valores médios de qualidade de vida sexual mais elevados na dimensão emocional, comparativamente com as mulheres que apresentaram Obesidade do tipo 1 ou Severa. No que se refere à qualidade de vida sexual dos homens não se registaram diferenças estatisticamente significativas atribuíveis à obesidade.

Palavras-chave: Obesidade, IMC, Imagem Corporal, Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida Sexual.

Abstract

Several studies have established a relationship between sexual dysfunction and obesity, showing that obesity is correlated with dissatisfaction, reduced desire and problems with sexual functioning. Therefore, it was tried to study the impact of obesity on the prevalence of sexual dysfunction as well as the relationship between weight and satisfaction with body image. For this purpose it was collected a sample of 976 individuals (311 men and 665 women) with sexual activity initiated and an age between 15 and 40. Most of these (61.2%) were in the percentile of normal weight, 22.5% were overweight and 11.4% were obese.

The instruments used were the Questionnaire of Satisfaction with Body Image (Raposo, 2004), a Sexual Functioning Questionnaire (male and female version) and a Sexual Quality of Life Questionnaire (male and female version).

The results indicated differences with the satisfaction of body image between men and women, as well as a statistically significant influence of obesity on the satisfaction with body image. The analysis of sexual function showed no dependence on the variables Findings of the Act and Sexual Satisfaction with the operation. Finally, it was found that women with low weight and / or normal weight showed mean values of quality of sexual life on an emotional high, compared with women who had type 1 and Severe Obesity. With regard to the quality of sex life of men there were no statistically significant differences attributable to obesity.

Key-Words: Obesity, BMI, Body Image, Sexual Function and Sexual Quality of Life.

Agradecimentos

Para que a realização deste trabalho fosse possível várias foram as pessoas que, em diferentes medidas contribuíram. Deste modo, aproveito esta página para lhes dedicar a minha palavra de apreço, consideração e, logicamente, agradecimento.

Ao professor Doutor Henrique Pereira, orientador de Dissertação de Mestrado na Universidade, pelos momentos de partilha dos seus vastos conhecimentos na área, pelas aprendizagens que proporcionou, pelo apoio, compreensão e disponibilização do seu tempo.

À professora Doutora Graça Esgalhado pelo apoio e atenção dispendidas sempre que solicitada.

Aos meus pais, que sempre me deram a possibilidade de tomar decisões que fossem ao encontro das minhas preferências, ambições e realizações. Quero agradecer-lhes o apoio prestado, o esforço que fizeram por me manter na Universidade, o carinho e dedicação ao longo de toda a minha vida.

Aos meus irmãos, João Pedro e Luís Filipe, por me auxiliarem, acompanharem e incentivarem ao longo deste percurso e ao longo da minha vida.

A todos os meus familiares (avós, tios, primos) por sempre me apoiarem e enriquecerem com as suas valiosas palavras, por encherem a minha vida de sorrisos e alegria e por contribuírem, de diversas formas, para a minha caminhada neste curso.

Ao Zé, por me ajudar a descobrir o lado melhor de todas as coisas, bem como pelo apoio, auxílio e compreensão que disponibilizou ao longo deste percurso.

Às amigas de todos os momentos, Natália e Verónica, pois sem a sua amizade este percurso teria sido muito mais difícil de realizar; pela troca de experiências, apoio, compreensão, companheirismo, bons momentos, sorrisos e intensas gargalhadas, partilhas e energia positiva que sempre me transmitiram. Ao longo destes cinco anos de formação a sua presença foi constante e, com ela ajudaram-me a ser uma pessoa melhor!

Aos amigos Mónica e João Cardoso, por me enriquecerem de experiências positivas, marcadas por sorrisos contagiantes, longas conversas e verdadeiro companheirismo.

Aos restantes amigos(as) da universidade e da terra, pelos momentos de alegria e companheirismo proporcionados.

À equipa (em especial, à Dra. Paula Câmara e à Professora Dra. M^a Isabel do Carmo) da Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria (Lisboa), bem como à direção da Associação de Obesos e Ex-obesos de Portugal (ADEXO) pela disponibilidade concedida, atenção, aprendizagens, partilhas e, sobretudo, pela forma esplêndida como “abraçaram” este projeto.

Por último, mas com extrema importância, à amostra de participantes no estudo, pois sem eles não seria possível prosseguir com o mesmo!

Índice

Capítulo 1	1
Introdução.....	1
Revisão Literária de Investigações Realizadas	3
Satisfação com a Imagem Corporal e IMC	3
Disfunções Sexuais e IMC.....	5
Qualidade de Vida Sexual e IMC	9
Estudos sobre a Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas em amostras da População Portuguesa Geral	11
Estudos sobre a Prevalência das Disfunções Sexuais Masculinas em amostras da População Portuguesa Geral	12
Sexualidade e Idade	13
Capítulo 2	15
Parte Empírica.....	15
Objetivos do Estudo	15
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos	15
Tipo de Estudo.....	16
Metodologia	17
Tipo de Amostragem	17
Participantes.....	17
Critérios de Inclusão e de Exclusão no Estudo	17
Caracterização da Amostra	18
Instrumentos	21
Questionário Sociodemográfico	21
Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal	21
Análise do Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal	22
Questionário de Funcionamento Sexual (QFS)	24

Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL - Sexual Quality of Life).....	25
Análise do Questionário de Qualidade de Vida Sexual.....	26
Procedimento.....	29
A Internet como suporte de investigação.....	30
Questões Éticas da Investigação através da Internet.....	31
A utilização de inquéritos para amostragens on-line.....	32
Operacionalização das variáveis.....	32
Natureza das escalas de medida.....	32
Análise Estatística.....	34
Análise de Fiabilidade.....	34
Análise Fatorial.....	34
Análise Inferencial.....	36
Análise de Regressão.....	36
Capítulo 3.....	37
Resultados.....	37
Caracterização dos sujeitos participantes segundo o Índice de Massa Corporal.....	37
Funcionamento Sexual dos sujeitos participantes.....	44
Capítulo 4.....	49
Discussão de Resultados.....	49
Capítulo 5.....	57
Conclusão.....	57
Referências Bibliográficas.....	61
ANEXOS.....	69

Lista de Figuras

Figura 1. Resultados dos <i>Intervalos de confiança para a comparação de médias dos domínios SIC segundo faixa etária</i>	29
Figura 2. Resultados dos Intervalos de confiança para a comparação de médias dos domínios SIC segundo faixa etária	41

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes: Género	19
Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes: Idade	19
Tabela 3. Características sociodemográficas dos participantes: Nível de Escolaridade	19
Tabela 4. Características sociodemográficas dos participantes: Estatuto socio-económico ...	19
Tabela 5. Características sociodemográficas dos participantes: Estado Civil.....	20
Tabela 6. Características sociodemográficas dos participantes: Nível de Ensino	20
Tabela 7. Características sociodemográficas dos participantes: IMC.....	20
Tabela 8. Estatística de Fiabilidade do QSIC para 30 itens.....	22
Tabela 9. Estatística de Fiabilidade do QSIC para 27 itens.....	22
Tabela 10. Teste KMO e de Esfericidade de Bartlett para QSIC (27 itens).....	23
Tabela 11. Resumo da solução fatorial rodada: 27 itens do QSIC.....	23
Tabela 12. Teste de aderência à normalidade: fatores latentes de Satisfação com Imagem Corporal.	24
Tabela 13. Estatística de fiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL). ..	26
Tabela 14. Teste KMO e de Bartlett para SQoL: versão Feminina e versão Masculina.	27
Tabela 15. Resumo da solução fatorial rodada do SQoL, versão feminina e masculina.	27
Tabela 16. Teste de aderência à normalidade: fatores latentes de Satisfação com Qualidade de Vida.....	28
Tabela 17. Resultados de Distribuição dos sujeitos segundo o IMC por Género e Faixa etária (n=976).....	38
Tabela 18. Resultados da Distribuição dos sujeitos segundo o IMC por Estatuto Socioeconómico.	38
Tabela 19. Resultados para a distribuição dos sujeitos segundo os problemas psicológicos por Género, Idade categorizada e Peso (n=976).	39
Tabela 20. Resultados de Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Género	40
Tabela 21. Resultados de Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Faixa Etária	40

Tabela 22. Resultados da Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Obesidade.	41
Tabela 23. Resultados da Comparação dos domínios de Qualidade de Vida segundo Faixa Etária.	42
Tabela 24. Resultados da Comparação dos domínios de Qualidade de Vida segundo a Obesidade.	42
Tabela 25. Resultados da Correlação entre a Satisfação com a Imagem Corporal e a Qualidade de Vida: mulheres.	43
Tabela 26. Resultados da Correlação entre a Satisfação com a Imagem Corporal e a Qualidade de Vida: homens.	43
Tabela 27. Resultados do Grau de Satisfação com o Funcionamento sexual segundo o género.	44
Tabela 28. Resultados dos Coeficientes do modelo de regressão: satisfação com o funcionamento sexual (feminino).	45
Tabela 29. Resultados dos Coeficientes do modelo de regressão: satisfação com o funcionamento sexual (masculino).	46
Tabela 30. Resultados de Distribuição das variáveis de Funcionamento Sexual por Idade.	48
Tabela 31. Resultados de Distribuição das variáveis de Funcionamento Sexual por Obesidade.	48

Lista de Acrónimos

DE- Disfunção Erétil

IMC- Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PS - Psicoterapia Sexual

Capítulo 1

Introdução

A incidência da obesidade tem apresentado um aumento em diversas regiões a nível mundial. As consequências da obesidade na saúde dos indivíduos encontram-se bem documentadas. Pelo contrário, as consequências desta epidemia na saúde sexual ainda não são bem compreendidas (Larsen, Wagner & Heitmann, 2007).

Concomitantemente a este aumento da incidência da obesidade, na atualidade, somos frequentemente invadidos por diversos meios publicitários onde a sensualidade é representada por mulheres altas, elegantes e/ ou homens esculturalmente musculados que simbolizam a perfeição corporal. Esta busca pela perfeição corporal e por uma imagem idêntica aos modelos publicitários potencia, em diversas pessoas que não se identificam com este ideal de beleza, uma enorme insegurança e um retraimento na vivência da sua vida sexual (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009). Tal retraimento pode resultar em problemas no funcionamento sexual - Disfunções Sexuais. Estas consistem numa perturbação que decorre no processo psicofisiológico envolvido no ciclo de resposta sexual em ambos os géneros (masculino e feminino) (DSM-IV-TR, 2002 *cit. in* Perlman, Martin, Hirdes, Curtin-Telegdi, Pérez & Rabinowitz, 2007). As Disfunções Sexuais mais comuns incluem desejo hipoactivo, dispareunia, vaginismo, anorgasmia ou perturbações do orgasmo, ejaculação prematura e disfunção eréctil (Perlman et al., 2007).

Por conseguinte, tendo em conta as temáticas anteriormente descritas, procurou-se estudar, ao longo do trabalho de investigação desenvolvido, a relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo.

Adicionalmente, importa referir, que o presente trabalho se divide em cinco capítulos distintos. Deste modo, no primeiro capítulo procede-se a uma descrição do “Estado da Arte” alusivo à temática do Peso Corporal, Índice de Massa Corporal (IMC), Satisfação com a Imagem Corporal, Disfunções Sexuais e Qualidade de Vida Sexual. O capítulo seguinte, o segundo, engloba a Metodologia de Investigação, onde se registou os objetivos, tipo de estudo e amostragem utilizados, caracterização da amostra de participantes, descrição dos instrumentos administrados, procedimento, internet como suporte de investigação e questões éticas associadas, operacionalização das variáveis do estudo e análise estatística. Neste seguimento, o capítulo três diz respeito aos principais resultados do estudo de investigação realizado, aquando a recolha de dados, tratamento estatístico e interpretação dos mesmos. O quarto capítulo é composto pela Discussão de Resultados, onde se procura discutir os

Revisão Literária de Investigações Realizadas

principais resultados obtidos neste estudo confrontando-os com a teoria existente neste âmbito. O quinto e último capítulo consiste nas Considerações Finais, onde se procede à apresentação de possíveis linhas futuras a desenvolver como continuidade do tema vigente.

Revisão Literária de Investigações Realizadas

Satisfação com a Imagem Corporal e IMC

As pessoas obesas são consideradas, na nossa sociedade, como pouco atrativas fisicamente (Rosen, 1997 *cit. in* Thompson, 1997). A estigmatização da obesidade despoleta, conseqüentemente, a formação de uma imagem corporal negativa nos sujeitos com obesidade (Rosen, 1997 *cit. in* Thompson, 1997).

No que concerne à imagem corporal, Cash (1993 *cit. in* Almeida, Loureiro & Santos, 2002) afirma que este conceito se refere à experiência psicológica de um sujeito sobre a aparência e funcionamento do seu corpo. O mesmo autor menciona ainda que o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode estar relacionado com o peso corporal, devido à ênfase cultural que se atribui à magreza e estigma social da obesidade (Almeida et al., 2002).

De facto, na sociedade ocidental ser magra significa ter competência, sucesso e ser atraente sexualmente (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2005).

Adicionalmente, Almeida, Loureiro e Santos (2002) afirmaram que, de uma forma geral, os estudos sobre imagem corporal aludem para prejuízos relacionados com a insatisfação, depreciação, distorção e preocupação com a auto-imagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores sócio-culturais (Cash, 1993; Demarest & Langer, 1996; Gittelsohn et al., 1996, *cit. in* Almeida, et al., 2002).

Por outro lado, Nozaki & Rossi (2010) levaram a cabo uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar o grau de satisfação com a imagem corporal de indivíduos que se submeteram a cirurgia bariátrica há mais de um ano e meio. A população do estudo foi constituída por 15 homens e 15 mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, que haviam se submetido a cirurgia bariátrica há mais de um ano e meio.

No decorrer deste estudo, os investigadores, utilizaram um questionário sociodemográfico, onde recolheram dados como peso máximo e atual, altura e data da cirurgia. Por seu turno, a avaliação da imagem corporal foi obtida por meio da autoavaliação através da escala de silhuetas corporais (composta por 9 silhuetas de cada género, com variações progressivas na escala de medida, da figura mais delgada à mais gorda). Perante a apresentação desta escala os participantes foram incitados a responder qual a silhueta que definia a sua aparência física, assim como qual a silhueta idealizada. Com o intuito de analisarem a satisfação corporal foi aplicado o Body Shape Questionnaire que avaliava as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação pela aparência física e a sensação de “estar gordo” (BSQ - Cooper et al., 1987 *cit. in* Nozaki & Rossi, 2010).

Em jeito de conclusão, os autores descreveram que as silhuetas ideais apontadas pelos sujeitos participantes se encontravam em faixas menores de silhueta em relação às apontadas como representativas da aparência atual. Neste sentido, constatou-se que, tanto

homens como mulheres valorizam os modelos de magreza, evidenciando uma certa insatisfação com a imagem corporal (Nozaki & Rossi, 2010).

Numa investigação desenvolvida dentro da temática da imagem e peso corporal, Saur e Pasion (2008) procuraram estudar a imagem corporal de adultos, o nível de satisfação com a imagem corporal e o impacto do sexo e idade em indivíduos com diferentes pesos e com idade compreendidas entre os 18 e os 55 anos. Para tal utilizou-se a Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ESIC). Os resultados indicaram que a satisfação com a imagem corporal não se mostrou associada ao sexo e à idade, apesar de ter sido influenciada pelo tamanho corporal real. Neste sentido, constatou-se que os indivíduos de peso normal e baixo peso apresentaram níveis de satisfação corporal superiores aos grupos de sobrepeso e acima do peso. Os autores salientaram que a ESIC se revelou um instrumento de avaliação psicológica capaz de sinalizar níveis diferenciados de satisfação com o próprio corpo (Saur & Pasion, 2008).

No que concerne à influência da variável idade na satisfação com a imagem corporal, Zimmermann, Scott e Heinrichs. (2010), destacaram que as mulheres mais velhas podem desenvolver uma maior insatisfação com o seu corpo devido às alterações morfológicas que o avançar da idade acarreta.

No âmbito da imagem corporal Kakeshita & Almeida (2006) analisaram as relações entre o IMC e a autoperceção da imagem corporal. Com este intuito recolheram uma amostra de 106 estudantes universitários, no Estado de São Paulo, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos de idade. Para a avaliação da perceção da imagem corporal dos participantes foi utilizada a escala de silhuetas e uma escala visual analógica. Para a avaliação do componente subjetivo da imagem corporal foi aplicado um questionário sobre imagem corporal.

Os investigadores evidenciaram que a maioria das mulheres com sobrepeso (87%) superestimaram o seu tamanho corporal, enquanto as mulheres obesas e homens (73%), independentemente do IMC destes últimos, subestimaram o tamanho corporal. As diferenças devido a género foram estatisticamente significativas, bem como a insatisfação geral com a imagem corporal percebida, evidenciado pelo desejo por apresentarem menores valores de IMC. Além disso, constatou-se que as mulheres com sobrepeso apresentaram maior preocupação e desconforto com o corpo. Por conseguinte, tanto homens como mulheres manifestaram distorção na autoperceção da imagem corporal, subestimando ou superestimando-a. Os resultados sugerem insatisfação com a imagem corporal, na medida em que desejavam ter os seus corpos mais magros (Kakeshita & Almeida, 2006).

Existem várias partes corporais que podem ser afetadas negativamente devido à incidência de adiposidade associada ao excesso de peso, tais como o abdómen, quadris e coxas, verificando-se que estas geram maior insatisfação entre os sujeitos do género feminino (Sarwer, Thompson & Cash, 2005).

Disfunções Sexuais e IMC

As disfunções sexuais podem estar relacionadas com a obesidade, porém estas são raramente mencionadas. Todavia, se a presença desta perturbação se verificar, esta pode causar preocupação e problemas graves quer no indivíduo que dela padece, quer no seu parceiro (Larsen, Wagner & Heitmann, 2007).

No que diz respeito à relação que se estabelece entre disfunções sexuais e obesidade, importa referir que, de acordo com Larsen, et al., (2007), não se verificam evidências de que as disfunções sexuais possam causar obesidade, porém, existem indicadores de que a obesidade pode dar origem a disfunções sexuais.

Todavia, é muito complexo distinguir a influência da obesidade enquanto causa única na prevalência de disfunções sexuais, visto que associados à obesidade podem surgir problemas vasculares como dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus e depressão, que por sua vez, são patologias conhecidas por estarem diretamente relacionadas com a ocorrência de disfunções sexuais em ambos os sexos masculino e feminino (Larsen, et al., 2007).

A maioria da literatura que se reporta às consequências da obesidade na sexualidade masculina foca-se no aumento da prevalência da impotência e disfunção erétil. Neste sentido, estudos desenvolvidos por Esposito e Giugliano (2005) sugerem que os homens com obesidade podem apresentar um risco 30% mais elevado de desenvolver disfunção erétil, um fenómeno ligado à disfunção endotelial potencialmente compartilhada por ambos os fatores de saúde (Esposito & Giugliano, 2005).

No que concerne à temática da Obesidade e Disfunções Sexuais no género masculino foi desenvolvido um estudo por Feldman, Johannes, Derby, Kleinman, Mohr, Araujo e colaboradores (2000) com um grupo de homens, da zona de Boston, que integravam um estudo - "Massachusetts Male Aging Study". O mesmo estudo possuía como objetivo avaliar a relação que se estabelecia entre os fatores de risco para o aparecimento de problemas coronários, incluindo a obesidade, e a incidência de Disfunção erétil. A amostra do estudo foi composta por 513 homens sem diagnóstico de Disfunção erétil no follow-up (seguimento/acompanhamento dos participantes), sendo que 154 possuíam excesso de peso (IMC igual ou superior a 28). Dentro desse grupo com excesso de peso, 28% apresentavam, no follow-up, ausência de Disfunção erétil ou uma presença mínima, enquanto 41% manifestavam presença moderada a elevada de Disfunção erétil. Estas percentagens foram mais acentuadas neste grupo do que no grupo de homens com peso inferior (IMC inferior a 28). Adicionalmente, Feldman e colaboradores (2000) procuraram controlar a presença de variáveis como fumar, existência de hipertensão, prática de atividade física, consumo de álcool, séricos de colesterol, idade e medicação anti-hipertensiva, uma vez que estas poderiam influenciar os resultados do estudo (Feldman et al., 2000).

Por conseguinte, estes investigadores verificaram que os sujeitos com maior IMC apresentavam maior probabilidade de sofrer uma Disfunção Sexual, comparativamente com os

sujeitos com peso mais baixo. Assim sendo, este resultado pode indicar que o excesso de peso exerce um efeito independente na incidência de Disfunção eréctil (Feldman et al., 2000).

Na mesma linha, Derby e colaboradores (2000) usaram o mesmo grupo de sujeitos do estudo anterior para analisarem a associação que se estabelecia entre obesidade e outros fatores do estilo de vida e o risco de desenvolverem uma disfunção eréctil (Derby, Mohr, Goldstein, Feldman, Johannes & McKinlay, 2000). Esta pesquisa incluiu 593 homens sem diagnóstico de Disfunção eréctil no follow-up e evidenciou que os homens obesos (IMC superior ao percentil 30) apresentavam níveis mais elevados de incidência de Disfunção eréctil. A manifestação menos significativa de Disfunção eréctil verificou-se no grupo de homens que não eram obesos (Derby, et al., 2000).

Num estudo levado a cabo por Bacon e colaboradores (2006) contemplou-se uma amostra de 22, 086 participantes, do género masculino, dos Estados Unidos da América. Neste âmbito, constatou-se que a obesidade estava associada a um aumento relativo de até 90% no desenvolvimento de novos casos de Disfunção eréctil durante os 14 anos de follow-up (Bacon, Mittleman, Kawachi, Giovannucci, & Glasser, 2006).

Um outro estudo desenvolvido por Shiri e colaboradores (2004) comportou 1130 homens, de nacionalidade Filandesa, sem diagnóstico de Disfunção eréctil. Estes sujeitos foram acompanhados pelos investigadores durante um período de cinco anos. Os resultados deste estudo evidenciaram que a incidência de Disfunção eréctil aumentou entre os sujeitos obesos (IMC igual ou superior a 30) quando comparados com homens com peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9) (Shiri, Koskimaki, Hakama, Hakkinen, Huhtale, Tammela et al., 2004). Todavia, verificou-se que só os homens obesos, e não os homens com excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9) apresentavam um risco elevado de desenvolver Disfunção eréctil (Shiri et al., 2004).

Adicionalmente, Andersen, Heitmann & Wagner (2008) realizaram uma investigação com o objetivo de avaliar uma possível associação entre perturbações sexuais (disfunção eréctil, perturbação da ejaculação e perturbações do desejo sexual) e obesidade em jovens adultos dinamarqueses do sexo masculino. Para o efeito, utilizaram o método de investigação Cross-Sectional de saúde sexual em jovens adultos dinamarqueses. Os instrumentos do estudo (questionários) foram enviados através de e-mail a 3300 homens com idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos. No total responderam, de forma anónima, 863 homens (26% dos e-mails enviados) (Andersen, et al., 2008).

Concomitantemente, um grupo semelhante, composto por 600 homens com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos, foi usado para comparação. Os investigadores concluíram que a Disfunção eréctil foi mais prevalente no grupo de jovens adultos e de homens mais velhos que apresentavam um IMC mais elevado. Todavia, esta conclusão só foi significativa nos homens com idades entre os 20 e os 45 anos. Além disso, não se estabeleceu relação entre excesso de peso e obesidade com ejaculação prematura, ejaculação retardada e perturbações do desejo sexual (Andersen, et al., 2008).

Algumas investigações sugerem que existe uma relação complexa entre obesidade, sexualidade e funcionamento sexual nas mulheres (Polotsky, 2010).

Neste seguimento, Kinzl, Trefalt, Fiala, Hotter, Biebl e Aigner (2001) acrescentaram que dificuldades de posicionamento durante o coito afetavam os sujeitos obesos. Os mesmos autores elaboraram, portanto, uma investigação com uma amostra de 82 mulheres com obesidade mórbida (média de IMC de 42,8), onde se observou, através de entrevista, que 11% das mulheres em estudo confessaram que os “problemas físicos” constituíam as principais contrariedades quando se envolviam em relações sexuais (Kinzl et al., 2001).

Por outro lado, Kaneshiro e colaboradores (2008) utilizaram a base de dados do estudo Cross-Sectional “2002 National Survey of Family Growth” (Pesquisa Nacional de Crescimento Familiar de 2002) que comportou 6690 participantes do gênero feminino com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. O objetivo do estudo consistiu em determinar em que medida o aumento do IMC era associado a um padrão de comportamento sexual modificado (Kaneshiro, Jensen, Carlson, Harvey, Nichols & Edelman, 2008).

Os pesquisadores utilizaram um software de autoentrevista áudio, bem como o autorrelato do peso e da altura das participantes. A média de IMC para a população em estudo foi de 25,8 Kg/m², sendo que 54% das mulheres apresentavam um peso classificado como normal; 25% evidenciaram excesso de peso e 21% exibiram um percentil de obesidade (Kaneshiro et al., 2008).

As variáveis descritivas utilizadas para avaliar o comportamento sexual incluíram autorrelatos sobre a orientação sexual, relações sexuais homossexuais ou heterossexuais, frequência de atividade sexual durante o último mês e número de parceiros sexuais ao longo da vida e no momento do estudo. Neste seguimento, um total de 90,5% das participantes se autoidentificaram como heterossexuais, sendo que 9,5% se autoconsideraram homossexuais, bissexuais ou “outra coisa” (Kaneshiro et al., 2008).

Na avaliação dos parâmetros que descreviam o comportamento sexual não se verificaram diferenças significativas na frequência da atividade sexual entre os três grupos com diferente IMC (peso normal, excesso de peso e obesidade). Todavia, este estudo obteve resultados surpreendentes. Deste modo, as mulheres obesas e com excesso de peso quando comparadas com mulheres com peso normal apresentaram uma probabilidade mais elevada, estatisticamente significativa, de sempre terem tido relações sexuais heterossexuais (77% e 56%, respetivamente). Esta descoberta positiva da diferença foi inesperada e contrapôs a ausência de diferença na descrição da orientação sexual (Kaneshiro et al., 2008).

Os investigadores concluíram que as mulheres obesas e com excesso de peso não relataram uma frequência menor de encontros sexuais comparativamente com as mulheres com menor IMC (Kaneshiro et al., 2008).

Uma investigação levada a cabo por Adolfsson, Elofsson, Rössner & Undén (2004) teve como objetivo investigar se existia alguma associação entre obesidade e satisfação sexual e abuso sexual na população geral. Para o efeito foi recolhida uma amostra de 2810 sujeitos da população em estudo, sendo que estes foram entrevistados sobre satisfação sexual, abuso

sexual e satisfação com a vida. As respostas dos sujeitos com peso normal, excesso de peso e obesidade foram comparadas (Adolfsson et al., 2004).

Os dados foram apresentados separadamente por dois grupos de idade (primeiro grupo - dos 18 aos 49 anos, cerca de 57% dos homens e 76% das mulheres dentro deste grupo apresentaram um peso normal; e segundo grupo - dos 50 aos 74 anos, 51% dos homens tinham sobrepeso e 57% das mulheres tinham peso normal) e género. O grupo mais jovem consistiu em 1817 pessoas (977 homens e 840 mulheres) e o grupo com mais idade foi composto por 907 sujeitos (481 homens e 426 mulheres) (Adolfsson et al., 2004).

A satisfação sexual foi avaliada através da administração de duas questões sobre satisfação sexual, uma questão sobre a importância da sexualidade, duas questões sobre a frequência do desejo sexual e duas questões sobre o interesse sexual. O nível de satisfação sexual foi classificado numa escala de tipo Likert que variou de 1 - Muito Insatisfeito - a 6 - Muito Satisfeito. A avaliação da vida sexual foi classificada numa escala decrescente de 5 pontos, sendo que o 1 dizia respeito a Muito Satisfatória e o 5 Muito Insatisfatória. A importância da sexualidade foi classificada numa escala de 1 a 5, onde o número representava Sem Importância e o 5 Muito Importante. A frequência do desejo sexual foi distribuído numa escala de 4 pontos, ou seja, o 1 correspondia a Nunca e o 4 correspondia a Frequentemente. Além disso, foi solicitado aos sujeitos que comparassem o desejo sexual do momento com o de há 5 anos atrás. Para o efeito foi utilizada uma escala de 5 pontos, sendo que o número 1 correspondia a Muito Maior Atualmente e o 5 Muito Menor Atualmente. Adicionalmente, procurou-se avaliar a diminuição do interesse sexual comparado com há 12 meses atrás, bem como para um problema relacionado com a diminuição do interesse sexual durante os últimos 12 meses. Para estas duas medidas, aplicou-se uma escala que variava entre 1 e 6 pontos (1= Sempre e 6= Nunca) (Adolfsson et al., 2004).

Os resultados do estudo mostraram, no que diz respeito à satisfação sexual no primeiro grupo (18-49 anos), que os homens pontuaram mais baixo na satisfação com a vida sexual comparativamente com os homens com excesso de peso e peso normal. Além disso, no mesmo grupo, assistiu-se a uma diferença no desejo sexual, em ambos os géneros e entre os diferentes tipos de IMC (obesidade, excesso de peso e peso normal) (Adolfsson et al., 2004).

Os homens obesos do Segundo grupo reportaram uma maior diminuição do desejo sexual comparativamente com há 5 anos atrás, do que os homens com um IMC mais baixo (peso normal e excesso de peso) (Adolfsson et al., 2004). No que concerne o género feminino, os investigadores não constataram diferença na satisfação sexual entre mulheres obesas e mulheres com peso normal. Todavia, assistiu-se a uma tendência com direção a uma diminuição na satisfação e no desejo sexual associada a um IMC mais elevado no grupo mais jovem (Adolfsson et al., 2004).

Em jeito de conclusão, Adolfsson e colaboradores (2004) verificaram que os resultados não forneceram indicações significativas de uma associação entre obesidade e satisfação sexual. Contudo, verificaram-se associações ocasionais em grupos de idades diferentes (Adolfsson et al., 2004).

Sumariamente importa destacar que a maioria das investigações desenvolvidas no género masculino sugere uma influência positiva entre obesidade e disfunções sexuais. Particularmente, uma associação positiva entre obesidade e o aparecimento de Disfunção erétil (Larsen et al., 2007).

Qualidade de Vida Sexual e IMC

De acordo com Silventoinen, Kaprio, Lahelma, Viken e Rose (2003); Speakman, Djafarian, Stewart e Jackson (2007) os indivíduos com excesso de peso ou obesidade têm a tendência, para casar ou co-habitar com sujeitos de peso idêntico. Portanto, questões de saúde sexual e obesidade podem afetar ambos os parceiros (Polotsky, 2010).

Uma investigação elaborada por Kolotkin e colaboradores (2006) avaliou a qualidade de vida sexual de 1158 sujeitos, sendo que 500 desses participantes faziam parte de um programa de modificação de estilo de vida e perda de peso, 372 estavam à espera de ser submetidos a uma cirurgia bariátrica e, por último, 286 obesos que não estavam envolvidos em qualquer tipo de tratamento para perda de peso (Kolotkin, Binks, Crosby, Ostbye, Gress & Adams, 2006).

Neste sentido, verificou-se que um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado estava associado a um nível de qualidade de vida sexual inferior. A obesidade apresentou, então, uma grande associação com a falta de satisfação sexual, redução do desejo sexual e dificuldades no funcionamento sexual. Todos estes aspetos potenciavam nos sujeitos um evitamento dos encontros sexuais. Em acréscimo, verificou-se, neste estudo que tais condições foram mais comuns entre as mulheres, os obesos com grau III e os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica (Kolotkin et. al, 2006 *cit. in* Costa, Machado & Cordás, 2009).

Em jeito de conclusão, Kolotkin, e colaboradores (2006) destacaram a presença de menos desejo sexual em homens com obesidade mórbida.

Para a maioria dos homens adultos, independentemente da massa corporal, a função sexual é um aspeto importante da qualidade de vida. Todavia, homens portadores de obesidade mórbida podem ter a qualidade de vida sexual comprometida por disfunções sexuais que afetam a ereção, a ejaculação, o orgasmo, e o desejo sexual, além de diversas limitações decorrentes da mobilidade e massa corporais, e da estigmatização social (Araújo, Brito, Ferreira, Petribú, Mariano, 2009).

Os mesmos autores tiveram em consideração as diversas perturbações que podem surgir frequentemente associadas à obesidade e que constituem fatores de risco para disfunção erétil (DE), como a diabetes e as doenças cardiovasculares, alguns hábitos de vida como o sedentarismo, alcoolismo e tabagismo, podendo comprometer a função sexual masculina. Neste sentido, Araújo e colaboradores (2009) delinearam um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida sexual de uma amostra populacional de obesos mórbidos submetidos à operação para tratamento da obesidade, utilizando o instrumento IIEF

(International Index of Erectile Function) antes e seis meses após a realização da gastroplastia à Fobi Capella, buscando esclarecer as modificações da função sexual decorrentes da perda de peso (Araújo et al., 2009). Os resultados evidenciaram, portanto, que o valor total aumentou seis meses após a cirurgia, em 76,19%, permaneceu inalterado em 14,29% e diminuiu em 9,52% dos casos. Os domínios referentes a função erétil e a relação sexual aumentaram em 71,42%, ao desejo sexual em 52,38% e ao orgasmo em 28,57%. A satisfação sexual aumentou em 57,14%. As médias do valor total e dos seus domínios antes e seis meses após a cirurgia, exceto aquelas alusivas ao orgasmo e ao desejo sexual, apresentam diferenças estatisticamente significativas. A qualidade de vida sexual em homens obesos pareceu melhorar após a realização da gastroplastia à Fobi-Capella, pois os indivíduos evidenciaram modificações favoráveis na função sexual após a perda de peso (Araújo et al., 2009).

Uma pesquisa realizada na França sobre comportamentos sexuais continha questões sobre parceiros e práticas sexuais, satisfação sexual e normas sexuais, gravidez indesejada, aborto e doenças sexualmente transmissíveis. Concomitantemente, a mesma pesquisa recolheu dados sobre o peso e altura de cada participante e respectivos parceiros sexuais (Bajos, Wellings, Laborde, Moreau, 2010). Bajos e colaboradores (2010) investigaram, portanto, o comportamento e a saúde sexual tendo em consideração o IMC e as suas implicações para as práticas de saúde pública. O objetivo primordial desta pesquisa residia, por um lado, em estabelecer uma comparação entre as pessoas obesas e as de peso normal relativamente aos riscos e comportamentos de saúde sexual e, por outro lado, entre os sujeitos com excesso de peso e os de peso normal (Bajos et al., 2010).

Este estudo partiu da hipótese de que os indivíduos com excesso de peso, principalmente os obesos, poderiam apresentar um risco mais elevado de evidenciarem resultados sexuais negativos comparativamente com sujeitos com peso normal, devido ao estigma social e à carência de medicamentos adequados para o seu tratamento. Além disso, os investigadores responsáveis por este estudo também formularam a hipótese de que o efeito do IMC na saúde sexual seria diferente entre géneros, uma vez que o estigma social de excesso de peso e obesidade é mais visível nas mulheres (Bajos et al., 2010).

A amostra da investigação levada a cabo por Bajos e colaboradores (2010) compreendeu 12364 sujeitos de nacionalidade francesa, sendo que 5540 eram homens e 6824 mulheres com idades situadas entre os 18 e os 69 anos (Bajos et al., 2010). Neste sentido, foram realizados dois estudos, novembro de 2004 e junho de 2005, com a finalidade de testar o questionário e o desenho de amostra, tendo sido os participantes informados de que a pesquisa era anónima (Bajos et al., 2010).

Os dados foram recolhidos através de entrevistas, sendo que se pretendeu aceder a informação como características sócio-demográficas e de saúde dos participantes e dos seus companheiros/ parceiros. Tais características incluíram peso, altura, condições de vida e problemas de saúde crónicos. Os participantes que relataram ter iniciado a vida sexual foram questionados sobre o número total de parceiros sexuais e o número de parceiros num período recente, práticas sexuais, relações sexuais não consensuais, comportamentos sexuais

saudáveis que procuravam, utilização de métodos contraceptivos, problemas sexuais e doenças/ infeções transmitidas sexualmente (Bajos et al., 2010).

Cerca de 9% das 5535 mulheres e igualmente 9% dos 4635 homens eram obesos, ou seja, apresentavam um IMC igual ou superior a 30; 21% das mulheres e 35% dos homens tinham excesso de peso (IMC= 25 - 29,9) e 63% das mulheres e 54% dos homens pertenciam ao percentil de peso normal (IMC= 18,5 - 24,9). Os participantes com obesidade diferiam dos indivíduos com peso normal em termos de idade (os participantes obesos eram significativamente mais velhos), nível de educação e condição médica (Bajos et al., 2010).

Os resultados deste estudo apontaram que não se verificava diferença nas disfunções sexuais (desejo sexual hipoactivo, perturbação da excitação sexual, dor durante a relação sexual) entre mulheres obesas ou com excesso de peso comparativamente com mulheres com um IMC normal. No entanto, os resultados mostraram uma tendência significativa para a diminuição do desejo sexual com o aumento do IMC. Além disso, os dados revelaram, nos homens, um aumento significativo na disfunção erétil à medida que aumenta o IMC. Finalmente, os dados revelaram que os parceiros dos indivíduos obesos respondentes eram mais propensos a serem igualmente obesos. Todavia, esta associação foi mais forte nas mulheres do que nos homens (Bajos et al., 2010).

Estudos sobre a Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas em amostras da População Portuguesa Geral

Nobre (2006) no seu livro sobre Disfunções Sexuais referiu um estudo elaborado pelo próprio, onde procurou avaliar através de questionário a prevalência das Disfunções Sexuais Femininas em amostras da população portuguesa geral. Este estudo abarcou, no ano de 2003, uma amostra composta por 263 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos. Por conseguinte, Nobre (2003 *cit. in* Nobre, 2006) concluiu que 15% das mulheres que participaram apresentavam perturbação do desejo sexual; 5% manifestaram perturbação da excitação; 15% evidenciaram perturbação do orgasmo; 5% referiram sofrer de dispareunia e cerca de 4% mencionaram a presença de vaginismo.

Na mesma linha, Vendeira e colaboradores (2011) levaram a cabo uma investigação - Estudo EPISSEX-PT/ Feminino - em Portugal Continental com 1250 mulheres da população geral com idades entre os 18 e os 75 anos (Vendeira, Pereira, Serrano & Carvalheira, 2011). O objetivo principal do estudo foi a avaliação das disfunções sexuais femininas, permitindo determinar não só a sua prevalência, como caracterizá-las sob o ponto de vista demográfico, sociológico e clínico. Na investigação foram utilizados testes e questionários validados internacionalmente, para uniformização e comparação de resultados. Foram também avaliados conhecimentos, perceções e convicções relativas à sexualidade e às disfunções sexuais (Vendeira et al., 2011).

A prevalência de disfunção sexual foi calculada segundo dois parâmetros, ou seja, as mulheres que responderam a pelo menos uma das questões sobre se tinham algum tipo de disfunção sexual e, especificamente, aquelas que responderam que tinham pelo menos um tipo de disfunção, classificando-o como moderado/frequente a severo/persistente (Vendeira et al., 2011).

De acordo com os dados do EPISEX-PT/ Feminino 56,4% das mulheres responderam que tinham pelo menos um tipo de disfunção, qualquer que fosse a sua intensidade. Por outro lado, 18,6% das participantes mencionaram que o seu problema era moderado/ grave ou severo/ completo (Vendeira et al., 2011).

A análise por tipos de disfunção sexual (assumindo o parâmetro de pelo menos uma disfunção, ligeira a moderada), revelou uma prevalência de 35% de problemas de desejo sexual, 31,6% de problema de excitação, 31,6% de problema do orgasmo e 34,1% de problema de desconforto/dor na relação sexual (Vendeira et al., 2011).

A análise dos resultados acima descritos mostrou que apenas 43,7% das mulheres não apresentavam qualquer tipo de disfunção sexual, enquanto 11% das mulheres apresentavam simultaneamente todos os tipos de disfunção sexual considerados (Vendeira et al., 2011).

Estudos sobre a Prevalência das Disfunções Sexuais Masculinas em amostras da População Portuguesa Geral

Nobre (2006) no seu livro sobre Disfunções Sexuais referiu um estudo elaborado pelo próprio, onde procurou avaliar através de questionário a prevalência das Disfunções Sexuais Masculinas em amostras da população portuguesa geral. Este estudo abarcou, no ano de 2003, uma amostra constituída por 303 homens da população geral com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos, sendo a média de idades 36 anos.

Por conseguinte, Nobre (2003 *cit. in* Nobre, 2006) concluiu que 1,3% dos homens participantes apresentavam perturbação do desejo sexual; 4,3% manifestaram perturbação erétil; 4,3% evidenciaram perturbação do orgasmo; 7,9% referiram sofrer de ejaculação prematura.

O estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA) com o apoio dos Laboratórios Pfizer - EPISEX-PT - consistiu na entrevista a 1.250 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, promovido em 2005. Para o efeito, utilizaram-se questionários validados a nível internacional (Vendeira, Pereira, Tomada & Carvalho, 2011).

O objetivo principal do estudo foi a avaliação das disfunções sexuais masculinas, permitindo determinar não só a sua prevalência, como caracterizá-las sob o ponto de vista demográfico, sociológico e clínico. Na investigação foram utilizados testes e questionários validados internacionalmente, para uniformização e comparação de resultados. Foram também avaliados conhecimentos, perceções e convicções relativas à sexualidade e às disfunções sexuais (Vendeira et al., 2011).

A prevalência de disfunção sexual foi calculada segundo dois parâmetros, ou seja, os que responderam a pelo menos uma das questões sobre se tinham algum tipo de disfunção sexual e, especificamente, aqueles que responderam que tinham pelo menos um tipo de disfunção, classificando-o como moderado/frequente a severo/persistente (Vendeira et al., 2011). De acordo com os dados do EPISEX-PT/ Masculino 23,8% dos homens responderam que tinham pelo menos um tipo de disfunção, qualquer que fosse a sua intensidade. Por outro lado, 5,8% dos participantes masculinos mencionaram que o seu problema era moderado/ grave ou severo/ completo (Vendeira et al., 2011).

Por conseguinte, a análise por tipos de disfunção sexual (assumindo o parâmetro de pelo menos uma disfunção, ligeira a moderada), revela que existe uma prevalência de 15,5% de problema do desejo sexual, 12,9% de problema de ereção e 11,6% de problema de ejaculação (Vendeira et al., 2011).

Em última instância, a análise dos resultados acima descritos mostrou que 76,0% dos homens não apresentavam qualquer tipo de disfunção sexual, enquanto 4,9% dos homens apresentavam simultaneamente todos os tipos de disfunção sexual considerados (Vendeira et al., 2011).

Sexualidade e Idade

Kinsey e colaboradores (1948, Alonso Valera et al., 2004, cit. in Maia & Pessoa, 2009) foram os primeiros a documentar a existência de um gradual declive na atividade e no interesse sexual com o envelhecimento, em ambos os géneros.

Alonso Valera e colaboradores (2004, cit. in Maia & Pessoa, 2009) efetuaram uma revisão da literatura alusiva à atividade sexual e o avançar da idade, referindo que *“há uma diminuição na frequência de comportamentos sexuais que afetam também o interesse sexual e que se produz um aumento das disfunções sexuais associadas com a idade”*.

Na mesma linha, Bancroft (2009) referiu que existe um declínio notório na sexualidade em ambos os géneros, masculino e feminino, relacionado com o avanço da idade. No caso dos homens a relação da sexualidade com a idade é relativamente linear, embora se assista à influência de uma variabilidade individual considerável, com alguns homens a evidenciarem um declínio precoce e outros um tardio (Bancroft, 2009). Uma variedade de mecanismos relacionados com o envelhecimento, incluindo alterações hormonais e na responsividade da genitália, contribuíram para este padrão, com algumas evidências de que são os homens mais sexualmente ativos enquanto jovens que revelam um declínio inferior (Bancroft, 2009). O impacto da saúde física, depressão e problemas de relacionamento são importantes, sendo que a importância dos fatores sócio-culturais é menos compreendida.

No que concerne às mulheres, este padrão é menos evidente, pois estas evidenciam um declínio mais notório na meia-idade e mais gradual a partir dessa fase de vida. O impacto fisiológico da menopausa constitui um importante fator, apesar de se verificar, também a

presença de outros fatores. Tais fatores incluem saúde física, depressão e aspetos de relacionamento, nomeadamente, carência de relação interpessoal, funcionamento sexual do parceiro e fatores sócio-culturais associados ao papel da mulher e da sexualidade feminina (Bancroft, 2009).

Neste seguimento, e após a revisão bibliográfica, considerou-se pertinente estudar e analisar a possível existência de uma relação entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como o seu impacto na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo. Para o efeito tornou-se pertinente desenvolver um estudo empírico (Capítulo 2) com participantes da população geral, com nacionalidade portuguesa, que procurasse analisar as possíveis correlações entre as variáveis anteriormente descritas.

Capítulo 2

Parte Empírica

Objetivos do Estudo

Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho consistiu em estudar a relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como o seu impacto na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo.

Objetivos Específicos

- Conhecer as características socio-demográficas dos indivíduos participantes;
- Classificar os sujeitos participantes no estudo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC);
- Identificar o nível de satisfação com a imagem corporal em sujeitos com obesidade, comparados com sujeitos com IMC mais baixo;
- Estabelecer uma comparação relativamente ao nível de satisfação com a imagem corporal, entre participantes do género masculino e feminino;
- Estabelecer uma comparação relativamente ao nível de satisfação com a imagem corporal, de acordo com a faixa etária;
- Conhecer a autoperceção dos sujeitos face ao seu funcionamento e/ ou desempenho sexual;
- Percecionar o impacto da obesidade na saúde sexual dos sujeitos, nomeadamente ao nível da prevalência de disfunções sexuais;
- Identificar o nível de qualidade de vida sexual em sujeitos com obesidade, comparados com sujeitos com IMC mais baixo;
- Analisar as diferenças e estabelecer comparações entre géneros no que concerne à qualidade de vida sexual;
- Registrar diferenças ao nível do funcionamento sexual e qualidade de vida sexual entre os diversos grupos distribuídos por categorias de IMC (baixo peso, peso normal e obesidade);

Parte Empírica

- Relacionar o nível de satisfação com a imagem corporal, com o funcionamento sexual autopercebido e com o nível de qualidade de vida sexual.

Tipo de Estudo

O tipo de estudo realizado é quantitativo, exploratório, descritivo, comparativo e correlacional. De acordo com Almeida e Freire (2008) a investigação atual é considerada uma modalidade de investigação quantitativo-correlacional, uma vez que esta é voltada mais para a compreensão e a predição dos fenómenos através da formulação de hipóteses (objetivos) sobre as relações entre as variáveis.

O método de investigação quantitativo foi utilizado pois emprega a análise matemática como linguagem para descrever os fenómenos, ou seja, possibilita a explicação dos mesmos apoiando-se na quantificação e categorização. Além disso, este método serve-se de instrumentos exatos que garantem a objetividade e a aplicação de procedimentos correlacionais (Almeida & Freire, 2007).

O Método exploratório é um tipo de estudo presente neste trabalho, pois este procurou investigar fenómenos pouco compreendidos, como o impacto da Obesidade no funcionamento sexual do sujeito, bem como identificar e/ ou descobrir variáveis importantes e formular hipóteses para futuras pesquisas. Deste modo, esta investigação assentou no método exploratório, uma vez que procurou servir de ponto de partida para novas pesquisas, de índole científica, nesta temática.

O método descritivo permite descrever um fenómeno, bem como documentar os fenómenos de interesse, identificar variáveis e inventariar factos (Almeida & Freire, 2008). Assim sendo, o tipo de estudo vigente é descritivo pois permite documentar os fenómenos de interesse para a concretização do estudo, ou seja, os comportamentos, acontecimentos, atitudes e estruturas dos participantes, tendo em conta o seu peso corporal e satisfação com a imagem corporal, face à incidência de problemas de funcionamento sexual e qualidade de vida sexual.

O método correlacional situa-se entre os métodos descritivos e os métodos experimentais. Relativamente aos primeiros, o método correlacional consegue ir para além da mera descrição dos fenómenos uma vez que o investigador consegue estabelecer e quantificar a relação entre as variáveis. Comparativamente com os métodos experimentais considera-se que o método correlacional não consegue estabelecer o significado de causalidade ao nível das relações encontradas (Almeida & Freire, 2008). Deste modo, a pesquisa presente recorreu ao Método Correlacional para perceber em que medida a obesidade se relaciona com a incidência e o surgimento de disfunções sexuais, em ambos os sexos. Além disso, procurou-se, através deste método, perceber a relação entre estas duas variáveis e a satisfação com a imagem corporal, assim como com a qualidade de vida sexual.

Posto isto, importa referir que no presente estudo utilizou-se, como forma de recolha de dados, questionários de autorresposta (preenchimento pelo sujeito).

Metodologia

Tipo de Amostragem

O processo de amostragem é complexo, sendo que por vezes é muito difícil recolher uma amostra representativa da população em estudo. Neste sentido, a amostra desta investigação foi obtida por um método de amostragem não-probabilístico ou não-aleatório, ou seja, neste tipo de amostragem a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (não seguindo, portanto, os princípios básicos da teoria das probabilidades) (Maroco, 2010). No caso particular deste estudo, optou-se por este tipo de amostragem devido às limitações de tempo, redução de custos e pelo rápido acesso a grupos de sujeitos de interesse para investigação em vigor (Maroco, 2010).

Por conseguinte, foram selecionadas duas amostras independentes de sujeitos (não se verifica a presença de qualquer tipo de relação ou fator unificador entre os elementos das amostras) (Maroco, 2010). Por um lado, a amostra que se optou por designar de Amostra Clínica e, por outro, a amostra que se denominou de Amostra Normativa.

A amostra designada por amostra clínica foi constituída por indivíduos que apresentaram um IMC igual ou superior a 25 ($IMC \geq 25$), que os situava ao nível do percentil de Excesso de Peso, e igual ou superior a 30 ($IMC \geq 30$) que, por sua vez, os situava ao nível da Obesidade obedecendo a critérios de IMC internacional, segundo a OMS. Por seu turno, a amostra denominada de amostra normativa compreendeu os indivíduos com peso baixo e peso normal.

Participantes

A amostra da presente investigação compreendeu 976 jovens-adultos portugueses, de ambos os géneros (feminino e masculino), com idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos.

Critérios de Inclusão e de Exclusão no Estudo

Adicionalmente importa referir que a aplicação deste estudo obedeceu a critérios de exclusão, nomeadamente a idade mínima e a idade máxima dos participantes, ou seja, estes deveriam possuir um mínimo de 15 anos e o máximo de 40 anos. Assim sendo, os sujeitos que apresentaram uma idade que se situava fora deste intervalo de idade [15 - 40] foram excluídos da amostra da investigação. Por outro lado, o critério de inclusão presente postulou

Parte Empírica

que os sujeitos participantes deveriam ter experienciado, previamente à participação no estudo, atividade sexual.

Caracterização da Amostra

Na realização do presente estudo contou-se com a colaboração total de 976 participantes de ambos os sexos (311 homens e 665 mulheres) com idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos de idade. Posto isto, importa referir que os participantes do género masculino representaram 31,9% da amostra, enquanto os do género feminino representaram os restantes 68,1%. No que reporta às idades dos participantes verificou-se que a média (M) consistiu no valor de 24,83 sendo o desvio padrão (DP) associado de 5,395. No que diz respeito ao estado civil observou-se que 798 participantes (81,8%) eram solteiros, sendo que desses 316 (32,4%) afirmaram ter uma relação de namoro. Adicionalmente, 160 participantes (16,4%) assinalaram viver em co-habitação (casamento e união de facto), enquanto 15 participantes (1,5%) referiram ser divorciados e, apenas 3 (0,3%) mencionaram ter o estado civil de viúvo.

No que concerne à variável IMC verificou-se que 597 participantes (61,2%) se situavam no percentil do peso normal (18,6 até 24,9). Por seu lado, cerca de 11,4% dos participantes apresentaram um Índice de Massa Corporal que os colocava ao nível da Obesidade, observando-se uma maior incidência ao nível da Obesidade de Tipo I (6,3%). Além disso, é importante destacar que 220 participantes (22,5%) apresentaram excesso de peso, enquanto 49 participantes (5%) registaram um IMC abaixo de 18,5%.

No que toca ao nível de escolaridade foi possível presenciar que 29 indivíduos (2,9%) possuíam habilitações ao nível do ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico). Por outro lado, 275 sujeitos, o que corresponde a uma percentagem de 28,2%, possuíam o ensino secundário e 529 participantes (54,2%) possuíam como habilitações literárias a licenciatura. Cerca de 138 sujeitos (14,1%) relataram possuir o mestrado como nível de escolaridade, sendo que, em última instância, 5 (0,5%) dos indivíduos mencionaram possuir o grau de doutorados.

Por último, foi possível verificar que ao nível do estatuto socioeconómico os participantes situavam-se maioritariamente no estatuto socioeconómico Médio (526 participantes - 53,89%). Os restantes distribuíram-se pelo estatuto sócio-económico Alto (1,5%), Médio Alto (10,3%), Médio Baixo (30,6%) e Baixo (3,6%).

Estas características podem melhor ser observadas nas tabelas apresentadas em seguida (Tabela 1 a 7).

Peso e Imagem Corporal, Disfunções Sexuais e Qualidade de Vida Sexual

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes: Género

Género			
		N	%
	Masculino	311	31,9
	Feminino	665	68,1

Tabela 2. Características sociodemográficas dos participantes: Idade

Idade	
Média	24,83
DP	5,395
Mínimo	15
Máximo	40

Tabela 3. Características sociodemográficas dos participantes: Nível de Escolaridade

Nível de Escolaridade		
	N	%
1º Ciclo	4	0,4
2º Ciclo	8	0,8
3º Ciclo	17	1,7
Secundário	275	28,2
Licenciatura	529	54,2
Mestrado	138	14,1
Doutoramento	5	0,5

Tabela 4. Características sociodemográficas dos participantes: Estatuto socio-económico

Estatuto Socio-económico		
	N	%
Alto	15	1,5
Medio Alto	101	10,3
Medio	526	53,9
Medio Baixo	299	30,6
Baixo	35	3,6

Parte Empírica

Tabela 5. Características sociodemográficas dos participantes: Estado Civil

Estado Civil		
	N	%
Solteiro	482	49,4
Casado	115	11,8
Viúvo	3	0,3
União de facto	45	4,6
Divorciado	15	1,5
Namoro	316	32,4

Tabela 6. Características sociodemográficas dos participantes: Nível de Ensino

Nível de Ensino		
	N	%
1º Ciclo	4	0,4
2º Ciclo	8	0,8
3º Ciclo	17	1,7
Secundário	275	28,2
Licenciatura	529	54,2
Mestrado	138	14,1
Doutoramento	5	0,5

Tabela 7. Características sociodemográficas dos participantes: IMC

IMC		
até 18,5 baixo peso	49	5
18,6 até 24,9 peso normal	597	61,2
25 até 29,9 excesso de peso	220	22,5
30 até 34,9 obesidade tipo I	61	6,3
35 até 39,9 obesidade severa	27	2,8
40 e mais obesidade morbida	22	2,3

Instrumentos

Para a realização deste trabalho optou-se pela aplicação de quatro questionários de autorregisto. A seguir descrevem-se detalhadamente cada um dos instrumentos utilizados.

Questionário Sociodemográfico

Este questionário é constituído por duas partes distintas. Na primeira parte prevalecem questões fechadas que visam o registo da caracterização dos sujeitos, incluindo informação como idade, género, estatuto socioeconómico, nível de ensino, profissão, estado civil, peso e altura corporal (para calcular o IMC) de cada participante.

Por sua vez, a segunda parte do questionário é composta por duas questões, cujo intuito é recolher informação sobre eventuais dados clínicos de cada sujeito, nomeadamente, perceber se existe ou existiu, em algum momento da sua vida, diagnóstico de perturbações psicológicas/ psiquiátricas e/ ou físicas/ fisiológicas. Para cada uma destas questões o indivíduo deverá colocar uma cruz (x) no quadrado correspondente à sua situação (*Não* ou *Sim*) e, caso a resposta seja afirmativa - *Sim* - deverá indicar, na pergunta seguinte, qual ou quais as perturbações/ problemas que lhe foram diagnosticados previamente à data de preenchimento do questionário (ver Anexo 5).

Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal

O segundo questionário utilizado foi o Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal de Raust-Von (1989), validado na versão portuguesa por Vasconcelos (Raposo et al., 2004). Este é composto por trinta itens que se referem a diferentes partes do corpo, sendo que cinco deles (unhas das mãos, unhas dos pés, pele, altura e volume corporal) foram acrescentados posteriormente, uma vez que revelaram grande importância para o nível de satisfação das pessoas com o seu corpo.

A escala de resposta possui cinco possibilidades ordenadas, que registam o grau de satisfação de forma crescente: Não Gosto (corresponde ao número 1), Gosto Pouco (corresponde ao número 2), Gosto (corresponde ao número 3), Gosto Bastante (corresponde ao número 4), Gosto Muito (corresponde ao número 5). Deve mencionar-se que o item intermédio (Gosto) não representa uma resposta de satisfação neutra, apresenta, por seu turno, um certo valor positivo. Posto isto, importa referir que as respostas dos sujeitos são somadas (pontuação mínima: 30; pontuação máxima: 150) sendo que quanto mais elevada a pontuação total maior será a satisfação do sujeito com a sua imagem corporal (ver Anexo 6)

Parte Empírica

Análise do Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal

Iniciou-se a análise da Satisfação com a Imagem Corporal investigando o grau de uniformidade ou coerência existente entre as 30 questões referentes à Satisfação com a Imagem Corporal. O valor de *alpha* de Cronbach obtido (0,902) indicou uma consistência interna muito boa deste grupo de questões.

Tabela 8. Estatística de Fiabilidade do QSIC para 30 itens.

α de Cronbach	Número de itens
,902	30

A análise da matriz de correlações entre itens mostrou a existência de correlações fracas negativas dos itens 1, 20 e 28 com os restantes itens, pelo que se optou pela exclusão destes itens da análise. O valor de *alpha* de Cronbach manteve-se elevado com a exclusão destes itens (0,904).

Tabela 9. Estatística de Fiabilidade do QSIC para 27 itens.

α de Cronbach	Número de itens
,904	27

Com o objetivo de reduzir o número de variáveis necessárias para explicar a satisfação dos participantes com a Imagem Corporal foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial (AF) a um grupo de 27 questões. As respostas às questões encontraram-se ordenadas numa escala de avaliação tipo *Likert* de sentido positivo, ou seja, as respostas foram classificadas numa escala crescente de 1 a 5 (1= Não Gosto a 5= Gosto Muito).

Deste modo, iniciou-se a análise investigando qual foi o grau de adequação da aplicação da Análise Fatorial aos dados. Para tal aplicaram-se os testes *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o de Esfericidade de *Bartlett*.

O valor de KMO encontrado (Tabela 10) foi de 0,904, o que indicou uma adequação muito boa desta técnica (Maroco, 2007). O teste de Bartlett ($p=0,000<0,05$) demonstrou também que as variáveis se encontravam todas correlacionadas significativamente.

Peso e Imagem Corporal, Disfunções Sexuais e Qualidade de Vida Sexual

Tabela 10. Teste KMO e de Esfericidade de Bartlett para QSIC (27 itens).

Kaiser-Meyer-Olkin Medida de Adequação da Amostra		,904
Teste de Esfericidade de Bartlett	Approx. Qui-quadrado gl p-valor	12759,418 351 ,000

Por outro lado, utilizou-se o método de componentes principais na extração dos fatores e aplicou-se o método de rotação *Varimax* na obtenção da solução fatorial. A estimação dos *scores* foi efetuada pelo método dos mínimos quadrados ponderados. Desta forma, a solução fatorial obtida identificou cinco fatores latentes, que explicaram 58,3% da variabilidade total. A tabela 11 apresenta o agrupamento das 27 variáveis distribuídas pelos 5 fatores latentes, a consistência interna e a variância explicada por cada fator.

Tabela 11. Resumo da solução fatorial rodada: 27 itens do QSIC.

Designação dos fatores	Identificação dos Itens	N itens	Alpha de Cronbach	% Variância explicada
<i>F1SIC: Zonas de Acumulação de Gordura</i>	19, 21, 22, 23, 24, 25	6	0,894	31,4
<i>F2SIC: Extremidades e Peito</i>	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	9	0,864	12,2
<i>F3SIC: Partes da Face</i>	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	8	0,821	5,6
<i>F4SIC: Pés</i>	26, 27	2	0,82	4,7
<i>F5SIC: Estrutura Corporal</i>	29, 30	2	0,626	4,4

Estes fatores encontraram-se, na forma estandardizada, com média zero e desvio padrão um. Relativamente à forma da distribuição, esta averiguou-se através do teste de aderência à normalidade (Kolmogorov-Smirnov), para perceber se os fatores acima

Parte Empírica

mencionados seguiam uma distribuição normal. Com base na tabela 12 e nas probabilidades de significância associadas a este teste concluiu-se que para os fatores F1SIC, F2SIC e F3SIC falha o pressuposto da normalidade (pois $p\text{-valor}=0,000<0,05$, isto é, rejeita-se a hipótese nula de normalidade das distribuições). Apenas os fatores latentes F4SIC e F5SIC seguiram distribuição normal.

Tabela 12. Teste de aderência à normalidade: fatores latentes de Satisfação com Imagem Corporal.

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estatística	gl	p-valor
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	,053	976	,000
F2SIC_Extremidades e Peito	,057	976	,000
F3SIC_Part es da Face	,062	976	,000
F4SIC_Pés	,027	976	,091*
F5SIC_Estrutura Corporal	,020	976	,200*

* $p>0,05$

Neste sentido, e uma vez que pelo menos um dos fatores latentes extraídos não segue distribuição normal, optou-se pela aplicação de métodos não paramétricos na comparação dos fatores latentes de Satisfação com a Imagem Corporal segundo características sócio-demográficas dos sujeitos participantes.

Questionário de Funcionamento Sexual (QFS)

O terceiro questionário aplicado - Questionário de Funcionamento Sexual (QFS) - é constituído por duas versões, isto é, versão Feminina e versão Masculina. Este instrumento avalia os comportamentos de cada participante relativamente a aspetos da sexualidade. O mesmo questionário assume um caráter de check-list, cujo objetivo é determinar a ocorrência de sintomatologia prevalente de acordo com critérios da Disfunção Sexual.

Assim sendo, este instrumento de avaliação é composto por duas partes distintas. A primeira parte (Parte A) é composta por quatro questões de resposta categorizada e fechada. Esta parte é comum a ambas as versões feminina e masculina. Importa referir que no início desta efetua-se uma questão introdutória (*“Alguma vez lhe foi diagnosticado ou receitado algum tratamento para um problema sexual?”*) onde se pretende perceber, de um modo generalista, se existem antecedentes de problemas sexuais. A resposta a esta questão é dicotómica - *Sim/ Não*. Adicionalmente, importa salientar que nesta primeira parte objetiva-se compreender se estão presentes no sujeito pensamentos de desinteresse e/ ou falta de desejo sexual, a frequência da atividade sexual (último mês), a capacidade do indivíduo para apreciar a atividade sexual e a satisfação do mesmo com o seu funcionamento sexual.

Por seu turno, a segunda parte deste questionário abrange as versões Feminina e Masculina, que são distintas entre si. Deste modo, a versão Feminina está organizada por sete questões (desde a questão cinco à onze). Por conseguinte, pretende-se avaliar a frequência e facilidade em ficar sexualmente excitada; facilidade em manter uma lubrificação sexual adequada durante a atividade sexual; frequência da dificuldade em atingir o orgasmo; frequência da capacidade em atingir o orgasmo; satisfação com a capacidade para atingir o orgasmo; satisfação com a intensidade do orgasmo.

No que concerne a versão Masculina, importa destacar que esta parte é constituída por oito questões (da questão número cinco à doze), também elas de resposta fechada e organizadas por categorias. Nesta versão pretende-se avaliar a frequência, capacidade e a morosidade em obter uma ereção; capacidade em manter uma ereção o tempo necessário para ter relações sexuais; dificuldade na ejaculação; frequência em ter um orgasmo com pouca ou nenhuma ejaculação; frequência em obter uma ejaculação retardada e precoce.

Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL - Sexual Quality of Life)

O último questionário empregue neste estudo consistiu no Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL - Sexual Quality of Life). Este é composto por duas versões - Feminina e Masculina - e por um conjunto de afirmações (formuladas afirmativa e negativamente) que representam pensamentos e sentimentos que podem surgir na vivência e na prática da vida sexual.

A versão Feminina é formada por dezoito questões, sendo que a escala de resposta possui seis possibilidades ordenadas de forma crescente: 1 - Concordo Completamente; 2- Concordo Moderadamente; 3- Concordo Ligeiramente; 4- Discordo Ligeiramente, 5- Discordo Moderadamente e 6- Discordo Completamente. Porém, feita uma adaptação no âmbito deste trabalho, sendo que se optou por excluir a opção de resposta número 6, alterando a quinta opção para Discordo (5 - Discordo). Deste modo, pretende-se avaliar o modo como o sujeito participante percebe a sua vida sexual, nomeadamente no que concerne à dimensão emocional (e.g.: *“Quando penso na minha vida sexual, sinto-me menos mulher”*), dimensão satisfação sexual (e.g.: *“Quando penso na minha vida sexual, penso numa parte agradável da minha vida”*) e dimensão ansiedade e futuro (e.g.: *“Preocupo-me com o futuro da minha vida sexual”*). No que toca à versão masculina, manteve-se a mesma escala de resposta. Nesta versão procurou-se avaliar a qualidade de vida sexual do sujeito relativamente à dimensão emocional (e.g.: *“Quando penso na minha vida sexual, sinto-me deprimido”*) e à dimensão preocupação (e.g.: *“Quando penso na minha vida sexual, preocupo-me que a minha parceira se sinta magoada ou rejeitada”*).

Uma adaptação foi realizada, no âmbito deste trabalho, tendo em vista a validação do mesmo, de acordo com critérios psicométricos.

Análise do Questionário de Qualidade de Vida Sexual

Com o intuito de verificar a consistência interna do grupo de itens que contribuíram para definir a qualidade de vida sexual percebida pelos sujeitos participantes no estudo, utilizou-se o coeficiente alpha de Cronbach. Neste sentido, este coeficiente foi calculado separadamente para o conjunto de itens que constituíam a versão feminina e a versão masculina.

Os valores obtidos (0,92 e 0,907, respectivamente) mostraram uma consistência interna deste questionário muito boa (ver tabela 13).

Tabela 13. Estatística de fiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL).

Versão Feminina		Versão Masculina	
Cronbach's Alpha	N of Items	Cronbach's Alpha	N of Items
0,92	18	0,907	11

A análise fatorial com rotação *Varimax* mostrou, através do teste de Bartlett ($p=0,000$), que existia correlação entre os 18 itens da versão feminina e os 11 itens da versão masculina, ajustando-se muito bem os dados à análise, conforme o KMO (0,950 e 0,924, respectivamente) (Tabela 14).

Por conseguinte, os três fatores extraídos para a versão feminina explicaram 66,2% da variação dos dados, enquanto os dois fatores extraídos para a versão masculina explicaram 68,1% da variabilidade total.

Na versão feminina, o primeiro fator designou-se por Dimensão Emocional e agrupou nove itens. A percentagem de variância explicada por este fator foi de 47,7%, e a fiabilidade foi considerada muito boa (0,889). Já o segundo fator denominou-se por Dimensão Satisfação e compreendeu sete itens. Demonstrou, igualmente, uma consistência interna muito boa, medida pelo *alpha* de Cronbach (0,897). A percentagem de variância explicada por este fator foi de 8,6%. Por seu turno, o terceiro fator englobou dois itens e traduziu o Domínio da Ansiedade e Futuro. O mesmo fator explicou 5,8% da variabilidade total.

No que concerne a versão masculina, o primeiro fator agrupou nove itens e também correspondeu ao Domínio Emocional. Este fator explicou 57,2% da variabilidade dos dados e apresentou uma consistência interna excelente. O segundo fator foi definido como Dimensão Preocupação e explicou 10,8% da variabilidade. A tabela 15 resume a informação dos fatores latentes extraídos através da análise fatorial anteriormente referida.

Peso e Imagem Corporal, Disfunções Sexuais e Qualidade de Vida Sexual

Tabela 14. Teste KMO e de Bartlett para SQoL: versão Feminina e versão Masculina.

Versão Feminina		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,950
	Approx. Chi-Square	6862,808
Bartlett's Test of Sphericity	Df	153
	Sig.	0,000
Versão Masculina		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,924
	Approx. Chi-Square	2243,849
Bartlett's Test of Sphericity	df	55
	Sig.	0,000

Tabela 15. Resumo da solução fatorial rodada do SQoL, versão feminina e masculina.

Designação dos fatores	Identificação dos Itens	N itens	Alpha de Cronbach	% Variância explicada
Versão Feminina				
<i>F1QoL_F: Dimensão Emocional</i>	4, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17	9	0,889	47,7
<i>F2QoL_F: Dimensão Satisfação</i>	1, 2, 3, 5, 9, 13, 18	7	0,897	8,6
<i>F3QoL_F: Dimensão Ansiedade e Futuro</i>	7, 10	2	0,444	5,8
Versão Masculina				
<i>F1QoL_M: Dimensão Emocional</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11	9	0,933	57,2
<i>F2QoL_M: Dimensão Preocupação</i>	7, 10	2	0,57	10,8

Neste seguimento, tornou-se importante analisar a significância das características idade e obesidade nestes fatores segundo o género dos sujeitos. Para isso, antes de se prosseguir com a comparação de valores médios obtidos, procurou-se conhecer a forma da distribuição destes fatores para decidir sobre que tipo de testes aplicar (paramétricos ou não paramétricos).

A probabilidade de significância associada ao teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$), permitiu concluir pela rejeição da hipótese nula de normalidade das distribuições (Tabela 16).

Parte Empírica

Tal facto significou que era, por conseguinte, necessário recorrer à aplicação de testes não paramétricos para avaliar a significância da idade e da obesidade, na perceção de homens e mulheres relativamente à sua qualidade de vida sexual, nos diferentes domínios considerados.

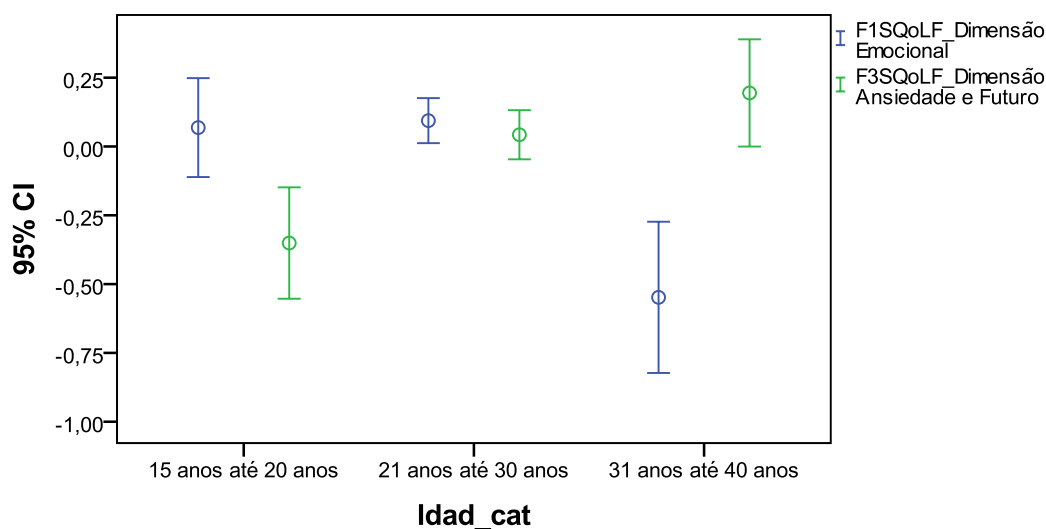
Tabela 16. Teste de aderência à normalidade: fatores latentes de Satisfação com Qualidade de Vida.

	Teste de Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	p-valor
Versão Feminina			
<i>F1QoL_F: Dimensão Emocional</i>	0,148	665	0,000
<i>F2QoL_F: Dimensão Satisfação</i>	0,106	665	0,000
<i>F3QoL_F: Dimensão Ansiedade e Futuro</i>	0,040	665	0,015
Versão Masculina			
<i>F1QoL_M: Dimensão Emocional</i>	0,219	311	0,000
<i>F2QoL_M: Dimensão Preocupação</i>	0,070	311	0,001

Relativamente à qualidade de vida sexual percecionada segundo a faixa etária, verificou-se que as mulheres mais velhas (mais de 30 anos) encontravam-se, em média, emocionalmente mais abatidas, bem como apresentaram valores mais elevados de ansiedade face ao futuro da sua qualidade de vida sexual comparativamente com as mulheres mais jovens (15 e os 20 anos) (ver tabela 17). De facto, por um lado, sendo p-valor=0,000, rejeitou-se a hipótese nula de igualdade de médias entre as diferentes faixas etárias face à qualidade de vida sexual percecionada para as dimensões F1SQoL e F3SQoL.

Por outro lado, o gráfico seguinte (Figura. 1) permitiu verificar entre que grupos etários existiram efetivamente diferenças. Uma vez que não existiu sobreposição de barras para os grupos etários dos 15 aos 20 anos e mais de 30 anos, concluiu-se que as diferenças entre estes dois grupos são significativas.

Figura 1. Resultados dos *Intervalos de confiança para a comparação de médias dos domínios SIC segundo faixa etária*



Procedimento

Num primeiro momento, e após a seleção da temática do presente trabalho, foi necessário realizar-se uma revisão da literatura tendo como base cinco palavras-chave:

- Obesidade;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Imagem Corporal;
- Disfunções Sexuais;
- Qualidade de Vida Sexual.

Posteriormente, procedeu-se à formalização de um pedido de autorização ao Professor Doutor Vasconcelos Raposo para a utilização do Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal (versão original de Raust-Von, 1989). Concomitantemente, selecionou-se os outros dois instrumentos utilizados para avaliar o funcionamento e a qualidade de vida sexual, bem como se elaborou o questionário sociodemográfico.

Após a aprovação obtida para a utilização do Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal (Raposo, 2004), a contemplação de aspetos éticos (confidencialidade, anonimato, direito a abandonar a investigação em qualquer momento e possibilidade de aceder aos resultados do trabalho), metodológicos e procedimentais, da presente investigação, procedeu-se à concretização da recolha da amostra. Esta recolha foi efetuada por recurso à Internet, nomeadamente através da criação de um formulário (designado "Peso Corporal, Perceção da Imagem Corporal e Prevalência de Disfunções Sexuais: sua dinâmica e impacto na Qualidade de Vida Sexual") online através do Google Docs, onde se encontravam para preenchimento on-line os instrumentos que constituíram este estudo.

Parte Empírica

A publicitação e divulgação do formulário construído para efeitos de estudo foi efetuada através de diversos meios, particularmente, pela inscrição na comunidade virtual “The Power of Change” - uma comunidade que existe para juntar aqueles que querem mudar de vida, baseando-se no princípio de que todos estão aptos para mudar as suas vidas para melhor, através do apoio de outros que já venceram ou estão a vencer os desafios da vida; criação de um blog online intitulado “Imagem Corporal e Disfunções Sexuais” onde se forneceram informações alusivas à natureza do estudo atual e do investigador responsável. Além disso, também era possível aceder ao formulário da investigação através do respetivo link que se encontrava neste blog.

Adicionalmente, foi realizado um pedido formal à direção da Associação de Obesos e Ex-obesos de Portugal (ADEXO), assim como à direção da Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria, Lisboa. Em seguida, uma vez concedida a autorização e anuídas as aprovações éticas e administrativas, procedeu-se à informação a cada sujeito participante da finalidade do estudo em vigor através da apresentação do consentimento informado. Neste seguimento, solicitou-se que os participantes assinam-se por escrito o mesmo, caso tivessem interesse em participar. Decorridos estes procedimentos iniciou-se a administração das provas na Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria. Importa referir que todos os participantes foram devidamente informados do seu direito em desistir ou abandonar a participação no estudo em qualquer momento/ fase do mesmo.

Depois de recolhidos, os dados obtidos pelo formulário online, foram exportados para um ficheiro Microsoft Office Excel e, posteriormente tratados num software aplicativo científico designado SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais (versão 19.0). O mesmo sucedeu com os dados obtidos através da Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria.

A Internet como suporte de investigação

O aparecimento da Internet remota ao ano de 1962, data em que J. C. R. Licklider (*Massachusetts Institute of Technology*) registou uns memorandos referindo-se a uma “Galactic Network”. Para o desenvolvimento desta rede vários foram os investigadores que contribuíram. Desenvolvimento este que se desenrolou ao longo das últimas décadas (Oliveira, 2004).

No final da década de 80 e durante a década de 90 assistiu-se a um aumento da utilização da Internet em escolas, universidades, empresas e, mais recentemente pelo público geral (Oliveira, 2004).

O recurso à internet como meio de recolha de dados, de acordo com Barros, Martín & Pinto (2010) consiste numa possibilidade tão viável como a recolha de dados tradicional. Este

método permite recolher dados de grandes amostras e, simultaneamente, facultar a construção automática de bases de dados, que, conseqüentemente, possibilita um menor dispêndio de tempo e diminui os erros humanos (Seligman et al., 2005 cit. in Barros et al., 2010).

Segundo Pereira, Leal & Maroco (2009) a utilização das tecnologias de informação na população portuguesa tem sofrido um aumento significativo. Adicionalmente, importa ressaltar que as faixas etárias mais jovens recorrem mais à Internet, enquanto oito em cada dez especialistas de profissões intelectuais e científicas utilizam a Internet.

A informação on-line constitui um grande desafio relativamente à ansiedade e à confiança (Barber, 2001 cit. in Pereira et al., 2009). Deste modo, a investigação através da internet deve ser sujeita aos mesmos princípios éticos que a investigação psicológica mais tradicional. Assim, de acordo com a Association of Internet Researchers Ethics Working Committee (2001, cit. in Pereira et al., 2009) os investigadores que utilizam a internet como um recurso de investigação devem não causar dano; garantir o anonimato dos indivíduos participantes; proteger a confidencialidade de todos os dados da pesquisa que possam identificar os sujeitos; obter o consentimento informado.

Questões Éticas da Investigação através da Internet

A internet é habitualmente associada a um domínio público e de fácil acesso para o público em geral, apesar de muitos utilizadores considerarem as suas interações on-line como conversas privadas (Pereira et al., 2009).

A realização de uma investigação envolve a utilização obrigatória do consentimento informado. Todavia, a sua aquisição através de utilizadores da Internet pode ser complexa. Para tal pode-se recorrer ao envio de e-mail para o endereço de e-mail de cada participante, bem como pode proceder-se à apresentação numa página *Web*, subscrever uma assinatura junto de um servidor comunitário e criar uma sala de conversação ou uma comunidade (Pereira et al., 2009). Para efeitos do estudo presente utilizou-se o consentimento informado através da apresentação de uma página *Web*.

Contudo, a validação virtual de um consentimento informado on-line é difícil, uma vez que falta uma interação investigador-sujeito. Esta característica impossibilita que se conheça a idade real dos sujeitos, as competências mentais e a compreensão dos mesmos (Pereira et al., 2009). Deste modo, os investigadores devem identificar as suas posições desde o início do seu estudo, procurando tornar claros os objetivos do trabalho e possibilitar o acesso atempado ao consentimento informado (Pereira et al., 2009).

Segundo Eysenbach & Wyatt (2002, cit. in Pereira et al., 2009) os pesquisadores devem ter em linha de conta, quando delineiam uma investigação com base na Internet, uma série de considerações éticas:

- O estudo não poderá ser intrusivo;
- A privacidade percebida deve ser clarificada;

Parte Empírica

- Membros vulneráveis da população deverão ser preservados;
- Dano potencial deve ser absolutamente evitado;
- O consentimento informado e a confidencialidade devem ser assegurados;
- A propriedade intelectual deve ser respeitada.

A utilização de inquéritos para amostragens on-line

A utilização de inquéritos on-line pode ser conduzida através de entrevistas interativas ou questionários desenvolvidos para autopreenchimento (Pereira et al., 2009).

Por conseguinte, o investigador que utiliza um inquérito on-line deve possuir alguns conhecimentos ou habilidades tecnológicas, tornando esta metodologia numa mais-valia (Pereira et al., 2009). Deste modo, (Pereira et al., 2009) menciona que a Internet como suporte de investigação permite o envio rápido e processamento dos dados a baixo custo; possibilita a proteção contra respostas múltiplas pelo mesmo indivíduo através da utilização de palavras-chave (password); os inquéritos on-line demonstram boa validade interna e os dados podem ser analisados com maior prontidão (Pereira et al., 2009).

Contudo, a internet como suporte de investigação pode apresentar algumas contraindicações, tais como o “efeito do voluntário” - os participantes respondem ao questionário apenas quando lhe interessa ou porque estão motivados pelos incentivos externos que o seu preenchimento lhes pode proporcionar (Pereira et al., 2009). Além disso, destacam-se as características de personalidade dos respondentes, que, por seu lado, podem enviesar os dados. Para que tal não se verifique é necessário avaliar se o trabalho de investigação que se pretende realizar é apropriado para a população de utilizadores da Internet (Pereira et al., 2009).

Operacionalização das variáveis

No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com algo que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação (Maroco, 2010). Este algo designa-se por variável (Maroco, 2010). Deste modo, a estatística procura estudar as variáveis e a informação que estas podem fornecer (Maroco, 2010).

Natureza das escalas de medida

As variáveis estatísticas podem ser classificadas, de acordo com McCall (1998, *cit. in* Maroco, 2010) em Variáveis Qualitativas, ou seja, variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustivas e mutuamente exclusivas. Estas podem ser medidas numa escala Nominal ou Ordinal.

Escala Nominal

As variáveis são medidas em classes discretas, mas não é possível estabelecer à partida um qualquer tipo de qualificação ou ordenação. O género dos participantes (masculino ou feminino) é um exemplo de escalas de medida nominal (Maroco, 2010).

No trabalho vigente as variáveis nominais foram o género, o estado civil, problemas psicológicos e problemas físicos, bem como alguns itens do Questionário de Funcionamento Sexual (QFS - item 2, ambas as versões; item 7, 8 e 9 da versão masculina).

Escala Ordinal

As variáveis são medidas em classes discretas entre as quais é possível definir uma determinada ordem, segundo uma relação descritível mas não quantificável. São exemplo disso, a idade categorizada, o nível de ensino, o estatuto socioeconómico, o IMC categorizado, bem como as Escalas de Likert - Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal: 1- Não Gosto; 2- Gosto Pouco; 3- Gosto; 4- Gosto Bastante; 5- Gosto Muito; alguns itens do Questionário de Funcionamento Sexual (QFS) e o Questionário de Qualidade de Vida Sexual (SQoL - 1: Concordo Completamente; 2: Concordo Moderadamente; 3- Concordo Ligeiramente; 4- Discordo Ligeiramente; 5- Discordo).

Variáveis Quantitativas

As variáveis quantitativas são variáveis cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas (Maroco, 2010). Exemplos disso são as variáveis identidade do sujeito, idade bruta, IMC bruto.

- O modelo em estudo propõe-se a avaliar se existe relação entre a obesidade e a prevalência de disfunções sexuais, bem como compreender se esta relação é influenciada pela satisfação com a imagem corporal e/ ou pela qualidade de vida sexual. Para o efeito definiram-se as variáveis com maior relevância para o estudo.

Definição de variáveis

- **Variáveis Principais:** as variáveis principais são as variáveis que, tal como o nome indica, tiveram uma importância primordial no desenvolvimento do estudo, isto é, são as variáveis que compõem o título do mesmo. Assim sendo, as variáveis são IMC, Satisfação com a Imagem Corporal - zonas de acumulação de gordura, extremidades e peito, partes da face, pés e estrutura corporal; Disfunções Sexuais (Funcionamento Sexual) e Qualidade de Vida Sexual.

- **Variáveis secundárias:** consistem em variáveis que contribuíram para a análise dos fenómenos explicados pelo estudo (e.g.: idade, género, IMC, estatuto socio-económico,

Parte Empírica

estado civil, nível de escolaridade, presença ou ausência de perturbações psicológicas e físicas).

Análise Estatística

A análise estatística dos dados obtidos realizou-se através da versão 19.0 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Iniciou-se o processo de análise dos dados com a descrição e resumo das variáveis sociodemográficas em estudo, calculando as estatísticas descritivas associadas (frequências absolutas, relativas, médias e desvio padrão).

Análise de Fiabilidade

Com o intuito de analisar as propriedades psicométricas de cada uma das questões que compõem os diferentes questionários utilizados no estudo começou-se por verificar a fiabilidade das mesmas através da análise do coeficiente *alpha* de *Cronbach*. Este coeficiente é uma das medidas mais usadas para verificar a consistência interna de um grupo de itens, medidos numa escala de avaliação de *Likert*, podendo definir-se como “a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos sujeitos inquiridos” (Pestana & Gageiro, 2008).

Os valores deste coeficiente variam entre 0 e 1 considerando-se: muito boa - valores superiores a 0.9; boa - valores de *alpha* entre 0.7 e 0.8; razoável - para valores de *alpha* entre 0.6 e 0.7; e fraca ou inadmissível para valores inferiores a 0.5 (Pestana & Gageiro, 2008).

Foram ainda analisadas as correlações entre itens. Estas correlações devem ser relativamente elevadas (0,4 a 0,7) e os valores devem ser todos positivos e significativos, isto porque se assume que cada item mede alguma coisa em comum com os outros itens. Assim, optou-se por remover da análise os itens que não se correlacionam adequadamente com os restantes itens (Hill e Hill, p.139).

Análise Fatorial

Com o objetivo de reduzir o número de variáveis necessárias para explicar a satisfação dos participantes com a Imagem Corporal e com a Qualidade de Vida Sexual foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial (AF) ao conjunto de questões de cada questionário. As respostas às questões encontram-se ordenadas numa escala de avaliação tipo *Likert*.

Esta técnica engloba um conjunto de técnicas estatísticas, cujo objetivo é representar ou descrever um número de variáveis iniciais, através de um menor número de

variáveis hipotéticas. Além disso, possibilita determinar e quantificar como cada fator se associa a cada variável, e, como o conjunto de fatores explica a variabilidade geral dos dados originais (Pestana & Gageiro, 2008).

Iniciou-se a análise investigando qual é o grau de suscetibilidade ou o ajuste dos dados à Análise Fatorial. Para tal aplicaram-se os testes *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e de Esfericidade de *Bartlett*. O KMO apresenta valores normalizados entre 0 e 1 e mostra qual é a proporção da variância que as variáveis (itens do questionário utilizado) apresentam em comum ou a proporção desta que são devidas a fatores comuns. O teste de Esfericidade de *Bartlett* é baseado na distribuição Qui-quadrado e testa a hipótese nula que não há correlação entre as variáveis. Valores de significância menores que 0,001 permitem rejeitar a hipótese nula, ou seja, indicam que os valores são adequados para o tratamento com o método em questão (Maroco, 2010).

O método de extração de fatores aplicado foi o método das Componentes Principais, que, não considera, à priori, qualquer normalidade das variáveis envolvidas. Este procedimento estatístico multivariado permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas e designadas por componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo complexidade de interpretação dos dados (Pestana e Gageiro, 2005, p.488). Tecnicamente os fatores são obtidos a partir de uma decomposição da matriz de correlação, o que possibilita obter os pesos fatoriais (*loadings*).

A decisão sobre o número de fatores a extrair baseia-se no critério da percentagem de variância explicada e no critério *Scree* (número de valores próprios superiores à unidade), sustentados analiticamente pela tabela Total de Variância Explicada e graficamente pelo *Scree-Plot* (Maroco, 2010).

A matriz de componentes mostra os coeficientes ou pesos que correlacionam as variáveis originais com os fatores extraídos. No entanto, nem sempre a solução fatorial encontrada é interpretável, isto é, os pesos fatoriais das variáveis nos fatores comuns podem ser tais, que não é possível atribuir um significado empírico aos fatores extraídos. Para potenciar uma melhor interpretabilidade dos fatores aplicou-se o método de rotação de fatores. A maioria dos métodos de rotação procura que os pesos fatoriais de um conjunto reduzido de variáveis seja o maior possível num fator e o menor possível noutros fatores ortogonais. O método de rotação aplicado foi o *Varimax*. Trata-se de um método de rotação ortogonal que minimiza o número de variáveis que cada agrupamento terá e na qual uma e apenas uma das variáveis originais está fortemente associada com um único fator, e pouco associada com os restantes fatores (Maroco, 2010).

Nas matrizes de componentes inicial e rodada os coeficientes com valores absolutos menores que 0,30 foram eliminados (*suppress absolute values less than*). Os casos com valores omissos para qualquer das variáveis usadas em qualquer das análises foram excluídos (*exclude cases listwise*).

Parte Empírica

Os valores dos fatores (*fator scores*) foram estimados utilizando o método de *Bartlett*. Estes fatores encontram-se na forma estandarizada, com média zero e desvio padrão um, e foram posteriormente usados como novas variáveis quantitativas no modelo em estudo.

Análise Inferencial

Utilizaram-se testes paramétricos sempre que as condições de normalidade e homogeneidade das variâncias se verificaram. Para testar a normalidade utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias utilizou-se o teste de Levene.

Utilizou-se o teste *t-Student* para comparação de médias de uma variável com distribuição normal para duas amostras independentes. Quando esta condição não se verificou, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney U. Utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis como alternativa não paramétrica à Anova para comparar variáveis ordinais com variáveis quantitativas. O teste de Qui-quadrado foi empregue com o objetivo de testar a independência de variáveis qualitativas. No caso das escalas nominais com dois valores foi utilizado como alternativa para melhorar a estatística de qui-quadrado o teste de qui-quadrado corrigido (Maroco, 2007).

Para a medir a intensidade e direção da associação entre duas variáveis quantitativa foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Os valores deste coeficiente de correlação variam entre -1 e 1, indicando as correlações próximas de 0 a ausência de correlação entre as variáveis e valores próximos de 1 e -1 correlações fortes entre as variáveis.

Análise de Regressão

No sentido de prever o grau de satisfação com o funcionamento sexual (QFS4) em função de diferentes indicadores de funcionamento sexual (restantes itens que compõem o questionário de Funcionamento Sexual) segundo o gênero dos sujeitos, recorreu-se à regressão linear múltipla. Nos modelos ajustados, a estimação dos coeficientes foi feita com base no método dos mínimos quadrados. A avaliação da significância do modelo foi feita por recurso à análise de variância (ANOVA). Para avaliar a qualidade de ajuste do modelo aos dados analisou-se o coeficiente de determinação (R^2). Para averiguar qual ou quais as variáveis que têm significância para o modelo, testou-se os coeficientes do modelo de regressão com base na estatística de teste *t-Student*.

Capítulo 3

Resultados

Caracterização dos sujeitos participantes segundo o Índice de Massa Corporal

No estudo participaram 976 sujeitos, sendo que 311 eram do género masculino e 665 do género feminino, distribuindo-se por todas as categorias de Índice de Massa Corporal (IMC) consideradas pela Organização Mundial de Saúde. Assim, assistiu-se a uma maior concentração percentual de sujeitos situados no percentil normal de peso ($n=597$; 61,2%), quer do género feminino (65,6%), quer do género masculino (51,8%). Também a percentagem de sujeitos com IMC classificado nos três tipos de obesidade foi idêntica para Homens (11,5%) e para Mulheres (11,3%), havendo, no entanto, uma maior percentagem de mulheres a apresentar Obesidade Mórbida (2,6%). Na categoria excesso de peso verificou-se uma maior incidência de sujeitos do género masculino (35% contra 16,7% do género feminino). A análise da probabilidade de significância associada ao teste de qui-quadrado ($p=0,000$) comprova a existência de uma incidência diferenciada de casos nas diferentes categorias de IMC segundo o género (Tabela 17).

O mesmo sucedeu quando se analisou a dependência da variável IMC com a faixa etária ($p<0,001$, pelo que se rejeitou a hipótese nula - H_0 - de independência entre as variáveis). Constatou-se, portanto, que os sujeitos mais novos apresentaram na sua maioria peso normal (68,1% - faixa etária dos 15 aos 20 anos e 65,5% - faixa etária dos 21 aos 30 anos), enquanto os sujeitos mais velhos (mais de 31 anos) concentraram-se maioritariamente nas categorias peso normal ou excesso de peso (34,7% e 30%, respetivamente). Relativamente aos casos de obesidade, enquanto nos sujeitos mais novos existiram cerca de 6% de casos, na faixa etária com mais de 30 anos registaram-se 35,4% de casos.

Considerando ainda a classificação da OMS para os percentis de IMC segundo o estatuto socioeconómico dos sujeitos participantes no estudo (Tabela 18), registaram-se 8 casos de obesidade (25%) de sujeitos com nível socioeconómico Baixo, 81 obesos de estatuto socioeconómico Médio (10%) e apenas 2 sujeitos do nível socioeconómico Alto (14%). Para os três níveis socioeconómicos considerados (Baixo, Médio e Alto) a maioria dos sujeitos encontrava-se na categoria de peso normal (66%, 61% e 53%, respetivamente). Daí, a análise da probabilidade de significância associada ao teste de qui-quadrado evidenciar que não existiu uma relação de dependência entre estas duas variáveis. De facto, como o $p=0,170$ retirar $>0,05$ não se rejeitou a hipótese nula de independência entre as variáveis, isto é, não existe uma incidência diferenciada nas diferentes categorias de IMC segundo o estatuto socioeconómico dos sujeitos.

Resultados da Investigação

Tabela 17. Resultados de Distribuição dos sujeitos segundo o IMC por Género e Faixa etária (n=976).

Categorias de IMC		Género		p-valor	Faixa etária			p-valor
		M	F		15 - 20 anos	21- 30 anos	31 - 40 anos	
Baixo peso (<18,5)	N	6	43		13	36	0	
	%	1,90%	6,50%		8,00%	5,40%	0,00%	
Peso normal (18,6-24,9)	N	161	436		111	434	52	
	%	51,80%	65,60%		68,10%	65,50%	34,70%	
Excesso de peso (25-29,9)	N	109	111	0,000*	29	146	45	0,000*
	%	35,00%	16,70%		17,80%	22,00%	30,00%	
Obesidade tipo I (30-34,9)	N	21	40		8	32	21	
	%	6,80%	6,00%		4,90%	4,80%	14,00%	
Obesidade severa (35- 39,9)	N	9	18		1	7	19	
	%	2,90%	2,70%		0,60%	1,10%	12,70%	
Obesidade mórbida (³ 40)	N	5	17		1	8	13	
	%	1,60%	2,60%		0,60%	1,20%	8,70%	

*p<0.001

Tabela 18. Resultados da Distribuição dos sujeitos segundo o IMC por Estatuto Socioeconómico.

Categorias de IMC		Estatuto Económico			p-valor
		Baixo	Médio	Alto	
Baixo peso (<18,5)	N	0	49	0	
	%	0%	5%	0%	
Peso normal (18,6-24,9)	N	23	566	8	
	%	66%	61%	53%	
Excesso de peso (25-29,9)	N	4	211	5	
	%	11%	23%	33%	0,170
Obesidade tipo I (30-34,9)	N	4	56	1	
	%	11%	6%	7%	
Obesidade severa (35- 39,9)	N	3	23	1	
	%	9%	2%	7%	
Obesidade mórbida (>=40)	N	1	21	0	
	%	3%	2%	0%	

No sentido de analisar se existe uma incidência diferenciada do número de sujeitos com problemas psicológicos segundo o género, o grupo etário e a obesidade, aplicou-se o teste de independência de qui-quadrado.

A análise do valor da probabilidade de significância associada ao teste de qui-quadrado, evidenciou que existiu uma dependência da incidência de problemas psicológicos segundo o género ($p=0,001<0,05$) e a obesidade ($p=0,020<0,05$). Os valores de frequência presentes na tabela seguinte (Tabela 19) mostram uma maior incidência de problemas psicológicos nas mulheres comparativamente com os homens. O mesmo sucede considerando a obesidade, isto é, existe uma maior incidência de problemas psicológicos nos sujeitos obesos comparativamente com os não obesos.

A incidência de problemas psicológicos mostrou-se independente da idade dos sujeitos ($p=0,207>0,05$).

Tabela 19. Resultados para a distribuição dos sujeitos segundo os problemas psicológicos por Género, Idade categorizada e Peso (n=976).

		Genero		P-valor	Idad_cat			P-valor	Obesidade		P-valor
		M	F		15 - 20 anos	21-30 anos	31 - 40 anos		Não obeso	Obeso	
ProbPsic	Não	N	293	581	0,001*	148	598	128	783	91	0,207
		%	94%	87%		91%	90%	85%	90%	83%	
	Sim	N	18	84		15	65	22	83	19	
		%	6%	13%		9%	10%	15%	10%	17%	

O teste não-paramétrico de Mann-Whitney U aplicado para comparar os valores médios de Satisfação com a Imagem Corporal nos cinco domínios considerados segundo o género, apontou que existiram diferenças estatisticamente significativas apenas para os domínios F1SIC ($p=0,004$), F2SIC ($p=0,035$) e F3SIC ($p=0,000$). Assim, verificou-se que, em média, as mulheres apresentaram maior satisfação com as zonas de acumulação de gordura e partes da face ($M=0,08$) comparativamente com os homens ($M=-0,16$). Já no que diz respeito a extremidades e peito as mulheres apresentam em média valores de satisfação mais baixos ($M=-0,05$) do que os homens ($M=0,11$) (ver tabela 20).

Resultados da Investigação

Tabela 20. Resultados de Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Género

	Género				p-valor
	Masculino		Feminino		
	M	DP	M	DP	
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	-0,16	1,10	0,08	0,94	0,004*
F2SIC_Extremidades e Peito	0,11	1,05	-0,05	0,97	0,035*
F3SIC_Parties da Face	-0,16	0,98	0,08	1,00	0,000*
F4SIC_Pés	-0,05	1,00	0,02	1,00	0,294
F5SIC_Estrutura Corporal	-0,05	0,94	0,02	1,03	0,282

* $p < 0,05$

O teste não paramétrico aplicado para comparação de valores médios de grupos independentes de faixa etária (teste de Kruskal-Wallis) evidenciou que existiram diferenças de Satisfação com a Imagem Corporal para os domínios F2SIC ($p=0,012$), F3SIC ($p=0,016$), F5SIC ($p=0,042$) para pelo menos uma das categorias de faixa etária consideradas.

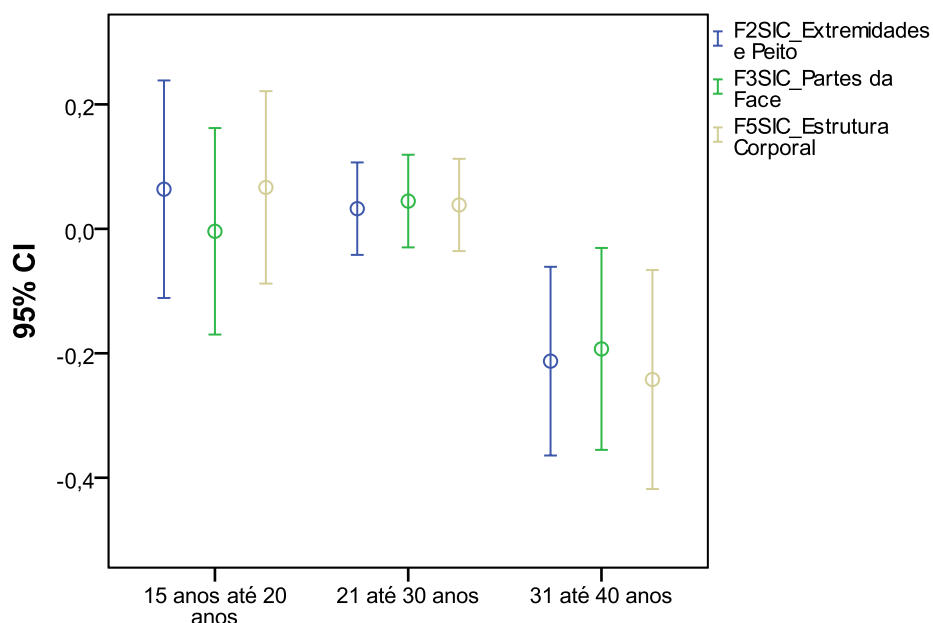
Para testar entre que pares de categorias etárias existiram de facto diferenças estatisticamente significativas recorreu-se à representação gráfica dos intervalos de confiança para a apresentação das médias nos diferentes domínios de satisfação com a imagem corporal segundo a faixa etária (Fig. 2). Os resultados mostraram que os sujeitos mais velhos (acima de 30 anos) apresentaram, em média, valores mais baixos de satisfação nos domínios acima referenciados comparativamente com os sujeitos da faixa etária dos 21 aos 30 anos. De facto, entre estas duas faixas etárias não existe sobreposição dos intervalos de confiança, pelo que se concluiu que as diferenças apresentadas, relativamente aos valores médios nestes domínios de satisfação, foram estatisticamente significativas.

Tabela 21. Resultados de Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Faixa Etária

	Faixa etária						p-valor
	15 anos até 20 anos		21 até 30 anos		31 até 40 anos		
	M	DP	M	DP	M	DP	
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	0,01	0,98	0,01	0,99	-0,07	1,06	0,576
F2SIC_Extremidades e Peito	0,06	1,13	0,03	0,97	-0,21	0,94	0,012*
F3SIC_Parties da Face	0,00	1,07	0,04	0,98	-0,19	1,01	0,016*
F4SIC_Pés	-0,01	1,06	-0,01	1,00	0,06	0,94	0,727
F5SIC_Estrutura Corporal	0,07	1,00	0,04	0,97	-0,24	1,09	0,042*

* $p < 0,05$

Figura 2. Resultados dos Intervalos de confiança para a comparação de médias dos domínios SIC segundo faixa etária



Em última análise, a comparação dos níveis médios de satisfação com a imagem corporal em sujeitos classificados como obesos comparativamente com sujeitos não obesos, evidenciou que para os domínios F1SIC ($p=0,000$) e F5SIC ($p=0,052$) existiram diferenças estatisticamente significativas. Assim, foi possível constatar que os sujeitos não obesos apresentaram valores médios de satisfação mais elevados comparativamente com os obesos no que reportou às de zonas de acumulação de gordura e estrutura corporal (ver tabela 22).

Tabela 22. Resultados da Comparação dos domínios de Satisfação com Imagem Corporal segundo Obesidade.

	Obesidade						p-valor
	Não obeso			Obeso			
	M	N	DP	M	N	DP	
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	0,05	866	0,98	-0,42	110	1,10	0,000*
F2SIC_Extremidades e Peito	0,01	866	1,00	-0,09	110	1,03	0,515
F3SIC_Part es da Face	0,01	866	1,00	-0,06	110	0,99	0,408
F4SIC_Pés	-0,02	866	1,00	0,13	110	0,98	0,130
F5SIC_Estrutura Corporal	0,03	866	0,97	-0,24	110	1,19	0,052**

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

No que se reportou aos participantes do género masculino, foi possível observar que não existiu uma perceção diferenciada nas dimensões de qualidade de vida sexual segundo a sua faixa etária (pois $p\text{-valores}>0,05$, pelo que não se rejeitou a hipótese nula de igualdade de médias pelos diferentes grupos etários) (confirmar na tabela 23).

Resultados da Investigação

Tabela 23. Resultados da Comparação dos domínios de Qualidade de Vida segundo Faixa Etária.

	Faixa Etária						p-valor
	15-20 anos		21-30 anos		31-40 anos		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Versão Feminina							
F1SQoLF_Dimensão Emocional	0,07	0,94	0,09	0,9	-0,55	1,33	0,000*
F2SQoLF_Dimensão Satisfação	0,08	1,03	0,03	0,97	-0,25	1,08	0,041*
F3SQoLF_Dimensão Ansiedade e Futuro	-0,35	1,06	0,04	0,98	0,19	0,95	0,000*
Versão Masculina							
F1SQoLM_Emocional	-0,18	1,07	0,09	0,9	-0,17	1,23	0,153
F2SQoLM_Preocupação	-0,19	1,07	0,02	0,99	0,11	0,97	0,304

* $p < 0,01$

Posteriormente, procedeu-se à análise da significância da obesidade na qualidade de vida sexual percebida por homens e mulheres. Deste modo, assistiu-se a uma perceção diferenciada, estatisticamente significativa, apenas nas mulheres, ao nível de 5%, para a Dimensão Emocional ($p=0,000$) e, ao nível de 10% para o Domínio Satisfação ($p=0,068$). Portanto, concluiu-se que as mulheres obesas ostentaram, em média, valores mais baixos de qualidade de vida sexual nas dimensões Emocional e de Satisfação comparativamente com as mulheres não obesas (ver tabela 24).

Tabela 24. Resultados da Comparação dos domínios de Qualidade de Vida segundo a Obesidade.

	Obesidade						p-valor
	Não obeso			Obeso			
	M	N	DP	M	N	DP	
Versão Feminina							
F1SQoLF_Dimensão Emocional	0,07	590	0,92	-0,53	75	1,38	0,000*
F2SQoLF_Dimensão Satisfação	0,02	590	0,99	-0,2	75	1,05	0,068**
F3SQoLF_Dimensão Ansiedade e Futuro	-0,01	590	0,99	0,1	75	1,07	0,747
Versão Masculina							
F1SQoLM_Emocional	0,04	238	0,99	-0,12	73	1,04	0,293
F2SQoLM_Preocupação	0,02	238	1,01	-0,07	73	0,99	0,597

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Depois de avaliado o efeito da idade e da obesidade na qualidade de vida sexual dos sujeitos participantes no estudo, tornou-se também relevante analisar a intensidade e direção da associação entre a satisfação com a imagem corporal e a percepção da qualidade de vida sexual dos sujeitos. Para o efeito calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* entre as duas variáveis (Tabelas 25 e 26).

Os valores de correlação obtidos, nas respostas femininas, aludiram a existência de correlações fracas, porém estatisticamente significativas, entre a Dimensão Emocional e a satisfação com a imagem corporal alusiva a zonas de acumulação de gordura ($r=0,166$) e partes da face ($r=0,166$), entre a Dimensão Satisfação e zonas de acumulação de gordura ($r=0,106$), extremidades e peito ($r=0,094$) e partes da face ($r=0,231$). Estas correlações foram em sentido positivo, ou seja, quando uma variável aumentou a outra que se encontrou correlacionada aumentou igualmente.

Por seu turno, com base nas respostas masculinas, observou-se unicamente a existência de correlação fraca, mas estatisticamente significativa, entre a satisfação com a imagem corporal, no domínio partes da face e a dimensão Emocional do Questionário de Qualidade de Vida Sexual ($r=0,166$). Para os restantes valores deste coeficiente verificou-se ausência de correlações significativas.

Tabela 25. Resultados da Correlação entre a Satisfação com a Imagem Corporal e a Qualidade de Vida: mulheres.

	F1SQoLF_Dimensã o Emocional	F2SQoLF_Dimensã o Satisfação	F3SQoLF_Dimensã o Ansiedade e Futuro
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	0,166**	0,106**	0,013
F2SIC_Extremidades e Peito	0,036	0,094*	0,046
F3SIC_Part es da Face	0,166**	0,231**	-0,003
F4SIC_Pés	0,009	0,017	0,041
F5SIC_Estrutura Corporal	0,04	-0,022	-0,057

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabela 26. Resultados da Correlação entre a Satisfação com a Imagem Corporal e a Qualidade de Vida: homens.

	F1SQoLM_Emocional	F2SQoLM_Preocupação
F1SIC_Zonas de acumulação de gordura	0,02	0,039
F2SIC_Extremidades e Peito	0,065	0,014
F3SIC_Part es da Face	0,166	0,102
F4SIC_Pés	0,003	-0,067
F5SIC_Estrutura Corporal	0,101	0,03

Funcionamento Sexual dos sujeitos participantes

Com o objetivo de conhecer o funcionamento sexual dos sujeitos participantes no estudo analisaram-se as respostas das mulheres para um conjunto de 11 questões e dos homens para um conjunto de 10 questões. Estas questões, que apresentaram diferentes escalas de medida, foram analisadas descritivamente no Anexo 7.

Por conseguinte, de um modo geral, registou-se que os indivíduos inquiridos exibiram um grau de satisfação com o funcionamento sexual relativamente elevado (68,5% nas mulheres e 66,9% nos homens). Apenas 8,8% dos sujeitos do género feminino e 9% dos sujeitos homens responderam estar pouco ou nada satisfeitos com a vida sexual (Tabela 27).

Tabela 27. Resultados do Grau de Satisfação com o Funcionamento sexual segundo o género.

		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%
QFS4_Grau de satisfação com o funcionamento sexual	Nada	22	3,3	10	3,2
	Pouco	38	5,7	18	5,8
	Moderadamente	149	22,4	75	24,1
	Bastante	332	49,9	144	46,3
	Totalmente	124	18,6	64	20,6

No sentido de prever o grau de satisfação com o funcionamento sexual (QFS4) em função de diferentes indicadores de funcionamento sexual (restantes itens que compõem o questionário de Funcionamento Sexual) segundo o género dos sujeitos, recorreu-se à Regressão Linear Múltipla.

Nos modelos ajustados, a estimação dos coeficientes foi feita com base no método dos mínimos quadrados. Ajustaram-se separadamente os modelos de acordo com o género dos indivíduos participantes (Tabelas 28 e 29).

Peso e Imagem Corporal, Disfunções Sexuais e Qualidade de Vida Sexual

Tabela 28. Resultados dos Coeficientes do modelo de regressão: satisfação com o funcionamento sexual (feminino).

Mulheres	Modelo 1			Modelo Final Ajustado		
	B	EP	P-valor	B	EP	p-valor
Constante	0,022	0,11	0,843	0,021	0,094	0,819
QFS1_Pensar em sexo sem qualquer interesse ou desejo	0,033	0,021	0,114			
QFS2_Atividade sexual no último mês (Sim)	0,155	0,06	0,010*	0,138	0,059	0,021*
QFS3_Apreciação do ato sexual	0,654	0,042	0,000*	0,671	0,041	0,000*
QFS5_Frequência de excitação	0,216	0,046	0,000*	0,217	0,045	0,000*
QFS6_Facilidade com que se sente sexualmente excitada	0,099	0,044	0,023*	0,113	0,042	0,007*
QFS7_Capacidade de manter uma lubrificação vaginal adequada	0,01	0,036	0,784			
QFS8_Facilidade em atingir o orgasmo	0,018	0,032	0,58			
QFS9_Frequência em atingir o orgasmo	-0,028	0,029	0,329			
QFS10_Satisfação com a capacidade de atingir o orgasmo	0,073	0,048	0,129			
QFS11_Satisfação com intensidade do orgasmo	0,109	0,045	0,015*	0,173	0,032	0
			$R^2=0,591$			$R^2=0,587$
*p<0,05			$F_{gl=10}=94,622; p=0,000$			$F_{gl=11}=187,296; p=0,000$

Resultados da Investigação

Tabela 29. Resultados dos Coeficientes do modelo de regressão: satisfação com o funcionamento sexual (masculino).

Homens	Modelo 1			Modelo Final Ajustado		
	B	EP	P-valor	B	EP	P-valor
Constante	0,038	0,3	0,9	0,053	0,268	0,844
QFS1_Pensar em sexo sem qualquer interesse ou desejo	-0,017	0,029	0,551			
QFS2_Atividade sexual no último mês	0,345	0,093	0,000*	0,343	0,091	0,000*
QFS3_Apreciação do ato sexual	0,691	0,079	0,000*	0,706	0,077	0,000*
QFS5_Frequência da ereção	-0,082	0,095	0,391			
QFS6_Capacidade de ter uma ereção	0,201	0,07	0,005*	0,165	0,06	0,007*
QFS7_Tempo em atingir a ereção	-0,02	0,189	0,916			
QFS8_Capacidade em manter uma ereção	0,523	0,185	0,005*	0,534	0,18	0,003*
QFS9_Dificuldade em ejacular	-0,053	0,122	0,668			
QFS10_Frequência em atingir um orgasmo com pouca ou nenhuma ejaculação	0,013	0,038	0,734			
QFS11_Frequência de ejaculação retardada	0,043	0,045	0,33			
QFS12_Frequência de ejaculação precoce	-0,141	0,043	0,001*	0,147	0,04	0,000*
	R ² =0,403			R ² =0,425		
*p<0,05	F _{gl=11} =20,475; p=0,000			F _{gl=5} =45,012; p=0,000		

No caso das mulheres, os testes aos coeficientes do modelo de regressão estimado permitiram concluir que as variáveis “*atividade sexual no último mês*” (p=0,010), “*apreciação do ato sexual*” (p=0,000), “*frequência de excitação*” (p=0,000), “*facilidade com que se sente sexualmente excitada*” (p=0,023) e “*satisfação com a intensidade do orgasmo*” tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre o grau de satisfação com o funcionamento sexual. Após o reajuste deste modelo apenas para as variáveis estatisticamente significativas obteve-se o modelo final apresentado na tabela 28.

De acordo com os coeficientes deste novo modelo foi possível concluir que o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentou 0,059 caso o indivíduo tenha praticado atividade sexual no último mês, mantendo as outras variáveis constantes ou os seus efeitos controlados. Além disso, observou-se também que por cada unidade adicional de satisfação relativamente à apreciação do ato sexual, de frequência de excitação e de facilidade em

sentir-se sexualmente excitada, o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentou, em média, 0,041, 0,045 e 0,042 unidades, respetivamente.

O modelo final reajustado, contendo apenas as variáveis explicativas, mostrou-se altamente significativo ($p=0,000$), explicando 58,7% da variabilidade do grau de satisfação das mulheres com o funcionamento sexual [$F=187,296$; $p=0,000$; $R^2=0,587$].

Relativamente aos homens, os testes efetuados aos coeficientes do modelo de regressão estimado permitiram concluir que as variáveis “*atividade sexual no último mês*” ($p=0,000$), “*apreciação do ato sexual*” ($p=0,000$), “*capacidade de ereção*” ($p=0,005$), “*capacidade de manter a ereção*” ($p=0,005$) e “*frequência de ejaculação precoce*” ($p=0,001$) tiveram um efeito estatisticamente significativo sobre o grau de satisfação com o funcionamento sexual. Posteriormente ao reajuste deste modelo, apenas para as variáveis explicativas estatisticamente significativas, tal como foi realizado com o grupo feminino, obteve-se o modelo final ajustado (tabela 29).

Da análise dos coeficientes de regressão deste novo modelo concluiu-se que o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentou 0,343 caso o participante do sexo masculino tivesse realizado atividade sexual no último mês, mantendo as outras variáveis constantes ou os seus efeitos controlados. Tornou-se, então, possível apurar que por cada unidade adicional de satisfação relativamente à apreciação do ato sexual, capacidade de ter e manter uma ereção, o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentou, em média, 0,706, 0,165 e 0,534 unidades, respetivamente. Já no que se referiu à frequência de ejaculação precoce, verificou-se que quanto maior fosse a frequência com que ocorria, menor era o grau de satisfação com o funcionamento sexual (pois $B=-0,147$).

O modelo final reajustado, contendo apenas as variáveis explicativas, revelou-se altamente significativo ($p=0,000$) e explicou 42,5% da variabilidade do grau de satisfação dos homens com o funcionamento sexual [$F=45,012$; $p=0,000$; $R^2=0,425$].

Por último, analisou-se a dependência da satisfação com o Funcionamento Sexual segundo a faixa etária e o IMC dos sujeitos, controlando pelo género.

Relativamente à dependência da satisfação com o Funcionamento sexual com a faixa etária, verificou-se que as mulheres mais velhas apresentaram, na sua maioria, uma satisfação moderada comparativamente com as mulheres mais novas (<30 anos) que consideraram estar bastante satisfeitas com o funcionamento sexual (ver tabela 30).

No que se refere aos homens, comprovou-se que os sujeitos mais novos exibiram uma menor percentagem de satisfação completa face ao funcionamento sexual comparativamente com os sujeitos dos outros dois grupos etários (ver tabela 30).

Resultados da Investigação

Tabela 30. Resultados de Distribuição das variáveis de Funcionamento Sexual por Idade.

		Mulheres				Homens				
		Idade			p-valor	Idade			p-valor	
		15 - 20 anos	21 - 30 anos	31- 40 anos		15 - 20 anos	21 - 30 anos	31- 40 anos		
Grau de satisfação com o funcionamento sexual	Nada	N	3	12	7	0,000*	4	4	2	0,010*
		%	3%	3%	8%		7%	2%	4%	
	Pouco	N	3	27	8		5	11	2	
		%	3%	6%	9%		9%	5%	4%	
	Moderadamente	N	26	89	34		12	46	17	
		%	24%	19%	37%		22%	23%	31%	
	Bastante	N	51	252	29		31	88	25	
		%	47%	54%	31%		56%	44%	46%	
	Totalmente	N	25	84	15		3	53	8	
		%	23%	18%	16%		5%	26%	15%	

* $p < 0,05$

A análise da probabilidade de significância associada ao teste de independência de qui-quadrado confirmou também a existência de dependência da satisfação com o funcionamento sexual e a obesidade (pois $p = 0,005 \leq 0,05$). Os valores de frequência apresentados (tal como se pode observar na Tabela 31) permitiram concluir que as mulheres obesas, na sua maioria, classificaram-se de moderadamente a nada satisfeitas com o seu desempenho sexual (50,7%); já 71,1% das mulheres não obesas consideraram o seu grau de satisfação com o funcionamento sexual entre o bastante e o totalmente satisfeito.

No que diz respeito aos homens, não se verificou dependência entre o grau de satisfação com o funcionamento sexual e a obesidade (pois $p = 0,267$, pelo que não se rejeitou a hipótese nula de independência entre as variáveis).

Tabela 31. Resultados de Distribuição das variáveis de Funcionamento Sexual por Obesidade.

		Feminino			Masculino			
		Obesidade		p-valor	Obesidade		p-valor	
		Não obeso	Obeso		Não obeso	Obeso		
Grau de satisfação com o funcionamento sexual	Nada	N	16	6	0,005*	8	2	0,267
		%	3%	8%		3%	3%	
	Pouco	N	32	6		13	5	
		%	5%	8%		5%	7%	
	Moderadamente	N	123	26		53	22	
		%	21%	35%		22%	30%	
	Bastante	N	306	26		109	35	
		%	52%	35%		46%	48%	
	Totalmente	N	113	11		55	9	
		%	19%	15%		23%	12%	

* $p < 0,05$

Capítulo 4

Discussão de Resultados

Tendo em linha de conta a incidência da obesidade na sociedade contemporânea, pretendeu-se com este estudo caracterizar e analisar a influência desta na satisfação com a imagem corporal, no funcionamento e qualidade de vida sexual dos indivíduos participantes. Para o efeito utilizaram-se quatro instrumentos distintos e de autorrelato. O primeiro instrumento consistiu no Questionário Sociodemográfico, através do qual se recolheram dados como a idade, género e IMC do sujeito. O segundo instrumento, o Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal, avaliou o nível de satisfação dos sujeitos com diferentes partes do seu corpo. Este instrumento apresentou uma consistência interna muito boa (0,904) após a exclusão dos itens 1, 20 e 28 da análise, visto que os mesmos apresentaram correlações fracas negativas com os demais itens. O terceiro instrumento utilizado foi o Questionário de Funcionamento Sexual (QFS). Este instrumento avaliou os comportamentos de cada participante relativamente a aspetos da sexualidade, subdividindo-se em duas versões, a masculina e a feminina. O último instrumento aplicado foi o Questionário de Qualidade de Vida Sexual, composto por um conjunto de afirmações representativas de pensamentos e sentimentos que podem surgir na vivência e na prática da vida sexual. Este questionário também apresentou duas versões - feminina e masculina, sendo que registou uma consistência interna muito boa para ambas as versões (0,920 para a versão feminina e 0,907 para a versão masculina).

Em continuação, importa começar por analisar os resultados alusivos à caracterização da amostra, pois estes podem eventualmente ter um peso significativo nos restantes argumentos da discussão.

A amostra de participantes na presente investigação integrou 976 participantes de nacionalidade portuguesa de ambos os sexos (311 homens e 665 mulheres) com idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos de idade. Posto isto, importa referir que os participantes do género masculino representaram 31,9% da amostra, enquanto os do género

No que reporta às idades dos participantes verificou-se que em média os sujeitos apresentaram cerca de 25 anos, o que evidenciou que a amostra de participantes era essencialmente composta por jovens-adultos. Relativamente ao estado civil observou-se que 81,8% dos participantes eram solteiros e, no que concerne à variável IMC verificou-se que 61,2% destes se situavam no percentil do peso normal, 22,5% dos participantes apresentaram excesso de peso, 11,4% evidenciaram um IMC que os colocava ao nível da Obesidade, com maior incidência na Obesidade Tipo I (6,3%). Adicionalmente, importa destacar que a obesidade foi idêntica para Homens (11,5%) e Mulheres (11,3%). No que toca ao nível de

Discussão de Resultados

escolaridade foi possível presenciar que 54,2% da amostra de participantes possuía como habilitações literárias a licenciatura, sendo que a maioria dos sujeitos se situou ao nível do estatuto socioeconómico Médio (53,89%).

Ainda no que concerne a caracterização da amostra de participantes no estudo, verificou-se, a existência de uma incidência diferenciada de casos nas diferentes categorias de IMC segundo o género, ou seja, assistiu-se a uma distribuição pelas categorias de IMC diferenciada para homens e mulheres. Neste sentido, os primeiros concentraram-se mais na categoria de excesso de peso, quando comparados com as mulheres (35% e 16,7% respetivamente). Tais resultados corroboraram o estudo elaborado por Faleiro (2006) com 110 sujeitos, residentes no Porto, com idades compreendidas entre os 32 e os 55 anos. Tal trabalho salientou que na amostra estudada existiram mais indivíduos do sexo masculino com excesso de peso do que do sexo oposto. Pelo contrário, as mulheres concentraram-se mais nas extremidades categoriais de massa corporal, isto é, no percentil de baixo peso (6,5% contra 1,9% dos homens). Adicionalmente, Faleiro (2006) mencionou que, no que toca à obesidade, na sua investigação, apurou-se uma maior incidência no género feminino, comparativamente com o masculino, facto este que veio ao encontro do que se verificou no estudo em vigor.

Além disso, no presente estudo foi, também, possível apurar que as mulheres tiveram mais incidência no percentil de peso normal (65,6% contra 51,8% dos homens) e no percentil de obesidade mórbida, ostentando uma percentagem de 2,6%, enquanto os homens tiveram 1,6% de incidência percentual.

Na investigação atual procurou-se analisar se existia uma incidência diferenciada do número de sujeitos com problemas psicológicos segundo o género, o grupo etário e a obesidade. Deste modo, observou-se uma maior incidência de problemas psicológicos nas mulheres comparativamente com os homens. Tal facto pode ser sustentado por vários estudos que apontam diversos indicadores psicossociais no sentido de corroborarem a ideia do género como uma construção psicossocial que pode influenciar a expressão da saúde mental (Rabasquinho & Pereira, 2007). Neste sentido, os mesmos autores mencionaram que as mulheres, visto que são mais socializadas no sentido de internalizar o distress, apresentam com mais frequência perturbações associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. A recolha da amostra foi efetuada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Amato Lusitano (Castelo Branco), sendo que do total de 483 sujeitos 59,6% eram do sexo feminino. Tal facto foi sugestivo de que as mulheres são quem mais procura ajuda psicológica. Deste modo, no estudo de Rabasquinho e Pereira, (2007) as mulheres pontuaram com percentagens consideravelmente mais altas em todas as categorias diagnosticadas, com exceção na dependência de álcool, abuso de drogas, comportamentos antissociais e esquizofrenia. Neste sentido, o género feminino evidenciou pontuações elevadas ao nível das perturbações de humor, ansiedade, perturbações de adaptação, problemas de vida relacionais e ambientais, perturbações de personalidade, perturbações de vinculação, ideação suicida e consumo mais elevado de depressivos e ansiolíticos.

O mesmo sucedeu considerando a obesidade, isto é, existiu uma maior incidência de problemas psicológicos nos sujeitos obesos comparativamente com os não obesos. Este resultado foi esperado, visto que os indivíduos com obesidade se encontram sob uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação perante os padrões sociais vigentes (Ogden, 2004). Padrões esses que valorizam a beleza física, que surge intrinsecamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto. Esta conjuntura em torno da idealização corporal pode provocar no obeso dificuldades relacionais e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis, que requerem contactos sociais (Ogden, 2004). Em consequência, intensificou-se o consenso, entre os vários profissionais de saúde, de que a obesidade surge como causa de sintomatologia de perturbações psicológicas e, naturalmente, de dificuldades a nível da adaptação social (Silva, Jorge, Domingues, Nobre, Chambel & Castro, 2006). Em acréscimo, Vasques et al., (2004) evidenciaram que os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequência da obesidade. A depressão e a ansiedade são sintomas comuns entre a camada de obesos, agravando-se estes sintomas à medida que o IMC aumenta.

Contudo, no que toca à variável idade, a incidência de problemas psicológicos mostrou-se independente desta variável. Tal evidência pode ter ocorrido devido à amostra de participantes apresentar uma homogeneidade ao nível da idade, com maior incidência no intervalo entre os 21 e os 30 anos

No que diz respeito à análise da satisfação com a imagem corporal, os resultados da presente investigação indicaram uma satisfação com a imagem corporal diferenciada entre homens e mulheres, tendo-se verificado que as mulheres apresentaram, em média, valores mais elevados de satisfação com as zonas de acumulação de gordura (abdómen, ancas, nádegas, coxas, joelhos e pernas) e partes da face (olhos, sobrancelhas, pestanas, orelhas, nariz, boca, lábios, dentes), comparativamente com os homens.

Os resultados supracitados não foram identificados por Sarwer, Thompson e Cash (2005), uma vez que estes autores acrescentaram que existem várias partes corporais que podem ser afetadas negativamente devido à adiposidade em excesso que se pode concentrar nesses locais, tais como o abdómen, quadris e coxas, verificando-se que estas geram maior insatisfação entre os sujeitos do género feminino. Esta descoberta contraria os resultados obtidos no presente estudo e acima enunciados.

Por outro lado, os homens apresentaram, em média, uma maior satisfação com o domínio Extremidades e Peito (queixo, rosto, pescoço, braços, cotovelos, mãos, unhas das mãos, ombros e peito ou seios). No âmbito destas conclusões, Conti, Gambardella & Frutuoso (2005), num estudo sobre percepção da insatisfação da imagem corporal de um grupo de adolescentes, de ambos os sexos registaram, para os sujeitos do sexo masculino, maior insatisfação com o peso corporal, cintura e estômago (abdómen), enquanto no sexo feminino se verificou insatisfação com o tórax/ seios, abdómen e peso corporal. Em continuação, os mesmos autores, estudaram a associação entre insatisfação e maturação corporal, tendo concluído que as áreas mais significativas foram, nos indivíduos de sexo masculino, os

Discussão de Resultados

ombros/ costas, e, para os indivíduos do sexo feminino, o rosto, cabelo, quadril, abdómen, cintura, tórax/ seios, tónus muscular, altura corporal e outros aspetos gerais (Conti et al., 2005).

Por conseguinte, na análise dos resultados foi possível verificar a existência de um impacto estatisticamente significativo da obesidade na satisfação com a imagem corporal. Assim sendo, os resultados obtidos revelaram que os indivíduos com um IMC mais elevado (excesso de peso e obesidade) apresentaram valores médios de satisfação com as Zonas de Acumulação de Gordura, Partes da Face e Estrutura Corporal (altura e volume corporal) inferiores aos sujeitos com um IMC mais baixo. Tais resultados podem, eventualmente, ser sustentados pela atual obsessão cultural alusiva à magreza, pela aversão à gordura e pela censura que se estabelece aos indivíduos obesos, uma vez que estes comportamentos face ao sobrepeso e à obesidade podem desencadear, a nível psicológico, a alteração da imagem corporal (provocada pelo aumento de peso), uma autoimagem pobre, desvalorização do autoconceito e uma diminuição da autoestima (Ogden, 2004; Silva et al., 2006).

Neste seguimento, Cash (1993 *cit. in* Almeida, Loureiro & Santos, 2002) reforçou ainda que o desenvolvimento de uma imagem corporal negativa pode estar relacionado com o peso corporal, devido à ênfase cultural que se atribui à magreza e estigma social da obesidade (Almeida et al., 2002). De facto, neste âmbito Kakeshita e Almeida (2006) realizaram um estudo onde analisaram as relações entre IMC e a autoperceção da imagem corporal. Em jeito de conclusão, estes autores verificaram que a maioria das mulheres com sobrepeso (87%) superestimaram o seu tamanho corporal, enquanto as mulheres obesas e homens (73%), independentemente do IMC, subestimaram o tamanho corporal. Apesar deste último evento não se refletir no resultado do estudo vigente, o estudo de Kakeshita e Almeida (2006) concluiu que tanto homens como mulheres, manifestaram distorção na autoperceção da imagem corporal, sugerindo, portanto, insatisfação com a imagem corporal, uma vez que os participantes desejavam ter os seus corpos mais magros do que na realidade tinham (Kakeshita & Almeida, 2006).

Por outro lado, ainda no que concerne a análise da satisfação com a imagem corporal, os resultados mostraram que os sujeitos mais velhos (acima de 30 anos) apresentaram, em média, valores mais baixos de satisfação para os domínios Extremidade e Peito, Partes da Face e Estrutura Corporal comparativamente com os sujeitos da faixa etária dos 21 aos 30 anos. De acordo com este resultado, Zimmermann, Scott e Heinrichs. (2010), destacaram que as mulheres mais velhas podem desenvolver uma maior insatisfação com o seu corpo devido às alterações morfológicas que o avançar da idade acarreta. Todavia, em contraposição, numa investigação desenvolvida por Saur e Pasion (2008) os resultados indicaram que a satisfação com a imagem corporal não se mostrou associada ao sexo e à idade, apesar de ter sido influenciada pelo tamanho corporal real.

Relativamente à avaliação da Qualidade de Vida Sexual percecionada segundo a faixa etária, verificou-se que as mulheres mais velhas (entre os 31 e os 40 anos) encontravam-se, em média, emocionalmente mais abatidas (quando pensavam na vida sexual predominavam

sentimentos de culpa, embaraço, vergonha, evitamento, perda, zanga, diminuição da feminilidade, preocupação com a heterorejeição), bem como apresentaram valores mais elevados de ansiedade face ao futuro da sua vida sexual (ansiedade e preocupação com o futuro da vida sexual), quando comparadas com as mulheres mais jovens (entre os 15 e os 20 anos). Tais evidências podem melhor ser explicadas tendo em conta as considerações de Alonso Valera e seus colaboradores que mencionam que *“há uma diminuição na frequência de comportamentos sexuais que afetam também o interesse sexual e que se produz num aumento das disfunções sexuais associadas com a idade”* (Maia & Pessoa, 2009). Bancroft (2009), em seguimento, acrescentou que existe um declínio notório na sexualidade em ambos os géneros, masculino e feminino, relacionado com o avanço da idade. Segundo o mesmo autor, a qualidade de vida sexual feminina pode ser influenciada negativamente por fatores como saúde física, menopausa, depressão e aspetos de relacionamento - carência de relação interpessoal, funcionamento sexual do parceiro e fatores sócio-culturais associados ao papel da mulher e da sexualidade feminina (Bancroft, 2009).

No prosseguimento da avaliação da Qualidade de Vida Sexual dos sujeitos concluiu-se que as mulheres obesas ostentaram, em média, valores mais baixos de qualidade de vida sexual nas dimensões Emocional e de Satisfação comparativamente com as mulheres não obesas. Desta forma, as mulheres obesas pareceram evidenciar mais sentimentos de frustração e de humor deprimido e menos bem-estar consigo mesmas, menor proximidade com o parceiro sexual e uma diminuição da satisfação com a frequência da atividade sexual do que as participantes com ausência de obesidade.

No que se refere à qualidade de vida sexual dos homens não se registaram diferenças estatisticamente significativas atribuíveis à obesidade. Tal resultado não foi sustentado por anteriores estudos como o de Araújo e colaboradores (2009) que, apesar de referirem que para a maioria dos homens adultos, independentemente da massa corporal, a função sexual é um aspeto importante da qualidade de vida, os homens portadores de obesidade mórbida podem ter a qualidade de vida sexual comprometida por disfunções sexuais que afetam a ereção, a ejaculação, o orgasmo, e o desejo sexual, além de diversas limitações decorrentes da mobilidade e massa corporais, e da estigmatização social (Araújo, Brito, Ferreira, Petribú, Mariano, 2009). A qualidade de vida sexual em homens obesos, segundo os mesmos autores, pareceu melhorar após a realização da gastroplastia à Fobi-Capella, pois os indivíduos evidenciaram modificações favoráveis na função sexual após a perda de peso (Araújo et al., 2009). Ainda relativamente à qualidade de vida sexual, Kolotkin e colaboradores (2006) avaliaram este construto em 1158 sujeitos obesos concluindo que um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado estava associado a um nível de qualidade de vida sexual inferior. A obesidade pareceu apresentar, então, uma associação com a redução do desejo sexual em homens com obesidade mórbida.

Por conseguinte, no que diz respeito à análise do Questionário de Funcionamento Sexual (QFS) de um modo geral, registou-se que os indivíduos inquiridos exibiram um grau de satisfação com o funcionamento sexual relativamente elevado (68,5% nas mulheres e 66,9%

Discussão de Resultados

nos homens). Tal resultado sugeriu que os participantes se encontravam satisfeitos com a sua habilidade sexual.

Por último, analisou-se a dependência da satisfação com o Funcionamento Sexual segundo a faixa etária e o IMC dos sujeitos, controlando pelo género.

Relativamente à dependência da satisfação com o Funcionamento sexual com a faixa etária, verificou-se que as mulheres que se situaram na faixa etária entre os 31 e os 40 anos apresentaram, na sua maioria, uma satisfação moderada comparativamente com as mulheres mais novas (<30 anos) que manifestaram estar bastante satisfeitas com o funcionamento sexual. Esta diferença pode ser melhor explicada pelo facto de as primeiras se situarem numa faixa etária que as aproxima da meia-idade e, conseqüentemente da menopausa. Nesta fase verificam-se algumas mudanças quanto ao desejo e ao orgasmo, pois enquanto algumas mulheres relatam um aumento do desejo e do orgasmo, outras manifestam o completo oposto (Reichman, n.d.; Ruhin, 1982 as cited in Papalia et al., 2000; Phillips, 2005 cit. in Catão, 2007). Em acréscimo, Palacios et al., (2002 cit. in Catão, 2007) chamaram a atenção para a importância de compreender as mudanças que ocorrem nesta faixa etária e promovem alterações ao nível do funcionamento sexual. Mudanças essas, que os mesmos autores consideram decorrentes do significado psicológico que se atribui ao avançar da idade. Tendo em conta o supracitado, Catão (2007) desenvolveu uma investigação onde procurou analisar o funcionamento sexual em mulheres na fase climatérica (pré-menopausa - 40 anos, perimenopausa e pós-menopausa), nomeadamente ao nível da sintomatologia climatérica, insatisfação sexual, intimidade sexual, sintomatologia psicopatológica, interesse sexual, crenças sexuais, doenças, medicação, NSE e habilitações académicas. Por conseguinte, a mesma autora concluiu que o funcionamento sexual foi explicado, em termos globais, pela insatisfação e intimidade sexual, sintomas psicológicos, índice de disfunção sexual, ansiedade, ideação paranoide, hostilidade e ansiedade fóbica, congregando-se as variáveis relacionadas com os sintomas climatéricos, psicopatológicos, insatisfação e intimidade sexual.

Por outro lado, as mulheres obesas, na sua maioria, classificaram-se de moderadamente a nada satisfeitas com o seu desempenho sexual (50,7%); já 71,1% das mulheres não obesas consideraram o seu grau de satisfação com o funcionamento sexual entre o bastante e o totalmente satisfeito. O resultado supracitado vem em contraste com a investigação levada a cabo por Adolfsson, Elofsson, Rössner & Undén (2004) que teve como objetivo investigar se existia alguma associação entre obesidade e satisfação sexual e abuso sexual na população geral. Para o efeito foi recolhida uma amostra de 2810 sujeitos, de ambos os sexos, que, por sua vez, foram divididos em dois grupos distintos, um grupo mais jovem composto por 1817 pessoas (977 homens e 840 mulheres) e um grupo com mais idade composto por 907 sujeitos (481 homens e 426 mulheres) (Adolfsson et al., 2004). Por conseguinte, os autores concluíram, relativamente ao género feminino, que não se assistiu a diferenças na satisfação sexual entre mulheres obesas e mulheres com peso normal. Todavia, assistiu-se a uma tendência para diminuir a satisfação e o desejo sexual associados a um IMC mais elevado, no seio do grupo mais jovem (Adolfsson et al., 2004).

No que se refere aos homens, comprovou-se que os sujeitos mais novos exibiram uma menor percentagem de satisfação completa face ao funcionamento sexual comparativamente com os sujeitos dos outros dois grupos etários. Pensa-se que este resultado possa estar associado ao facto destes sujeitos mencionarem não possuir, no momento da aplicação dos instrumentos de estudo, um relacionamento estável ou uma ligação amorosa.

No que reportou à correlação entre Satisfação com a Imagem Corporal, no género feminino, e Qualidade de Vida Sexual verificaram-se correlações fracas, porém estatisticamente significativas, entre a Dimensão Emocional e a Satisfação com a Imagem Corporal alusiva a Zonas de Acumulação de Gordura e Partes da Face ($r=0,166$), bem como entre a Dimensão Satisfação Sexual e Zonas de Acumulação de Gordura, Extremidades e Peito e Partes da Face. Deste modo, as mulheres que evidenciaram menos sentimentos de culpa, vergonha, evitamento, perda, raiva, embaraço, heterorejeição, diminuição da feminilidade e maior autoconfiança pareceram manifestar uma maior satisfação com partes do corpo onde a acumulação de tecido adiposo é mais frequente, nomeadamente, cintura, anca, nádegas, coxas, etc. Por seu turno, com base nas respostas masculinas, observou-se a existência de uma correlação fraca, mas estatisticamente significativa, entre a Satisfação com a Imagem Corporal com o Domínio Partes da Face e a Dimensão Emocional do Questionário de Qualidade de Vida Sexual. Desta forma, os sujeitos do género masculino que apresentavam uma satisfação mais elevada com partes da face (dentes, olhos, sobrancelhas, lábios etc.) manifestaram a presença de níveis inferiores de frustração, humor deprimido, sentimento de ausência de masculinidade, ansiedade, raiva, embaraço, culpa, perda e maiores níveis de autoconfiança no que concerne a vida sexual.

Por último, foi possível perceber que o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentava caso o indivíduo tivesse praticado atividade sexual no último mês, evidenciasse apreciação do ato sexual, frequência de excitação e facilidade em sentir-se sexualmente excitada. Relativamente ao género masculino foi possível apurar que o grau de satisfação com o funcionamento sexual aumentava caso o participante do sexo masculino tivesse realizado atividade sexual no último mês, denotasse apreciação do ato sexual, evidenciasse capacidade de ter e manter uma ereção. Por outro lado, no que se referiu à frequência de ejaculação precoce, verificou-se que quanto maior fosse a frequência com que ocorria, menor era o grau de satisfação com o funcionamento sexual.

Capítulo 5

Conclusão

A elaboração deste trabalho científico de investigação teve como objetivo estudar a relação que se estabeleceu entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo. Este objetivo justificou-se pelo fato da obesidade se encontrar entre os preditores de dificuldades sexuais, dado que esta adiposidade excessiva pode conduzir ao prejuízo da função eréctil, no homem e da lubrificação vaginal, na mulher (Costa et al., 2010).

Assim sendo, os resultados obtidos revelaram que os indivíduos com um IMC mais elevado (excesso de peso e obesidade) apresentaram valores médios de satisfação com as Zonas de Acumulação de Gordura, Partes da Face e Estrutura Corporal inferiores aos sujeitos com um IMC mais baixo.

Por outro lado, foi possível verificar que os sujeitos portadores de obesidade e do género feminino evidenciaram uma maior incidência de problemas psicológicos, comparativamente com os sujeitos não obesos e os do género masculino, respectivamente.

No que concerne à qualidade de vida sexual percebida segundo a faixa etária, verificou-se que as mulheres com mais de 30 anos encontravam-se, em média, emocionalmente mais abatidas, bem como apresentaram valores mais elevados de ansiedade face ao futuro da sua qualidade de vida sexual comparativamente com as mulheres situadas na faixa entre os 15 e os 20 anos de idade. Além disso, as mulheres obesas ostentaram, em média, valores mais baixos de qualidade de vida sexual nas dimensões Emocional e de Satisfação, comparativamente com as mulheres não obesas.

Adicionalmente, verificou-se que as mulheres mais velhas apresentaram, na sua maioria, uma satisfação moderada comparativamente com as mulheres de uma faixa etária mais baixa, pois estas, por seu lado, consideraram estar bastante satisfeitas com o funcionamento sexual, no que toca à dependência da satisfação com o Funcionamento Sexual, relativamente à faixa etária e ao IMC.

Limitações

Estudos que relacionem a obesidade como transtorno alimentar e comportamento sexual são ainda escassos (Costa et al., 2010). Este facto, confirmado por Costa e colaboradores (2010), acarretou dificuldades ao nível da pesquisa do “estado da arte”, pois a maioria das investigações científicas encontradas reportavam-se à temática da obesidade na

Conclusão

sexualidade masculina, focando-se quase exclusivamente no aumento da prevalência da impotência e disfunção erétil (Esposito & Giugliano, 2005). Por outro lado, tais dificuldades limitaram a elaboração da Discussão de Resultados (Capítulo 4).

Adicionalmente, é importante destacar que a revisão de literatura formulada para a realização deste trabalho permitiu perceber que a comunidade científica tem dedicado uma menor atenção ao estudo da sexualidade feminina, privilegiando o conhecimento dos aspetos da sexualidade masculina (Leland, 2000 *cit. in* Wincze & Carey, 2001). Mesmo assim, ao longo dos últimos 30 anos, no âmbito do contexto clínico, tem subsistido um esforço por se encontrar uma resposta terapêutica para as dificuldades sexuais das mulheres apesar da desproporcionalidade do «estado da arte» (Pablo & Soares, 2004).

No que concerne à aplicação do estudo empírico denotou-se uma certa dificuldade em recolher uma amostra de participantes masculina, isto é, os homens revelaram-se menos participativos, interessados e disponíveis para colaborar. Tal acontecimento verificou-se, independentemente, da forma de aplicação dos instrumentos em estudo (formulário na internet ou papel). Por conseguinte, a discrepância de participantes na amostra fez-se notar ao nível do género, visto que os participantes do género feminino representaram mais de metade da mesma (665 mulheres contra 311 homens)

Perspetivas Futuras

No desenvolvimento do presente estudo de investigação outras variáveis podiam ter sido analisadas com maior ênfase devido à sua possível influência na explicação das temáticas analisadas. Neste seguimento, investigações levadas a cabo por Hawton e colaboradores (1994); Laumann e colaboradores (1999) e Rosen, Taylor, Leiblum e Bachmann (1993, *cit. in* Nobre, 2006) destacaram o papel da variável Nível Educacional nas Disfunções Sexuais. Laumann et al., (1999) apontaram, mesmo, a variável anterior como o preditor demográfico mais consistente no que diz respeito às disfunções sexuais femininas. Todavia, apesar do anteriormente descrito, na investigação atual optou-se por não se conceder tal destaque à variável Nível de Ensino, uma vez que a correlação desta com outras variáveis do estudo não se revelou significativa.

A revisão da literatura sugere a existência de uma relação entre fatores psicológicos e obesidade, sendo que a depressão e a ansiedade emergem como variáveis relacionadas com este problema (Soares, 2009). Da mesma forma, a revisão literária alusiva à temática das Disfunções Sexuais confirma o que foi dito anteriormente, mencionado mesmo que o funcionamento sexual pode ser acompanhado pela presença de estados emocionais negativos como raiva, depressão, ansiedade ou medo; baixa autoestima, má imagem corporal e ansiedade de desempenho; experiências prévias traumáticas, como abuso sexual; fatores educacionais e culturais como contributos na formação de crenças erróneas e desinformação acerca da sexualidade, mensagens parentais negativas acerca de sexo e ortodoxia religiosa; aspetos do relacionamento conjugal como o papel do parceiro e conflitos maritais (Nobre,

2006). Por tudo isto, torna-se pertinente a projeção de novas investigações que aprofundem a temática do funcionamento sexual aliada ao IMC, de modo a dar resposta a questões que ainda necessitam de mais investigações. Deste modo, um bom ponto de partida para pesquisas futuras poderia ser mesmo as implicações psicológicas que estão subjacentes às patologias supracitadas. Torna-se, de facto, urgente analisar e compreender a vida sexual do sujeito obeso, de modo a promover o contacto deste com os outros, desmistificando crenças que menosprezam a qualidade de vida sexual destes indivíduos.

A sexualidade é uma definição integral do ser humano, aonde são ativados todos os recursos psicológicos inerentes e, portanto, não se esgota a compreensão aprofundada das suas complexidades neste estudos. O peso e a imagem corporal e a idealização que cada sujeito faz dessa imagem, bem como o impacto destes no funcionamento sexual e Qualidade de Vida Sexual merecem a continuação de investimento em futuras investigações, visto que a sexualidade constitui um importante construto para uma melhor qualidade de vida percecionada pelos indivíduos.

Deste modo, os principais contributos deste estudo residem na sua contribuição para preencher lacunas ao nível de estudos elaborados nesta temática, visto que se verificou algumas limitações literárias que suportassem a mesma. Além disso, este estudo pode revelar-se muito útil na orientação de profissionais da área de saúde, sobretudo psicólogos clínicos e da saúde, que trabalhem na área da obesidade e funcionamento sexual. Um outro contributo implementado por este estudo prende-se com o facto deste se afirmar como um bom ponto de partida para futuras investigações, pois incluiu uma amostra elevada e considerou uma grande variedade de variáveis através da aplicação de instrumentos fiáveis e precisos. Adicionalmente, esta investigação desafiou o tabu científico e hegemónico da pesquisa tradicional que pode fazer manutenção dos estereótipos ainda vigentes na sociedade.

Em jeito de conclusão torna-se importante reforçar a problematização e o debate da temática em estudo (imc, satisfação com a imagem corporal, funcionamento sexual e qualidade de vida sexual), de forma a desenvolver mais conhecimento científico na área, proporcionando, conseqüentemente, uma maior compreensão do impacto da obesidade na vivência sexual. Este tema deve ser abordado e investigado tendo em atenção toda a sua complexidade e multiplicidade, pois assim este surge como uma forma heurística interessante para a prática clínica.

Referências Bibliográficas

- Abdo, C. H. N. & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(3), 162-167.
- Adolfsson, B., Elofsson, S., Rössner, S. & Undén, A. L. (2004). Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obesity Research*, 12(10), 1702-1709.
- Agras, W. S. & Apple, R. F. (2002). Understanding and Treating Eating Disorders. Chapter 9 (189-212). In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches*. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY.
- Almeida, G. A. N., Loureiro, S. R. & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Almeida, L.S., & Freire, T. (2007). Metodologia da investigação em psicologia e educação. (4ª ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5ªed.). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Alves, M. G. C. (2005). A biologia do prazer, do afeto e do desejo. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa, série III* 10(1), 39-47.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A. & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20.
- Andersen, I., Heitmann, B. L. & Wagner, G. (2008). Obesity and sexual dysfunction in younger Danish men. *Journal of Sex Med.*, 5(9), 2053-2060.
- Aquino, E. M. L. (2005). Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 19-22.
- Araújo, A. A., Brito, A. M., Ferreira, M. N. L., Petribú, K. & Mariano, M. H. A. (2009). Modificações da qualidade de vida sexual de obesos submetidos à cirurgia de fobi-capella. *Revista Col. Bras.*, 36(1), 42-48.

- Aronne, L. J., Blackburn, G. L. & Vash, P. D. (2002). Como intervir na epidemia da obesidade. *Patient Care*, 7(67), 62-74.
- Bacon, C. G., Mittleman, M. A., Kawachi, I., Giovannucci, E. & Glasser, D. B. (2006). A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *The Journal of Urology*, 176(1), 217-221.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*, 340:c2573, 1-9.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems* (3ª ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Barros, R. M. A., Martín, J. I. G. & Pinto, J. F. V. C. (2010). Investigação e prática em psicologia positiva. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (2), 318-327.
- Belo, F. N. S. (2006). Disfunções sexuais masculinas: ejaculação prematura. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa*, série III, 10(3), 163-174.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J. & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no Mundo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Capellá, A. (2003). *Sexualidades humanas, amor e loucura* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, A. A. & Gomes, F. A. (2003). A disfunção sexual na mulher. In Fonseca L., Soares C. & Vaz, J. M. *A Sexologia - Perspetiva multidisciplinar I*. Coimbra: Quarteto.
- Catão, L. I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia-idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia de Licenciatura em Psicologia (Ramo: Clínico) Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Conti, A. M., Gambardella, A. M. D. & Frutuoso, M. F. P. (2005). *Rev Bras Cresc Desenv Hum*, 15(2), 36-44.
- Cordeiro, J. C. D. (2003). *Psiquiatria forense*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.

- Costa, R. F., Machado, S. C. & Cordás, T. A. (2009). Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 27-31.
- Costa, J. F. L. V. d. (2010). *Abordagem Psicoterapêutica no Tratamento da Disfunção erétil*. Artigo de Revisão Bibliográfica - Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Derby, C.A., Mohr, B.A., Goldstein, I., Feldman, H.A., Johannes, C.B., McKinlay, J.B. (2000). Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*, 56, 302-306.
- Esposito, K. & Giugliano, D. (2005). Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17, 391-398.
- Faleiro, J. G. V. (2006). *Obesidade, atividade física e estatuto socioeconómico*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto, especialização em Desporto de Recreação e Lazer, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Figueira, M., Sampaio, D., & Fernandes, J. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (1ª reimpressão, outubro, 2006).
- Frelut, M. L. (2002). Interdisciplinary residential management. Chapter 8. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA.
- Filardo, R. D. & Petroski, E. L. (2007). Prevalência de sobrepeso e obesidade em homens adultos segundo dois critérios de diagnóstico antropométrico. *Motricidade*, 3(4), 46-54.
- Feldman, H.A., Johannes, C.B., Derby, C.A., Kleinman, K.P., Mohr, B.A., Araujo, A.B. et al. (2000). Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Prev Med*, 30, 328-338.
- França, A. P., Aldrighi, J. M. & Marucci, M. F. N. (2008). Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 8(1), 65-73 (jan./mar.).

- Garrett, A., Martins, F. & Teixeira, Z. (2010). O modelo PLISSIT como primeira abordagem à reabilitação da sexualidade do lesionado vértebro-medular. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, (Fev.) Universidade do Minho, 1363-1372
- Gonçalves, C. A. (2004). O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e género. *Revista de Humanidades*, 5(11) (jul./set.), 599-642.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Kakeshita, I. S. & Almeida, S. S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a perceção da autoimagem em universitários. *Rev Saúde Pública*, 40(3), 497-504.
- Kaneshiro, B., Jensen, J. T., Carlson, N. E., Harvey, S. M., Nichols, M. D. & Edelman, A. B. (2008). Body mass index and sexual behavior. *Obstetrics & Gynecology*, 112(3), 586-592.
- Kinzl, J. F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W. & Aigner, F. (2001). Partnership, sexuality, and sexual disorders in morbidly obese women: consequences of weight loss after gastric banding. *Obesity Surgery*, 11, 455-458.
- Kolotkin, R. L., Binks, M., Crosby, R. D., Ostbye, T., Gress, R. E. & Adams, T. D. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity*, 14(3), 472-479.
- Lara, L. A. S., Silva, A. C. J. S. R., Romão, A. P. M. S. & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Bras Ginecol Obstet*, 30(6), 312-321.
- Larsen, S. H., Wagner, G. & Heitmann, B. L. (2007). Sexual function and obesity. *International Journal of Obesity*, 31, 1189-1198.
- Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Maia, L. A. C. R. & Pessoa, P. (2009). Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia-idade da cidade da Covilhã - Portugal. www.psicologia.com.pt: portal dos psicólogos, 1-22.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do spss*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Martinez, L. F. & Ferreira, A. I. (2008). *Análise de dados com SPSS. Primeiros Passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Melin, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(3), 73-76.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais: teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nozaki, V. T. & Rossi, N. M. (2010). Imagem corporal: cirurgia bariátrica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 3(2), 185-191.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde (2ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, H. M. M. (2004). O uso do computador e da internet na psicologia vocacional: um estudo com profissionais de orientação europeus. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Pablo, C. & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Rev Port Clín Geral*, 20, 357-370.
- Padwal, R. S. & Sharma, A. M. (2009). Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. *Canadian Medical Association Journal*, 181(11), 777-778.
- Pechorro, P., Diniz, A. & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 1(XXVII), 99-108.
- Pereira, S. (2006). Projeto de Intervenção em Crianças e Adolescentes Obesos. *Arquivos de Medicina*. Porto.
- Pereira, H., Leal, I. & Maroco, J. (2009). *Psicologia da identidade sexual*. Covilhã: Universidade da Beira Interior (FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia).
- Perlman, C. M., Martin, L., Hirdes, J. P., Curtin-Telegdi, N., Pérez, E. & Rabinowitz, T. (2007). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients. *Psychosomatics*, 48(4), 309-318.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do spss. (4ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Polotsky, A. J. (2010). Obesity and sexuality in men and women: myths, misconceptions, and the data. *Srm*, 8(2), 7-10.
- Poskitt, E. M. E. (2002). Home-based Management. Chapter 13. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA.
- Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.
- Ribeiro, V. L. P. (2008). Obesidade e função sexual. www.psicologia.com.pt: portal dos psicólogos, 1-11.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9th ed.) (Dornelles, C. O., Monteiro, C., Ortiz, I. S. & Cataldo, R. C., Trans.). São Paulo: Artmed. (Original work published 2003).
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K. & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 69-87.
- Saur, A. M. & Pasian, S. R. (2008). Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 199-209.
- Scharfetter, C. (2002). *Introdução à psicopatologia geral* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Schneider, K. L., Spring, B. & Pagoto, S. L. (2009). Exercise and energy intake in overweight, sedentary individuals. *Eating Behaviors*, 10, 29-35.
- Serra, M. (2009). Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Shiri R., Koskimaki J., Hakama M., Hakkinen J., Huhtala H., Tammela T.L. et al. (2004). Effect of life-style factors on incidence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*, 16, 389-394.
- Silva, M. P., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P. & Castro, J. J. (2006). Obesidade e qualidade de vida. *Ata Med Port*, 19, 247-250.

- Silva, A. N. S. (2007). Autopercepções, autoestima, ansiedade físico-social e imagem corporal dos praticantes de fitness. Monografia de Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra.
- Silventoinen, K., Kaprio, J., Lahelma, E., Viken, R. J. & Rose, R. J. (2003). Assortative mating by body height and BMI: Finnish twins and their spouses. *American Journal of Human Biology*, 15, 620-627.
- Speakman, J. R., Djafarian, K., Stewart, J. & Jackson, D. M. (2007). Assortative mating for obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 86, 316-323.
- Thompson, J. K. (1997). Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment. American Psychological Association: Washington, D. C.
- Vasques, F., Martins, F. C. & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Rev. Psiq. Clin.*, 31(4), 195-198.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Serrano, F. & Carvalheira, A. A. (2011). Estudo EPISEX-PT/Feminino: prevalência das disfunções sexuais femininas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*, 4 (janeiro/junho), 7-14.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N. & Carvalho, L. (2011). Estudo EPISEX-PT/ Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*, 4 (janeiro/ junho), 15-22.
- Vidal, P. M. M. (2007). Obesidade em Portugal: epidemiologia e principais consequências. *Revista Faculdade Medicina de Lisboa, série III*, 12(4), 259-261.
- Wanderley, E. N. & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspetiva plural. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194.
- Zimmermann, T., Scott, J., & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1061-1068.

ANEXOS

ANEXO I : Algumas Considerações Teóricas

Sexualidade

“ (...) devemos considerar a sexualidade como um fenómeno humano básico que depende estreitamente da biologia e dos comportamentos e ao mesmo tempo os transcende; um fenómeno em redor do qual se criaram mitos incomparáveis, rituais de todos os tipos, normas muito rígidas, as mais excelsas imagens e fantasias e gerou algumas das criações literárias mais elevadas. A sexualidade humana é, pois, um fenómeno rico, variado, muito complexo (...)”

(Capellá, 2003)

A sexualidade constitui um tema bastante abrangente, pois, por um lado, surge como uma realidade complexa e repleta de diversidade (Pereira, Leal & Maroco, 2009) e, por outro lado, reflete o património biológico, as experiências de desenvolvimento sexual, as características da personalidade, bem como a análise que cada sujeito faz de si mesmo enquanto ser humano e enquanto homem ou mulher (Cordeiro, 2003).

Neste sentido, a sexualidade é afetada pelas relações interpessoais que cada indivíduo estabelece; pela cultura do sujeito; pelas circunstâncias de vida de cada pessoa (Cordeiro, 2003); pela atração mútua; pelo total contacto psicofísico e não exclusivamente genital; pela consciência de sexo, que abarca o próprio sexo e o oposto; pela apetência sexual e pelo comportamento sexual (Scharfetter, 2002).

Antes do século XIX, o comportamento sexual era considerado uma preocupação religiosa e espiritual. Foi, portanto, a partir do início desse mesmo século que a sexualidade e o comportamento sexual se tornaram objeto de estudo científico (Ogden, 2004). A componente sexual era considerada uma função biológica, simultaneamente com a função de comer e beber. Com o intuito de explicar o comportamento sexual desenvolveram-se critérios para descrever a normalidade e a anormalidade sexuais, ou seja, geralmente os comportamentos sexuais ligados à reprodução eram considerados normais, enquanto a masturbação e a homossexualidade eram vistos como anormais (Ogden, 2004). Deste modo, o sexo era encarado como um impulso biológico que necessitava de ser expresso obedecendo aos limites das suas funções, isto é, a reprodução (Ogden, 2004).

Por outro lado, com a entrada do século XX implementou-se uma mudança de perspetiva, pois ao longo deste o sexo acabou por ser descrito como uma atividade em si mesma e não como um meio biológico para atingir o objetivo da reprodução. Neste sentido, Kinsey considerou o sexo como impulso natural saudável, Masters e Johnson desenvolveram

meios para medir e avaliar a experiência sexual através da análise das mudanças fisiológicas e Hite explica o prazer sexual usando descrições acerca da estimulação física (Ogden, 2004).

De acordo com Etienne & Waitman (2006, *cit. in* Serra, 2009) o desenvolvimento sexual é o resultado da combinação de fatores genéticos, hormonais e neurológicos que, por seu turno, interagem com o desenvolvimento sexual psicológico e o meio sociocultural do sujeito. O desenvolvimento sexual é um processo que se desenrola ao longo da vida do indivíduo, constituindo-se como um processo amplo, onde se procura satisfazer o desejo sexual e alcançar o prazer físico. Além disso, é de salientar que este processo também é caracterizado pela necessidade emocional de proximidade e pela pertinência nos contactos humanos (Serra, 2009).

O conceito de sexualidade surge em diversos momentos inteiramente relacionado ao sexo. Porém, esta associação é deveras redutora pois a definição de sexualidade pode também abarcar a dimensão da identidade básica, que, por seu turno, compreende o modo de vida de cada sujeito, os papéis sexuais sociais, a forma de expressar os afetos, influenciando o pensamento, autoimagem, percepção do corpo do próprio indivíduo, escolhas e preferências (Pereira, Leal & Maroco, 2009).

Por conseguinte, de acordo com Martínez & Sánchez (1997, *cit. in* Pereira et al., 2009) existem três ideias básicas que devem regular a compreensão da sexualidade humana:

1. A sexualidade é algo inerente ao ser humano;
2. Os aspetos sexuais encontram-se mútua e continuamente inter-relacionados com os aspetos não sexuais;
3. A sexualidade está intimamente relacionada com as características da personalidade dos sujeitos influenciando o seu modo de agir e pensar.

As diferenças entre homens e mulheres, no que diz respeito à resposta aos estímulos sexuais, são atribuídas a fatores de ordem biopsicossocial, sobretudo às hormonas sexuais (estrogénios versus androgénios), educação sexual (repressora versus permissiva), ambiente (controlador versus estimulante) (Abdo, 2005 *cit. in* Abdo & Fleury, 2006). Por conseguinte, a mulher acaba por desempenhar um papel de maior sensualidade e sedução, enquanto o homem busca a conquista e a posse no exercício da sexualidade. Todavia, esse quadro é dinâmico e pode sofrer alterações, de acordo com os fatores envolvidos, próprios da vida de cada indivíduo (Abdo & Fleury, 2006).

A satisfação da necessidade sexual pode estar associada às funções de reprodução, ao princípio do prazer, fuga à dor, aumento da autoestima, satisfação das necessidades de amor e socialização, através do relacionamento entre duas pessoas (Athinson & Murray, 1985, *cit. in* Alves, 2005).

A sexualidade, tal como qualquer outro comportamento humano, apresenta uma base biológica. Não é possível ao homem ser, existir ou comportar-se, sem um substrato biológico (Soares, s.d *cit. in* Fonseca, Soares & Vaz, 2003) (Alves, 2005).

Os fatores biológicos envolvidos no desejo e resposta sexual são fundamentais na experiência sexual humana, sendo estes de grande utilidade para a compreensão e explicação

dos problemas e aspetos positivos da condição sexual humana (Bancroft, 2002, *cit. in* Alves, 2005). A fase de excitação é desencadeada por estímulos psicológicos (fantasias ou a presença do objeto desejado) e por estímulos fisiológicos (toque, beijo ou ambos). Se a estimulação física ou mental continuar, o indivíduo passará para a fase seguinte da resposta sexual (Alves, 2005).

O esquema das disfunções sexuais em função das diversas categorias acima identificadas é apresentado no quadro seguinte:

Quadro 1: Categorias de Disfunção Sexual em função do Sistema de Classificação Proposto pelo DSM-IV-TR (Nobre, 2006).

Fase do ciclo de resposta afetada	Disfunções Femininas	Disfunções Masculinas
1. Desejo	Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo	Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo
	Aversão Sexual	Aversão Sexual
2. Excitação	Perturbação da Excitação Sexual na mulher	Disfunção eréctil no homem
3. Orgasmo	Perturbação do Orgasmo na mulher	Perturbação do Orgasmo no homem
		Ejaculação Prematura
4. Dor	Dispareunia	Dispareunia
	Vaginismo	

Funcionamento Sexual

Uma alteração no funcionamento sexual do sujeito pode ter causas diversificadas e, consequentemente tende a afetar a saúde física e o bem-estar emocional do indivíduo e do seu parceiro. Por outro lado, as questões relacionadas com o funcionamento e o desejo sexual podem ser incómodas quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde, sendo que este tópico surge frequentemente acompanhado de sentimentos de vergonha (Alves, 2005).

A sexualidade masculina constitui uma expressão complexa que resulta do desejo, atração sexual e do comportamento sexual. Além da integridade anatómica e funcional dos órgãos genitais, a atividade sexual é influenciada por centros de excitação localizados no trato espinhal e no cérebro (sistema límbico), sendo que este último sofre efeitos significativos de fatores ambientais e sócio-culturais (Belo, 2006). Características marcantes

da sexualidade masculina, orientadas mais pelo tato e por estímulos visuais, podem ter como base as influências culturais e evolutivas através dos anos (Belo, 2006).

Do ponto de vista fisiológico, o funcionamento sexual masculino envolve a obtenção e manutenção da ereção peniana, a emissão espermática, a ejaculação e o orgasmo (Belo, 2006).

A resposta sexual feminina, por seu turno, surge mais fortemente associada à necessidade de intimidade, do que do que da necessidade de excitação sexual. As mulheres apresentam um menor impulso biológico e a sua motivação surge de um conjunto de “reforços” ou “ganhos” que não são estritamente sexuais (Pablo & Soares, 2004).

Por outro lado, a mulher está mensalmente sujeita às variações hormonais devido ao ciclo menstrual, pode engravidar e assiste ao cessar do ciclo reprodutivo com a entrada na menopausa (Pablo & Soares, 2004).

Disfunções Sexuais

As Disfunções Sexuais caracterizam-se por perturbações do desejo sexual e das modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e provocam acentuado mal-estar e dificuldades interpessoais (DSM-IV-TR, 2002).

As disfunções sexuais integram, portanto, as Perturbações do Desejo Sexual - Desejo Sexual Hipoactivo, Aversão Sexual; Perturbações da Excitação Sexual - Perturbações da Excitação Sexual na Mulher e Disfunção eréctil no Homem; Perturbações do Orgasmo - no Homem e na Mulher e Ejaculação Precoce; Perturbações de Dor Sexual - Dispareunia, Vaginismo; Perturbações Sexuais Secundárias a um Estado Físico Geral, Disfunção Sexual induzida por substâncias, Disfunção Sexual Sem Outra Especificação (DSM-IV-TR, 2002).

As disfunções sexuais apresentam como principal característica a inibição da sensação subjetiva de prazer, desejo ou do funcionamento sexual, em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual (Sadock & Sadock, 2007). Por conseguinte, a sua conceptualização em função do ciclo de resposta sexual sugere o comprometimento do mesmo (Nobre, 2006).

Portanto, as disfunções sexuais podem dividir-se em perturbações do Desejo Sexual, da Excitação, do Orgasmo e da Dor Sexual (Nobre, 2006).

O modelo do ciclo de resposta sexual baseado nos estudos de Masters & Johnson (1966, 1970) e Kaplan (1979) é representado em quatro fases distintas (DSM-IV-TR, 2002; Nobre, 2006):

1. Desejo - fase constituída por fantasias sexuais e desejo de envolvimento em atividade sexual (DSM-IV-TR, 2002; Nobre, 2006);
2. Excitação - fase que se caracteriza por uma sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por alterações fisiológicas correspondentes (DSM-IV-TR, 2002; Nobre, 2006);
3. Orgasmo - fase que compreende um pico de prazer sexual, na qual, em simultâneo, se verifica uma libertação da tensão sexual, uma contração rítmica dos músculos

do períneo, bem como dos órgãos reprodutores. Além disso, o esfíncter anal contrai-se ritmicamente em ambos os géneros. Por seu turno, na mulher, ocorrem contrações da parede do terço externo da vagina (DSM-IV-TR, 2002; Nobre, 2006);

4. Resolução - fase qualificada pela sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar. No decorrer desta mesma fase, os homens evidenciam um período de tempo, que pode sofrer variações, em que se encontram fisiologicamente refratários a novos ereção e orgasmo. Por seu lado, as mulheres revelam a possibilidade de responder quase de imediato a uma estimulação adicional (DSM-IV-TR, 2002; Nobre, 2006).

As perturbações da resposta sexual podem, eventualmente, ocorrer numa ou mais das fases enunciadas em cima. Deste modo, sempre que se verifique mais do que uma disfunção sexual deve proceder-se ao registo de todas (DSM-IV-TR, 2002).

Por outro lado, nos critérios não se efetua qualquer tentativa para especificar a frequência mínima ou variedade de situações, atividades ou tipos de encontros sexuais em que a disfunção tem de ocorrer. Neste sentido, este tipo de juízo deve ser realizado pelo clínico que, por sua vez, deverá ter em consideração fatores como a idade, experiência do sujeito, frequência e cronicidade do sintoma, mal-estar subjetivo e conseqüências noutras áreas de funcionamento (DSM-IV-TR, 2002).

No que concerne aos critérios de diagnóstico as palavras “persistente” e/ ou “recorrente” indicam a necessidade de se emitir um juízo clínico a respeito das mesmas. Por outro lado, é importante ressaltar que se a estimulação sexual for inadequada no foco, na intensidade ou na duração não se elabora o diagnóstico de Disfunção Sexual envolvendo excitação ou orgasmo (DSM-IV-TR, 2002).

Subtipos

Os subtipos são designados com o intuito de indicar o início, contexto e fatores etiológicos associados às Disfunções Sexuais (DSM-IV-TR, 2002). No caso de se verificar a presença de várias Disfunções Sexuais revela-se necessário registar os subtipos apropriados para cada uma dessas disfunções. No entanto, é importante referir que estes subtipos não se aplicam a um diagnóstico de Disfunção Sexual Secundária, a Um Estado Físico Geral ou Induzida por Substâncias (DSM-IV-TR, 2002).

Os subtipos que podem ser utilizados para indicar a natureza do início da disfunção sexual são:

- **Tipo ao Longo da Vida:** aplica-se a uma disfunção sexual se esta se encontrar presente desde o início do funcionamento sexual;
- **Tipo Adquirido:** aplica-se se a disfunção sexual se manifestar e/ ou desenvolver apenas depois de um período de funcionamento sexual normal (DSM-IV-TR, 2002).

Por seu turno, os subtipos que se utilizam para indicar o contexto em que a disfunção sexual ocorre são:

- **Tipo Generalizado:** aplica-se caso a disfunção sexual não se limitar a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros sexuais.
- **Tipo Situacional:** aplica-se no caso da disfunção sexual se limitar a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros. O padrão situacional específico da disfunção pode auxiliar o diagnóstico diferencial.

Os subtipos que podem ser empregues para indicar os fatores etiológicos associados à disfunção sexual são:

- **Secundário a Fatores Psicológicos:** este subtipo aplica-se quando se considera que os fatores psicológicos têm um papel relevante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual, sendo que o estado físico geral e substâncias não estão implicados na etiologia da mesma.
- **Secundário a Fatores Combinados:** aplica-se quando 1) se considera que fatores psicológicos têm um papel no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da Disfunção Sexual; e 2) se considera que o estado físico geral ou a utilização de substâncias contribuem em grau suficiente para explicar a Disfunção Sexual. Se o estado físico geral ou a utilização de substâncias (incluindo os efeitos colaterais da medicação), forem suficientes para explicar a Disfunção Sexual, diagnostica-se Disfunção Sexual Secundária a Um Estado Físico Geral e/ou Disfunção Sexual Induzida por Substâncias (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbações Associadas

A presença de uma disfunção sexual pode estar associada à prevalência de Perturbações de Humor e Perturbações de Ansiedade (Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Pânico com Agorafobia e Fobia Específica) (DSM-IV-TR, 2002).

Características Específicas Da Cultura, Idade e Género

Os juízos clínicos acerca da presença de um Disfunção Sexual devem ter em consideração as características étnicas, culturais, religiosas e sociais do sujeito que podem influenciar o desejo sexual, as expectativas e as atitudes acerca do desempenho. Deste modo, destaca-se o facto de, em algumas sociedades, o desejo sexual da mulher ser considerado irrelevante, sobretudo quando a fertilidade é a principal preocupação. O envelhecimento pode estar associado a uma redução do interesse e funcionamento sexual (especialmente nos homens), mas existe grandes diferenças individuais quanto aos efeitos da idade (DSM-IV-TR, 2002).

Diagnóstico Diferencial

Se se considera que uma Disfunção Sexual é causada exclusivamente pelos efeitos fisiológicos de um estado físico geral específico, o diagnóstico é Disfunção Sexual Secundária a Um Estado Físico Geral. Esta determinação baseia-se na história, nos dados laboratoriais ou

no exame somático. Se se considera que a Disfunção Sexual é causada exclusivamente pelos efeitos fisiológicos do abuso de uma droga, de uma medicação ou exposição a um tóxico, o diagnóstico é Disfunção Sexual Induzida por Substâncias. O clínico deve questionar cuidadosamente acerca da natureza e extensão do uso ou utilização de uma substância, incluindo medicamentos. Sintomas que ocorrem durante ou pouco depois (isto é, no período de 4 semanas) da Intoxicação por Substâncias, ou depois da utilização de medicação, podem ser especialmente sugestivos de uma Disfunção Sexual Induzida por Substâncias, dependendo do tipo ou quantidade de substância usada ou duração do seu uso.

Se o clínico tem a certeza de que a disfunção sexual se deve quer a um estado físico geral quer à utilização de substâncias, ambos os diagnósticos (isto é, Disfunção Sexual Secundária a Um Estado Físico Geral e Disfunção Sexual Induzida por Substâncias) podem ser feitos. Diagnostica-se Disfunção Sexual primária com o subtipo Secundária a Fatores Combinados se uma combinação de fatores psicológicos e/ou um estado físico geral ou a utilização de uma substância for considerada como tendo um papel etiológico, mas nenhuma destas etiologias é suficiente para explicar a disfunção. Se o clínico não pode determinar os papéis etiológicos dos fatores psicológicos, do estado físico geral e da utilização de uma substância, diagnostica-se Disfunção Sexual Sem Outra Especificação (DSM-IV-TR, 2002).

O diagnóstico de uma Disfunção Sexual também não se faz se a disfunção se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (por exemplo, se a diminuição do desejo sexual ocorre apenas no contexto de um episódio de Depressão *Major*). Contudo, se a perturbação no funcionamento sexual antecede a perturbação no Eixo I ou é um foco independente da atenção clínica, o diagnóstico adicional de Disfunção Sexual pode também ser feito. Habitualmente se uma Disfunção Sexual está presente (por exemplo, uma perturbação da Excitação Sexual), outras Disfunções Sexuais também estarão presentes (Desejo Sexual Hipoactivo). Em tais casos, todas deverão ser diagnosticadas. Uma Perturbação da Personalidade pode coexistir com uma Disfunção Sexual. Em tais casos a Disfunção Sexual deverá ser registada no Eixo I e a Perturbação da Personalidade deverá ser registada no Eixo II. Se outra situação clínica, como um Problema Relacional, estiver associada à perturbação do funcionamento sexual, a Disfunção Sexual deverá ser diagnosticada e a outra situação clínica é também anotada no Eixo I. Problemas ocasionais com o desejo sexual, excitação ou orgasmo que não são persistentes ou recorrentes, ou que não são acompanhados por acentuado mal-estar ou dificuldades interpessoais não são considerados Disfunções Sexuais.

Epidemiologia e Fatores de Risco

Os dados alusivos à prevalência das disfunções sexuais na população geral são escassos e revelam uma grande diversidade entre si. Os motivos deste acontecimento podem estar relacionados com a utilização de diferentes sistemas classificatórios, métodos de avaliação e variáveis dos grupos populacionais em que incidem estes estudos (Pablo & Soares, 2004).

No que concerne à epidemiologia das disfunções sexuais, de acordo com Lara, Silva, Romão & Junqueira (2008), estima-se que cerca de 40% a 45% das mulheres apresentam algum tipo de queixa de disfunção sexual. No que toca aos homens, os mesmos autores, consideram que a prevalência de disfunções sexuais nos mesmos se situe entre os 20% e os 30%. Adicionalmente, Laumann e colaboradores (1999, *cit. in* Nobre, 2006) mencionaram, que na população geral, as disfunções sexuais atingem uma percentagem de cerca de 43% no género feminino e 31% no género masculino.

Nos estudos da população geral os quadros mais comuns de disfunção sexual são, nas mulheres, as perturbações do desejo sexual e do orgasmo e, nos homens a ejaculação prematura (Nobre, 2006). Por outro lado, os estudos realizados na população clínica apontam uma maior incidência da disfunção eréctil no homem e do desejo hipoactivo no género feminino (Nobre, 2006).

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, que englobou uma amostra representativa da população, sendo que os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, estabeleceu as seguintes estimativas de prevalência de diversas queixas sexuais (DSM-IV-TR, 2002):

- Dispareunia - 3% no homem, 15% na mulher;
- Problemas do Orgasmo - 10% no homem, 25% na mulher;
- Desejo Sexual Hipoactivo - 33% na mulher;
- Ejaculação Precoce - 27%;
- Problemas de Excitação Sexual - 20% na mulher;
- Disfunção eréctil - 10% no homem (DSM-IV-TR, 2002).

A prevalência dos problemas erécteis no homem, de acordo com o DSM-IV-TR (2002) aumenta depois dos 50 anos de idade.

Um outro estudo, bastante citado por diferentes autores, corresponde ao do National Health and Social Life Survey (NHSL) conduzido por Laumann e colaboradores (1999), onde participaram 1749 mulheres americanas com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos. Os resultados apontaram para uma prevalência de 43% de mulheres com disfunção, das quais 32% referiram não sentir interesse por sexo, 26% não conseguiam atingir o orgasmo e 10 a 15% queixavam-se de dor durante a relação sexual nos últimos seis meses (Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

Perturbações do Desejo Sexual

Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo

Características de Diagnóstico

A perturbação do desejo sexual hipoaactivo consiste numa deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de atividade sexual. Esta deve causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal, sendo que não se explica melhor por outra perturbação do eixo I (exceto outra disfunção sexual). Além disso, esta perturbação não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (medicação) ou de um estado físico geral.

O baixo desejo sexual pode ser geral e envolver todas as formas de expressão sexual, ou, por outro lado, pode ser situacional e limitado a um parceiro ou a uma atividade sexual específica (por exemplo, relações sexuais mas não masturbação).

Nesta perturbação a motivação para procurar estímulos é reduzida e o nível de frustração, quando privado da oportunidade da expressão sexual, é baixo.

Neste sentido, é habitual o sujeito não iniciar atividade sexual, sendo que quando ocorre envolvimento este é caracterizado pela relutância em resposta à iniciativa sexual do parceiro.

A frequência de experiências sexuais é baixa, porém, fatores como a pressão do parceiro sexual e/ ou necessidades não sexuais (conforto físico e intimidade), podem aumentar a frequência destes encontros.

No que concerne à presença de dados normativos relacionados com a idade ou género na frequência ou grau do desejo sexual verifica-se uma ausência dos mesmos. Deste modo, cabe ao técnico emitir um juízo clínico baseado nas características do sujeito, nos determinantes interpessoais, no contexto de vida e na estrutura cultural. Com este intuito, o clínico pode necessitar de avaliar ambos os parceiros, visto que ambos os parceiros podem ter níveis de desejo dentro de uma variação normal, mas em diferentes extremos do contínuo (DSM-IV-TR, 2002).

Aversão Sexual

Características de Diagnóstico

A característica essencial de Aversão Sexual consiste na aversão e evitamento ativo do contacto sexual genital com um parceiro sexual (Critério A). A perturbação deve causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) (Critério C). O sujeito relata ansiedade, medo ou nojo quando confrontado com uma oportunidade sexual com um parceiro. A aversão ao contacto genital pode ser focada num aspeto particular da experiência sexual (por exemplo, secreções genitais, perturbação vaginal). Alguns sujeitos sentem uma aversão generalizada a todos os estímulos sexuais, incluindo beijar a tocar. A intensidade da reação do sujeito quando exposto aos estímulos aversivos pode variar de ansiedade moderada e ausência de prazer a mal-estar psicológico extremo (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbações da Excitação Sexual

Perturbação da Excitação Sexual na Mulher

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Perturbação da Excitação Sexual na Mulher consiste numa incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a atividade sexual, uma adequada resposta na lubrificação e entumescimento da excitação sexual (Critério A). A resposta de excitação consiste em vasocongestão da pélvis, expansão e lubrificação vaginal e entumescimento dos genitais externos. A perturbação tem de causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (incluindo medicamentos) ou a um estado físico geral (Critério B) (DSM-IV-TR, 2002).

Disfunção erétil no Homem

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Disfunção erétil no homem consiste numa incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada ereção (Critério A) até completar a atividade sexual. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (incluindo medicação) ou de um estado físico geral (Critério C).

Existem diferentes padrões de Disfunção erétil. Alguns sujeitos relatam incapacidade para obter qualquer ereção desde a primeira experiência sexual. Outros queixam-se de que, embora experimentem uma ereção adequada, a perdem quando tentam a penetração. Outros ainda relatam que têm uma ereção que é suficientemente firme para a penetração, mas que perdem a tumescência antes ou durante os movimentos sexuais. Alguns homens podem relatar serem capazes de experimentar uma ereção apenas durante a automasturbação ou ao acordar. As ereções masturbatórias podem ser perdidas também, mas não é habitual (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbações do Orgasmo

Perturbação do Orgasmo na Mulher

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Perturbação do Orgasmo na Mulher consiste num atraso persistente ou recorrente ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal (Critério A). As mulheres exibem uma enorme variabilidade do tipo ou intensidade de estimulação que desencadeia o orgasmo. O diagnóstico de Disfunção do Orgasmo na Mulher deverá basear-se no juízo clínico de que a capacidade do orgasmo na mulher é menor do que seria razoável para a sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que ela recebe. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A disfunção não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de substâncias (incluindo medicação) ou a um estado físico geral (Critério C) (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbação do Orgasmo no Homem

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Perturbação do Orgasmo no Homem consiste num atraso persistente ou recorrente ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação normal. Ao avaliar se o orgasmo está atrasado, o clínico deve ter em consideração a idade da pessoa e se a estimulação é adequada no foco, intensidade e duração (Critério A). A perturbação tem de causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A Disfunção do Orgasmo não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de substâncias (incluindo medicamentos) ou a um estado físico geral (Critério C). Na mais frequente forma de Perturbação do Orgasmo no Homem, este não pode atingir o orgasmo durante o coito, se bem que possa ejacular a partir da estimulação manual ou oral pelo parceiro. Alguns homens com Perturbação do Orgasmo podem atingir o orgasmo durante o coito, mas apenas depois de uma estimulação muito prolongada e intensa fora de coito. Alguns podem ejacular apenas por masturbação. Um grupo ainda mais reduzido tem orgasmo apenas no momento de despertar de um sonho erótico (DSM-IV-TR, 2002).

Ejaculação Precoce

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Ejaculação Precoce consiste no persistente ou recorrente início do orgasmo e ejaculação com estimulação sexual mínima, antes, durante ou imediatamente após a penetração e antes que a pessoa o deseje (Critério A). O clínico tem de ter em consideração os fatores que afetam a duração da fase de excitação, tais como a idade, novidade ou situação do parceiro sexual e frequência recente de atividade sexual. A maioria dos homens com esta perturbação pode atrasar o orgasmo, durante a masturbação, por um

período de tempo consideravelmente mais longo do que durante o coito. As apreciações dos parceiros relativamente ao intervalo de tempo desde o início da atividade sexual até à ejaculação, bem como o seu juízo se a Ejaculação Precoce é um problema, podem ser muito variáveis. A perturbação tem de causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A ejaculação precoce não se deve exclusivamente aos efeitos diretos de uma substância (por exemplo, abstinência de opiáceos) (Critério C) (DSM-IV-TR, 2002).

Perturbações de Dor Sexual

Dispareunia

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Dispareunia consiste em dor genital que se associa à atividade sexual (Critério A). Se bem que ela surja mais habitualmente durante o coito, pode também ocorrer antes ou depois da atividade sexual. A perturbação pode ocorrer tanto nos homens como nas mulheres. Nas mulheres, a dor pode ser descrita como superficial durante a penetração, ou como profunda durante os movimentos do pénis. A intensidade dos sintomas pode variar desde ligeiro desconforto até dor aguda. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério B). A perturbação não é provocada exclusivamente por Vaginismo ou por falta de lubrificação, não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto por outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, uma medicação) ou de um estado físico geral (Critério C) (DSM-IV-TR, 2002).

Vaginismo

Características de Diagnóstico

A característica essencial do Vaginismo consiste na contração involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina, quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo (Critério A). A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal (Critério B). A perturbação não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (exceto outra Disfunção Sexual) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (Critério C). Nalgumas mulheres até a antecipação da introdução vaginal pode resultar em espasmo. A contração pode variar de ligeira, induzindo algum aperto e desconforto, a grave, impedindo a penetração (DSM-IV-TR, 2002).

Disfunção Sexual Secundária a um Estado Físico Geral

Características de Diagnóstico

A característica essencial da Disfunção Sexual Secundária a um Estado Físico Geral consiste na presença de disfunção sexual clinicamente significativa que se considera dever-se exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral. A disfunção sexual pode envolver dor associada ao ato sexual, desejo sexual hipoactivo, disfunção erétil no homem ou outras formas de disfunção sexual (por exemplo, Perturbação do Orgasmo) e tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (Critério A). Tem de haver evidência da história, exame somático ou exames laboratoriais de que a disfunção é completamente explicada pelos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (Critério B). A perturbação não se explica melhor por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação depressiva Major) (Critério C) (DSM-IV-TR, 2002).

Ao determinar se a disfunção sexual se deve exclusivamente a um estado físico geral, o clínico tem de confirmar primeiro a presença de um estado físico geral. Além disso, tem de estabelecer que a disfunção sexual se relaciona etiologicamente com o estado físico geral através de um mecanismo fisiológico. Para chegar a esta conclusão é necessária uma avaliação cuidadosa e completa de múltiplos fatores. Se bem que não haja diretivas infalíveis para determinar se a relação entre a disfunção sexual e o estado físico geral é etiológica, algumas considerações fornecem uma certa orientação nesta área. Uma delas consiste na presença de uma associação temporal entre o início, exacerbação ou remissão do estado físico geral e a disfunção sexual. Uma segunda consideração consiste na presença de características atípicas de uma Disfunção Sexual primária (por exemplo, idade de início ou evolução atípicas). A evidência na literatura que sugere poder haver uma associação direta do estado físico geral em questão e o desenvolvimento de uma disfunção sexual pode fornecer um contexto útil na avaliação de uma situação particular. Além disso, o clínico tem também de avaliar se a perturbação não se explica melhor por uma Disfunção Sexual primária, uma disfunção sexual induzida por substâncias ou outra perturbação mental primária (por exemplo, perturbação depressiva major) (DSM-IV-TR, 2002).

Implicações Psicológicas e Interpessoais das Disfunções Sexuais

De acordo com McCabe, Althof, Assalian, Chevret-Measson, Leiblum, Simonelli et al., (2010) torna-se evidente, para a maioria dos sujeitos, que os fatores psicológicos e interpessoais representam um importante papel na etiologia e na manutenção dos problemas sexuais. Deste modo, para a promoção da saúde e/ ou disfunção sexual contribuem aspetos como a religião, a cultura, a forma como o amor e o afeto são expressados e promovidos no seio familiar do indivíduo, as mensagens sociais relacionadas com comportamentos sexuais, a eventual ocorrência de experiências sexuais traumáticas e negativas ao longo do desenvolvimento do sujeito - exemplo: violência ou abuso sexual (Lara, Silva, Romão &

Junqueira, 2008), bem como o impacto que os Media detêm nas crenças e comportamentos da sociedade e que, por sua vez, despoletam um papel relevante na saúde e/ ou disfunção sexual (McCabe et al., 2010).

Por seu turno, Lara e colaboradores (2008) destacam, também, a importância de sintomatologia depressiva, bem como a presença de distúrbios psíquicos no diagnóstico de disfunções sexuais, nomeadamente na mulher. Os mesmos autores evidenciam ainda a possibilidade de doenças sistémicas como a diabetes, hiperprolactinemia e hipotiroidismo surgirem em comorbilidade com as disfunções sexuais (Lara et al., 2008).

Os fatores psicológicos associados às disfunções sexuais incluem aspetos emocionais e cognitivos da vivência sexual (Carvalho & Gomes, 2003 *In* Fonseca, Soares & Vaz, 2003). Neste sentido, assiste-se à presença de emoções negativas como a culpa, vergonha e/ ou raiva que, por consequência, podem desencadear a destruição dos sentimentos prazerosos. Ao nível cognitivo a capacidade de manter a concentração nos estímulos sexuais e eróticos parece ser uma dificuldade das mulheres (Carvalho & Gomes, 2003 *In* Fonseca, Soares & Vaz, 2003).

A qualidade do relacionamento amoroso constitui um importante fator no funcionamento sexual, visto que as dificuldades sexuais podem ser um sintoma e/ ou resultado de uma relação pouco satisfatória (Carvalho & Gomes, 2003 *In* Fonseca, Soares & Vaz, 2003). Deste modo, os fatores relacionais ou interpessoais abarcam a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, a estabilidade da relação, a existência de prováveis conflitos e de um contexto hostil. A par disso surge também a questão da atração física pelo parceiro e o nível de erotismo presente na relação (Carvalho & Gomes, 2003 *In* Fonseca, Soares & Vaz, 2003).

Tratamento

A abordagem do fenómeno da sexualidade requer sensibilidade e tato, bem como uma atitude de aceitação, onde os juízos de valor não podem ter lugar, uma vez que as disfunções sexuais são uma realidade (Alves, 2005). Deste modo, para a deteção e consequentemente reencaminhamento destes doentes para os profissionais de saúde responsáveis, urge a necessidade de implementar uma relação empática, baseada numa comunicação terapêutica (Alves, 2005).

No que concerne o tratamento das disfunções sexuais, alguns artigos têm vindo a debater a questão da medicalização das disfunções sexuais masculinas, destacando as representações de género, que, consecutivamente, reforçam o modelo hegemónico de masculinidade (Winton, 2000; Loe, 2001; Bass, 2001; Potts et al., 2004 *cit. in* Aquino, 2005). Potts e colaboradores (2004) desenvolveram, nesta linha, um estudo na Nova Zelândia com usuários de Viagra e as suas parceiras sexuais. Segundo os mesmos autores, os depoimentos dos informantes contrastaram fortemente com os conteúdos publicitários da indústria farmacêutica. Assim sendo, os participantes evidenciaram múltiplas possibilidades de

exercício da sexualidade, onde o tratamento medicamentoso nem sempre é necessário ou exitoso (Aquino, 2005).

De acordo com Pablo & Soares (2004), devido à relevância atribuída aos fatores de ordem psicossocial na gênese e manutenção das disfunções sexuais, o tratamento deve ser conceptualizado tendo em vista a intervenção psicológica como uma estratégia terapêutica a considerar na maioria dos casos. Em simultâneo, o tratamento médico e farmacológico também deve ser levados em conta pelo que, se a situação clínica o exigir, uma terapia combinada poderá ser a melhor opção terapêutica.

A terapia sexual pode obedecer à implementação do Modelo PLISSIT. Este Modelo compreende quatro níveis de atuação terapêutica, isto é, subdivide-se em P-LI-SS-IT, em que cada letra ou par de letras representa uma diretriz orientada para o objetivo da intervenção (Permission - Limited Information - Specific Suggestions - Intensive Therapy) (Garrett, Martins & Teixeira, 2010).

Cada um dos patamares requer um conhecimento distinto e capaz de enfrentar as exigências estipuladas, quer em termos de conhecimentos teóricos, quer em termos de treino e prática da terapêutica. À medida que os níveis vão aumentando, maior competência académica é requerida, sendo que esta se encontra intimamente relacionada com o tempo e o interesse dispendido por parte dos profissionais de saúde a cada uma das matérias (Annon, 1981 *cit. in* Garrett, 2010).

Segundo o Modelo PLISSIT o Nível I ou Permissão (P) permite desculpabilizar as práticas ou comportamentos sexuais que suscitem dúvidas em relação à normalidade, incluindo pensamentos e fantasias eróticas através da autoridade científica do técnico de saúde (Pablo & Soares, 2004).

O nível seguinte, o II - Informação Limitada (LI) incide na desmistificação de mitos atribuídos a determinado aspeto do funcionamento sexual (como por exemplo, configuração anatómica dos órgãos sexuais). Para o efeito, o profissional deve fornecer informação clara e concisa, circunscrita ao problema colocado, pois esta medida apresenta um papel importante na regulação das emoções e na permissão para aceitar o próprio corpo (Pablo & Soares, 2004).

Seguidamente, surge o Nível III - Sugestões Específicas (SS), sendo que este se refere à sugestão de técnicas de estimulação ou de mudança de comportamento com a finalidade de solucionar o problema em causa. Este nível de intervenção caracteriza-se pela sua exigência e requer um conhecimento sobre o funcionamento sexual, inclusivamente técnicas específicas (Pablo & Soares, 2004).

De acordo com Pablo & Soares (2004) os três níveis anteriores implicam que o profissional de saúde se sinta à vontade com a sua própria sexualidade, para assim discutir sem preconceitos questões do foro sexual; que o mesmo recorra a uma linguagem clara, simples e concisa que lhe permita comunicar facilmente com o doente; bem como possuir conhecimentos básicos sobre a resposta sexual humana e sobre a influência que o doente poderá exercer sobre ela.

O Nível IV, finalmente, ou Terapia Intensiva (IT) está inteiramente relacionado com a terapia sexual propriamente dita e necessita de formação adequada e treino específico com supervisão. Este nível foi pensado para ser a última linha de tratamento aplicado aos casos mais difíceis e longos de padrões sexuais disfuncionais. Esta terapia sexual é baseada no modelo terapêutico proposto por Masters e Johnson com algumas modificações, sobretudo na maior ênfase atribuída aos aspetos cognitivos associados às perturbações sexuais. Assim, a prescrição de mudanças específicas de comportamento destinam-se a eliminar a ansiedade de execução, a corrigir estilos de vida destrutivos e papéis sexuais inadequados (como o papel de espectador), a aumentar a comunicação e o repertório sexual. A finalidade das mudanças de comportamento consiste, acima de tudo, na promoção de atitudes sexuais positivas e na aprendizagem de aptidões sexuais cognitivas (Pablo & Soares, 2004).

Importa destacar que o foco da terapia é o casal, particularmente, todavia, no caso de um indivíduo não possuir um parceiro sexual fixo é exequível uma intervenção individual (Pablo & Soares, 2004).

Psicoterapia Sexual

O tratamento das Disfunções Sexuais deve envolver, para além do tratamento médico, a Psicoterapia Sexual (PS), que, segundo Banner e colaboradores (2007, *cit. in* Costa, 2010) deveria ser considerada em todos os doentes, independentemente da etiologia.

Em alguns casos a PS, pode, inclusivamente, ser suficiente para aliviar os sintomas, quando o diagnóstico médico exclui causas orgânicas. No entanto, também se pode tornar útil na presença de condições orgânicas, quando o uso de medicação oral é aconselhada mas o doente mostra-se relutante em aceitá-la, por fatores emocionais ou relacionais, pondo em risco o sucesso do tratamento (Burnett, 2006 *cit. in* Costa, 2010).

Atualmente, os modelos de PS dirigem-se ao casal e não unicamente ao doente, têm um número limitado de sessões, apresentam uma índole motivacional e são ativos (ou seja, exigem uma alteração de comportamentos e de pensamentos por parte do doente) (Giommi et al., 2005 *cit. in* Costa, 2010). Considerando a diversidade de intervenções psicológicas, os modelos de psicoterapia foram categorizados de acordo com a sua base teórica (Melnik et al., 2008 *cit. in* Costa, 2010): Terapia Racional-Emotiva, técnica que utiliza argumentos racionais para modificação de ideações anormais e, subsequentemente, acarretar a eliminação desses pensamentos através da destruição dos mitos sexuais antes relatados; Terapia de Grupo Sexual, os métodos desta terapia têm sido utilizados no sentido de avaliar problemas tanto intrapsíquicos como interpessoais, uma vez que funciona como um sistema de apoio ao doente que se sinta envergonhado, ansioso ou culpado acerca da sua condição. Neste sentido, o grupo proporciona a oportunidade de recolher informações precisas, oferece uma validação consensual das preferências individuais e aumenta a autoestima e autoaceitação. Adicionalmente, importa destacar a Intervenção Educacional, pois esta consiste numa intervenção inicial dedicada à informação e formação dos doentes nos aspetos da

sexualidade, procurando promover o processo de modificação das atitudes e/ ou crenças que estão na base da disfunção. Uma outra técnica a evidenciar da Psicoterapia Sexual é a Dessensibilização Sistemática que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a situações que causam ansiedade (Costa, 2010).

Obesidade

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acumular de gordura corporal excessiva, de modo que pode comprometer a saúde dos indivíduos obesos, despoletando consequências negativas como modificações no metabolismo, dificuldades respiratórias e complicações no aparelho locomotor (Wanderley & Ferreira, 2010).

Por conseguinte, a obesidade está incluída na *Classificação Internacional de Doenças* (ICD, ou em língua portuguesa CID-10) como estado físico geral, mas não aparece na classificação do DSM-IV-TR porque ainda não foi classificada como uma síndrome comportamental ou psicológica. No entanto, os estudos atuais acerca desta temática persistem na tentativa de encontrarem evidências da existência de fatores psicológicos importantes na etiologia ou evolução da obesidade (DSM-IV-TR, 2002).

O desenvolvimento de peso excessivo resulta da combinação de vários fatores. Fatores esses que incidem, essencialmente, na ingestão calórica, atividade física e gastos de energia diminutos, peso estabelecido, apetite, funcionamento do metabolismo, recetores de dopamina e hereditariedade. Posto isto, destaca-se, aqui, o facto de se verificar uma prevalência significativa de situações de comorbilidade associadas à obesidade (Aronne, Blackburn & Vash, 2002).

A obesidade é uma complexa afeção crónica, resultante da interação de fatores genéticos e do meio ambiente e, na mulher, relaciona-se com a infertilidade, depressão, distúrbios alimentares, baixa autoestima (NIH - National Institutes of Health, NHLBI - National Heart, Lung and Blood Institute & NAASO - North American Association for the Study of Obesity, 1998 *cit. in* França, Aldrighi & Marucci, 2008), hipertensão, dislipidemias, infarte, diabetes tipo 2, doença cardiovascular (DCV), cancro da mama, do endométrio e do cólon intestinal (NIH - National Institutes of Health, NHLBI - National Heart, Lung and Blood Institute & NAASO - North American Association for the Study of Obesity, 1998; WHO - World Health Organization, [2001], *cit. in* França, Aldrighi & Marucci, 2008).

A Obesidade é, então, determinada, habitualmente, pelo cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) do doente, que, por sua vez, consiste na divisão do peso em quilogramas (kg) pela superfície corporal (altura, representada em metros quadrados) (Aronne, Blackburn & Vash, 2002).

Portanto, se o resultado desta multiplicação (IMC) se situar entre 25 a 29,9 kg/m² é classificado como um peso excessivo, enquanto se este valor for superior a 30 kg/m² já se

verifica obesidade. Um Índice de Massa Corporal superior a 40 kg/m² é indicador de obesidade mórbida ou extrema (Aronne, Blackburn & Vash, 2002).

Quadro 2: Classificação da Obesidade de acordo com a OMS (Carmo, 2008)

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbilidade
Baixo Peso	<18,5	Baixo (mas risco acrescido de outros problemas clínicos)
Normal	18,5 - 24,9	Médio
Excesso de Peso	25,0 - 29,9	Aumentado
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9	Moderado
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9	Grave
Obesidade Grau III	≥ 40,0	Muito Grave

Além disso, um indicador considerado um sinal vital essencial de saúde e, por isso, também muito utilizado na avaliação do excesso de peso, é a medição através de fita métrica, da circunferência da cintura (nos homens o valor é de risco se for superior a 100 cm e nas mulheres superior a 90 cm). Ora, o valor que surge desta medição permite predizer de modo independente, o risco de contrair doenças como diabetes, dislipidemia e hipertensão, sobretudo se for associado a um IMC entre 25 a 30kg/m² (Aronne, et al., 2002).

Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal (IMC) surgiu de uma fórmula criada pelo antropólogo belga Quetelet, sendo que consiste na divisão do Peso Corporal (em Kg) pela Altura (em metros) - $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$ (Garrow, 1985 *cit. in* Carmo, 2008). Deste modo, este indicador de massa corporal está correlacionado com a massa gorda corporal apresentando coeficientes de 0,955 para as mulheres e 0,943 para os homens (Carmo, Santos, Camolas & Vieira, 2008).

Este índice é frequentemente utilizado para classificação da obesidade, pela sua facilidade de utilização e pela boa relação com a gordura corporal na população geral, pois somente os valores de Massa Corporal (MC= kg) e estatura (EST= kg/m²) são necessários para o seu estabelecimento. Além disso, o que faz com que este índice tenha uma grande aceitação pela comunidade científica é o seu relacionamento com o desenvolvimento de desordens metabólicas e inúmeras doenças. Todavia, este, isoladamente, não representa o principal indicador para o aumento das taxas de mortalidade (Filardo & Petroski, 2007).

Prevalência da Obesidade nos Adultos em Portugal

Em Portugal, a prevalência da obesidade encontra-se entre 12% e 13% nos homens e entre 14% e 15% nas mulheres, dependendo do método de aferição utilizado (Vidal, 2007).

Um outro facto a considerar é a elevada prevalência do excesso de peso, que faz com que aproximadamente metade da população portuguesa adulta apresente excesso de peso e obesidade (Vidal, 2007).

A repartição da obesidade não é equitativa na população portuguesa, pois os níveis sociais mais desfavorecidos apresentam uma maior prevalência, assim como as pessoas com idades entre os 45 e os 70 anos; em contrapartida, a prevalência da obesidade é mais baixa nos fumadores (Vidal, 2007).

Os poucos estudos disponíveis apontam igualmente para um aumento da prevalência da obesidade na população portuguesa, aumento esse que terá consequências gravosas tanto para o estado de saúde da população como para as despesas de saúde (Vidal, 2007).

Aspetos Psiquiátricos e Problemas Psicológicos da Obesidade

No enquadramento social das sociedades atuais, a beleza física é muito valorizada e surge intrinsecamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto. Revistas, jornais, televisão, filmes e até romances usam de preferência a imagem de mulheres magras. Essa magreza presente nas publicações dos *media* leva a crer que é esta forma física que representa a norma (Ogden, 2004).

Como tal, isto produz, no obeso, uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação perante os padrões sociais vigentes, que poderá provocar dificuldades relacionais e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis, que requerem contactos sociais (Ogden, 2004).

Nos últimos anos tem-se vindo a intensificar o consenso entre os vários profissionais de saúde de que a obesidade surge como causa de sintomatologia e perturbações psicológicas e, naturalmente, de dificuldades a nível da adaptação social (Silva, Jorge, Domingues, Nobre, Chambel & Castro, 2006). Os indivíduos portadores de obesidade apresentam, frequentemente perturbações comportamentais e psíquicas alusivas à alimentação (Vasques, Martins & Azevedo, 2004). Todavia, não é passível de encontrar no DSM-IV-TR os critérios para identificação e avaliação da obesidade enquanto perturbação psiquiátrica (Vasques et al., 2004).

A atual obsessão cultural relativamente à magreza, a aversão à gordura e a censura aos indivíduos obesos podem desencadear, a nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso, bem como o desenvolvimento de uma autoimagem pobre e desvalorização do autoconceito, diminuindo, desta forma, a sua autoestima (Ogden, 2004; Silva et al., 2006).

Em consequência disto, segundo Stunkard e Wadden (1992 cit. in Ribeiro, 2008) poderão surgir problemas como distorção da imagem corporal, baixa autoestima, discriminação/ hostilidade social, sentimentos de rejeição e exclusão social, problemas funcionais e físicos, história de abuso sexual, perdas parentais precoces, história familiar de

abuso de álcool, ideiação suicida, problemas familiares e/ ou conjugais, sentimentos de vergonha e autculpabilização, agressividade/ revolta, insatisfação com a vida, isolamento social, absentismo, psicossomatismo, entre outros.

Tratamento

Os tratamentos recomendados, de acordo com a medicina, para tratar a obesidade são o clínico e o cirúrgico (Gonçalves, 2004).

O tratamento clínico é aconselhado para os sujeitos que apresentam um IMC inferior a 35Kg/m², bem como para aqueles que evidenciam um IMC entre 35 e 40Kg/m² e que ainda não tenham complicações causadas pela obesidade (Gonçalves, 2004). Este tipo de tratamento tem a sua base no seguimento de uma dieta hipocalórica; prática regular de exercício físico; mudança dos hábitos e estilo de vida e terapêutica adequada (Gonçalves, 2004).

Por seu turno, o tratamento cirúrgico, chamado de cirurgia bariátrica, o qual compreende várias técnicas, é indicado para pessoas com obesidade mórbida, ou seja, que apresentem um IMC acima de 40; ou que tenham IMC entre 35 e 40, com patologias associadas e refractárias ao tratamento clínico (Gonçalves, 2004).

Cirurgia Bariátrica

As alterações do estilo de vida, com as respetivas inclusões da dieta, exercício físico e modificação do comportamento, continuam a revelar-se as técnicas privilegiadas no tratamento de obesidade, apesar de contribuírem, apenas, para uma perda de peso modesta (Padwal & Sharma, 2009). Ora, até mesmo os pacientes selecionados para maximizar o sucesso da perda de peso têm dificuldade em manter a longo prazo esta redução de peso (Padwal & Sharma, 2009).

Contudo, a cirurgia Bariátrica ou Gastroplastia apresenta taxas de sucesso na perda de peso, que, se situam num valor de aproximadamente 33% nos primeiros sete anos e, de 14% a 25%, ao longo de dez anos. Esta cirurgia é indicada para pacientes que padecem de obesidade mórbida ou moderada e que não tiveram resultados positivos na tentativa de modificação do estilo de vida (Padwal & Sharma, 2009).

Posto isto, a observação de dados resultantes de estudos feitos nesta área, evidenciou a melhoria da qualidade de vida após a cirurgia, incluindo neste conceito uma melhoria da função física e sexual, aumento da felicidade, emprego e maior satisfação com a autoimagem (Padwal & Sharma, 2009). Porém, importa ressaltar, que apesar das vantagens que este tipo de operação acarreta na vida do obeso, esta não está destituída de riscos, uma vez que esta pode provocar insuficiência cardiorespiratória, tromboembolismo venoso, feridas infecciosas e,

a longo prazo, desenvolver nos pacientes operados sintomas gastrointestinais crônicos, como vomitar (Padwal & Sharma, 2009).

Enquanto consequência direta do sucesso despoletado pela cirurgia, cerca de 30% a 40% dos pacientes sujeita-se a cirurgia plástica para remover o excesso de pele que permanece após a perda de peso (Padwal & Sharma, 2009).

Adicionalmente, é de ressaltar o impacto económico que advém da obesidade severa, visto que, a grande parte destes indivíduos não tem emprego e depende muito do seu dinheiro em medicamentos para o tratamento de doenças associadas à obesidade. Por outro lado, quando comparados com a população geral, os pacientes sujeitos a cirurgia, revelam maior predominância de sintomatologia depressiva, ansiedade e baixa autoestima (Padwal & Sharma, 2009).

Todavia, apesar de ser relevante ter em consideração os diversos riscos associados à cirurgia bariátrica, esta continua a constituir, na atualidade, o tratamento de maior eficácia para quem necessita urgentemente de perder peso em excesso (Padwal & Sharma, 2009).

Tratamento Psicoterapêutico

No que concerne o tratamento psicoterapêutico, a terapia cognitiva tem evidenciando sucesso, uma vez que trabalha a partir da estrutura operante do indivíduo. Por conseguinte, pretende-se atingir mudanças de peso e de comportamentos. Mudanças essas que conduzam ao autocontrole do sujeito relativamente aos seus comportamentos alimentares (Abreu, 2003 *cit. in* Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

A avaliação e modificação dos pensamentos inadequados, que contribuem para a etiologia e para a manutenção da obesidade, são procedimentos frequentes no processo psicoterapêutico para a alteração comportamental (Vasques et al., 2004).

A reestruturação cognitiva, imagens orientadas, o treino da autoinstrução, a determinação de objetivos específicos, o estímulo ao autorreforço e resolução de problemas são alguns procedimentos de base cognitiva incorporados em programas comportamentais (Abreu, 2003 *cit. in* Vasques et al., 2004).

Neste seguimento, Sadock & Sadock (2007) indicaram que modificação do comportamento se tem revelado um tratamento psicoterapêutico de sucesso, uma vez que os pacientes obesos são ensinados a reconhecer indicadores externos relacionados com a comida (Sadock & Sadock, 2007). Para tal, estes são solicitados a elaborar um diário dos alimentos ingeridos. Estes diários constituem um registo fiel do tipo e volume de comida ingerida em momentos específicos, tais como numa ida ao cinema, ou em momentos onde estados emocionais como ansiedade e depressão se instalem (Sadock & Sadock, 2007).

Os sistemas de crenças de indivíduos obesos causam sentimentos e comportamentos desencadeados, por seu turno, por pensamentos disfuncionais sobre o peso, forma corporal, alimentação e o valor pessoal. Neste sentido, a terapia cognitivo-comportamental, no tratamento da obesidade, coaduna-se com o modelo que identifica a crença central e a

crença intermediária (regra, atitude, suposição) que leva a um pensamento, influenciando, seguidamente, uma situação que irá desencadear respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas (Hawton, 1997, *cit. in* Vasques et al., 2004).

As crenças disfuncionais do obeso despoletam, assim, por conformidade, pensamentos dicotómicos - a título de exemplo: “eu não tenho controlo, logo está tudo perdido, por isso, posso enfartar-me sem qualquer problema!” - (Vasques et al., 2004).

No tratamento da obesidade, o tratamento farmacológico nem sempre constitui a primeira opção terapêutica, pois, este deve antes, constituir um aliado à abordagem multidisciplinar deste transtorno. Contudo, a presença, em modo de comorbilidade, de perturbações psiquiátricas, como fobias, perturbações da ansiedade, depressão atípica, síndrome da ingestão alimentar noturna e/ou compulsão alimentar periódica, indica a necessidade de se estabelecer um plano de intervenção com introdução de fármacos, sobretudo quando esses sintomas contribuem para o aumento de peso (Aronne, 2003, *cit. in* Vasques et al., 2004).

O estudo da Obesidade é, então, realizado tendo em conta fatores como a idade, género e a cultura e sociedade em que se insere. Dessa forma, possibilita um estudo mais aprofundado e específico desta doença, assim como possibilita que as terapias sejam mais direcionadas ao quadro clínico em questão (Agras e Apple, 2002).

Ao delinear um projeto de intervenção na obesidade deve-se atender a uma variedade de fatores, tais como os hábitos alimentares, as psicopatologias associadas, o apoio familiar e, em última instância, as crenças, atitudes e pensamentos irracionais relacionados com o excesso de peso (Pereira, 2006).

Em suma, o processo de intervenção e tratamento na Obesidade deve ser caracterizado por uma visão multidisciplinar que combine a educação nutricional, o encorajamento à prática de atividade física, a avaliação/ monitorização e, por último, acompanhamento e aconselhamento psicológico (Frelut, 2002; Poskitt, 2002).

Plano Dietético

O plano dietético deve corresponder a expectativas passíveis de serem alcançadas e razoáveis, no que diz respeito aos resultados do plano terapêutico (Aronne, Blackburn & Vash, 2002).

O principal objetivo proposto deve incidir na perda de 5 a 10%, relativamente, ao peso corporal no início do tratamento, reduzindo, deste modo, a gordura visceral e melhorando as complicações metabólicas resultantes da obesidade (Aronne et al., 2002).

Deste modo, a dieta alimentar, segundo as linhas orientadoras do NHLBI/NIDDK (National Heart, Lungs and Blood Institute/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) recomendam uma dieta pobre em calorias, com uma redução significativa de

500 a 1000 Kcal, relativamente aos valores precedentes à dieta (Aronne et al., 2002). Porém, convém ter em linha de conta que as dietas demasiado restritivas em calorias podem ser prejudiciais e, deixar o organismo em privação de nutrientes (Aronne et al., 2002). Deste modo, recomenda-se que diariamente se proceda à ingestão da seguinte quantidade de nutrientes:

- Gordura: 30% ou menos das Kcal totais;
- Proteínas: 15%;
- Hidratos de Carbono: 55%;
- Fibra: 20/30 gr. diárias;
- Colesterol: inferior a 30mg por dia;
- Sódio: inferior a 2,4 gr. por dia;
- Cálcio: 1000 a 1500 mg por dia (Aronne et al., 2002).

Desta feita, a ingestão calórica diária, será de cerca de 1000 a 1200 Kcal para o sexo feminino, sendo para os homens, de 1200 a 1600 Kcal diárias (Aronne et al., 2002).

A escolha dos alimentos a ingerir deverá ser orientada pelos NHLBI/NIDDK (National Heart, Lungs and Blood Institute/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases) e, seguindo as recomendações da pirâmide de alimentos atual (Aronne et al., 2002).

Adicionalmente, o obeso em tratamento, deverá adotar, como já foi referido, um novo estilo de vida, rejeitando as bebidas e outros alimentos açucarados; deverá, também, reduzir as quantidades de comida e evitar comer a horas tardias. Ora, se a estes aspetos o paciente aliar práticas comportamentais como mastigar devagar e bem os alimentos, prolongar a refeição durante, o mínimo, de vinte minutos e, finalmente, beber cerca de oito copos (2,5 dl) de água ou chá no decorrer do dia, este, sentir-se-á muito mais saciado e adotará práticas comportamentais corretas no que diz respeito à alimentação (Aronne et al., 2002).

Prática Regular de Exercício Físico

A obesidade é caracterizada por um equilíbrio energético positivo, condição em que a energia consumida excede a dispendida (Schneider, Spring & Pagoto, 2009).

Ora, para esse equilíbrio energético positivo contribuem fatores como a hereditariedade (Ravussin & Bogardus, 2000, *cit. in* Schneider et al., 2009), ambiente físico e variável comportamental (Hill & Melanson, 1999, *cit. in* Schneider et al., 2009). Deste modo, a prática regular de exercício físico constitui uma variável comportamental importante para a perda de peso em excesso (Aronne et al., 2002). Assim, um plano de exercício eficaz é praticar uma atividade moderada, com a duração mínima de 30 minutos, com uma frequência de 3 a 5 vezes por semana (Aronne et al., 2002).

A atividade física parece ser muito útil na perda de peso excessivo entre os adultos (National Institutes of Health: National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998, *cit. in* Smolak

& Thompson, 2009), porém, por si só, apresenta pouca probabilidade de proporcionar os resultados propostos (Aronne et al., 2002). Assim, o exercício físico constitui uma estratégia adicional e um complemento à dieta alimentar (Aronne et al., 2002).

Imagem Corporal

A imagem corporal consiste num conjunto de representações mentais do próprio corpo. Representações essas com grande dinamismo, pois sofrem alterações ao longo do ciclo de vida (Cruz, 1998 *cit. in* Silva, 2007).

Na mesma linha, Cruz (1998 *cit. in* Silva, 2007) afirma que a imagem corporal e a satisfação com a mesma são influenciadas por características de desenvolvimento do indivíduo e com aspetos sócio-culturais.

No que concerne à construção da imagem corporal, para tal contribuem modelos de estética corporal, padrões de beleza, padrões de comportamento, habilidades corporais e moda (Amaral-Dias & Bravo, 2003; Lopez & Fuertes, 1999; Cruz 1998; Moore & Rosenthal, 1995 *cit. in* Silva, 2007).

Segundo Cash (1990), hoje em dia, existe uma clara insatisfação com qualquer parte do corpo e percepção de excesso de peso, tanto por parte dos homens como das mulheres (Silva, 2007).

Todavia, existe uma maior tendência nas mulheres para possuir uma imagem corporal menos positiva (Koff & Bauman, 1997 *cit. in* Silva, 2007), estando mais associada à autoestima geral do que no caso do sexo masculino (Furnham & Greaves, 1994 *cit. in* Silva, 2007). Isto pode dever-se ao facto das mulheres serem mais críticas em relação aos seus corpos, possuindo uma ideia exagerada da dimensão do seu corpo e um maior nível de insatisfação com o corpo que os homens (Bowker, Gadbois, & Cornock, 2003; Gray, 1977; Hueneman, Shapiro, Hampton & Mitchell, 1966; Loland, 2000; Miller, Linke & Linke, 1980 *cit. in* Silva, 2007). Enquanto as mulheres insatisfeitas com a sua imagem corporal têm tendência a ver-se como muito grandes e pesadas, os homens veem-se demasiado pequenos e com peso abaixo do normal (Lindwall, 2004 citando Moore, 1990 *cit. in* Silva, 2007).

Nas sociedades ocidentais contemporâneas há muito que a gordura deixou de ser associada a beleza, existindo, mesmo, um forte preconceito contra a obesidade e um culto à magreza (Andrade A. & Bosi M. L. M., 2003 *cit. in* Silva, 2007).

Anexo II : Projeto Resumo Tese



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Resumo do Projeto

☞ **Título da Dissertação de Mestrado:**

“Peso Corporal, Satisfação com a Imagem Corporal e Prevalência de Disfunções Sexuais em Jovens Adultos: sua dinâmica e impacto na Qualidade de Vida Sexual”

☞ **Natureza do Estudo:**

Temáticas em Estudo

DISFUNÇÕES SEXUAIS

As disfunções sexuais apresentam como principal característica a inibição da sensação subjetiva de prazer, desejo ou do funcionamento sexual, em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual (Sadock & Sadock, 2007). Assim sendo, estas têm sido conceptualizadas em função do ciclo de resposta sexual que, por sua vez, se encontra comprometido (Nobre, 2006).

As Disfunções Sexuais caracterizam-se, então, por perturbações do desejo sexual e das modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e provocam acentuado mal-estar e dificuldades interpessoais (DSM-IV-TR, 2002).

Portanto, as disfunções sexuais podem dividir-se em perturbações do Desejo Sexual, da Excitação, do Orgasmo e da Dor Sexual (Nobre, 2006).

SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal consiste numa construção multidimensional que descreve as representações internas tanto da estrutura corporal como da aparência física, em relação a nós mesmos e em relação aos outros, sendo igualmente influenciada pelo sexo, a idade, os meios de comunicação, as crenças e os valores culturais, na medida em que existe uma forte

tendência da sociedade atual para considerar a magreza como o ideal físico de aceitação social feminina (Damasceno, Lima, Vianna, Vianna, & Novaes, 2005).

OBESIDADE

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acumular de gordura corporal excessiva, de modo que pode comprometer a saúde dos indivíduos obesos, despoletando consequências negativas como modificações no metabolismo, dificuldades respiratórias e complicações no aparelho locomotor (Wanderley & Ferreira, 2010).

Desta forma, esta é calculada, habitualmente, pelo cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) do doente, que consiste na divisão do peso em quilogramas (kg) pela superfície corporal (altura, representada em metros quadrados) (Aronne, Blackburn & Vash, 2002).

OBESIDADE E DISFUNÇÕES SEXUAIS

No que diz respeito à relação que se estabelece entre disfunções sexuais e obesidade, importa referir que, de acordo com Larsen, Wagner & Heitmann (2007), não se verificam evidências de que as disfunções sexuais possam causar obesidade, porém, existem indicadores de que a obesidade pode dar origem a disfunções sexuais.

Todavia, é muito complexo distinguir a influência da obesidade enquanto causa única na prevalência de disfunções sexuais, visto que associados à obesidade podem surgir problemas vasculares como dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus e depressão, que por sua vez, são patologias conhecidas por estarem diretamente relacionadas com a ocorrência de disfunções sexuais em ambos os sexos masculino e feminino (Larsen, Wagner & Heitmann, 2007).

Objetivo da Investigação:

Esta investigação tem como objetivo estudar a relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo.

Questionários do Estudo:

- ⊗ Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal (Raust-Von, 1989) - (Tradução e Adaptação de Vasconcelos Raposo, 2004):
Avalia o grau de satisfação de cada sujeito com partes do seu próprio corpo.

- ⊗ Questionário de Funcionamento Sexual (Versão Feminina e Versão Masculina):
Avalia os *sentimentos e comportamentos* de cada participante relativamente a aspetos da sexualidade, sendo que existem duas versões, a Feminina e a Masculina.

⌘ Questionário da Qualidade da Vida Sexual (SQoL):

Este questionário é composto por duas versões - Feminina e Masculina - e é composto por um conjunto de afirmações (afirmativas e negativas) que representam *pensamentos e sentimentos* que podem surgir na vivência da vida sexual.

Participantes

A amostra de participantes será recolhida por conveniência junto dos utentes da Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria (Lisboa). Importa referir que a amostra deverá ser constituída, preferencialmente, por obesos, de ambos os sexos (feminino e masculino).

Bibliografia Sumária:

Aronne, L. J., Blackburn, G. L. & Vash, P. D. (2002). Como intervir na epidemia da obesidade. *Patient Care*, 7(67), 62-74.

Damasceno, V., Lima, J., Vianna, J., Vianna, V., & Novaes, J. (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 181-186.

Larsen, S. H., Wagner, G. & Heitmann, B. L. (2007). Sexual function and obesity. *International Journal of Obesity*, 31, 1189-1198.

Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais: teoria, investigação e tratamento*. Climepsi Editores: Lisboa.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (9th ed.) (Dornelles, C. O., Monteiro, C., Ortiz, I. S. & Cataldo, R. C., Trans.). São Paulo: Artmed. (Original work published 2003).

Wanderley, E. N. & Ferreira, V. A. (2010). Obesidade: uma perspetiva plural. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15(1), 185-194.

Anexo III : Carta de Autorização



Universidade da Beira Interior
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Pedido de Autorização para a realização de uma Investigação de Mestrado

De: Diana Rita Caetano da Silva, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior

Para: Ex.mo Senhor Diretor do Departamento de Medicina

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de uma investigação no âmbito da dissertação de mestrado

Ex.mo Sr.:

No âmbito da dissertação de mestrado como requisito para obtenção do grau de mestre em Psicologia, área Clínica e da Saúde, na Universidade da Beira Interior, venho, por este meio, solicitar que autorize a realização da investigação intitulada **“Peso Corporal, Satisfação com a Imagem Corporal e Prevalência de Disfunções Sexuais em Jovens Adultos: sua dinâmica e impacto na Qualidade de Vida Sexual”** na Consulta Externa do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina do Hospital de Santa Maria (Lisboa).

Trata-se de um trabalho cujo objetivo se prende com o estudo da relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo. Com este intuito pretende-se entrar em contacto presencial com cada paciente num único momento, tendo em vista a aplicação de quatro instrumentos de avaliação:

- *Questionário Sociodemográfico;*
- *Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal* (Raust-Von, 1989) - (Tradução e Adaptação de Vasconcelos Raposo, 2004): avalia o grau de satisfação de cada sujeito com partes do seu próprio corpo.

- *Questionário de Funcionamento Sexual* (Versão Feminina e Versão Masculina): avalia os sentimentos e comportamentos de cada participante relativamente a aspetos da sexualidade, sendo que existem duas versões, a Feminina e a Masculina.

- *Questionário da Qualidade de Vida Sexual* (SQoL): este questionário é composto por duas versões - Feminina e Masculina - e é constituído por um conjunto de afirmações (afirmativas e negativas) que representam pensamentos e sentimentos que podem surgir na vivência da vida sexual.

O tratamento de dados será realizado de forma confidencial e anónima, sendo que nenhum dos participantes será identificado. Por outro lado, os participantes que evidenciem interesse em participar poderão deixar de o fazer em qualquer momento. Além disso, importa ressaltar, que os resultados obtidos serão apenas utilizados no âmbito desta investigação.

Certa que tomará a merecida atenção por parte de Vossa Excelência.

Atentamente,

(Investigador: Aluna Diana Silva)

Anexo IV : Consentimento Informado



Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação/ Mestrado em Psicologia - 2º ano

Consentimento Informado

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área Clínica e da Saúde

Exm.º Sr(a):

No âmbito da investigação de Mestrado realizada na Universidade da Beira Interior como requisito para a obtenção do grau de Mestre (2º Ciclo) em Psicologia Clínica e da Saúde, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para participar no presente estudo intitulado “Peso Corporal, Perceção da Imagem Corporal e Prevalência de Disfunções Sexuais: sua dinâmica e impacto na Qualidade de Vida Sexual”, por parte da aluna Diana Silva, sob a orientação do Professor Doutor Henrique Pereira.

O objetivo deste trabalho consiste no estudo da relação que se estabelece entre o peso e a satisfação com a imagem corporal, bem como a sua influência na prevalência de disfunções sexuais e na vivência da sexualidade do indivíduo. Trata-se de um trabalho de enorme pertinência científica e social e que envolve o contacto individual com os participantes numa única vez, tendo em vista a aplicação de quatro questionários:

- Questionário Sociodemográfico;
- Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal (Raust-Von, 1989) (Tradução e Adaptação de Vasconcelos Raposo, 2004);
- Questionário de Funcionamento Sexual (Versão Feminina e Versão Masculina);
- Questionário da Qualidade da Vida Sexual (SQoL).

Posto isto, é importante ressaltar que todos os conteúdos recolhidos serão analisados de forma confidencial e anónima.

Aceito participar no referido estudo, estou ciente da minha contribuição na investigação em vigor e tenho conhecimento de que os dados recolhidos serão utilizados somente para a pesquisa e analisados seguindo os princípios éticos de anonimato e confidencialidade.

(assinatura do participante)

Atentamente,

(Professor Doutor Henrique Pereira)

(Investigador: aluna Diana Silva)

Anexo V : Questionário Socio-Demográfico

No âmbito do mestrado em Psicologia, área Clínica e da Saúde, do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, pretende-se levar a cabo uma investigação intitulada “**Peso Corporal, Perceção da Imagem Corporal e Prevalência de Disfunções Sexuais: sua dinâmica e impacto na Qualidade de Vida Sexual**”. Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal solicita-se o preenchimento do seguinte questionário. Por favor, responda com toda a sinceridade, pois este questionário é **confidencial e anónimo**.

Agradeço, desde já, a sua colaboração.

Responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (x) no quadrado que melhor descreve o seu caso:

Dados Pessoais:

1. Idade: _____
2. Género: Masculino / Feminino
3. Estatuto Socioeconómico: Alto / Médio - Alto / Médio / Médio-Baixo / Baixo
4. Nível de Ensino: Sem Escolaridade 1º Ciclo / 2º Ciclo / 3º Ciclo / Secundário / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento
5. Profissão: _____
6. O Seu Estado Civil: Solteiro(a) / Casado(a) / Viúvo(a) / União de Facto / Divorciado(a) / Namora / Outro _____
7. Peso: _____, _____ kg
8. Altura: _____, _____ m

Dados Clínicos:

1. Alguma vez lhe foi diagnosticado algum problema psicológico e/ ou psiquiátrico?
 Não
 Sim
➤ Se respondeu **SIM**, indique qual:

2. Alguma vez lhe foi diagnosticado algum problema de origem física e/ ou fisiológico?

Não

Sim

➤ Se respondeu **SIM**, indique qual:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Diana Silva

Anexo VI : Questionário Satisfação com a Imagem Corporal

Questionário de Satisfação com a Imagem Corporal

(Raust-Von, 1989)

(Tradução e Adaptação de Vasconcelos Raposo, 2004)

Assinale com um círculo o número correspondente à resposta que considera mais adequada:

	Não Gosto	Gosto Pouco	Gosto	Gosto Bastante	Gosto Muito
1. Cabelo	1	2	3	4	5
2. Olhos	1	2	3	4	5
3. Sobrancelhas	1	2	3	4	5
4. Pestanas	1	2	3	4	5
5. Orelhas	1	2	3	4	5
6. Nariz	1	2	3	4	5
7. Boca	1	2	3	4	5
8. Lábios	1	2	3	4	5
9. Dentes	1	2	3	4	5
10. Queixo	1	2	3	4	5
11. Rosto	1	2	3	4	5
12. Pescoço	1	2	3	4	5
13. Braços	1	2	3	4	5
14. Cotovelos	1	2	3	4	5
15. Mãos	1	2	3	4	5
16. Unhas das mãos	1	2	3	4	5
17. Ombros	1	2	3	4	5
18. Peito (ou seios)	1	2	3	4	5
19. Abdómen	1	2	3	4	5
20. Costas	1	2	3	4	5
21. Ancas	1	2	3	4	5
22. Nádegas	1	2	3	4	5
23. Coxas	1	2	3	4	5

24. Joelhos	1	2	3	4	5
25. Pernas	1	2	3	4	5
26. Pés	1	2	3	4	5
27. Unhas dos Pés	1	2	3	4	5
28. Pele	1	2	3	4	5
29. A minha altura	1	2	3	4	5
30. O meu volume corporal	1	2	3	4	5

Anexo VII : Questionário de Funcionamento Sexual (QFS)

Questionário de Funcionamento Sexual: tabelas de frequência segundo o Género (Feminino/Masculino.)

		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%
QFS1_Pensar em sexo sem qualquer interesse ou desejo	Nenhuma	297	44,7	104	33,4
	Pelo menos uma vez por semana	180	27,1	41	13,2
	Pelo menos duas vezes por semana	99	14,9	46	14,8
	Pelo menos uma vez por dia	71	10,7	73	23,5
	Várias vezes por dia	18	2,7	47	15,1
QFS2_Atividade sexual no último mês	Não	188	28,3	125	40,2
	Sim	477	71,7	186	59,8
QFS3_Apreciação do ato sexual	Nunca satisfeito	16	2,4		
	Escassamente satisfeito	38	5,7	15	4,8
	Satisfeito algumas vezes	316	47,5	148	47,6
	Completamente/ Sempre satisfeito	295	44,4	148	47,6
QFS4_Grau de satisfação com o funcionamento sexual	Nada	22	3,3	10	3,2
	Pouco	38	5,7	18	5,8
	Moderadamente	149	22,4	75	24,1
	Bastante	332	49,9	144	46,3
	Totalmente	124	18,6	64	20,6

Questionário de Funcionamento Sexual: tabelas de frequência Género Feminino

Feminino	QFS5_Frequência de excitação		QFS9_Frequência em atingir o orgasmo	
	N	%	N	%
Nunca	22	3,3	119	17,9
Raramente	66	9,9	286	43,0
Algumas vezes	373	56,1	196	29,5
Frequentemente	204	30,7	64	9,6

Feminino	QFS6_Facilidade com que se sente sexualmente excitada		QFS7_Capacidade de manter uma lubrificação vaginal adequada		QFS8_Facilidade em atingir o orgasmo	
	N	%	N	%	N	%
Difícilmente	35	5,3	35	5,3	97	14,6
Com pouca facilidade	119	17,9	71	10,7	141	21,2
Com relativa facilidade	388	58,3	304	45,7	332	49,9
Com muita facilidade	123	18,5	255	38,3	95	14,3

Feminino	QFS10_Satisfação com a capacidade de atingir o orgasmo		QFS11_Satisfação com intensidade do orgasmo	
	N	%	N	%
Nada	44	6,6	43	6,5
Pouco	83	12,5	65	9,8
Moderadamente	340	51,1	276	41,5
Bastante	198	29,8	281	42,3

Questionário de Funcionamento Sexual: tabelas de frequência Género Masculino

Masculino	QFS5_Frequência da ereção	
	N	%
Nunca	4	1,3
Raramente	1	,3
Algumas vezes	89	28,6
Frequentemente	217	69,8

Masculino	QFS6_Capacidade de ter uma ereção	
	N	%
Nunca	3	1,0
Poucas vezes	2	,6
Algumas vezes	27	8,7
Frequentemente	94	30,2
Sempre	185	59,5

Masculino	QFS7_Tempo em atingir a ereção		QFS8_Capacidade em manter uma ereção		QFS9_Dificuldade em ejacular	
	N	%	N	%	N	%
Não	294	94,5	20	6,4	262	84,2
Sim	17	5,5	291	93,6	49	15,8

Masculino	QFS10_Frequência em atingir um orgasmo com pouca ou nenhuma ejaculação		QFS11_Frequência de ejaculação retardada		QFS12_Frequência de ejaculação precoce	
	N	%	N	%	N	%
Nunca	107	34,4	54	17,4	86	27,7
Raramente	122	39,2	120	38,6	105	33,8
Ocasionalmente	50	16,1	92	29,6	85	27,3
Frequentemente	10	3,2	28	9,0	26	8,4
Habitualmente	13	4,2	14	4,5	7	2,3
Sempre	9	2,9	3	1,0	2	,6