



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A importância das variáveis psicosexuais no funcionamento sexual em adultos sexualmente ativos

Ana Claudia Cergol

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

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Junho de 2016

Folha em branco

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que contribuíram de alguma forma em meu percurso acadêmico e acompanharam-me de perto ou de longe mais essa conquista. Primeiramente aos meus familiares, em especial, os meus pais que sempre me apoiaram e ofereceram-me o suporte necessário para a busca e concretização dos meus sonhos e perspectivas profissionais. Ao Filipe que esteve por perto todos os dias a compreender, a apoiar, a valorizar (a mim e a construção deste trabalho). Aos meus amigos agradeço aqueles que de longe também fizeram parte deste com seu apoio incondicional e aos de perto que além de todas as palavras de incentivo, também ofereceram momentos de distração e alegria.

Agradeço imensamente ao departamento de psicologia da saúde e educação e ao mestrado de psicologia clínica e da saúde, em especial o meu orientador prof. Dr. Henrique Pereira, que acolheu a mim e ao projeto e propiciou com todo o seu cuidado o andar e a conclusão, contribuiu para que após esses três anos afastada da psicologia, acreditasse e voltasse a estudar, pesquisar e contribuir a essa tão querida área.

Envolta a tantos que contribuíram para esse trabalho nada mais justo que dizer que o trabalho que se segue não seria possível sem cada um de vocês.

A todos o meu muito obrigada.

Folha em branco

Resumo

No âmbito da obtenção do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresenta-se essa dissertação, organizada no formato de artigo segundo o previsto do regulamento para obtenção do grau mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior. Este documento descreve a pesquisa realizada com inspirações de questões que atentam ao desempenho e funcionalidade sexual em adultos e as relações destes, com as variáveis psicosexuais: a autoestima, a depressão, a preocupação sexual. Segundo Teusch et al. (1995, citado por Clayton, MacGarvey e Clavet 1997), traços e características psíquicas como a ansiedade, depressão, transtornos de humor e determinadas psicopatologias, podem afetar direta e negativamente o funcionamento sexual.

Utilizando de um método qualitativos de coleta de dados inspirado nos trabalhos de Snell & Papini (1889) com sua escala sobre a sexualidade (The Sexuality Scale) que busca mensurar alguns aspetos da sexualidade humana: A estima sexual, a Depressão sexual e a preocupação Sexual, e nos estudos de Anita H. Clayton, Elizabeth L. McGarvey, and Gail J. Clavet (1997) e sua escala de alterações no funcionamento sexual (The Changes In Sexual Functioning Questionnaire -CSFQ). O presente estudo teve como objetivos: (1) compreender a relação entre a autoestima, a depressão e a preocupação sexual no funcionamento sexual em adultos, (2) comparar a relação entre as variáveis no funcionamento sexual entre géneros (feminino e masculino) e entre as diferentes orientações sexuais (Heterossexuais, bissexuais e homossexuais) e (3) determinação da relação entre o funcionamento sexual e o bem-estar psicosexual humano.

Na parte final da dissertação é apresentado o anexo teórico, elaborado de modo a complementar e apresentar uma base teórica solida para melhor compreensão dos temas abordados no presente estudo: funcionalidade sexual, depressão sexual, autoestima sexual, ansiedade sexual.

Palavras-chave

Funcionalidade sexual; Autoestima Sexual; Depressão Sexual;
Ansiedade Sexual; Género; Orientação sexual

Folha em branco

Abstract

In the context of obtaining the master's degree in clinical psychology and health presents this dissertation, organized in the scientific paper format, with, according to the regulation for obtaining the master's degree in Psychology at the University of Beira Interior. This document describes the research conducted with inspirations from issues that are a threat to sexual performance and functionality in adults and the relationship of these with psychosexual variables: self-esteem, depression, sexual concerns. For Teusch et al. (1995, cited by Clayton, and Clavet MacGarvey 1997), traits and mental characteristics such as anxiety, depression, mood disorders and certain psychopathologies, can affect directly and negatively the sexual functioning.

Using a qualitative method of data collection inspired by the works of Snell & Papini (1889) with its scale about sexuality (The Sexuality Scale) which seeks to measure some aspects of human sexuality: sexual self-esteem, depression and Sexual concerns, and in studies of Anita h. Clayton, Elizabeth l. McGarvey, and Gail j. Clavet (1997) and its scale of changes in sexual functioning (The Changes In Functioning Sex Questionnaire-CSFQ). The present study had as objectives: (1) to understand the relationship between the self-esteem, depression and sexual concerns in sexual functioning in adults, (2) compare the relationship between variables in sexual functioning between genders (male and female) and between the different sexual orientations (heterosexual, bisexual and homosexual) and (3) determining the relationship between sexual functioning and well-being human psychosexual.

In the final part of the dissertation is presented the theoretical annex is include in such a way as to complement and provide a solid theoretical basis for better understanding of the constructs presents in this study: sexual functionality, depression, self-esteem, sexual anxiety.

Keywords

Sexual functioning; sexual steem; sexual depression; sexual anxiety;
Gender; sexual orientation.

Folha em branco

Índice

1 Agradecimentos.....	III.
2 Resumo.....	V.
3 Absract.....	VII.
4 Lista de tabelas.....	XI.
5 Capítulo 1 - Introdução.....	1.
6 Capítulo 2 -A importância das variáveis sexuais no funcionamento sexual em adultos sexualmente ativos	2-17.
6.1 Resumo.....	2.
6.2 Introdução.....	3.
6.3 Método.....	5-8.
6.3.1 Participantes.....	5.
6.3.2 Instrumentos.....	7.
6.3.3 Procedimentos.....	8.
6.4 Resultados.....	8-12.
6.5 Discussão.....	13-14.
6.6 Referências.....	15-17.
7 Anexos.....	18-49.
7.1 Anexo 1 - Anexo Teórico.....	19-36.
7.2 Referências.....	32-36.

7.3 Anexo 2 - Consentimento do Dr. Willian Snell para a utilização da escala de sexualidade	38-39.
7.4 Anexo 3 - The Sexuality Scale.....	41-43.
7.5 Anexo 4 - Sexual functioning Questionare Short Form (CSFQ 14).....	45-49.

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas..... 6.

Tabela 2 - Diferença no funcionamento sexual segundo o género10.

Tabela 3 - Resultados para a correlação entre o funcionamento sexual e a auto estima, Depressão.....11.

Tabela 4 - Resultado da correlação entre a autoestima sexual, a depressão Sexual e a preocupação sexual no funcionamento sexual e a orientação sexual.....13.

Folha em branco

Capítulo 1 - Introdução

A presente dissertação, projeto que conclui o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, tem por objetivos desenvolver um estudo sobre a sexualidade e pensar os impactos provocados pela autoestima sexual, depressão e ansiedade também sexuais no que se refere ao desempenho e a funcionalidade sexual.

Pensado a partir de estudos anteriores que abordam essas temáticas, a presente dissertação almeja colaborar com os estudos acadêmicos na área, uma vez que apesar de haver alguns estudos que correlacionam a Depressão sexual, a autoestima sexual e a ansiedade sexual à funcionalidade e o desempenho, são poucos aqueles que atentam as temáticas de forma global e do comportamento não patológico. Nesse sentido, a presente dissertação deseja contribuir a área científica no âmbito de compreender a funcionalidade e desempenho sexual quando pensados a partir das afeções causadas pela autoestima, depressão e ansiedade sexuais no comportamento sexual.

Faz-se necessário salientar, assim como o instrumento de coleta de dados utilizado como inspiração pra esse estudo, muitos dos estudos relacionados ao tema são oriundos da área médica. Fatores estes que estimulam nosso engajamento em debruçarmo-nos diante destes aspetos do comportamento sexual à luz da psicologia.

A presente dissertação, como já foi referido, encontra-se escrita sob o formato de artigo científico. Assim, foi uma preocupação inerente a apresentação de resultados sucintos da pesquisa realizada de acordo com o método científico e escrito de maneira a ser publicado posteriormente numa revista científica com revisão por pares.

Capítulo 2 - A importância das variáveis psicosexuais no funcionamento sexual em adultos sexualmente ativos

Resumo

Introdução: A sexualidade é uma dimensão humana muito importante que contribui ao bem-estar psicossocial e as variáveis psicosexuais, como a autoestima sexual, a ansiedade sexual e a depressão sexual, podem influenciar o funcionamento sexual; no entanto, ainda são poucos os estudos que demonstrem essa relação.

Objetivos: avaliar as variáveis psicosexuais e os níveis de funcionamento sexual numa amostra de adultos, e verificar e determinar o grau de associação entre o funcionamento sexual e a autoestima, ansiedade e depressão sexuais.

Material e método: Participaram do estudo 422 participantes adultos e sexualmente ativos, que tiveram relações sexuais no último mês. Dos quais 265 (62,8%) são Mulheres e 149 (35,3%) são Homens, que preencheram um questionário sociodemográfico e escalas relacionadas a sexualidade e o funcionamento sexual, a Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989) e a *Sexual Functioning Questionnaire Short Form (CSFQ 14)* (Keller, McGarvey & Clayton, 2006), difundidos através da internet.

Resultados: os resultados obtidos permitiram conhecer as relações entre as variáveis psicosexuais e o funcionamento sexual, tendo sido encontrada correlação estatisticamente significativa entre as duas dimensões e diferenças significativas entre a correlação na comparação entre género e orientação sexual.

Discussão e conclusões: Este estudo permite evidenciar a importância das variáveis psicosexuais na expressão da funcionalidade sexual, no sentido em que aqueles que trabalham na área da sexualidade deverão estar atentos ao modo como o psiquismo humano interfere na manifestação sexual.

Palavras-chave

Funcionalidade sexual; Autoestima Sexual; Depressão Sexual; Ansiedade Sexual.

Introdução

A sexualidade, com o passar das décadas, passou a ser reconhecida como um aspecto importante da saúde e bem-estar humano, que ao ser desenvolvida e vivida de maneira satisfatória, contribui ao desenvolvimento psíquico e ao favorecer do estabelecimento de relações interpessoais e íntimas saudáveis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde sexual é definida como «A integração harmoniosa dos aspectos somáticos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de forma enriquecer a personalidade, a comunicação e o amor» (1975).

Contudo, ainda que inegável a relação entre o funcionamento sexual e a satisfação sexual, Moreira, S.A.S.(2015) aponta que ainda há certa sobreposição de conceitos. Não obstante os inúmeros estudos neste nicho temático, os avanços, ênfases, e o discurso (tanto da sexualidade masculina, como feminina) tem sido quase exclusivamente relacionado às patologias as comparações entre a funcionalidade e a disfunção sexual, como pode ser observado nos estudos de Baldwin e Foong (2013) onde descrevem acerca da relação entre as drogas antidepressivas e a disfunção sexual, de Berberovic (2013) que relata em seu trabalho a associação entre a depressão, a ansiedade e o uso de substâncias na compulsão sexual numa amostra específica, no estudo de Fabre e Smith (2011) que aprofundam sobre a disfunção sexual em pacientes depressivos, e também em Ussher, et al. (2016), um estudo que relata as dificuldades enfrentada por pacientes após o tratamento do cancro da próstata. Estudos envoltos para a o patológico ao invés da compreensão da sexualidade como parte importante do bem-estar biopsicossocial do indivíduo, ou seja, da tentativa de compreender e elucidar a funcionalidade sexual em si, oferecendo o devido afastamento de aspectos relacionados ao patológico e maior atenção as experiências sexuais singulares e satisfatórias, aos relatos de sexualidade saudáveis, visando a inserção contextual dos casos analisados, como podem ser vistos nos estudos de Lazaridou e Kalogianni (2013), Gil (2007) e Martins, et al (2016) em que prevalece um enfoque no bem-estar sexual subjetivo do sujeito.

Uma considerável quantidade de estudos é também apresentada no sentido de relacionar o funcionamento sexual na depressão (Fabre, Clayton, Smith, Goldstein, & Derogatis, 2013; Baldwin & Foong, 2013), outro explora o fatores físicos e psíquicos do funcionamento sexual após a passagem por um trauma sexual, como no estudo de Sachs-Ericsson, et al.(2014) sobre a influência da violação sexual no psicológicos e no funcionamento sexual saudavel de adultos.

Ao nos afastarmos das patologias, estudos relacionados ao funcionamento sexual também foram encontrados com enfoques na imagem corporal, as influências no psicossocial e na sexualidade, como podemos observar no trabalho de Davison e McCabe(2005) acerca das relações entre a imagem corporal feminina e masculina e os impactos no psicossocial e no funcionamento sexual. Milhausen, Buchholz, Opperman e Benson (2015) apresentam um trabalho semelhante que aborda a imagem corporal, a composição corporal, o funcionamento e a satisfação sexual em adultos jovens heterossexuais e Tiggemann e Williams (2012) discorrem acerca a auto-objetificação das mulheres nas disordens alimentares, na depressão e no funcionamento sexual.

A sexualidade compõe da vida humana e ganhou aos poucos visibilidade acadêmica por interligar o psíquico e o social, o bem-estar, a intimidade. No entanto, a visibilidade do funcionamento sexual normal, e nesse sentido consideramos a normalidade do funcionamento sexual, os atos sexuais que atendem o estímulo, a excitação e o gozo, não apresenta-se com tamanha frequência se comparado a disfunção sexual. A autenticidade da influência de diversos fatores interferirem negativamente a sexualidade é inegável (Lucena & Abdo, 2013), sejam eles físicos ou psicológicos. Todavia, em seguimento aos objetivos do estudo preocupámo-nos com as influências do psicológico no funcionamento sexual, nas influências do bem-estar sexual ao funcionamento sexual, nesse sentido consideramos no bem-estar sexual a autoestima sexual, a preocupação sexual (Lee & Forbey, 2010; McCabe & Teleporos, 2003) e a depressão sexual (Bancroft, Janssen, Strong, & Vukadinovic, 2003).

No cenário atual elucidou-se a motivação para a realização do presente estudo, uma vez que poucos foram os estudos sobre a autoestima sexual, a ansiedade sexual e a depressão sexual no funcionamento sexual, visando contribuir para melhor compreender a funcionalidade sexual no adulto, numa perspectiva psicossocial.

Os objetivos propostos convergem em aprofundar a relação entre a ansiedade sexual, a depressão sexual e a autoestima sexual e a funcionalidade sexual no adulto, assim como perceber a interação entre os aspetos de natureza relacional, psíquica e contextual na determinação da funcionalidade e na satisfação sexual.

Método

Participantes

A amostra recolhida para o presente estudo consiste em 422 participantes adultos e sexualmente ativos, que tiveram relações sexuais no último mês, com média de idades de 24.66 (DP= 7.50) e idade mínima de 18 anos. Onde 265 (62,8%) são Mulheres e 149 (35,3 %) são Homens, com estado civil compreendidos em 207 (49,1%) solteiros, 39 (9,2%) casados, 18 (4,3%) Unidos de Facto, 1 (0,2%) Viúvo, 152 (36%) comprometido afetivo com alguém significativo, divorciado/Separado 4 (0,9%), com um total de 421 (99,8%) respostas válidas no que se refere a quesito sobre o estado civil.

É importante salientar que a amostra é maioritariamente estudante universitária, ou com grau universitário já adquirido.

Ao atentarmos à orientação sexual 370 (87,7 %) são heterossexuais, 27 (6,4 %) bissexuais, 22 (5,2 %) homossexuais, completando 419 (99,3 %) de respostas válidas à pergunta referente à orientação sexual. No que se refere ao local de residência 174 (41,2%) são provenientes de cidades grandes, 173 (41%) de cidades pequenas, 38 (9%) de meio rural grande e 36 (8,5 %) de meios rurais pequenos, em um total de 421 (99,8%) respostas válidas à questão.

Em consonância ao estado profissional, 239 (56,6%) são estudantes, 155 (36,7%) são trabalhadores, dos quais 41 (9,7%) são trabalhadores - estudantes e 114 (27,0%) são trabalhadores maioritariamente por conta de outrem 94 (22,3%) e por conta própria 20 (4,7%), 2 (0,5%) reformados/aposentados, computando um total de 421 (99,8%) de respostas válidas à questão.

A análise acima apontada apresenta-se em sua integralidade na tabela 1.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas.

	N	%
Género		
Feminino	265	62.8
Masculino	149	35.3

Estado Civil		
Solteiro	207	49.1
Casado	39	9.2
União de facto	18	4.3
Viúvo	1	0.2
Compromisso afetivo com alguém significativo	152	36.0
Divorciado/Separado	4	0.9
Escolaridade		
Até 4 anos	1	0.2
Até 9 anos	11	2.6
Até 12 anos	109	25.8
Bacharelato/Licenciatura	226	53.6
Pós-graduação/Mestrado	72	17.1
Doutoramento/Pós-doutoramento	2	0.5
Orientação sexual		
Heterossexuais	370	87.7
Bissexuais	27	6.4
Homossexuais	22	5.2
Proveniência geográfica		
Cidade grande	174	41.2
Cidade pequena	173	41.0
Meio rural grande	38	9.0
Meio rural pequeno	36	8.5
Situação profissional		
Desempregado	25	5.9
Estudante	239	56.6
Trabalhador- Estudante	41	9.7
Trabalhador por conta de Outrem	94	22.3
Trabalhador por conta própria	20	4.7
Reformado/Aposentado	2	0.5

Instrumentos

No âmbito das coletas de dados para a presente pesquisa, foi elaborado um questionário sociodemográfico mensurando as variáveis: idade, género, estado civil, escolaridade, orientação sexual, proveniência geográfica, situação profissional.

Para mencionar as questões relacionadas à sexualidade e ao funcionamento sexual, duas escalas foram utilizadas, a Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989) e a escala de funcionalidade de Clayton. A *Sexuality Scale* é um instrumento de autoavaliação que propõe mensurar 3 aspectos da sexualidade humana: a autoestima sexual, a depressão sexual e a preocupação sexual. Snell e Papini elaboraram um instrumento composto por 30 itens, dos quais, 10 são dedicados a cada um dos 3 aspectos anteriormente apontados sobre a sexualidade humana.

Cada item é verificado segundo a concordância do sujeito com a afirmação apresentada e para tal, a escala de 5 pontos Likert¹ é utilizada “Maiores escores positivos, portanto, correspondem à maior concordância com as afirmações e escores mais negativos indicam maior discordância com as instruções” (Snell Jr., s/d). A Sexuality Scale quando analisada, possui como alfa de *Chonbach* 0,61, fator que indica razoável consistência interna. Contudo, analisando os índices separadamente temos $\alpha = 0,87$ para os itens referentes à estima sexual, $\alpha = 0,799$ para os itens referentes à depressão sexual e, por fim, $\alpha = 0,733$ de maneira a concluirmos que apesar de a escala apresentar um valor razoável de consistência interna, quando separadas as variáveis, estas apresentam um bom nível de consistência por apresentar valores mais próximos do limite máximo do Alfa de *Chonbach* que é igual a 1,0 (um).

Para testar a funcionalidade Sexual, usamos a *Sexual Functioning Questionnaire Short Form* (CSFQ 14) de Keller, McGarvey e Clayton, 2006, um questionário desenvolvido para os dois âmbitos, clínico e da pesquisa acadêmica.

O CSFQ 14 é uma versão de 14 itens do CSFQ (CSFQ -14), que produz pontuações para três escalas correspondentes às fases do sexual ciclo de resposta (isto é, o desejo, excitação, e orgasmo), bem como as cinco escalas do CSFQ originais. (Keller, McGarvey & Clayton, 2006, p 43)

O CSFQ- 14 usa da escala Likert (5 pontos) propondo ao indivíduo uma autoavaliação sobre seus comportamentos sexuais mensurando desde a funcionalidade à disfunção sexual, quanto maior o escore na escala Likert funcionalidade sexual.

Procedimentos

¹ A Escala Likert foi elaborada por Rensis Likert em 1931 para avaliar atitudes. McIver e Carmines (1981, citado por Gliem & Gliem, 2003) afirma ser um conjunto de itens composto por aproximadamente um igual número de respostas favoráveis e desfavoráveis a cada questão cujos sujeitos são convidados a responder segundo o grau de concordância (p 82).

A amostra de participantes foi obtida online num período entre outubro de 2015 a meados de novembro de 2016. Um link específico como proposta de investigação foi enviada juntamente ao questionário e disseminada por social network.

Ao aceder ao link enviado, os participantes tinham acesso aos objetivos da pesquisa, bem como dos princípios éticos da pesquisa em psicologia, nomeadamente a confidencialidade dos dados obtidos e a preservação da identidade dos participantes envolvidos.

Visando não apenas uma coleta restrita à população portuguesa, os resultados apreciados apresentaram alguns participantes oriundos de África, Brasil e Suíça, contudo, os resultados apresentam-se maioritariamente de indivíduos portugueses, de maneira a ser possível apreciar os resultados como um recorte da população em questão.

O estudo é fiel a todos os princípios éticos apresentados pela Ordem dos Psicólogos portugueses para o desenvolvimento de pesquisas em psicologia e às orientações da *American Psychological Association* (APA) aos estudos e desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Faz-se importante ressaltar que o instrumento de coleta de dados junto os objetivos e os princípios éticos, contava também com informações de contatos dos pesquisadores para maiores esclarecimentos.

Resultados

Para a comparação dos dados obtidos e a verificação da existência de relações entre a Autoestima Sexual, a Depressão Sexual e a Preocupação Sexual no funcionamento sexual foram efetuados os testes de T-Student de amostras independentes para verificação das diferenças no funcionamento sexual segundo género e para a variável orientação sexual, foram feitas ANOVAS.

Ao observarmos os resultados relacionados a auto estima sexual, a depressão sexual e a preocupação sexual, temos que os participantes apresentam níveis moderadamente elevados no que se refere a auto estima sexual, com uma média de 37,07 (DP = 7,37) e posteriormente à preocupação sexual com média de 26,79 (DP = 6,13). A depressão sexual demonstra-se entre os participantes com uma média consideravelmente inferior àquelas demonstradas nas variáveis anteriores, com média de 19,81 (DP= 6,5), fator este que assinala uma amostra consideravelmente saudável psicologicamente.

O funcionamento sexual quando observados os níveis dentre os participantes, encontramos níveis moderadamente elevados em suas diversas extensões. Ao observarmos o “Prazer” temos a média de 3,88 (DP= 0,95). O desejo, apresentado em duas categorias “Desejo-

Frequência” e “Desejo - Interesse”, apresentaram como médias 7,04 (DP = 1,51) e 9,41 (DP = 2,34) consecutivamente. A variável “Excitação” apresentou a média mais elevadas do funcionamento sexual com o valor 11,30 (DP = 2,06) e com valores próximos temos o “Orgasmo” com a segunda média mais elevada 11,28 (DP = 2,87).

Em relação a diferença no funcionamento sexual entre homens e mulheres, foram apresentados valores com diferenças significativas, principalmente relacionadas ao funcionamento sexual. A autoestima sexual e a depressão sexual apresentaram resultados bastante similares, o que demonstra que independentemente do gênero, estas variáveis comportam-se de maneira semelhante, não havendo grandes incidências de diferenças de gênero relacionadas a estas variáveis. Contudo a Autoestima sexual apresenta valores bastante significativo em ambos os sexos, demonstrando que homens e mulheres preocupam-se sua Autoestima quando falamos em sexo. A depressão sexual, variável que se apresenta constante em ambos os gêneros como apresentado anteriormente, possui também uma media consideravelmente inferior se comparada a Autoestima e a Preocupação Sexual. Fator esse que pode estar associado a utilizarmos para esta pesquisa uma amostra majoritariamente jovem e universitária. Finalmente, quando falamos na preocupação sexual, observamos que não há diferença significativa entre gênero, porém apresentam valores significativo, demonstrando que ambos os sexos demonstram preocupação no ato sexual.

Sobre o funcionamento sexual temos que em todas as variáveis o sexo masculino apresenta vantagens nas médias estatísticas. O prazer, apresenta-se como a única variável que não possui diferença significativa em relação ao gênero e também demonstra medias bastante inferiores se comparada as demais variáveis do funcionamento sexual. O desejo, subdividido em Desejo Frequência e Desejo interesse, demonstra que os homens possuem maior desejo, sendo este com diferença mais acentuada no interesse do que na frequência. Por fim a excitação e o Orgasmo, variáveis que apresentam as médias superiores quando relacionadas as anteriores. Nestas variáveis é possível observar níveis de diferença significativa entre os gêneros, tanto em relação a excitação quanto ao orgasmo, os resultados demonstram que os homens se excitam com maior frequência e têm mais orgasmos que as mulheres. Todos os resultados acima apresentados podem ser analisados na tabela 2.

Tabela 2: Diferença no funcionamento sexual segundo o gênero.

Gênero	Média	Desvio Padrão	t(df)	p- Value
--------	-------	---------------	-------	----------

Auto Estima Sexual	Masculino	37.64	7.49	t(391)=1.228	0.220
	Feminino	36.69	7.29		
Depressão Sexual	Masculino	19.93	6.24	t(396)=0.166	0.868
	Feminino	19.81	6.81		
Preocupação Sexual	Masculino	28.95	6.16	t(388)=5.499	0.000**
	Feminino	25.53	5.74		
Prazer	Masculino	3.99	0.98	t(408)=1.749	0,081
	Feminino	3.82	0.93		
Desejo - Frequência	Masculino	7.55	1.41	t(408)=5.372	0.000**
	Feminino	6.74	1.49		
Desejo- Interesse	Masculino	10.23	2.26	t(406)=.528	0.000**
	Feminino	8.93	2.28		
Excitação	Masculino	12.43	1.57	t(263,766)= 8.240	0.000**
	Feminino	10.79	2.07		
Orgasmo	Masculino	13.09	1.75	t(330.296)=1.077	0.000**
	Feminino	10.46	2.9		

*<0.05 **<0.001

Com o intuito verificar a existência de relação entre o funcionamento sexual e a Autoestima, a depressão e a preocupação sexual fizemos o teste de correlação entre as variáveis e foi possível observar fortes relações em determinados aspetos. A autoestima sexual quando relacionada ao funcionamento sexual demonstra que quanto mais elevada a autoestima, menor a preocupação e com valores gráficos negativos, a depressão. Em aspetos positivos, quanto maior a autoestima, maior a excitação, o prazer, o orgasmo e o desejo.

A Depressão sexual quando relacionada ao funcionamento sexual, apresenta valores negativos, o que sugere diminuição no funcionamento sexual do individuo. Dentre tais valores, apresenta-se como mais acentuado a diminuição no desejo interesse e consequentemente nas demais variáveis do funcionamento sexual. Um individuo sem interesse sexual, apresenta menor preocupação sexual, menos prazer, orgasmos, desejo frequência e excitação.

A preocupação sexual também apresenta forte influencia no funcionamento sexual, quanto maior a preocupação sexual, menor o prazer e consequentemente o orgasmo. Interessante ressaltar que apesar da preocupação sexual, há um elevado Desejo e excitação. Todos os resultados estão apresentados na tabela 4.

Tabela 3: Resultados para a correlação entre o funcionamento sexual e a auto estima, Depressão

Auto	Depressão	Preocupação	Prazer	Desejo -	Desejo-	Excitação	Orgasmo
------	-----------	-------------	--------	----------	---------	-----------	---------

	Estima Sexual	Sexual	Sexual		Frequência	Interesse		
Auto Estima Sexual	1							
Depressão Sexual	-0.660**	1						
Preocupação Sexual	0.230**	-0.620**	1					
Prazer	0.394**	-0.559**	0.100*	1				
Desejo - Frequência	0.372**	-0.316**	0.436**	0.415**	1			
Desejo-Interesse	0.268**	-1,710**	0.506**	0.183**	0.508**	1		
Excitação	0.416**	-0.379**	0.402**	0.365**	0.605**	0.553**	1	
Orgasmo	0.375**	-0.4.10**	0.108*	0.472**	0.389**	0.280**	0.506**	1

**A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades).

*A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades).

Uma terceira correlação foi ainda abordada, a autoestima, a depressão e a preocupação sexual no funcionamento sexual segundo a orientação sexual. Nesta abordagem dos dados temos que não há diferenças significativas nas diferentes orientações sexuais ao falarmos em autoestima sexual, salientando que dentre os grupos, os bissexuais apresentam menor média. A Depressão apresenta-se com significativa diferença entre as medias, sendo os homossexuais com maiores tendências depressivas. O mesmo ocorre na Preocupação Sexual, onde encontramos uma diferença significativamente acentuada entre os heterossexuais e os homossexuais e bissexuais, neste aspeto temos os primeiros consideravelmente menos preocupados sexualmente do que os seguintes.

Em relação as variáveis do funcionamento sexual temos as diversas orientações sem diferenças médias significativas em relação ao prazer e ao Desejo frequência. O desejo interesse demonstram medias significativamente mais baixas para os heterossexuais e mais elevadas aos homossexuais. Os homossexuais também apresentam maior excitação se comparado aos bissexuais e aos heterossexuais. E por fim, relativamente ao orgasmo, temos os bissexuais com media mais baixas dentre as orientações, seguido pelos heterossexuais e com a média mais elevada os homossexuais. Os resultados completos podem ser vistos na tabela 3.

Tabela 4: Resultado da correlação entre a autoestima sexual, a depressão Sexual e a preocupação sexual no funcionamento sexual e a orientação sexual.

	Orientação Sexual	Média	Desvio Padrão	Z(df)	P-Value
Auto Estima Sexual	Heterossexual	37.23	7.36	Z(84.19;21278.06)=0.779	0.459
	Bissexual	35.44	7.76		
	Homossexual	36.66	6.47		
Depressão Sexual	Heterossexual	19.50	6.51	Z(267.14;16963.45)=3.14	0.044
	Bissexual	22.03	6.33		
	Homossexual	22.00	6.81		
Preocupação Sexual	Heterossexual	26.38	6.00	Z(437.95;14310.14)=5.98	0.003
	Bissexual	29.28	7.10		
	Homossexual	30.15	5.36		
Prazer	Heterossexual	3.89	0.95	Z(2.64;370.57)=1.46	0.232
	Bissexual	3.59	0.93		
	Homossexual	4.00	0.81		
Desejo - Frequência	Heterossexual	7.00	1.45	Z(7.30;916.62)=1.64	0.195
	Bissexual	7.25	1.87		
	Homossexual	7.54	1.59		
Desejo- Interesse	Heterossexual	9.23	2.31	Z(121.32;2129.81)=11.67	0.000
	Bissexual	10.40	2.11		
	Homossexual	11.36	1.81		
Excitação	Heterossexual	11.27	2.03	Z(16.62;1501.47)=2.03	0.132
	Bissexual	11.26	1.95		
	Homossexual	12.31	1.77		
Orgasmo	Heterossexual	11.30	2.84	Z(9.48;3068.16)=0.58	0.560
	Bissexual	10.80	3.13		
	Homossexual	11.75	2.69		

*<0.05 **<0.001

Discussão

O presente trabalho no intuito de verificar a existência de relações entre a depressão, sexual, a autoestima sexual e a preocupação sexual e as influências no funcionamento sexual fez uso de dois instrumentos que avaliam a saúde psíquica e sexual e o funcionamento sexual. No estudo, participaram 422 indivíduos, onde 265 mulheres e 149 homens com idades entre os 16 e os 75 anos de idade foram convidados a preencher um questionário sobre o funcionamento sexual e a saúde psicológica relacionada a sexualidade. Trata-se, portanto, de um enfoque no funcionamento sexual e a na maneira que pode ser afetado pelo bem-estar subjetivo do sujeito.

Após o tratamento e análise de dados foi possível verificar a existência da influência psicológica no funcionamento sexual, principalmente no que se refere a depressão sexual no funcionamento sexual em sua integridade, preocupação sexual em duas facetas da sexualidade, o prazer e o orgasmo, resultados estes que se aproximam de estudos de outros autores obtidos anteriores. (Dove & Wiederman, 2000 ; Silva, et al., 2016)

A orientação sexual apresentou alguma influencia nas variáveis do funcionamento sexual principalmente no desejo interesse, excitação, resultados que são condizentes à pesquisa direcionada a comparação do bem-estar e da satisfação sexual entre heterossexuais e homossexuais, no que se diz a maior frequência de atividade sexual e satisfação se comparados aos heterossexuais (Gil, 2007). Outro resultado que devemos atenção, é a influencia de orientação sexual no bem-estar sexual subjetivo, os homossexuais apresentaram-se como mais preocupados sexualmente e depressivos, o que condiz a trabalhos que apresentam que dentre os homossexuais a prevalência da depressão e estados ansiedade é aumentada, havendo até mesmo uma relação entre a sexualidade e o humor negativo, em uma minoria, que pode gerar comportamentos sexuais de risco (Bancroft, Janssen, Strong, & Vukadinovic, 2003). Tal prevalência é resultante os estereótipos sociais, do stress minoritário, das experiências de discriminação e do ocultar da sexualidade que colocam os homossexuais numa posição de vulnerabilidade psicológica. (Garrett & Sousa, 2013)

O presente trabalho não apresenta resultados generalizáveis, uma vez que os dados foram recolhidos através da internet e apresenta uma amostra é composta em sua maioria por adultos jovens. É importante salientar que devido ao carater Íntimo do questionário, as respostas podem ter sido condicionadas pela vergonha e inibição. No intuito de complementação e suprimento das limitações por este estudo apresentadas, faz-se necessário o desenvolvimento de futuros estudos com amostragens específicas.

Os dados encontrados com os instrumentos de coleta de dados apresentam boa consistência interna, o que demonstra a fiabilidade dos resultados obtidos e o carater transversal do

estudo cumpriu sua apropriação em descrever as relações entre determinadas variáveis do bem-estar sexual subjetivo e do funcionamento sexual, contudo, apresenta interpretações de um momento único, impedindo interpretações de seguimento ao momento do estudo. Nesse sentido o estudo pode inspirar estudos futuros de natureza longitudinal.

Não obstante, os resultados do estudo, assim como apontado por (Pereira et al, *in press*) evidencia os efeitos do determinante psicossocial na funcionalidade sexual e no bem estar sexual subjetivo, ainda que encontramos influencias maiores no funcionamento sexual ao nos referirmos a depressão e a preocupação sexual, confere uma atenção maior aos profissionais em psicologia no cuidado de pacientes com queixas quanto a sexualidade, ao modo como o bem-estar sexual subjetivo tem influencias no funcionamento sexual.

Finalmente, acreditamos que, com os objetivos concluídos e os resultados encontrados, este estudo pode complementar e auxiliar discussões relacionadas ao bem-estar sexual subjetivo, o funcionamento sexual e a influencia do psiquismo na sexualidade, particularmente na área da psicologia clínica, da saúde e da sexologia, sendo também uma mais valia no sentido de complementar as investigações na área de psicologia no país.

Referências

- Baldwin, D. S., & Foong, T. (2013). Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 396-397.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 231-242.
- Berberovic, D. (2013). Sexual compulsivity comorbidity with depression, anxiety and substances use in students from Serbia and Bosnia and Herzegovina. *Esrope's Journal of Psychology*, pp. 517-530.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2005). Relationship between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning. *Sex Roles: A Journal of Research*, pp. 463-475.
- Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, pp. 67-78.
- Fabre, L. F., & Smith, L. C. (2011). The Effect of major depression on sexual function in women. *Journal of Sexual Medicine*, pp. 231-239.
- Fabre, L. F., Clayton, A. H., Smith, L. C., Goldstein, I. M., & Derogatis, L. R. (2013). Association of major depression with sexual dysfunction in men.
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade I : A vontade de Saber*. Lisboa: Relógio D' Água.
- Garrett, A., & Sousa, M. (2013). A disfunção sexual em homossexuais masculinos: potencialidades e desafios. *Análise Psicológica*, pp. 103-111.
- Gerrior, K. G., Watt, M. C., Weaver, A. D., & Gallagher, C. E. (2015). The role of anxiety sensitivity in the sexual functioning of young women. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 351-363.
- Gil, S. (2007). Body image, well-being and sexual satisfaction: A comparison between heterosexual and gay men. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 237-244.

- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education* (pp. 82-88). Columbus: The Ohio State University.
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and Construct Validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, pp. 43-52.
- Lazaridou, A., & Kalogianni, C. (2013). Mindfulness and sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 29-38.
- Lee, T., & Forbey, D. J. (2010). MMPI- 2 Correlates of sexual preoccupation as measured by the sexuality scale in a college setting. *Sexual Addiction and Compulsivity*, pp. 219-235.
- Martins, V., Pereira, H., Esgalhado, G., Afonso, R. M., Monteiro, S., & Loureiro, M. (2016). Mindfulness, sexual functioning and subjective sexual well-being. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, pp. 1-13.
- McCabe, M. P., & Teleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 359-369.
- Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., Opperman, E. A., & Benson, L. E. (2015). Relationships between body image, body composition, sexual functioning and sexual satisfaction among heterosexual young adults. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 1621-1633.
- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of portuguese gay, lesbian and bisexual people . *Inovation: The European Journal of Science Research*, pp. 205-217.
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K. A., Sheffler, J., Arce, D., Rushing, N. C., & Corsentino, E. (2014). The influence of prior rape on the psychological and physical health functioning of older adults. *Aging and Mental Health*, pp. 717-730.
- Silva, P., Pereira, H., Esgalhado, G., Monteiro, S., Afonso, R., & Loureiro, M. (2016). Emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being in

portuguese adults. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, pp. 1-11.

Snell Jr., W. E. (s/d). Sexuality Scale. Southeast Missouri State University.

Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality Scale: An instrument to measure sexual esteem, sexual depression and sexual preoccupation. *Journal of Sex Research*, pp. 256- 263.

Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The Role of Self-Objectification in Disordered Eating, Depressed Mood, and Sexual Functioning Among Women: A Comprehensive Test of Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, pp. 66-75.

Ussher, J. M., Perz, J., Kellett, A., Chambers, S., Latini, D., Davis, I. D., Williams, S. (2016). Health- related quality of life, psychological distress and sexual changes following prostate cancer: A comparison gay and bisexual men with heterosexual men. . *The Journal of Sexual Medicine*, pp. 425-434.

Willi, J., & Burri, A. (2015). Emotional intelligence, sexual functioning in a sample of Swiss men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, pp. 2051-2060.

Moreira, S.A.S.(2015).*Contorcionismo: A objetificação das mulheres em contexto político pelos média portugueses.*(Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, PT.

Lucena B, Abdo C. O papel da ansiedade na (dis)função sexual - Programa de estudos em sexualidade (ProSex). *Diagnóstico e Tratamento* 2013; 18(2):94-108

Henrique Pereira et al. (*In press*) Determinantes psicossociais do funcionamento sexual e bem-estar sexual subjectivo em homens adultos portugueses

Anexos

Anexo 1: Anexo Teórico

A sexualidade e a história

A secularização e o sexo: as confissões da sociedade ocidental.

Desde a idade média, o poderio secular e as afirmações de poder por intermédio da produção da verdade com as confissões fundaram os alicerces de nossa sociedade ocidental. No IV

concílio de Latrão ²em 1215, foi regulamentado o sacramento da penitência e instaurada a confissão aos fiéis.

A regulamentação das confissões almejava restabelecer o controlo sobre os fiéis e contando com o reafirmar dos pecados e sua salvação, o conteúdo sexual foi levado aos confesionários de maneira insistente. A vontade do saber nesse contexto, ficava a ser reprimida por elementos negativos ligados ao sexo, como a proibição, repressão, entre outros, revelando-nos o século XVII como aquele em que as técnicas de poder foram mais claramente estabelecidas.

Seria o início da idade da repressão, própria das sociedades chamadas burguesas e de que não estaríamos talvez ainda completamente libertados. A partir desse momento, ter-se-ia mais difícil e mais oneroso mencionar o sexo. Como se, para dominar o real, tivesse sido preciso começar a reproduzi-lo ao nível da linguagem, controlar sua livre circulação no discurso (...) E dir-se-ia que essas próprias interdições teriam medo de o mencionar. Sem querer ter de o dizer, o pudor moderno conseguiria que se não fale dele, pelo simples mecanismo de proibições que remetem umas para as outras: mutismo que, de tanto se calarem, impõe o silêncio. Censura. (Foucault, p. 21)

Já no século XVIII, a proliferação de discursos sobre sexo tomou o lugar das técnicas de poder, e o tema passa a ser estudado de variadas formas e não mais como algo maléfico. Segundo Foucault, o próprio uso do poder pela igreja, incitou a proliferação dos discursos nas diversas instituições, como religiosas, educacionais, familiares e médicas, uma multiplicação do discurso sobre o sexo, um falar cada vez maior. Tal atitude de formular um discurso não apenas moral, mas de racionalidade, procurou desculpas. Segundo Condorcet, citado por Foucault :

Raramente os filósofos lançariam um olhar afoito a esses objectos situados entre a repugnância e o ridículo, onde era preciso ao mesmo tempo evitar a hipocrisia e o escândalo (p.28)

² Convocado em 1213 pelo papa vigente, Inocêncio III, o IV Concílio de Latrão iniciado em 1215, visava enfrentar e debater alguns problemas enfrentados pela igreja neste momento. O papado propunha um novo projeto de organização jurídico -canônico, restabelecer hegemonia frente aos leigos, legislando sobre questões civis e estabelecendo novas formas de controle social. Questões como o governo eclesiástico, as heresias, os costumes, clericais e sacramentais foram abordadas. Dentre as diversas questões, o comportamento moral e os costumes foram fontes de intensa preocupação canônica, instituindo a confissão anual e comunhão e a regulamentação da excomunhão, do casamento e dos dízimos. A igreja, neste momento, ampliava seu poder junto a sociedade e consolidava-se como portadora do monopólio da fé e vontade divina.

Como um discurso da razão falaria *daquilo*? O sexo no século XVIII não mais estava voltado à proibição, mas a regulamentação, aos discursos de utilidade pública (natalidade, morbidade, expectativa de vida, doenças e fecundidade), o sexo passa a ser encarado como problema económico e político, e fez-se necessário falar *daquilo* para pensar no futuro do estado. Discursos sobre comportamento sexual fortalecem-se e agora possuem alvo de intervenção. Temos, portanto, uma diversificação dos discursos sobre o sexo desde a idade média até o século XVIII, enquanto na idade média o discurso organizava-se em torno da carne e da penitência, nos discursos recentes a unidade foi dispersa em discursividade distintas.

Melhor: o laço solido que ligava entre si a teologia moral da concupiscência e a obrigação da confissão (o discurso teórico sobre o sexo e a sua formulação na primeira pessoa), esse laço foi, se não quebrado, pelo menos afrouxado e diversificado- entre a objectivação do sexo em discursos racionais e o movimento pelo qual cada um é entregue à tarefa de contra o seu próprio sexo, produziu-se desde o século XVIII toda uma série de tensões, de conflitos, de esforços de ajustamento, de tentativas de retranscrição (p. 37)

Sexo na história ou História do sexo: o princípio de uma *scientia sexualis*.

Com o decorrer dos séculos o discurso sobre o sexo tornou-se mais amplo ao invés de reduzido. Passando do poderio da igreja até as outras instituições sociais. Nota-se que o tema que outrora era revelado durante as confissões e carregava consigo pudores e pecados, foi aos poucos diluído na sociedade, que ao invés de revela-lo a apenas um, passou a revela-lo a vários e diferentes contextos. É certo que a figura da confissão traz consigo um carater intimista e o conteúdo revelado era pormenorizado, mas pensemos a diversificação do discurso como o sexo como uma passagem do confessional ao mundo, uma passagem dotada do discurso da razão como forma de falar-se daquilo que uma vez fora proibido.

A proibição deve-se a tutela religiosa sofrida pré secularização, até então toda verdade era de carater religioso e todos aqueles tutelados deveriam viver de acordo em harmonia com o sagrado. O comportamento moral e os costumes eram fontes de intensa preocupação canônica e eram regulados conforme a instituição da confissão anual, da comunhão, do casamento e dos dízimos.

A confissão foi e ainda hoje continua a ser a matriz geral que rege a produção do discurso verdadeiro sobre o sexo. Foi todavia consideravelmente transformada. Durante muito tempo permanecera solidamente encastoadada na prática da penitência. Mas, a pouco a pouco, como protestantismo, a Contra-Reforma, a pedagogia do século XVIII e a medicina do século XIX, perdeu sua localização ritual e exclusiva; difundiu-se, foi utilizada em toda uma série de relações -

filhos e pais, alunos e pedagogos, doentes e psiquiatras, delinquentes e peritos.
(Foucault, 1994)

O discurso da razão foi aos poucos tornando-se mais íntimo e provocador a diferentes áreas, a saúde voltou-se ao caráter da prevenção de doenças e promoção da saúde reprodutiva, a educação a introdução sobre o tema a sexualidade, a psiquiatria as perversões e a psicologia a escuta dos aspectos íntimos.

Segundo Denise Quaresma da Silva e Maria Nestovsky Folberg¹

Foucault demonstra que a discussão muda de esfera - do religioso ao médico científico-, com ares de neutralidade os médicos são por excelência os intérpretes da verdade sobre o sexo, diagnóstico que trazia amalgamado a sua essência um ranço de evolucionismo antropológico, racismo oficial e uma higienização moral constante que construía um elo entre a noção de patológico com o pecaminoso. Somente em Freud, há uma inversão nessa escala de potências, o moralismo e os valores da consciência não atingem o homem em toda a sua constituição, ficam na camada superficial de nosso ser, o *id* que é onde reside nossos impulsos mais instintivos e agressivos, atinge de forma mais intensa nossa psique. O *id* funciona como uma espécie de memória inconsciente de nossos desejos sexuais que foram historicamente reprimidos. (Silva & Folberg, 2008).

Freud e sua psicanálise abriu portas ao tema da sexualidade, contestado pela medicina da época, diversas vezes por introduzir o tema da sexualidade desde a infância. Em sua obra *Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/1976b), Freud enuncia o conceito de pulsão, um representante psíquico de uma excitação interna, entre o psíquico e o somático. No segundo ensaio, afirma que a sexualidade já está presente na infância, rompendo com toda a visão de infância existente nessa época. Diferentemente da sexualidade presente após a puberdade, as manifestações da sexualidade infantil acontecem de formas variadas, a partir da erogeneização das partes do corpo. Apresenta então as fases do desenvolvimento psicosexual: oral, anal, latência, falica e genital.

ressalta-se que os investimentos destas pesquisas das crianças estiveram ligados à tentativa de descobrir a origem dos bebês, ao desenvolvimento do Complexo de Édipo e o Complexo de Castração. A partir das primeiras investigações sexuais a criança vai consolidando a sua posição como sujeito o que, conseqüentemente, terá influência na sua relação com o desejo de saber. (Castrol & Martins, 2012)

Por mais que o discurso fosse contínuo e crescente, até Freud não fazia mais que encobrir a realidade em que se falava. Apresentava-se um relato meticuloso sobre o tema, como processos de esquiva da perigosa verdade que o sexo revelava, relatos específicos essencialmente sobre o patológico e perverso que demonstravam-se subordinados a uma moral extraída de classificações médicas. A pretexto da verdade, provocou o medo geral, o perigo furtivo à sociedade, os prazeres insólitos ligados à morte.

Da repressão à liberdade, do confessorário ao divã.

Durante três séculos, o homem ocidental ficou atado ao discurso íntimo do sexo, a expor tudo sobre o seu sexo. Censura? Era um termo inexistente, era progressivo o estímulo ao discurso e o interessante era a razão de tal estímulo. A sociedade atual não estava interessada no discurso por curiosidade, mas pela vontade de saber, o sexo passa a ser um interesse público e de caráter essencial.

A vontade de saber cresceu e tomou as rédeas do homem do século XVIII, no século XIX, na Salpêtrière de Charcot, aquilo a propósito do sexo era apresentado publicamente pelos doentes. As famosas consultas públicas de Charcot, tentavam explicitar as verdades sobre o sexo (o excesso, a falta, o desejo), grandes mostras performativas que apenas mascaravam a verdade. Nesta mesma altura, Freud inicia seus estudos com Charcot e após desavenças perante aos métodos de seu mestre, segue seus estudos sobre o psiquismo humano, deixando as consultas públicas, aplicando primeiramente a hipnose e posteriormente deixando-a pela livre associação de ideias pelo próprio paciente.

Nesse momento o doente é visto como a imagem de uma casa sem chaminé e seus sintomas são representados pela fumaça de uma lareira que necessita de escape. Quando não trabalhados corretamente, os conteúdos psíquicos (fumaça da lareira) podem extravasar de diferentes formas, como os correntes casos de histeria da época, mas quando trabalhados corretamente e resinificados, a chaminé da lareira funcionar-se-ia segundo os padrões da neurose.

A confissão transfere-se, portanto, dos confessorários aos divãs, se abre a novas maneiras de constituir os domínios do sujeito, sua psique.

Em vez de contar os erros e as ingenuidades dos moralistas que, no século XIX, povoaram os discursos de verdade sobre o sexo, seria melhor delimitar os procedimentos pelos quais essa vontade de saber relativa ao sexo, que caracteriza o ocidente moderno, fez funcionar os rituais da confissão nos esquemas da regularidade científica. (Foucault, 1994)

Com a estruturação da psicanálise freudiana e seus preceitos que foi possível funcionar o ritual no cientificismo. Na obra *as 5 lições da psicanálise*, Freud apresenta os principais conceitos da psicanálise que acabara de sugerir a partir de seus estudos. Em sua primeira lição demonstra através de um caso de histeria que a psicanálise trouxe nova luz ao tratamento por meio da livre associação de ideias. Na segunda lição consolida o psiquismo como algo distinto ao corpo humano e apresenta o processo de repressão utilizando-se dos conceitos de consciente e inconsciente. Na terceira lição relata a ineficácia da hipnose e ressalta os métodos mais eficazes: a livre associação e a interpretação dos conteúdos inconsciente (sonhos e atos falhos). Na quarta lição trata da sexualidade infantil, atentando ao complexo de Édipo e a perversão. Por fim, na quinta lição, relata o mecanismo psíquico da regressão como defesa do aparelho psíquico, bem como de questões singulares ao processo terapêutico como a transferência.

Em suma, o processo confessional no divã detém variados recursos além daqueles encontrados na confissão religiosa, a confissão que anteriormente era auscultada com um juízo moral, agora secularizada conta com uma escuta terapêutica e fornecedora de auxílio ao psiquismo do indivíduo em questão a resolução de suas questões sexuais. Porém, ainda é necessário pensar se desde o surgimento da psicanálise até a atualidade as confissões no divã são satisfatórias. O contemporâneo trouxe ao homem meios distintos de relacionar-se, de revelar-se e desvelar-se, meios esses que podem ser adotados como confessionais e por muito, expositores de sua intimidade. Novos confessionários? Talvez. Eficazes? Eis uma temática ainda pouco explorada.

A sexualidade e o funcionamento sexual

Definição

Composta por componentes cognitivos, emocionais, relacionais, morais e éticos, a sexualidade distancia-se do instintivo ato sexual. Apesar de profundamente relacionados, como apontados por Alferes (1997) na obra *Encenações e comportamento Sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*, o sexo além das designações de género, pode também ser utilizado para referir a dimensão genital e comportamentos relacionados a esta, tais como a o ato sexual e a masturbação.

Nos trabalhos sobre a História da sexualidade, Foucault aponta que

Não se deve descrever a sexualidade como um ímpeto insubmisso, estranho por natureza e indócil por necessidade a um poder que, por seu lado, se esgota na tarefa de submete-la e muitas vezes fracassa na tarefa de dominá-la por completo (Foucault M. , 1994)

A sexualidade é integrante da vida e apresenta-se como componente essencial ao bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos e tamanha é a sua importância que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a sexualidade é um aspeto central do ser humano ao longo de sua vida, é a

(...) energia que nos motiva para procurar o amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e, ao mesmo tempo, ser-se sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso influencia também a nossa saúde física e mental. OMS (citada por Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001, p. 16)

Energia esta voltada não apenas a reprodução, mas também para a intimidade, identidade social e formação da personalidade, abrangendo também a orientação sexual, prazer e erotismo. Desta forma, são várias as dimensões possíveis de serem exploradas, dentre elas a dimensão biológica e os fatores orgânicos relacionados a resposta sexual, envolvendo também o enfoque clínico no que se refere as disfunções sexuais, a dimensão socio-histórica e o estudo da sexualidade desde o início dos tempos, estendendo-se também aos domínios dos estudos sobre a ética e política e, não esquecendo da temática abordada para este trabalho, a dimensão psicológica, as contribuições da sexualidade ao psiquismo humano e as influencias psicológicas no comportamento e funcionamento sexual.

A resposta sexual

O comportamento sexual, a psicoafetividade e a psicosexualidade sofrem influencia inegável das hormonas sexuais, evidente no desenvolvimento, amadurecimento, de todo aparelho reprodutor humano, em consequente é erróneo descartar certo condicionamento neuro químico em aspetos como o desejo, a atração e o próprio ato sexual (Abreu, J. F. R., 2008)

Caracteristicamente a resposta a uma experiencia sexual conta com as alterações genitais, a ereção peniana, a tumescência do clitóris, junto da lubrificação vaginal nas mulheres, ao tornar-se consciente a sensação erótica agradável, dá-se inicio a alteração subjetiva a qual chamamos excitação. A partir desde momento processos cognitivos convergem para atender ao significado sexual que se esta a ocorrer, buscando relacionar na memoria e a processos internos como perceções, mudanças corporais e imagens à experiencia sexual, momento este em que toda a influencia psicossocial confronta a sexualidade do sujeito. Envolto por todo esse processo psicossomático, ocorre o orgasmo.

O orgasmo é ainda um enigma neurofisiológico, segundo Bancroft (1983/2009) envolve os processos fisiológico e os efeitos perceptivos, experienciados pelo aumento na intensidade da sensibilidade erótica e das contrações musculares involuntárias em grande parte.

Em referencia ao desejo sexual e as diferenças de género, Hirsch (2000, citado por Abreu, 2008) apresenta o facto de os homens apresentarem-se mais resistentes a diminuição do desejo sexual e mais ativos na procura pela relação sexual é por possuírem grandes quantidades de testosterona e por não contarem com hormonas que inibem os estrógenos, responsáveis pelo desejo sexual como a prolactina e a progesterona, presentes nas mulheres. Podendo na percepção do autor ser uma raiz biológica das diferenças psicosexuais relacionadas ao género.

A Sexualidade e o psiquismo.

A dimensão psicológica da sexualidade: Autoestima Sexual, a ansiedade sexual e a depressão

Em continuidade ao tema da sexualidade, é dever explicitar toda a atmosfera psicológica pela qual a sexualidade é absorvida. Consciente ou inconscientemente o psicológico humano têm verdadeira influencia na sexualidade como um todo e não apenas no funcionamento sexual. Desde o desenvolvimento psicosexual, atravessando a história até o momento do ato sexual, o sujeito estrutura, incorpora e adequa diversos estímulos a sua sexualidade, passos estes de

suma importância e necessários para a estruturação psíquica do sujeito assim como apontado por Freud nos Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade(1906/1976).

Em todo envolvimento sexual, um expressar de afetividade, provoca segundo o desejo despertado um sentimento de valorização e um aumento da auto-estima do sujeito (Marques, Chedid, & Eizerik, 2008), contudo, a preocupação sexual, a ansiedade relacionada a performance, imagem de si, e a insegurança do encontro com a intimidade do outro, pode contribuir a alterações no funcionamento sexual, na diminuição do desejo, da busca pelo sexo, da excitação e do orgasmo.

Uma grande variedade de estudos vem sendo apresentadas no que se refere ao funcionamento sexual e sua relação com a depressão, ansiedade e auto estima sexuais, no entanto, em sua maioria, são estudos direcionados ao gênero feminino (Davison & McCabe, 2005.,Dove & Wiederman, 2000.,Fredrickson & Roberts, 1997.,Milhausen, Buchholz, Opperman, & Benson, 2015)Fator esse relacionado a toda construção socio histórica do olhar lançado sobre o feminino e da consequente objetificação do corpo da mulher.

Feminist analyses (e.g.,Bordo,1993) have long adopted a social constructionist account of the female body. This account holds that inWestern societies, women are subject to cultural and interpersonal experiences in which the female body is construed primarily as an object that exists for the pleasure and use of others and that is inspected and evaluated. (Tiggemann & Williams, 2012)

As consequências da visão do feminino como objeto integra de maneira plena aos interesses do presente estudo, uma vez que a internalização dessa perspectiva objetivista acaba por afetar o psiquismo feminino, as emoções, a visão de si e dos outros e suas relações. Segundo a American Psychiatric Association (2000) as mulheres envoltas nesse ambiente do corpo objeto estão mais vulneráveis a desenvolver três tipos particulares de desordens psíquicas, a disfunção alimentar, a depressão e a disfunção sexual.

A objetificação da imagem da mulher, estudada por Fredrickson e Roberts (1997) no trabalho sobre a teoria da objetificação e seus impactos na saúde mental das mulheres e nas suas experiências, apresenta-nos um mecanismo de sexualização e desvalorização do feminino na sociedade atual. Uma característica maioritariamente ocidental que apesar de estender seu poderio a diversos gêneros, faz-se mais forte nas mulheres e é consolidada prioritariamente pela ideologia patriarcal vigente por séculos. Ideologia esta que considera a mulher como mais vulnerável socialmente e em certos aspetos inferior ao sexo masculino. A vulnerabilidade feminina aparece principalmente em relação ao corpo e a sexualidade, que segundo os autores anteriormente citados, resultam na definição dos conceitos de objetificação e objetificação sexual serem interdependentes. Nesse sentido,

complementam que A objetificação sexual aponta para a representação da mulher apenas como um corpo que existe para uso e prazer dos outros (Fredrickson & Roberts, 1997).

Mudanças no funcionamento sexual

Etiologia

A etiologia das alterações no funcionamento sexual pode envolver os mais variados aspetos biológicos (enfermidades físicas e neurológicas, crónicas ou não) e psicológicos (alterações no bem-estar psicológico do sujeito, Estados depressivos e de ansiedade, preocupação sexual, psicopatologias) como apresentado nos trabalhos de Lucena e Abdo (2013) e Ribeiro e Santos (2005). Dentre as mudanças no funcionamento sexual, a disfunção sexual nomeadamente, é acordo com uma diversidade de estudos significativamente elevada (Masters & Jhonson, 1996; Abdo, 2008) e é mais constante em pessoas que não apresentam uma boa saúde física e emocional e apresenta como consequência experiências sexuais não satisfatórias e enorme impacto no bem-estar psicosexual do sujeito. Falhas no funcionamento sexual provocam maior suscetibilidade ao stress e pode alterar a interação com a família e próximos (Ribeiro & Santos, 2005)

Todavia, estudo aponta que apesar de haver uma grande parte da população acometida pela disfunção sexual poucos são aqueles que buscam tratamento, Kubli net al (2003, citado por Ribeiro e Santos,2005) apontam que 70% dos homens que apresentam disfunção não se encontram sob tratamento.

Diagnostico

O diagnostico da disfunção sexual e da satisfação sexual apesar de aparentarem certa facilidade, podem ser bastante incertos, como podemos observar no estudo de Heiman, Gladue, Roberts, e LoPiccolo (1986, citado por Pachorro, Diniz & Vieira,2009) em que inúmeras pessoas da população normal que se afirmaram sexualmente satisfeitas foram na verdade diagnosticadas como tendo uma disfunção sexual.

É certo que as mudanças no funcionamento sexual têm direto impacto na vida das pessoas e negativo na qualidade de vida (Keller, McGarvey, & Clayton, 2006). Condições não apenas biológicas, mas também psicológicas podem acarretar tal condição, particularmente o humor e os transtornos de ansiedade tem impacto negativo no funcionamento sexual (Teusch, et al., 1995) e em muitos casos o tratamento medicamentoso pode ocasionar disfunções sexuais

(Clayton, McGarvey e Clavet,1997; Baldwin & Foong, 2013). Assim como a sexualidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também apresenta uma definição de disfunção sexual, como qualquer modificação da resposta sexual humana que produza sofrimento físico e/ou emocional, individual ou entre parceiros, ou seja, não apresenta especificamente causas em origens fisiológicas ou doenças orgânicas.

A disfunção sexual pode apresentar-se de diversas formas: a diminuição ou ausência do desejo sexual; a aversão sexual; a ausência de prazer; falha na resposta genital (dificuldades de ereção, mantimento desta ou a ejaculação precoce e falha na lubrificação feminina) ; a inibição do orgasmo, entre outras. Bancroft (2009) apresenta três grandes categorias de relacionados as mudanças do funcionamento sexual, em primeiro os problemas relacionados a redução do interesse sexual e/ou resposta sexual, em segundo problemas relacionados ao comportamento sexual que englobam transtornos sexuais e perversões, como por exemplo a ninfomania em mulheres ,a satiríase no homens, voyerismo,sadismo, masoquismo (Rinehert e McCabe,2007) e em ultimo questões relacionadas ao gênero e identidade sexual.

A elaboração do diagnóstico deve considerar os últimos seis meses, pelo menos, de apresentação dos sintomas e segundo Lucena e Abdo (2013) no trabalho de título *O papel da ansiedade na (dis)função sexual*, é necessário e de suma importância para afastar equívocos durante a anamnese investigar a saúde e as condições sexuais dos parceiros.

No caso das disfunções sexuais, exames de dosagens hormonais e condições clínicas gerais são complementares. Todavia, ainda que haja alteração da resposta sexual comprovada por causa orgânica, não é diagnosticada disfunções sexuais se o paciente não apresentar insatisfação frente à sua condição sexual (Lucena B & Abdo C., 2013)

A resposta sexual e suas mudanças.

Como anteriormente referido a resposta sexual pode ser influenciada por fatores orgânico como o desequilíbrio hormonal, alterações endócrinas, doenças físicas e uso de medicamentos, contudo diversas são as influencias no ciclo da resposta sexual provocadas por fatores psicológicos.

O ato sexual bem-sucedido depende de uma complexa sequência, ocorrências hormonais e fisiológicas altamente suscetíveis aos efeitos emocionais (Marques, Chedid, & Eizerik, 2008). Em 1966, Masters e Johnson publicaram na obra *Human Sexual Reponse*, o chamado “ciclo de resposta sexual completo”, que inclui quatro subdivisões das repostas sexuais: a excitação: caracterizada pela estimulação fisiológica ou psicológica e corresponde, no homem a ereção

peniana e na mulher o inchaço do clítoris e a lubrificação vaginal. A excitação segundo Masters e Johnson (1966) é responsável pelo aumento do batimento cardíaco e consequentemente da pressão sanguínea, ocasionando nos homens a ereção a partir da vasoconstrição pélvica, a elevação do pênis e a retração testicular e nas mulheres maior concentração sanguínea e consequente alteração da cor dos tecidos vaginais, derivada da vasoconstrição na área da pélvis e da vagina, quanto maior a concentração sanguínea, maior a temperatura e o inchaço, isto acompanhado da lubrificação vaginal, uma secreção que facilitadora à entrada do pênis. O Plateau é a continuidade da excitação, caracterizada pela tensão e o aumento do desejo é a preparação para o orgasmo. Nesta fase há mais mudanças fisiológicas em ambos os gêneros, nas mulheres há um estreitamento da entrada da vagina de modo a adaptação ao pênis e um aumento tátil provocador de maior prazer aos dois, o fluxo sanguíneo aumentado ocasiona também o inchaço dos mamilos e maior tensão muscular. Nos homens há, mais visivelmente em torno da glândula, um aumento de diâmetro peniano, bem como o aumento dos testículos, o início da saída do líquido pré-seminal, e a retração junto ao corpo, no intuito de no ato da ejaculação, o sêmen possa ser expelido com mais força. (Crooks & Baur, 2008)

Na fase do orgasmo, um termo trazido do Latim que significa *agita* - ção (Marques, Chedid, & Eizerik, 2008) a resposta sexual de ambos os gêneros é caracterizada pela descarga de toda tensão acumulada nas fases anteriores, toda atenção do sujeito é voltada à sensação de prazer. Nessa fase são observadas contrações no útero e outros movimentos involuntários no corpo da mulher e contrações musculares da pélvis masculina de modo a expulsar o sêmen de forma intervalada, começando com intervalos menores que se estendem ligeiramente (Martins, et al., 2016). Segundo Crooks e Baur (2008) a duração das contrações nos homens e nas mulheres variam de pessoa para pessoa, bem como os espasmos e as verbalizações, acrescentam também que a tensão muscular no momento do orgasmo e a descarga de prazer são responsáveis pelo aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial.

É a fase de excitação máxima, com grande vaso congestão e miotonia rítmica da região pélvica, acompanhada de grande sensação de prazer, seguida de relaxamento e involução da resposta (resolução). É o clímax da resposta sexual e constitui uma série de contrações rítmicas da plataforma orgástica, com intervalo de 0,8 segundos (Marques, Chedid, & Eizerik, 2008)

A resolução, quarta e última fase do “*Ciclo de reposta sexual completo*” de Masters e Johnson (1966) o corpo retorna ao estado de pré-excitação, de acordo com *Our Sexuality* de Crooks e Baur (2008), os batimentos cardíacos e a tensão arterial dissipam-se, no homem o pênis diminui até o tamanho normal e os testículos voltam ao estado pré-excitação, nesse estado é característico o período refratário, no qual o organismo não se apresenta responsivo à

estimulação erótica. A resolução nas mulheres é caracterizada pelo aumento da amplitude uterina para o tamanho normal, retorno do clitóris a sua posição e o desinchar dos mamilos.

Em continuidade as fases da resposta sexual, o desarranjo em qualquer uma das fases traduz-se na consolidação das mudanças sexuais e/ou disfunções sexuais. Segundo Masters e Johnson (1970) os fatores psicológicos podem influenciar negativamente o funcionamento sexual normal, em especial o desejo, a excitação e o orgasmo. Nesse sentido, a auto-estima, a ansiedade e a depressão estão intimamente relacionadas a sexualidade, a preocupação com a performance sexual desencadeia a ansiedade sexual e conseqüentemente a inibição da excitação e do orgasmo. Barlow (1986 citado por Dove & Wiederman, 2000) desenvolve sobre a importância da atenção cognitiva ao ato sexual e afirma que os défices no funcionamento sexual são advindos da incapacidade de alguns sujeitos em incorporar e responder a todo o estímulo erótico necessário para a excitação sexual.

Em síntese, após uma explanação de diversos autores diante da sexualidade, desde a contextualização histórica do sexo até o funcionamento sexual e as influências do psiquismo humano na sexualidade é incontestável o lugar da psicologia na intimidade do sujeito e na expressão íntima da sexualidade. Entretanto, apesar de haver alguns estudos relacionados a temática, ainda são escassos aqueles voltados especificamente a importância das variáveis psicosexuais no funcionamento sexual de sujeitos saudáveis e que não apresentam enfermidades ou transtornos que podem ocasionar disfunções sexuais. Desta forma, o presente anexo teórico, busca complementar a presente pesquisa, contribuir às pesquisas relacionadas a psicosexualidade e de certa forma, inspirar novos estudos na área da psicologia.

Referências

- Abdo, C. (2008). Uma análise crítica da Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais para a Disfunção Sexual. *Diagn Tratamento*, pp. 189-91.
- Abdoll, C. H., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista dePsiquiatria Clínica*, 162-167.
- Abreu, J. F. R. (2008). O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva - um estudo correlacional em estudantes universitários. Mestrado em Educação - Especialidade em Formação Pessoal e Social. Lisboa: Departamento de Educação da Faculdade de Ciências.
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais. Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Afrontamento.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. A. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: SHO/APPORT.
- Baldwin, D. S., & Foong, T. (2013). Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *The British Journal of Psychiatry*, pp. 396-397.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. Elsevier Health Sciences.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., & Vukadinovic, Z. (2003). The relation between mood and sexuality in gay men. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 231-242.
- Berberovic, D. (2013). Sexual compulsivity comorbidity with depression, anxiety and substances use in students from Serbia and Bosnia and Herzegovina. *Esrope's Journal of Psychology*, pp. 517-530.
- Castrol, I. P., & Martins, K. P. (2012). Contribuições psicanalíticas acerca da posição subjetiva do adolescente na sua relação com o saber. *Col. LEPSI IP/FE-USP*.
- Crooks, R., & Baur, k. (2008). *Our Sexuality*. Belmon,CA: Wadsworth.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2005). Relationship between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning. *Sex Roles: A Journal of Research*, pp. 463-475.
- Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, pp. 67-78.
- Fabre, L. F., & Smith, L. C. (2011). The Effect of major depression on sexual function in women. *Journal of Sexual Medicine*, pp. 231-239.
- Fabre, L. F., Clayton, A. H., Smith, L. C., Goldstein, I. M., & Derogatis, L. R. (2013). Association of major depression with sexual dysfunction in men.

- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade I : A vontade de Saber*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade II : O Uso dos Prazeres*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (Junho de 1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, pp. 173-206.
- Freud, S. (19??). *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Garrett, A., & Sousa, M. (2013). A disfunção sexual em homossexuais maculinos: potencialidades e desafios. *Análise Psicológica*, pp. 103-111.
- Gerrior, K. G., Watt, M. C., Weaver, A. D., & Gallagher, C. E. (2015). The role of anxiety sensitivity in the sexual functioning of young women. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 351-363.
- Gil, S. (2007). Body image, well-being and sexual satisfaction: A comparison between heterosexual and gay men. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 237-244.
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach's Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education* (pp. 82-88). Columbus: The Ohio State University.
- Guiddens, A. (1992). *A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor & Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: Fundação Unesp.
- Henrique Pereira et al. (In press) Determinantes psicossociais do funcionamento sexual e bem-estar sexual subjectivo em homens adultos portugueses.
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and Construct Validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex & Marital Therapy*, pp. 43-52.
- Lazaridou, A., & Kalogianni, C. (2013). Mindfulness and sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, pp. 29-38.
- Leal, I. e Maroco, J. (2010). Avaliação em Sexualidade e Parentalidade. Porto: Legis Editora. Marconi, M. e Lakatos, E. (2006). Metodologia Científica. (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Lee, T., & Forbey, D. J. (2010). MMPI- 2 Correlates of sexual preoccupation as measured by the sexuality scale in a college setting. *Sexual Addiction and Compulsivity*, pp. 219-235.

- Lerner, T. (2012) Terapia cognitivo-comportamental em grupo de disfunções sexuais femininas. Dissertação (Mestrado em Obstetrícia e Ginecologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- Lucena B, Abdo C. (2013). O papel da ansiedade na (dis)função sexual - Programa de estudos em sexualidade (ProSex). Diagnóstico e Tratamento; 94-108.
- Marques, F. Z., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2008). Human sexual response. *Rev. Ciênc. Méd*, 175-183.
- Martins, V., Pereira, H., Esgalhado, G., Afonso, R. M., Monteiro, S., & Loureiro, M. (2016). Mindfulness, sexual functioning and subjective sexual well-being. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, pp. 1-13.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1996). *Human sexual response*. New York: Bantam Books.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Matos, M. G. (2010). Sexualidade: Afectos, Cultura e Saúde. Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- McCabe, M. P., & Teleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 359-369.
- Milhausen, R. R., Buchholz, A. C., Opperman, E. A., & Benson, L. E. (2015). Relationships between body image, body composition, sexual functioning and sexual satisfaction among heterosexual young adults. *Archives of Sexual Behavior*, pp. 1621-1633.
- Moreira, S.A.S. (2015). *Contorcionismo: A objetificação das mulheres em contexto político pelos média portuguesas*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, PT.
- Nobre P, 2010, Determinantes psicológicos do funcionamento sexual, Acta Portuguesa de Sexologia, Volume V nº 1, 32-44
- Oscar Cesarotto. (1995). *Idéias de Lacan*. São Paulo: Iluminurias.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: relação com o funcionamento sexual e comportamento sexuais. *Análise Psicológica*, 99-108.
- Pechorro, P. F. S. (2006) Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas (Dissertação de Mestrado) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, PT.

- Pereira, H., & Costa, P. A. (2016). Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of portuguese gay, lesbian and bisexual people. *Inovation: The European Journal of Science Research*, pp. 205-217.
- Ribeiro, J. P., & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 341-349.
- Rinehart, N. J., & McCabe, M. P. (2007). hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality. *Sexual and Marital Therapy*, 45-60.
- Sachs-Ericsson, N., Kendall-Tackett, K. A., Sheffler, J., Arce, D., Rushing, N. C., & Corsentino, E. (2014). The influence of prior rape on the psychological and physical health functioning of older adults. *Aging and Mental Health*, pp. 717-730.
- Serapião, J. J.; Ribeiro Junior, J. Psicoterapia na Disfunção erétil. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 86, p. 42-48, 2004.
- Silva, D. Q., & Folberg, M. N. (Outubro de 2008). De Freud a Lacan: as ideias sobre a feminilidade e a sexualidade feminina. *Estudos da Psicanálise*.
- Silva, L. A. et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 12-21, jun. 2008.
- Silva, P., Pereira, H., Esgalhado, G., Monteiro, S., Afonso, R., & Loureiro, M. (2016). Emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being in portuguese adults. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, pp. 1-11.
- Snell Jr., W. E. (s/d). Sexuality Scale. Southeast Missouri State University.
- Snell, W. E., & Papini, D. R. (1989). The sexuality Scale: An instrument to measure sexual esteem, sexual depression and sexual preoccupation. *Journal of Sex Research*, pp. 256- 263.
- Teusch, L., Scherbaum, N., Bohme, H., Bender, S., Eschmannmehl, G., & Gastpar, M. (1995). Different patterns of sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment: Results of an investigation by semi-structured interview of schizophrenia and neurotic patients and methadone-substituted opiate addicts. *Pharmacopsychiatry*, 84-92.
- Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The Role of Self-Objectification in Disordered Eating, Depressed Mood, and Sexual Functioning Among Women: A Comprehensive Test of Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, pp. 66-75.

- Ussher, J. M., Perz, J., Kellett, A., Chambers, S., Latini, D., Davis, I. D., Willians, S. (2016). Health- related quality of life, psychological distress and sexual changes following prostate cancer: A comparison gay and bisexual man with heterosexual men. . *The Journal of Sexual Medicine*, pp. 425-434.
- Vacanti, L. J.; Caramelli, B. Idade e distúrbios psicológicos: variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 85, n. 2, p. 110-114, ago. 2005.
- Willi, J., & Burri, A. (2015). Emotional intelligence, sexual functioning in a sample of swiss men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, pp. 2051-2060.

Folha em branco

**Anexo 2: Consentimento do Dr.
Wllian Snell para utilização da
escala de sexualidade
The Sexuallity scale.**

Correio - HENRIQUE PEREIRA - Outlook researchgate.net print screen mac - Pesquisa Google

HOME QUESTIONS JOBS Search Add new

Notifications

UPDATES **MESSAGES** REQUESTS

Full-text request: The Sexuality Scale—An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation Back to list New message

Report message • Block user
22 minutes ago

William E. Snell to you

You are more than welcome to use any of my psychological testing instruments in your research. You can find information at the following websites (see below), where I have summarized that information in an "electronic book" (the first website below) and where copies of my psychological instruments can be found as well as the scoring procedures for these instruments (the second website below).
<http://csti-cla.semo.edu/snell/books/>
<http://www4.semo.edu/snell/TESTING.HTM>

Sincerely,
Bill Snell

Reply Mark as unread Archive conversation

INBOX · 1

SENT

ARCHIVE

© 2008-2016 researchgate.net. All rights reserved. About us · Contact us · Careers · Developers · News · Help Center · Privacy · Terms | Advertising · Recruiting

Folha em branco

Anexo 3: The Sexuality scale.

Sexuality Scale

— William E. Snell, Jr.,³ *Southeast Missouri State University*

The Sexuality Scale (SS; Snell & Papini, 1989) is an objective, self-report instrument designed to measure of three aspects of human sexuality: *sexual esteem*, defined as positive regard for and confidence in the capacity to experience one's sexuality in a satisfying and enjoyable way; *sexual depression*, defined as the experience of feelings of sadness, unhappiness, and depression regarding one's sex life; and *sexual preoccupation*, defined as the tendency to think about sex to an excessive degree.

Factor analysis confirmed that the items on the SS form three conceptual clusters corresponding to the three concepts (Snell & Papini, 1989). Other results indicated that all three subscales had clearly acceptable levels of reliability. Additional findings indicated that whereas there were no gender differences on the measures of sexual esteem and sexual depression, men reported higher levels of sexual preoccupation than did women. Other evidence showed that among both women and men, sexual esteem was negatively related to sexual depression, with the relationship being quite substantial among male subjects. Also Snell and Papini (1989) found that women's sexual esteem was positively associated with sexual preoccupation, whereas among men sexual depression was directly related to their sexual preoccupation.

Description

The SS consists of 30 items arranged in a format allowing respondents to indicate how much they agree (versus disagree) with that statement. A 5-point Likert scale is used, with responses for each item being scored from +2 to {minus}2: *agree* (+2), *slightly agree* (+1), *neither agree nor disagree* (0), *slightly disagree* ({minus}1), *disagree* ({minus}2). To create subscale scores (discussed below), the items on each subscale are summed. Higher positive scores thus correspond to greater agreement with the statements, and more extreme negative scores indicate greater disagreement with the statements.

³Address correspondence to William E. Snell, Jr., Department of Psychology, Southeast Missouri State University, One University Plaza, Cape Girardeau, MO 63701; email: wesnell@semo.edu.

To confirm the three conceptual dimensions assumed to underlie the SS, the 30 items were subjected to a principal components factor analysis. A three-factor solution was specified and rotated to orthogonal simple structure with the varimax procedure. The first factor had an eigenvalue of 8.39 and accounted for 56% of the common variance; the first factor was characterized by the items on the sexual-esteem subscale. All 10 sexual-esteem items loaded on this factor with coefficients ranging from .52 to .82 (average coefficient, .69). The second factor had an eigenvalue of 4.75 and accounted for 32% of the common variance. All 10 of the sexual-preoccupation items loaded substantially on this factor (i.e., greater than .41), with an average loading of .65 (range = .41 to .86). The third factor, accounting for 13% of the common variance and having an eigenvalue of 1.88, dealt with the sexual-depression items; 8 of the 10 items on this sexual-depression subscale had loadings ranging from .48 to .84; average coefficient = .67. The other two items had loadings less than .20, and thus it was decided to consider them "filler items."

Additional material pertaining to this scale, including information about format, scoring, reliability, and validity is available in Fisher, Davis, Yarber, and Davis (2010).

Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2010). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. New York: Routledge.

Folha em branco

Anexo 4: Sexual Functioning Questionnaire Short Form (CSFQ 14).

Questionário de Avaliação das mudanças no funcionamento sexual
(Clayton, A., 1998)

Nota: Este questionário diz respeito à sua actividade sexual e função sexual. Por actividade sexual queremos dizer relações sexuais, masturbação, fantasias sexuais ou qualquer outra actividade.

1. Comparado com o mais prazeroso que alguma vez tenha sido, indique o seu nível de satisfação ou prazer com a sua vida sexual actualmente:
 - a. Nenhuma satisfação/nenhum prazer
 - b. Pouca satisfação/pouco prazer
 - c. Alguma satisfação/algum prazer
 - d. Bastante satisfação/bastante prazer
 - e. Imensa satisfação/imenso prazer
2. Actualmente com que frequência tem alguma actividade sexual (relações sexuais, masturbação, etc.)?
 - a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
3. Com que frequência sente desejo para ter alguma actividade sexual?
 - a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
4. Actualmente, com que frequência tem pensamentos sexuais (pensar sobre sexo, ter fantasias sexuais, etc.)?
 - a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
5. Com que frequência aprecia revistas, livros, filmes, sites da internet, músicas ou peças artísticas que tenham conteúdos sexuais?

- a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
6. Indique o seu nível de satisfação ou prazer com os seus pensamentos ou fantasias sexuais?
- a. Nenhuma satisfação/nenhum prazer
 - b. Pouca satisfação/pouco prazer
 - c. Alguma satisfação/algum prazer
 - d. Bastante satisfação/bastante prazer
 - e. Imensa satisfação/imenso prazer
7. Com que frequência fica sexualmente excitado(a)?
- a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
8. Excita-se facilmente?
- a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
9. SE FOR MULHER > Tem uma lubrificação vaginal adequada durante a actividade sexual? SE FOR HOMEM > Consegue manter uma erecção?
- a. Nunca
 - b. Raramente (a minoria das vezes)
 - c. Às vezes (metade das vezes)
 - d. Muitas vezes (a maioria das vezes)
 - e. Sempre
10. SE FOR MULHER > Com que frequência chega à excitação, mas perde logo o interesse? SE FOR HOMEM > Com que frequência tem erecções dolorosas e prolongadas?
- a. Nunca
 - b. Raramente (a minoria das vezes)

- c. Às vezes (metade das vezes)
 - d. Muitas vezes (a maioria das vezes)
 - e. Sempre
11. SE FOR MULHER > Com que frequência atinge o orgasmo? SE FOR HOMEM > Com que frequência tem uma ejaculação?
- a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias
12. SE FOR MULHER > É capaz de atingir um orgasmo sempre que queira? SE FOR HOMEM > É capaz de ejacular sempre que queira?
- a. Nunca
 - b. Raramente (a minoria das vezes)
 - c. Às vezes (metade das vezes)
 - d. Muitas vezes (a maioria das vezes)
 - e. Sempre
13. Indique o seu nível de satisfação ou prazer com os seus orgasmos/ejaculações?
- a. Nenhuma satisfação/nenhum prazer
 - b. Pouca satisfação/pouco prazer
 - c. Alguma satisfação/algum prazer
 - d. Bastante satisfação/bastante prazer
 - e. Imensa satisfação/imenso prazer
14. Com que frequência tem um orgasmo doloroso?
- a. Nunca
 - b. Raramente (uma vez por mês ou menos)
 - c. Por vezes (mais de uma vez por mês, até duas vezes por semana)
 - d. Bastantes vezes (mais do que duas vezes por semana)
 - e. Todos os dias

Questionário de Bem-estar Sexual Subjetivo

Laumann et al. (2006)

Responda apenas se tiver um relacionamento significativo há mais de 12 meses.

1. Indique o seu nível de satisfação com o prazer físico que sentiu na relação com o seu/a sua parceiro(a) nos últimos 12 meses.
 - a. Completamente insatisfeito(a)
 - b. Moderadamente insatisfeito(a)
 - c. Nem insatisfeito(a) nem satisfeito(a)
 - d. Moderadamente satisfeito(a)
 - e. Extremamente satisfeito(a)
2. Indique o seu nível de satisfação com o prazer emocional que sentiu na relação com o seu/a sua parceiro(a) nos últimos 12 meses.
 - a. Completamente insatisfeito(a)
 - b. Moderadamente insatisfeito(a)
 - c. Nem insatisfeito(a) nem satisfeito(a)
 - d. Moderadamente satisfeito(a)
 - e. Extremamente satisfeito(a)
3. Se tivesse que passar o resto da sua vida com a vida sexual que tem hoje (relações sexuais e saúde sexual), como é que se sentiria?
 - a. Completamente insatisfeito(a)
 - b. Moderadamente insatisfeito(a)
 - c. Nem insatisfeito(a) nem satisfeito(a)
 - d. Moderadamente satisfeito(a)
 - e. Extremamente satisfeito(a)
4. Indique o grau de importância que o sexo tem na sua vida global:
 - a. Nada importante
 - b. Pouco importante
 - c. Algo importante
 - d. Bastante importante
 - e. Extremamente importante