



Sandra Laurinda Manso Ribeiro

Número de aluna 25434

**A relação entre a diferenciação e a regulação emocionais no
funcionamento sexual masculino: uma perspetiva educacional**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação

Trabalho realizado sob a orientação: Professora Doutora Valéria Gomes

Instituto Universitário da Maia

Outubro 2020

O amor tem a virtude, não apenas de desnudar dois amantes um em face do outro, mas também, cada um deles diante de si próprio.

Cesare Pavese

Dedicatória

À MINHA MÃE,

AO MEU PAI (IN MEMORIUM)

AOS MEUS FILHOS: SOFIA E FERNANDO

Agradecimentos

A presente investigação é de todos os que de forma direta ou indireta participaram nela. Agradeço ao ISMAI e a todos os que dele fazem parte, em especial aos docentes com quem me cruzei, pela aprendizagem proporcionada, pela partilha de conhecimentos, de experiências, pelo crescimento interior que me proporcionaram.

Agradeço de forma muito especial à minha orientadora Professora Doutora Valéria Gomes por todo o incentivo que me proporcionou, pela constante disponibilidade demonstrada, pela paciência e motivação proporcionadas.

Ao Dr. Filipe Nunes por ter cedido parte do seu tempo e contribuído, de forma imprescindível, para a revisão do tratamento dos dados estatísticos.

Um especial agradecimento a todos os participantes, que de forma anónima, contribuíram, também, para a realização do presente trabalho.

O culminar desta etapa não teria o mesmo significado sem o apoio daqueles que eu mais amo: os meus filhos, Sofia e Fernando, o meu orgulho, a minha fonte de inspiração.

À minha Mãe por todo o apoio e coragem com que me presenteou de forma constante, substituindo-me nos momentos de ausência, recordando - me, por atitudes maternas, que em cada um de nós há um guerreiro/a pronto a vencer as vicissitudes da vida.

Ao meu Pai (*in memoriam*) que por ele acredito que existem laços que são eternos, que perduram para além a substância física que somos.

Aos meus amigos/as por todo o carinho, amizade partilhadas, gargalhadas dadas, reflexões efetuadas e percurso de vida partilhado. Um especial agradecimento à Marlene, amiga de longa data, sempre disposta a partilhar risos e choros, alegria e tristeza, medos, preocupações e esperança. Ao Eduardo pelas suas críticas construtivas e pela motivação transmitida.

Ao Stefano, que mesmo estando longe demonstrou que a amizade ultrapassa obstáculos, oceanos, tempo e barreiras linguísticas. Pela amizade, preocupação, incentivo constante. De longe o mundo se fez perto!

To Stefano hat even being far away has shown that friendship crosses hindrances, oceans, time, and language barriers. For friendship, concern, constant encouragement. By far the world has come close!

Resumo

A vivência da sexualidade como uma atitude responsável e prazerosa é entendida como uma condição básica do desenvolvimento sexual saudável. Neste sentido, o diálogo entre a família, escola, adolescentes e adultos torna-se essencial para alcançar estes propósitos. Anastácio (2018) afirma que um programa de “educação sexual e para os relacionamentos pode dar uma valiosa contribuição para promover a saúde sexual e o bem-estar dos jovens no futuro, ao ajudá-los a refletir sobre os fatores que influenciaram as suas experiências sexuais anteriores, ao facultar-lhes uma avaliação crítica sobre as suas atuais atitudes e ao trabalhar conjuntamente com eles para desenvolver aspirações e praticar competências relevantes”(p.2). Concomitantemente, torna-se preponderante ter uma atitude reflexiva e orientadora para se comunicar sobre a sexualidade de forma positiva e adequada. Esta constelação de fatores, evidencia a relevância da presente investigação, uma vez que, o diálogo sobre a sexualidade, abrangendo valores, posturas, emoções, favorece a promoção da saúde sexual, contribuindo, assim, para o desenvolvimento, ao longo da vida, de indivíduos conscientes relativamente às suas posturas perante a sexualidade e conseqüentemente para a promoção de uma sexualidade mais saudável e prazerosa.

Este estudo teve como objetivo pesquisar qual o impacto da regulação e diferenciação emocional no indivíduo, com e sem disfunções sexuais masculinas, considerando os vetores fundamentais que se desenvolvem ao longo da vida e que contribuem para a educação individual e sexual. Adotou-se uma metodologia quantitativa com uma amostra de 193 homens que se encontravam numa relação amorosa no mínimo há seis meses. Relativamente à recolha de dados aplicámos os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Índice do Funcionamento Sexual Masculino, Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional e Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.

Nesta perspetiva procurou-se como objetivos gerais, caracterizar e avaliar as estratégias de regulação e diferenciação emocional associadas ao sistema sexual masculino. Como objetivos específicos procuramos encontrar uma possível correlação entre as diversas estratégias de regulação e diferenciação emocional no mesmo grupo do género masculino e identificar possíveis estratégias preditoras de disfunção sexual.

Os resultados obtidos indicaram que a diferenciação e as dificuldades de regulação emocional diminuem de acordo com o (dis)funcionamento sexual masculino.

Palavras-chave: *Regulação emocional; diferenciação emocional; disfunções sexuais masculinas, funcionamento sexual masculino, perspetiva educacional*

Abstract

The experience of sexuality as a healthy and responsible attitude is understood as a basic condition for healthy sexual development. Therefore, the dialogue between the family, school, adolescents, and adults becomes essential to achieve these purposes. Anastácio (2018) states that a “sex and relationship education program can make a valuable contribution to promoting young people's sexual health and well-being in the future, by helping them to reflect on the factors that influenced their experiences previous sexual relations, by providing them with a critical assessment of their current attitudes and by working together with them to develop aspirations and practice relevant skills (p.2).

In the same way, it is preponderant to have a reflective and guiding attitude to communicate about sexuality in a positive and appropriate way. This constellation of factors, highlights the relevance of the present investigation, since the dialogue on sexuality, covering values, postures, emotions, favors the promotion of sexual health, thus contributing to the development, throughout life, of individuals aware of their attitudes towards sexuality and consequently to promote a healthier and more pleasurable sexuality. This study aimed to research the impact of regulation and emotional differentiation on the individual, with and without male sexual dysfunctions, considering the fundamental vectors that develop throughout life and that contribute to individual and sexual education. A quantitative methodology was adopted with a sample of 193 men who had been in a romantic relationship for at least six months. Regarding data collection, we applied the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, Index of Male Sexual Functioning, Scale of Assessment of the Directory and Emotional Differentiation Capacity and Scale of Emotional Regulation Difficulties.

In this perspective, the general objectives were to characterize and evaluate the strategies of regulation and emotional differentiation associated with the male sexual system. As specific objectives we seek to find a possible correlation between the different strategies of regulation and emotional differentiation in the same group of the male gender and identify possible strategies to predict sexual disfunctions. The results obtained indicated that the differentiation and the difficulties of emotional regulation decrease according to the male sexual dysfunction.

Keywords: *Emotional regulation; emotional differentiation; male sexual dysfunction, male sexual functioning, educational perspective*

Índice

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Introdução

Capítulo 1

Emoção, Diferenciação e Regulação emocional.....2

Diferenciação Emocional e Regulação emocional.....3

Capítulo 2

Funcionamento sexual masculino.....9

Fatores Biológicos: A abordagem Biológica e a sua prevalência13

Fatores Psicossociais.....14

Modelos conceptuais de resposta sexual.....16

Capítulo 3

O Presente estudo.....19

Método

Participantes.....20

Instrumentos.....21

Procedimentos.....23

Resultados.....25

Discussão.....32

Conclusão.....34

Referências Bibliográficas.....37

Lista e Siglas de Abreviaturas

APA – American Psychological Association

DSM –V- Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DS – Disfunção Sexual

EDRS-Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

IIEF- Índice Internacional de Função Erétil

OMS- Organização Mundial da Saúde

RDEES – Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e relacional das participantes

Tabela 2. Caracterização do funcionamento sexual dos participantes

Tabela 3. Análise descritiva dos Instrumentos IIFS; RCDE e EDRS

Tabela 4. Correlações de Pearson entre: o Funcionamento Sexual Masculino, Reportório e Diferenciação Emocional e as Dificuldades de Regulação Emocional

Tabela 5. Valores médios e desvio-padrão do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional; das Dificuldades de Regulação Emocional e Funcionamento Sexual Masculino de acordo com o (dis) funcionamento erétil através do teste para amostras independentes.

Introdução

As experiências sexuais passadas determinam, em larga escala, a satisfação decorrente da prática sexual aliada às expectativas do sujeito (Davison, Darling & Norton, 1955; Teixeira, 2019). Nesta significação, a sexualidade contempla a vivência de emoções associadas a processos cognitivos e reações fisiológicas que interferem nos aspetos afetivos, emocionais e, conseqüentemente, amorosos (Borges, Latorre & Schor, 2007). Todavia, esta conceção da sexualidade não se delinea da questão dos padrões sócio-culturais em que o indivíduo se encontra inserido. Cada cultura medeia-se pelos seus próprios padrões sociais, de forma que as expressões das emoções se baseiam numa construção social (Santos, 2015; Strongman, 2004). As questões das representações sociais estendem-se à regulação emocional, na medida em que os homens são socialmente educados para que os seus comportamentos sejam conducentes sobre a representação da masculinidade. Daqui se depreende a dificuldade em se exprimirem emocionalmente, e como tal, assumam uma postura de controlo emocional na expressão das suas emoções (Timmers; Fisher & Manstead (1998). Devido à escassez de estudos neste contexto, nomeadamente em Portugal, considera-se relevante investigar quais os processos de regulação e diferenciação emocionais envolventes no funcionamento sexual, em particular no masculino, uma vez que os aspetos culturais e educativos parecem ser influenciadores no comportamento sexual. Neste sentido, considera-se imperativo a implementação de programas educativos sobre a sexualidade ao longo da vida, investindo no re/conhecimento emocional individual, convidando à reflexão sobre as experiências sexuais, refletindo sobre o funcionamento sexual como algo natural e, sobretudo, orientando para a construção de um relacionamento saudável.

Capítulo 1

Emoção, Diferenciação e Regulação emocional

As emoções são consideradas um construto de ampla complexidade na sua definição, daí que nem sempre a sua nomenclatura tenha sido clara e/ou consensual perante as diversas teorias existentes. Barret, (2006); Fehr & Russell (1984) referem mesmo que “todas as pessoas sabem o que é uma emoção, até lhes pedirem que dêem uma definição” (p.464). Sroufe (1997) define emoção como sendo uma reação a um estímulo externo que se evidencia nas alterações fisiológicas do sujeito, tão como, nas suas experiências e comportamentos.. Sendo assim, as emoções têm um cariz adaptativo em relação às mudanças do meio, ou seja, preparam o organismo para atuar e responder aos estímulos como forma de estratégia de defesa pessoal, e, por isto, as emoções são fenómenos psicofisiológicos breves e consideradas primárias (Greenberg,2004). Nesta perspetiva, as emoções também facilitam o processo de tomada de decisão (Gross,1998; Johnson-Laird & Oatley (1987) ; Vaz, 2009), preparando o indivíduo para respostas motoras rápidas (Fridja, 1986), enquanto estratégia de defesa. Todavia, estas podem ser, também, consideradas desadaptativas já que podem envolver sentimentos negativos que resistem à mudança. Note-se, porém, que as emoções negativas, de acordo com Fredrickson (2001) também são úteis, uma vez que o indivíduo direciona a sua atenção para a utilização de estratégias que revertem para o seu bem estar. Vaz (2009) salienta que quando existe um conflito entre as emoções e a situação vivida, o indivíduo, para que possa encontrar um equilíbrio entre ambas, procura fazer uma regulação emocional, de forma a que se consiga adaptar.

As emoções secundárias, por sua vez, são as reações pessoais e, por isso, individualizadas, perante as nossas respostas emocionais face a um estímulo. De acordo com Reeve (2009) e Reverendo (2011), as emoções organizam o comportamento, de forma a otimizar o nosso ajustamento às exigências que enfrentamos.

Diversos modelos explicativos têm sido propostos para conceptualizar as emoções, tais como, modelos cognitivistas (Kagan(1994);Mandler(1990); clínicos (Greenberg 2004); biológicos (Izard 1987); desenvolvimentais (Sroufe 1996); funcionalistas (Fridja e Mesquita, 1998). Não obstante, as diferentes abordagens conceituais efetivam que para experienciar uma emoção é necessário um estímulo inicial (interno ou externo), que conduz a uma ativação emocional ao qual o indivíduo atribui um significado (diferenciação emocional). Subseqüentemente a este processo denominado diferenciação emocional, o indivíduo recorre a estratégias de regulação da emoção considerando expressar, ou não, as suas emoções. É neste contexto que emerge um outro processo: a regulação emocional.

Diferenciação emocional e Regulação emocional

Denomina-se processo de diferenciação emocional à simbolização mental que o indivíduo dá a uma emoção experienciada, isto é, as emoções só são ativadas após um significado atribuído (Fridja, 1988). Esta simbolização é constituída por duas dimensões distintas, nomeadamente o reportório de experiências emocionais e a capacidade de diferenciar emoções muito similares entre si (Kang & Shaver, 2004; Martins & Santos, 2012).

Este processo de diferenciação compele vantagens de desenvolvimento interno, na medida em que permite uma multiplicidade de significados das experiências emocionais vividas, tão como, a promoção de estratégias de regulação emocional mais adaptativas (Barret; Gross; Conner, & Benvenuto, 2001; Gross, 2008). Indivíduos com boas capacidades de diferenciação emocional permitem-se a uma melhor interpretação das suas respostas emocionais, reconhecendo de forma mais específica o que sentem, o porquê, distinguindo e categorizando de forma minuciosa a sua experiência emocional, as suas emoções (Barrett & Aronson, 1988 *cit in* Vaz,2009).

No sentido inverso, indivíduos com pouca capacidade de diferenciação emocional, não conseguem distinguir entre emoções similares de forma minuciosa. Nesta perspetiva, há que salientar que défices ao nível da diferenciação emocional revelam-se um obstáculo para o desenvolvimento

emocional, que segundo Kang & Shaver (2004), estão associados a múltiplas psicopatologias e estados psicopatológicos.

Através de investigações recentes concluiu-se que os indivíduos com uma maior capacidade de diferenciação emocional apresentavam uma maior diversidade e adequabilidade de estratégias de regulação emocional (Barrett; Gross; Conner & Benvenuto, 2001; Vaz, 2009). Por norma, “são sujeitos mais atentos aos seus sentimentos, mais abertos à experiência e mais empáticos em relação aos outros, mostrando uma maior adaptabilidade interpessoal” (Kang & Shaver, 2004 *cit in* Vaz, 2009, p.53). Os indivíduos com uma maior capacidade de diferenciação emocional apresentam mais eficácia de regulação emocional no momento de experiências desadaptativas, Assim, a capacidade de regulação emocional é altamente influenciada pelo conhecimento emocional que o indivíduo possui e pela capacidade de diferenciação das emoções. Nesta temática, Dewitte (2012) defende que a regulação emocional possui um papel preponderante na vida emocional de cada indivíduo. Se tivermos em consideração que a regulação emocional se refere aos “processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (Gross, 1998, p. 275), podemos definir regulação emocional como um conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo focadas nos antecedentes ou na resposta, face a determinada experiência emocional. Neste contexto a regulação emocional pode ser implícita ou explicitamente processada, quando o indivíduo seleciona o que pretende suprimir ou expressar, através de um processo consciente ou não (Gross, 2002).

As estratégias de regulação, segundo Gross (2001) mediam-se nos seguintes parâmetros: a) seleção da situação; b) modificação da situação; c) modificação do foco de atenção; d) modificação cognitiva, nomeadamente a reavaliação cognitiva e) modelação de resposta: a supressão. De salientar que as quatro primeiras, são estratégias de regulação focadas no antecedente da emoção, já a supressão é focada na resposta.

A seleção da situação tem início no processo emocional, envolvendo uma seleção de atitudes por parte do indivíduo, com vista a ocorrência, ou não, de uma situação que antecipamos dando origem a uma emoção desejável ou não (Gross & Thompson, 2007; Gross, 2008).

A modificação da situação reporta-se à implementação de esforços para modificar diretamente a situação, de forma externa, ou seja, alteração no ambiente físico (Gross & Thompson, 2007). Esta estratégia é importante quando não existe a possibilidade de alterar o ambiente físico e para este efeito, as medidas mais usadas são a distração (a atenção foca-se em diversos aspetos da situação ou retira-se da situação por inteiro) e a concentração (a atenção foca-se nas características emocionais da situação). Quando este processo se torna frequente é passível de se tornar desadaptativo e provocar a ruminação, aumentando a possibilidade da sintomatologia psicopatológica (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 1993 *cit in* Gross & Thompson, 2007).

Ainda sobre a modificação da cognição salienta-se a reavaliação cognitiva, a qual consiste na mudança de um significado, anteriormente, atribuído a uma situação, com vista a alterar a resposta emocional (Gross, 2008).

Já no âmbito da resposta emocional enquadra-se a supressão emocional, ou, também denominado, modelação de resposta. Esta consiste na tentativa de inibição do comportamento da experiência emocional negativa, mas, sem reduzir esta experiência emocional (Gross, 2002), ou seja, pode inibir o comportamento, a atitude, mas não a intensidade emocional. De acordo com Gross & Levenson (1993); Pereira (2014) “a supressão emocional é eficaz em reduzir a expressão externa da emoção, mas não em diminuir a experiência emocional em si” (p.5). Deste modo, a supressão emocional está associada a baixos níveis de expressão emocional positiva (Gross & Oliver, 2003), o que se reflete na relação diádica como resultado de um menor conforto de interação.

Nesta perspetiva, o estudo da regulação emocional revela-se deveras oportuno no estudo das relações interpessoais e conjugalidade (relações amorosas), na medida em que indivíduos com

dificuldade na regulação das emoções exibem respostas emocionais inadequadas, e, deste modo, a dificuldade na regulação emocional é muitas vezes associada a infelicidade, pobres relações interpessoais e em situações extremas relaciona-se com casos psicopatológicos (e.g., depressão, ansiedade) Steinberg & Avenevoli,(2000, *cit in* Oliveira, 2016). De acordo com Gratz e Roemer (2004) a regulação emocional propõe uma definição multicomplexa envolvendo diferentes parâmetros, tais como, a consciência, compreensão e a aceitação das emoções. Ainda, o controle dos comportamentos impulsivos, de forma a atingir os objetivos pessoais, através de estratégias saudáveis. A ausência ou déficit de algumas destas aptidões poderão ativar a desregulação emocional e, conseqüentemente, evidenciar-se nas relações amorosas.

Efetivamente, diferentes estudos realizados na vertente dos estados afetivos e processos cognitivos, face ao (dis)funcionamento sexual masculino postulam que indivíduos com maiores dificuldades de autorregulação têm mais dificuldades de autoconfiança das suas capacidades de desempenho sexual, traduzindo-se assim, em expectativas negativas, que se baseiam no desinvestimento e evitamento da tarefa sexual (Laja,2017). A resposta sexual aparece comprometida porque os esquemas cognitivos, que são os responsáveis pela interpretação e atribuição de significado aos acontecimentos são ativados em contexto de insucesso sexual. De forma geral, estudos revelam que perante situações de insucesso sexual os homens disfuncionais tendem a ativar com maior frequência esquemas cognitivos negativos focando-se em preocupações de desempenho, antecipação do fracasso e suas conseqüências (Barlow (1986); Hawton,1985; Winczee Barlow, 1997; Zielberg; 1999; *cit in* Laja, 2017). Ainda relativamente à regulação emocional e sexualidade masculina, vários estudos foram realizados com o intuito de avaliar os estados emocionais na resposta de excitação sexual. Os resultados demonstraram que os estados depressivos eram condicionantes do desempenho positivo na sexualidade masculina. Homens com disfunções sexuais apresentavam mais emoções de tristeza, desilusão e medo e menos emoções de prazer, comparativamente aos homens sexualmente funcionais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). O

humor deprimido (baixo afeto positivo, tristeza e desilusão), representa um efeito significativo comparativamente aos homens sem esta condicionante. Este encontra-se fortemente correlacionado com os esquemas cognitivos e pensamentos automáticos negativos, que os sujeitos com disfunções ativam na experiência sexual.

Neste contexto considera-se preponderante o estudo da diferenciação e regulação emocional, na vivência da sexualidade e disfunção, relacionando tais variantes com as dimensões social e cultural, uma vez que, e de acordo com Pablo e Soares (2004) “as estruturas sociais, ou mais precisamente, as crenças e os valores culturais produzidos no interior de uma determinada sociedade, exercem um forte domínio no modo como o indivíduo organiza a sua sexualidade” (p. 177). Assim considerando, é imperativo desmistificar crenças e obstáculos emocionais criados por uma construção social que influenciam os trâmites de comportamentos sexuais. Fatores educacionais e culturais desadequados, ainda de acordo com Pablo e Soares (2004), contribuem para a formação de crenças errôneas e desinformação sobre a sexualidade. Esta perspectiva implica que os padrões de comportamento sexual possam assumir uma significação diferente, de acordo com o contexto sócio-cultural em que foi definido (Robison & Richardson, (1997), cit in Ramos, Carvalho & Leal, (2005)). Também Lara et al (2008), cit in Domingos e Brito (2013), consideram que as disfunções sexuais são reflexos das influências culturais. Assim, e de acordo com Ganon e Simon (1987; cit in Lucas et al (2009)),” as crenças sexuais assumem-se como reguladoras sociais das experiências sexuais dos sujeitos,” (p.104), vetando – se por valores e normas culturais que muitas das vezes inibem o comportamento sexual. Neste sentido, Lucas et al (2009) postulam que “as aprendizagens sociais originam scripts que podem ser relativos a fantasias sexuais, planos sexuais (definem o comportamento sexual e sua sequência), guias contingenciais (utilizados durante a atividade sexual), estruturas mnemónicas (memorizar acontecimentos),” (p. 104). Ainda de acordo com Domingues e Britto, (2013) “grande parte dos homens pode-se tornar vulnerável a apresentar disfunções sexuais devido à falta de informações sobre a resposta sexual, numa história

de medo de desempenho sexual. A resposta sexual, também, pode ser influenciada ao longo da vida, pelas crenças e atitudes em relação à sexualidade (Lucas et al, 2009). Nesta vertente, deverá-se á, através da formação educativa contribuir para combater a desinformação, alteração de ideias baseadas em crenças, mitos e valores culturais discriminativos que sejam contribuintes para padrões de comportamentos sexuais que possam contribuir para o disfuncionamento sexual. Assim e de acordo com Vasconcelos (1971, cit in Nunes, 2012), “Educação sexual é poder abrir possibilidades, dar informações sobre os aspetos fisiológicos da sexualidade, mas principalmente informar sobre as suas interpretações culturais e suas possibilidades significativas, permitindo uma tomada de consciência lúcida.” (p.11).

Ainda de acordo com Maia e Ribeiro (2011) “A sexualidade humana tem componentes biológicos, psicológicos e sociais e ela se expressa em cada ser humano de modo particular, coletivo, em padrões sociais, que são aprendidos e apreendidos durante a socialização. Assim, as atitudes e valores, comportamentos e manifestações ligados à sexualidade que acompanham cada indivíduo desde o seu nascimento constituem os elementos básicos do processo que denominamos educação sexual.” (p.76). Neste sentido, “há a necessidade de considerar cada indivíduo na sua inserção cultural, e partir da ideia de que não há uma verdade absoluta sobre as concepções, atitudes e práticas de como viver a sexualidade”, (Maia et al, 2012, p.79). Desta forma, “a educação, configura-se, portanto, pelo conjunto de representações, hábitos, normas, costumes e leis, regras e instituições que regem um grupo humano. (Nunes, 2012 p.10). Esta concepção remete - nos para a compreensão da sexualidade humana enquanto representação social (transmissão cultural, valores , normas ; religião), e daqui se depreende a necessidade de propostas educativas que promovam a discussão reflexiva , a compreensão das relações humanas afetivas emocionais . Nesta vertente, a educação sexual e a sexualidade deveriam” ampliar o olhar para além das informações impessoais fisiológicas ou normas sexuais e atingir discussões emancipatórias sobre corpo, erotismo, prazer,

sexo, gênero, e relações afetivo-sexuais. (Bruns, Grassi; França, 1995; cit in Zerbinati & Bruns (2017, p.82).

Capítulo 2

Funcionamento sexual masculino

A sexualidade tem uma magnitude de significados que dependem do gênero, da educação, cultura, religião e da importância que cada um dá à mesma. Envolvendo atitudes, comportamentos, emoções, pensamentos e significados é muito mais do que sexo para orgasmo e procriação, é uma forma de autoidentidade, de comunicação, de partilha de prazer, de aprofundar intimidade e/ou um redutor de tensão (McCarthy & Bodnar, 2005).

Quando a sexualidade é funcional e satisfatória serve para alimentar e tornar especial a relação revelando-se, assim, como um elemento positivo e integral do relacionamento e contribuindo em cerca de 15 – 20% para a vitalidade e satisfação conjugal (McCarthy, 2003). Assim, os sistemas sexuais podem ser interpretados como formas de regulação emocional, envolvendo processos cognitivos, respostas afetivas e motivacionais que interagem com as respostas sexuais individuais e definindo a forma como as emoções sexuais são geradas e reguladas (Dewitt, 2012). Quando estes parâmetros emocionais não são alcançados desencadeiam-se fatores stressantes que se podem evidenciar na qualidade de vida do indivíduo que os experiencia, nomeadamente a nível psicológico (Galati; Delmachio & Horta 2014). Assim, a relação sexual bem-sucedida depende de uma sequência complexa de ocorrências hormonais e fisiológicas altamente vulneráveis aos efeitos emocionais (Marques; Chedid & Eizerik, 2008).

Diversos estudos têm sido efetuados revelando que fatores cognitivos-emocionais interferem na resposta sexual (Barlow, 1986; Laja, 2017). O ponto fulcral da resposta sexual tendo por base estes fatores insere-se na forma como os sujeitos lidam com as situações sexuais, uma vez que

sujeitos com disfunção sexual (DS) apresentam uma maior tendência para ativação de esquemas cognitivos negativos quando o insucesso sexual se evidencia (Laja, 2017; Nobre & Pinto–Gouveia, 2009; Quinta Gomes & Nobre; 2012 a). Assim, a sexualidade define-se como um conjunto de processos individuais, não só de cariz fisiológico, mas interrelacionando-se com fatores cognitivos, emocionais e culturais que contribuem, também, para o comportamento do funcionamento sexual. Para Abreu (2005) as disfunções sexuais refletem a falta de intimidade, dificuldades de comunicação entre o casal, conflitos psicológicos ou tabus sobre a própria sexualidade, desenvolvidos com base em crenças e mitos, como resultado da sociedade em que está inserido.

O estudo sobre a sexualidade inicia-se no princípio do século XIX. Estudiosos sobre o tema deram a conhecer ao mundo termos, como, “onanismo” (masturbação) por Samuel Tissot (1728/1797), “homossexualidade” por Karoly Kertbeny (1869), “sadismo” e “masoquismo” por Kraft-Ebbing, em 1840/1902, (Oliveira, 2014). Ainda na mesma linha de estudo, investigadores, tais como, Freud (1856/1939), Schapiro (1888/1966), Masters and Johnson (1966), Helen Kaplan (1979), e Basson (2004) com o desenvolvimento de novos modelos teóricos, evidenciaram a existência de disfunções sexuais e o seu possível tratamento (Barros, 2014), uma vez que, de acordo com estes, as D.S são “produto da ansiedade de desempenho e da atitude de espectador de si próprio durante o ato sexual”, cit in Lucas et al (2009), p.103). Inicialmente, e devido aos avanços da ciência farmacológica, as DS eram tratadas com base em fármacos, negligenciando-se os fatores de caráter psicológico (Tiefer, 1996; Laja, 2017). Apresentava-se, todavia, uma forma reducionista da sexualidade porque se negligenciava a influência dos fatores psicológicos do ser humano na sua sexualidade. Contudo, nos anos 80, Barlow e colaboradores ao estudarem as variáveis cognitivas e emocionais, envolvidas no funcionamento sexual, abriram um marco para uma nova forma de abordagem sobre os efeitos e influência dos fatores cognitivos, emocionais e psicológicos, passando estes a serem conceptualizadas em função do ciclo de resposta sexual. Assim, o referido modelo cognitivo emocional postula que indivíduos sexualmente funcionais e

disfuncionais diferem significativamente na forma como encaram as situações sexuais.” Na presença de estímulos que convidam ao desempenho sexual, os sujeitos sexualmente funcionais tendem a reagir com mais afeto positivo, antecipam um bom desempenho sexual e têm a percepção de controlo sobre a situação, por oposição aos sujeitos sexualmente disfuncionais que nas mesmas circunstâncias desenvolvem um estado de apreensão caracterizado pelo aumento de tensão e activação ansiógena acompanhadas de afeto negativo e pela expectativa de um desempenho sexual pobre” (Gomes, 2012, p.23). Ainda nesta perspectiva, os sujeitos que apresentam dificuldades de regulação ou de ajustamento comportamental à situação sexual, evidenciam a diminuição da autoconfiança e as expectativas negativas sobre o seu desempenho surgem. Assim, perante a atividade sexual, sujeitos sexualmente disfuncionais apresentam mais pensamentos automáticos negativos relacionados com a exigência de desempenho sexual, com antecipação do fracasso e suas consequências (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008) experienciando mais emoções de tristeza, desilusão e medo, e menos emoções de prazer e satisfação sexual comparativamente aos homens sexualmente saudáveis (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Como consequência, desinvestem na tarefa sexual levando ao evitamento (Sbrocco & Barlow, 1996; cit in Laja (2017); Gomes, 2012). Também de realçar, que de acordo com alguns autores, o sucessivo insucesso sexual acelera o processo de desistência da tarefa e pode conduzir ao evitamento da atividade sexual (Gomes, 2012).

Assim, tendo em consideração que as DS se referem a uma alteração durante o ciclo de resposta sexual que impede o indivíduo de experimentar satisfação (Pereira et al., 2016), o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , considera que o diagnóstico de uma disfunção sexual requer a exclusão de problemas que são mais bem explicados por algum transtorno mental não sexual, pelos efeitos de uma substância (p. ex., droga ou medicamento), por uma condição orgânica (p. ex., causas urológicas, cancro ,doenças cardíacas) ou por perturbação no relacionamento, violência do parceiro, discórdias na relação ou dificuldades com a intimidade.

Grande parte dos modelos do funcionamento sexual foca-se nas fases do desejo, da excitação e do orgasmo (Carey, 2002), e em cada uma destas fases do ciclo da resposta sexual podem ocorrer determinados tipos de perturbações (Leiblum & Rosen, 1988), desencadeadas por diferentes motivos, sejam estes de ordem orgânica ou psicológica. Assim, e de acordo com American Psychiatric Association (2014), relativamente às disfunções sexuais masculinas, pode nomear-se as disfunções associadas a diferentes fases do ciclo de resposta sexual: na fase do desejo é estabelecida a perturbação do desejo sexual hipotativo e a aversão sexual, na fase da Excitação surge a disfunção erétil e na fase do orgasmo poderá ocasionar-se a perturbação do orgasmo e a ejaculação precoce. Esta poderá ser considerada retardada, retrógrada ou, até mesmo, ausência de ejaculação e é, de acordo com Carson e Gunn (2006); Hellstrom (2009), a DS masculina mais comum a nível mundial. Na categoria dor, identifica-se no homem a dispaneuria (APA, 2002), prostratites, fimose, entre outras (Marques et al., 2008).

Estas perturbações são, em parte, resultantes de obstáculos aos pensamentos ou fantasias sexuais (APA, 2002; Leiblum & Rosen, 1998), como por exemplo, sentimentos de culpa, vergonha, ansiedade (Silva, 2015) impedindo a atividade sexual de se desenvolver dentro dos padrões considerados normais, aquando o ciclo da resposta sexual.

De acordo com Rosen et al. (2006) fatores psicológicos e interpessoais afetam a prevalência e a severidade das DS, independentemente ou simultaneamente, com fatores orgânicos. Um funcionamento sexual adequado requer equilíbrio entre fatores fisiológicos, psicológicos (Safir & Almagor (1991), cit in Costa, 2009) relacionais e físicos (Dunn, Croft & Hackett, 1999).

Paralelamente, as DS podem ser causa ou consequência do aparecimento de determinadas psicopatologias (APA, 2002; Correti, Pierucci, De Scisciolo & Nisita, 2006, cit in Costa, 2009; McCabe, 2005; Nobre et al., 2006) ou de um relacionamento interpessoal inadequado (Orathinkal & Vansteenwegen, 2007, cit in Costa, 2009; MacCabe, 2005 ; Metz & Epstein, 2002). Quando a sexualidade é conflituosa, disfuncional ou inexistente, isso potencia em 50-70% o declínio da

vitalidade e da intimidade conjugal (McCarthy & Bodnar, 2005). Assim, a relação entre a causalidade das DS e a qualidade do relacionamento conjugal interligam-se na dinâmica do ciclo de resposta sexual. Os fatores de ordem conjugal têm um papel significativo quer nas causas quer nas consequências das DS (Rosen, 2007) e estes fatores diádicos/interpessoais se não descobertos atempadamente podem influenciar fortemente o desenvolvimento e a manutenção de uma DS. Diversos estudos sugerem que “os conflitos interpessoais mal resolvidos estão associados às DS e aos piores resultados nas terapias sexuais” (Dunn et al., 1999; McCabe & Cobain, 1998; O`Farrell, Choquette, Cutter, & Birchler, 1997, *cit in* Costa, 2009, p.15). Por isso, o contributo que cada um dos parceiros dá para a relação associa-se fortemente com a satisfação conjugal e com o bom desempenho sexual (Brezsnyak & Whisman, 2004).

Torna-se assim de extrema importância proceder ao diagnóstico, identificando-se os fatores biológicos e/ou psicológicos, assim como o ambiente cultural, os processos cognitivos e emocionais envolvidos, que possam interferir com a resposta sexual, tais como, crenças sexuais e esquemas de pensamentos negativos. Referenciando dados da OMS (World Health Organization, 2010), a saúde sexual é influenciada pela interação de sistemas e fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, religiosos e espirituais, construindo-se através das interações entre o indivíduo e a sociedade (Pascoal, 2012). Assim, e em coerência com esta conceção, o entendimento científico da sexualidade humana exige, a compreensão de cada um dos elementos que a constituem bem como a interação entre eles (Pascoal, 2012).

Fatores biológicos: a abordagem Biológica e sua Prevalência

A atividade sexual permanece em todas as etapas etárias, incluindo em idades mais avançadas, como seja a terceira idade. Todavia, determinadas doenças podem ser desencadeadoras de disfunções sexuais, provocando mesmo o desinteresse sexual (Camacho & Ortiz, 2005), independentemente da faixa etária do indivíduo. Tanto o envelhecimento, como doenças de foro biológico, tais como, doenças cardíacas, vasculares, urológicas, protológicas ou hormonais;

diabetes, hipertensão ou insuficiência renal; alguns tipos de cânceres e seus tratamentos; cirurgias ou o uso de determinados medicamentos; alcoolismo, tabaco e drogas ilícitas (Afif-Abdo, 2007; Galati et al 2014), podem ser desencadeadores de D.S. de caráter orgânico. Ainda de referenciar a obesidade e um estilo de vida sedentário como tendo um forte impacto na atividade sexual masculina, alertando, nesta perspectiva para hábitos de vida saudáveis (Pastuszak, 2014; Laja, 2017).

De acordo com Vendeira; Pereira; Tomada & La Fuente (2011) estima-se que cerca de 24% dos homens portugueses com mais de 18 anos sofram de alguma DS. A análise por tipo de disfunção revela que cerca de 15.5% tem algum grau de diminuição do desejo sexual, aproximadamente 13% algum grau de perda da capacidade erétil e cerca de 11.6% algum grau de dificuldade ejaculatórias (8.5% de ejaculação prematura).

O reconhecimento do impacto que as disfunções sexuais podem desencadear na vida pessoal, tão como na relação amorosa, sugere a necessidade do seu estudo interrelacionando com a fatores psicossociais, biológicos e cognitivos-emocionais.

Fatores Psicossociais

A função sexual envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos .

Fatores individuais, tais como, a percepção sobre a imagem corporal, a distração de elementos cognitivos aquando a relação sexual, o diagnóstico de problemas sexuais, não são indissociáveis dos fatores sociais e educacionais, tais como, desinformação sobre o funcionamento sexual (Hatzichristou et al. 2010), crenças, valores, costumes, religião, nem tão pouco dos fatores relacionais, a conjugalidade. Estes vetores interligam-se entre si, podendo influenciar, de acordo com Carey (2002) o desenvolvimento e/ou manutenção de uma DS. Ainda de acordo com Degoratis e Mayer (1979) as DS envolvem processos psicológicos, revelando-se, contudo, de forma distinta em ambos os géneros. Também Dewitte (2014) considera que a importância do

estudo das variáveis contextuais e relacionais no indivíduo são preponderantes para a compreensão da dinâmica sobre funcionamento sexual humano, pois os processos psicológicos individuais podem ser desencadeantes de inibições ou manutenções de DS, conduzindo, assim, o indivíduo a uma fraca regulação emocional, e conseqüentemente, a relações conjugais de forte carência. As variáveis implicantes num relacionamento conjugal dependem de uma série de fatores individuais (e.g. existência de doença, nível de desconforto sentido, reconhecimento e consciência subjetiva da existência do problema), e relacionais (e.g., comunicação sexual (Aubin & Heiman, 2004)) originando, consoante o seu impacto, um bom ou pior desempenho sexual. Assim, Ribeiro & Santos (2005) ressaltam para a importância das disfunções sexuais poderem desencadear efeitos negativos sobre a autoimagem, sobre perda de autoconfiança, e afetar emocionalmente o indivíduo originando stress, depressão e o surgimento de psicopatologias, diminuindo a qualidade de vida do sujeito, tão como, a qualidade da relação amorosa. Deste facto, surge a necessidade de estudar quais os fatores psicológicos envolventes no processo conducente às DS, uma vez que estas têm um sentido bidirecional na relação, isto é, os fatores psicológicos, tais como, stress, ansiedade, depressão, podem contribuir para um funcionamento sexual disfuncional. Ainda nesta perspectiva, deve considerar-se os fatores relacionais, orientando o seu estudo para a tentativa de associação com as DS. Diferentes estudos efetuados demonstram que os fatores relacionais se associam a fatores individuais (cognições e emoções) para explicar alterações no funcionamento sexual. Ainda nesta vertente, os princípios das teorias cognitivas pressupõem que os esquemas cognitivos são os responsáveis pela atribuição de significado aos acontecimentos em contexto de sucesso/insucesso sexual. A interpretação dada aos acontecimentos vai desencadear um conjunto de respostas cognitivas e pensamentos automáticos que vão determinar a resposta sexual (Nobre, 2010). Assim, indivíduos com D.S utilizam com mais frequência esquemas cognitivos negativos, considerando as situações de insucesso como fracasso. Note-se que a literatura vigente sobre as componentes das variáveis conducentes a diferentes DS, contempla, atualmente, a importância

de abordar , e conhecer, a dinâmica do casal, não só direcionando-se para o indivíduo com DS, ou seja há a necessidade de efetuar estudos num foco bidirecional dentro da díade amorosa. Neste sentido, torna-se pertinente o estudo de diferentes fatores, possivelmente, caracterizadores e impulsionadores, das referidas disfunções sexuais.

Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes (2003) efetuaram um estudo com foco nos esquemas cognitivos e emocionais e sua influência nas disfunções sexuais, em ambos os géneros, concluindo que as variáveis cognitivas e emocionais estão altamente correlacionáveis com a determinação das disfunções sexuais. O estudo do referido modelo dá ênfase ao processo interdinâmico na relação, na medida em que as pesquisas efetuadas sobre o funcionamento sexual humano se limitam muito em respostas sexuais individualizadas e em contexto laboratorial (Dewitt, 2015), não perspetivando os fatores diferenciais que se evidenciam nos diferentes géneros, enquanto contribuintes para manter ou desenvolver D.S.. Assim, os modelos atuais de resposta sexual procuram estudar mais a intimidade e a dinâmica interrelacional do que a consideração da sexualidade como resposta meramente fisiológica.

Dewitt considera que a resposta sexual não se limita ao estímulo sexual, esta comporta processos inconscientes que podem ou não ser controlados, implicando, deste modo estratégias de regulação emocional. De acordo com esta investigadora, a dinâmica relacional numa díade amorosa depende de diferentes fatores, nomeadamente, contextuais, relacionais e individuais. A mesma defende ainda que sexualidade positiva em relações anteriores permitem maior motivação e desejo de mais atividade sexual no futuro (Dewitt, 2018). Neste sentido conclui-se que a variabilidade da resposta sexual se enquadra num quadro complexo de diferentes variantes implicando processos cognitivos e emocionais.

Modelos de conceptualização da resposta sexual

Masters e Johnson em 1966 através das suas obras, *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970), desenvolveram conceptualizações e modelos psicológicos de

intervenção nas disfunções sexuais. Este modelo, de foco unidirecional, apoia-se nas modificações fisiológicas individuais observadas em ambos os sexos durante a atividade sexual, tendo em consideração os batimentos cardíacos, respiração, tensão muscular e alterações genitais e comportamentais (Gonçalves, 2010). O referido modelo é composto, inicialmente, por quatro fases: excitação, plateau, orgasmo e resolução. Posteriormente, Kaplan (1979) introduziu uma nova fase no ciclo de resposta sexual, o desejo. Neste sentido, o modelo do ciclo de resposta sexual, também ele sequencial, altera-se passando a ser composto por três fases (ao invés de quatro). Assim, o novo ciclo de resposta sexual passa a ser considerado por: a fase inicial, a fase do Desejo, que corresponde às fantasias e ao desejo de atividade sexual; a Excitação, a qual se insere na segunda fase, e diz respeito a uma sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes, em cada um dos géneros intervenientes na relação; o Orgasmo, que corresponde à terceira fase, referindo - se ao pico de prazer, à libertação da tensão sexual e a última fase, que se denomina por Resolução e se caracteriza pela sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar (APA, 2002).

Numa linha temporal mais recente, Basson (2000) propõe um modelo de resposta sexual, onde integra variáveis contextuais e relacionais estas, não dissociadas da necessidade de intimidade e compromisso, verificando-se que as motivações apresentadas que a incitam à atividade sexual são complexas, variando desde motivos emocionais (a busca de intimidade emocional com o parceiro), físicos (como a redução do stress e busca do prazer) ainda por motivos de características pessoais de insegurança ou baixa auto-estima (Basson, 2008). Neste sentido, Basson considera que “o desejo sexual não surge de um impulso biológico, mas é mais frequentemente desencadeado por motivos relacionais e necessidades de intimidade” (Dewitt, & Mayer, 2018). Nesta perspetiva, considera-se preponderante elaborar um modelo de investigação sobre as variantes de interação entre os parceiros no relacionamento amoroso, tendo em consideração as componentes cognitivo-emocional. Surge, assim, um modelo mais recente de resposta sexual, proposto por Barlow, e

seguido por Dewitt, onde se evidencia a importância dos fatores de ordem cognitiva e emocional nos processos de (dis)funcionalidade sexual, tais como os esquemas cognitivos ativados em função de situações de insucesso sexual (“sou um fraco, um falhado”; “sou indesejável”; “sou incompetente”); fatores de ordem cultural, tais como crenças e mitos sexuais (“macho latino.”); pensamentos automáticos (que se reportam a pensamentos relacionados com a ereção) no decurso da atividade sexual, bem como as emoções vividas nesse contexto, como a tristeza, desilusão, culpa, irritação (Nobre, 2003; Nobre e Pinto Gouveia, 2000; 2003; Nobre; Pinto-Gouveia e Gomes, 2006). O modelo cognitivo emocional defendido por diversos investigadores, considera, principalmente, que a tónica de diferenciação entre os indivíduos com e sem disfunções sexuais se baseia na forma como percebem os diferentes episódios sexuais. De acordo com Dewitt (2016), os sistemas sexuais preconizam uma relação de ligação entre as respostas cognitivas, afetivas e emocionais criando um contexto relacional entre os parceiros, tendo em consideração a influência das experiências passadas e culminando com a forma como as emoções sexuais são geradas e reguladas. Neste sentido, os sujeitos sem disfunções sexuais quando identificam um estímulo sexual desencadeiam estratégias cognitivas de respostas sexualmente compensatórias, o seu foco atencional centra-se nas expectativas de recompensa aumentando a resposta de excitação sexual (Dewitt, 2015); no lado inverso, os indivíduos com disfunções colocam o foco atencional em aspetos de negação, ansiedade de desempenho, preocupação com qualidade de resposta erétil, reduzindo, assim, a capacidade de resposta sexual (Barlow, 1986), o que interfere negativamente com a sua resposta sexual.

Nesta perspetiva, diferentes esquemas (cognições) sexuais causam diferentes perceções sobre as experiências sexuais, uma vez que os sujeitos atribuem diferentes significados (Dewitt; Van Lankveld & Crombez, 2011).

Estes autores, em consonância com estudos efetuados nesta vertente, concluíram que as influências dos fatores cognitivos emocionais são preponderantes no resultado das respostas sexuais de ambos

os parceiros e, conseqüentemente, na forma como a sexualidade é vivida. Salientamos que o impacto das dimensões psicológicas em todo o processo de resposta sexual masculino, não se impõe como necessidade de preponderante aos fatores biológicos, antes, pretende-se o estudo das diferentes variáveis psicológicas num conjunto relacional como moderadoras de respostas sobre o (dis) funcionamento sexual masculino.

Capítulo 3

O presente estudo

As investigações sobre a sexualidade incidem, normalmente, no indivíduo como unidade de análise, desvinculando o contexto social e a dimensão biopsicossocial (Dewitte, 2014). Assim, a pertinência do presente estudo insere-se no âmbito do comportamento sexual masculino considerando o contexto pessoal, relacional e social de forma a obter informações cientificamente válidas, relativamente aos modelos de funcionamento sexual masculino e o seu inter-relacionamento com a esfera de regulação e diferenciação emocional. Como tal, a presente investigação tem como objetivo geral compreender de que forma o reportório e diferenciação emocional, assim como as dificuldades de regulação emocional se relacionam com o funcionamento sexual masculino em homens portugueses.

Relativamente a objetivos específicos procuramos: caracterizar os homens portugueses a nível do funcionamento sexual e reportório, diferenciação e dificuldades de regulação emocionais; investigar possíveis correlações entre as variáveis em estudo; comparar e investigar possíveis diferenças nas variáveis em estudo mediante ter ou não disfunção erétil tendo em consideração a perspetiva educacional ao longo da vida.

Método

Participantes

Os participantes deste estudo constituem uma amostra não probabilística de 193 homens com uma média de idade de 34.61 ($DP = 11.81$) anos, tendo sido recrutados através de um processo de amostragem por conveniência e de propagação geométrica (snowball), utilizando mediadores e plataformas sociais para a divulgação e difusão desta investigação. Como critérios de inclusão foram definidos: (1) idade igual ou superior a 18 anos; (2) encontrar-se atualmente numa relação amorosa há pelo menos seis meses. Este último critério tem por base o facto de uma relação só ser considerada estável quando atinge ou ultrapassa os seis meses de duração (Canavarro, 1999).

Caraterizando a amostra a nível sociodemográfico e relacional (Tabela 1), observa-se que a nível das habilitações literárias, 39.9 % dos participantes possuem o ensino secundário; 31.6 % a licenciatura, 21.8 % o ensino básico e 6.7 % mestrado/doutoramento. Relativamente ao estado civil, mais de metade dos participantes encontram-se casados e/ou a viver em co-habitação (68.7 %), sendo que os restantes estão solteiros (38.3 %), ou divorciados/separados (3.1 %). A maioria dos participantes está há mais de dois anos na atual relação (64.2 %), sendo que 91.7 % dos participantes revelam-se como exclusivamente heterossexuais no que concerne à sua orientação sexual. Neste estudo, 48.7 % dos participantes relatam ter tido entre uma e três relações passadas. Mais de metade da amostra não tem filhos (51.3 %).

Tabela 1.

Caraterização sociodemográfica e relacional dos participantes (n = 193)

	<i>N</i>	%		<i>N</i>	%
Estado civil			Habilitações literárias		
Solteiro	74	38.3	Ensino básico	42	21.8
Co-habitação	33	17.1	Ensino secundário	77	39.9
Casado	80	41.5	Licenciatura	61	31.6
Divorciado ou separado	6	3.10	Mestrado/doutoramento	13	6.70

Durabilidade da relação			N.º de relações anteriores		
6 meses – 1 ano	32	16.6	0	52	26.9
1 ano – 2 anos	37	19.2	< 3	94	48.7
> 2 anos	124	64.2	> 3 até 5	22	11.4
			> 5	18	9.30
Tem filhos			Orientação/preferência		
Não	99	51.30	Exclusivamente		
Sim	94	48.7	heterossexual	177	91.7
			Predominantemente.		
			heterossexual	12	6.20
			Exclusivamente		
			homossexual	1	0.50
			NS/NR	3	1.60

NS/NR – não sabe /não responde

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (adaptado de Nobre, 2006) é constituído por 26 itens. Todavia, para este estudo, apenas se obteve informações relativamente à idade, estado civil, habilitações literárias, número de relações anteriores, número de filhos, duração da relação e orientação sexual.

Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (RCDE).

A escala RCDE (Kang & Shaver, 2004, versão portuguesa de Vaz & Martins, 2008) avalia a capacidade do indivíduo para diferenciar emoções, tanto num conjunto amplo como em categorias de emoções que experiencia. O instrumento é constituído por 14 itens sendo avaliado numa escala tipo *likert* que varia entre 1 (nada característico da pessoa) a 7 (extremamente característico da pessoa). Está organizada em duas subescalas: *Reportório Emocional* (6 itens) que

avalia a variedade de diferentes emoções sentidas pelo indivíduo e *Diferenciação Emocional* (8 itens) que dá informação sobre a capacidade do indivíduo para fazer distinções subtis entre diferentes categorias emocionais ou emoções similares. A sua cotação é realizada através do somatório das pontuações obtidas em cada item, sendo os itens 1, 5, 9 e 11 invertidos (Vaz, 2009).

Relativamente à consistência interna da versão portuguesa, a escala total apresenta um coeficiente alfa de *Cronbach* de .80, o reportório emocional um coeficiente de .82 e a diferenciação emocional um coeficiente de .63 (Vaz & Martins, 2008). Neste estudo, o reportório emocional obteve um coeficiente alfa de *Cronbach* de .76, enquanto a diferenciação emocional um coeficiente de .89. Assim, os valores do alfa de *Cronbach* do presente estudo são idênticos aos da versão portuguesa, considerando-se que tem uma consistência interna classificada entre aceitável a boa (DeVellis, 1991).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRS).

A EDRS de Gratz e Roemer (2004) foi validada para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias (2010). A EDRS tem como objetivo avaliar as diversas dificuldades relativamente à regulação emocional em adultos. É constituída por 36 itens, sendo respondida numa escala de Likert que varia de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre) e apresenta seis subescalas: 1) *não-aceitação* (não-aceitação de respostas emocionais); 2) *objetivos* (dificuldades de envolvimento no comportamento em objetivos dirigidos); 3) *impulso* (dificuldades de controlo dos impulsos); 4) *consciência* (falta de consciência emocional); 5) *estratégias* (acesso limitado a estratégias emocionais reguladas) e 6) *clareza* (falta de clareza emocional) (Gratz & Roemer, 2004).

Relativamente às propriedades psicométricas da versão portuguesa da EDRS, a escala total apresenta um valor de alfa de *Cronbach* de .92, enquanto as subescalas apresentam valores que variam de .74 a .88 (Coutinho et al., 2010). Neste estudo, confirma-se a existência de valores semelhantes aos da versão portuguesa, verificando-se que o coeficiente alfa de *Cronbach* para a

escala total foi de .93, enquanto que na subescala não-aceitação se obteve um valor de .91; na subescala objetivos um valor de .79; na subescala impulso um valor de .81; na subescala consciência um valor de .80; na subescala estratégias um valor de .90 e na subescala clareza um valor de .60. Assim, de acordo com DeVellis (1991), a consistência interna da escala é considerada adequada.

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; Versão portuguesa de Nobre, 2001) é um instrumento que avalia o funcionamento sexual masculino nas últimas quatro semanas sendo constituído por 20 itens numa escala de Likert e variando de 0 a 5; confere cinco domínios: função erétil (FE), função orgásmica (FO), desejo sexual (DS), satisfação sexual (SS) e satisfação geral (SG). O IIEF possibilita o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada, apresentando, também, o índice total de funcionamento sexual (IFS). De acordo com este instrumento, resultados mais elevados correspondem a melhores índices de funcionamento sexual. No que concerne às características psicométricas (Nobre, 2008; Quinta Gomes & Nobre, 2012 b) nas dimensões função erétil ($\alpha = .86$), função orgásmica ($\alpha = .74$), satisfação sexual ($\alpha = .72$), SS ($\alpha = .79$) e satisfação geral ($\alpha = .86$), são consideráveis entre aceitáveis e boas. Neste estudo obteve-se boa consistência interna nestas dimensões, nomeadamente, desejo sexual ($\alpha = .70$); função erétil ($\alpha = .90$); função orgásmica ($\alpha = .88$); satisfação sexual ($\alpha = .70$); satisfação geral ($\alpha = .80$); ejaculação prematura ($\alpha = .71$), assim como ao nível total ($\alpha = .93$).

Procedimentos

O presente estudo baseia-se numa metodologia quantitativa, tendo um desenho de investigação transversal com estudos descritivos e correlacionais, onde se pretende descrever o funcionamento sexual, o reportório e a capacidade de diferenciação emocional, assim como as dificuldades de regulação emocional em homens portugueses, considerando as características sociodemográficas, relacionais e sexuais.

Para avaliação das variáveis em estudo foram utilizados instrumentos de autorrelato, anteriormente referidos, tendo sido solicitadas aos autores as respetivas autorizações para fins da investigação de forma a cumprir com as recomendações éticas e legais.

Para o processo de recolha de dados, com o intuito de facilitar o processo de amostragem, foram utilizadas duas estratégias: a criação do formulário em versão digital na plataforma *Google Forms*, assim como a distribuição de questionários em papel de acordo com a amostragem pretendida, através do recurso a mediadores. Todos os questionários distribuídos em versão papel foram colocados dentro de um envelope, de forma a garantir a confidencialidade de todas as respostas. Juntamente com o questionário foi elaborado um consentimento informado com o objetivo de explicar os objetivos do presente estudo e garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados.

A recolha de dados foi realizada entre dezembro de 2017 e julho de 2018, na região do grande Porto, durante cerca de três meses.

Para a análise de dados utilizou-se o programa estatístico *IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 24.0., verificando-se a fiabilidade de todos os instrumentos utilizados, através do estudo da consistência interna. Os valores de alfa de *Cronbach* das escalas e subescalas em estudo foram interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre .6 e .7: aceitável; entre .7 e .8: bom; entre .8 e .9: muito bom.

Para caracterização e descrição da amostra e das variáveis em estudo recorreu-se a estatísticas de frequência e descritivas (medidas de tendência central e de dispersão), calculando-se a assimetria, a curtose e o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para analisar a existência de violações na distribuição normal da amostra. Neste sentido, foi possível constatar que a maioria das variáveis em estudo apresenta uma distribuição aproximadamente normal, que juntamente com o facto da amostra apresentar um *N* superior a 30, optou-se por efetuar testes paramétricos (Pestana & Gajero, 2014), nomeadamente o teste de correlação de *Pearson* (para analisar as associações entre

as variáveis). Para comparação de grupos utilizou-se o teste *t* para amostras independentes. O nível de significância mínimo considerado foi de 0.05 (95%).

Resultados

Para a caracterização da atividade e das práticas sexuais dos homens que participaram neste estudo foram realizadas estatísticas de frequência (Tabela 2). Os resultados demonstram que 90 % dos participantes não é portador de doenças e 89.6 % não toma medicação farmacológica. Relativamente à frequência sexual ideal, a maioria dos participantes responde “muitas vezes” obtendo-se um resultado de 47.7 %. A nível de frequência das carícias e estimulação, a maioria responde “às vezes” com 46.6 %. Relativamente à frequência da atividade sexual com o parceiro os resultados apresentados foram de 56.5 %. Já a frequência masturbatória dos participantes assinalou às vezes” com 47,7%. No que concerne a nível do interesse pela atividade sexual, verificou-se um interesse “alto” com uma percentagem de 43%. Constata-se, ainda, que 54.4% dos participantes indicam que o início da atividade sexual é feito por ambos os parceiros.

Tabela 2.

Caraterização do funcionamento sexual dos participantes

	<i>N</i>	%		<i>N</i>	%
Doença			Medicação farmacológica		
Não	175	90.0	Não	173	89.6
Sim	18	9.3	Sim	20	10.4
Frequência sexual ideal			Frequência masturbatória		
Nunca	2	1.00	Nunca	40	20.7
Raramente	6	3.1	Raramente	29	15.0
Às vezes	75	38.9	Às vezes	92	47.7
Muitas vezes	92	47.7	Muitas vezes	20	10.4
Sempre	24	12.4	Sempre	10	5.2
NS/NR	2	0.50	NS/NR	2	1.00
Frequência das carícias e estimulação			Interesse atividade sexual		
Nunca	10	5.2	Muito baixo	3	1.6
			Baixo	9	4.7

Raramente	20	10.4	Médio	39	20.2
Às vezes	90	46.6	Alto	83	43.0
Muitas vezes	55	28.5	Muito alto	57	29.5
Sempre	16	8.3	NS/NR	2	1.0
NS/NR	2	1.0			
Frequência sexual com o parceiro			Iniciação da atividade sexual		
Nunca	2	1.0	Própria	64	33.2
Raramente	6	3.1	Ambos	105	54.4
Às vezes	109	56.5	Parceiro	10	5.2
Muitas vezes	64	33.2	NS/NR	14	7.3
Sempre	11	5.7			
NS/NR	1	0.5			

NS/NR – Não sabe/ não responde

No que se refere à caracterização do Funcionamento sexual masculino, Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional e Regulação Emocional foi efetuada uma análise descritiva com recurso a medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, mínimo e máximo) (Tabela 3). Constata-se que os participantes apresentam um valor médio de funcionamento sexual total de 63.1 ($DP = 11.4$). Quanto ao Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional observa-se que os homens apresentam valores médios de 3.53 ($DP = 1.04$) para o reportório e de 3.87 ($DP = 1.21$) para a diferenciação emocional. No que concerne às dificuldades de regulação emocional verifica-se que a nível geral, os participantes apresentam um valor médio de 83.31 ($DP = 20.3$), sendo que a dimensão em que apresentam mais dificuldades é na dimensão estratégias ($M = 17.24$; $DP = 5.67$), seguido da consciência ($M = 17.16$; $DP = 4.60$), impulso ($M = 13.32$; $DP=4.38$), não-aceitação ($M=12.61$, $DP= 5.27$), objetivos ($M=12.50$; $DP=3.79$), a dimensão em que apresenta menos dificuldades é na clareza ($M = 10.50$, $DP = 3.26$).

Tabela 3.

Análise descritiva dos instrumentos IIEF, RCDE e EDRS (N = 193)

	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Funcionamento Sexual Masculino				
Desejo	4	10	8.42	1.49
Função Erétil	3	30	25.8	5.40
Função Orgásmica	0	10	8.76	2.03
Satisfação Sexual	0	15	11.6	2.99
Satisfação Geral	2	10	8.52	1.75
Ejaculação prematura	0	15	11.4	2.51
Total	12	75	63.1	11.4
Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional				
Reportório emocional	1	6.57	3.53	1.04
Diferenciação emocional	1	6.57	3.87	1.21
Dificuldades de Regulação Emocional				
Não aceitação	6	30	12.6	5.27
Objetivos	5	25	12.5	3.79
Impulso	6	30	13.3	4.38
Consciência	6	30	17.2	4.60
Estratégias	8	40	17.2	5.67
Clareza	5	25	10.5	3.26
Total	36	180	83.3	20.3

Min = mínimo; *Max*; máximo; *M* = média; *DP* = desvio-padrão

Para a investigação das possíveis correlações entre o funcionamento sexual masculino, reportório diferenciação emocional e as dificuldades de regulação emocional recorreremos ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* (Tabela 4). Deste modo, observa-se que o funcionamento sexual masculino a nível total apresenta uma correlação positiva entre todas as suas dimensões. Todavia, observam-se correlações negativas entre o funcionamento sexual masculino com as

dificuldades de regulação emocional, nas dimensões não aceitação ($r = -.15, p < .05$); impulso ($r = -.19, p < .01$); consciência ($r = -.23, p < .001$); estratégias ($r = -.17, p < .05$); clareza ($r = -.24, p < .01$) e no seu total ($r = -.23, p < .01$). A dimensão desejo apresenta correlações negativas com as dificuldades de Regulação Emocional (EDRS); nomeadamente é a que apresenta o maior valor dentro da dimensão consciência ($r = -.22, p < .01$) e com o seu total ($r = -.15, p < .05$). A função erétil apresenta correlações negativas com as dificuldades impulso ($r = -.20, p < .01$); consciência ($r = -.21, p < .01$); estratégias ($r = -.16, p < .05$); clareza ($r = -.23, p < .01$) e com as dificuldades de regulação no seu total ($r = -.21, p < .01$). A função orgásmica tem uma correlação negativa com o reportório emocional ($r = -.17, p < .05$) e com as dificuldades de regulação emocional tanto no seu total ($r = -.24, p < .01$), como nas dimensões não aceitação ($r = -.19, p < .01$); impulso ($r = -.17, p < .05$); consciência ($r = -.20, p < .01$); estratégias ($r = -.16, p < .05$) e clareza ($r = -.25, p < .01$). A satisfação sexual correlaciona-se negativamente com as dificuldades impulso ($r = -.16, p < .05$); clareza ($r = -.23, p < .01$) e com o seu total ($r = -.18, p < .05$). A satisfação geral apresenta uma correlação negativa com a dificuldade consciência ($r = -.15, p < .05$). A ejaculação prematura associa-se positivamente à dificuldade não aceitação ($r = .27, p < .001$), mas negativamente às dificuldades e objetivos ($r = -.15, p < .05$); impulso ($r = -.27, p < .001$); estratégias ($r = -.19, p < .05$) e ao total da escala de dificuldades de regulação emocional ($r = -.25, p < .001$).

Relativamente ao reportório emocional há uma correlação positiva com a diferenciação emocional ($r = .77, p < .001$); ainda com as dimensões da escala de dificuldades de regulação emocional nos parâmetros não aceitação ($r = .20, p < .01$); impulso ($r = .28, p < .001$); consciência ($r = .23, p < .01$); estratégias ($r = .23, p < .01$) e com o seu total ($r = ., p < .05$).

A diferenciação emocional apresenta correlações positivas com as dificuldades de regulação emocional nas dimensões não aceitação ($r = .15, p < .05$); impulso ($r = .21, p < .01$); estratégias ($r = .21, p < .01$) e com o total das dificuldades de regulação emocional ($r = .15, p < .05$).

Relativamente às dificuldades de regulação emocional verificam-se correlações positivas em todas as dimensões entre si e com o seu total, à exceção da não aceitação e objetivos que não apresentam correlações estatisticamente significativas, de acordo com a nossa amostra.

Tabela 4.

Correlações de Pearson entre o Funcionamento Sexual Masculino, Reportório e Diferenciação Emocional e as Dificuldades de Regulação Emocional

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
IIEF																
1. Desejo	.61***	.60***	.61***	.51***	.25**	.77***	.01	.01	-.08	.06	-.10	-.22**	-.11	-.11	-.15*	
2. Função Erétil		.74***	.62***	.41***	.44***	.91***	-.05	.01	-.12	-.01	-.20**	-.21**	-.16*	-.23**	-.21**	
3. Função Orgásmica			.68**	.46***	.51***	.86***	-.17*	-.12	-.19**	-.13	-.17*	-.20**	-.16*	-.25**	-.24**	
4. Satisfação sexual				.50***	.45***	.84***	-.02	.00	-.13	-.07	-.16*	-.14	-.13	-.23**	-.18*	
5. Satisfação geral					.33***	.63***	-.05	.00	-.07	-.04	-.06	-.15*	-.13	-.12	-.13	
6. Ejac. prematura						.50***	-.02	-.07	.27***	-.15*	-.27***	-.11	-.19*	-.14	-.25***	
7. Total							-.07	-.01	-.15*	-.06	-.19**	-.23**	-.17*	-.24**	-.23**	
RCDE																
8. Reportório								.77***	.20**	.28***	.23**	-.02	.31***	.07	.25**	
9. Diferenciação									.15*	.21**	.13	-.01	.21**	.06	.15*	
EDRS																
10. Não aceitação										.56***	.64***	.10	.75***	.47***	.81***	
11. Objetivos											.65***	.12	.67***	.38***	.74***	
12. Impulso												.30***	.77***	.45***	.86***	
13. Consciência													.22**	.48***	.48***	
14. Estratégias															.47***	
15. Clareza																.89***
16. Total																.69***
																1

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

Segue-se a análise comparativa, de acordo com o (dis) funcionamento erétil a nível da regulação, diferenciação, dificuldades emocionais e funcionamento sexual masculino, dos homens em estudo, foi realizada com recurso ao *T Test Independent* (Tabela 5). De acordo com a amostra observam-se diferenças estatisticamente significativas verificando-se que os participantes sem disfunção sexual apresentam melhores níveis de funcionamento ao nível do desejo ($t = 7.98, p < .001$); função erétil ($t = 13.7, p < .001$), função orgásmica ($t = 6.81, p < .001$), satisfação sexual ($t = 5.71, p < .001$), satisfação geral ($t = 3.73, p < .001$), ejaculação prematura ($t = 3.46, p < .001$), assim como ao nível total do funcionamento sexual masculino ($t = 10.6, p < .001$). Verifica-se ainda que os homens com disfunção erétil apresentam maiores dificuldades ao nível da clareza na regulação emocional ($t = -2.20, p < 0.5$).

Tabela 5.

Valores médios e desvio-padrão do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional; das Dificuldades de Regulação Emocional e Funcionamento Sexual Masculino de acordo com o (dis) funcionamento erétil através do teste para amostras independentes.

IIEF	Sem disfunção erétil (N=128)		Com disfunção erétil (N= 65)		T	P
	M	DP	M	DP		
1. Desejo	9.00	1.06	7.28	1.57	7.98***	< .001
2.Função Erétil	28.9	1.25	19.7	5.30	13.7***	< .001
3.Função Orgásmica	9.54	.93	7.23	2.65	6.81***	< .001
4.Satisfação sexual	12.5	2.19	9.80	3.52	5.71***	< .001
5.Satisfação geral	8.87	1.52	7.83	1.96	3.73***	< .001
6.Ejac.prematura	11.8	2.12	10.5	2.99	3.46**	.001
7. Total	68.8	4.57	51.9	12.4	10.6***	< .001
RCDE						
8. Reportório	3.54	1.09	3.52	.952	.101	.920
9. Diferenciação	3.92	1.27	3.78	1.07	.789	.431

EDRS						
10. Não aceitação	12.1	4.80	13.6	5.85	-1.81	.072
11. Objetivos	12.6	3.71	12.2	3.94	.642	.522
12. Impulso	13.0	4.54	14.0	4.02	-1.49	.138
13. Consciência	16.8	4.51	17.9	4.73	-1.50	.135
14. Estratégias	16.8	5.72	18.1	5.49	-1.57	.118
15. Clareza	10.1	3.13	11.2	3.40	-2.20*	.029
16. Total	81.5	19.5	8	21.5	-1.79	.075

*p < .05; **p < .01; *** P<.001

Discussão

O presente trabalho pretendeu contribuir para a análise de possíveis relações entre o funcionamento sexual masculino, o reportório e a capacidade de diferenciação emocional e as dificuldades de regulação emocional, numa amostra de homens portugueses. Para além deste objetivo procuramos, também, averiguar diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos: com e sem disfunção erétil e relacionar estes resultados com o reportório e a capacidade de diferenciação emocional, com as dificuldades de regulação emocional e com o funcionamento sexual masculino. Os resultados obtidos demonstraram que o funcionamento sexual masculino sugere que a frequência sexual ideal é considerada muitas vezes, daí que o interesse pela atividade sexual seja alto, ao contrário da frequência masturbatória que se contempla como sendo um ato menos frequente. A frequência das carícias e estimulação é considerado "às vezes", o que vai de encontro à literatura, uma vez que os homens parecem ser mais sensíveis aos estímulos explícitos sexuais (Dewitt et al., 2011; Dewitt, 2014). Desta forma, é possível sugerir que os homens tendem a valorizar mais a satisfação fisiológica causada pelo ato sexual, ao invés as mulheres, procuram através da atividade sexual, o estreitar laços e/ou expressar uma ligação emocional (Dewitte, 2014). Ainda neste estudo, verificou-se que iniciação da atividade sexual que é considerada por ambos, isto reporta para a sexualidade que engloba um processo fisiológico, expressão de

sentimentos e pensamentos, tão como a capacidade de preservar o relacionamento íntimo com o parceiro (Fleury,2004). Todavia, nos resultados do presente estudo, o funcionamento sexual apresenta correlações negativas com os processos de dificuldade emocional, nas dimensões desejo, funcionamento erétil, orgasmo, satisfação sexual, satisfação geral e ejaculação prematura. Tais resultados vão de encontro à literatura na medida em que indivíduos com disfunção sexual apresentam menor capacidade de autorregulação, o que se vai traduzir em expectativas de desempenho sexual negativo. Neste sentido, homens com disfunções sexuais experienciam mais sentimentos de negatividade, tristeza, desilusão, medo e menos satisfação sexual geral (Nobre & Pinto- Gouveia, 2006). Neste contexto, os homens com disfunções são afetados não só pela resposta fisiológica sexual, mas também, por aspetos emocionais o que se traduz numa maior dificuldade de expressar emoções, provocando um maior distanciamento conjugal.

Os resultados sobre a regulação e diferenciação emocional vão de encontro à literatura atual, na medida em que se verificam correlações estatisticamente significativas, na grande maioria das dimensões estudadas. Assim, e também de acordo com os nossos resultados, quanto maior for o reportório emocional do indivíduo maior será a sua capacidade de diferenciar as suas emoções (Kang & Shaver, 2004, Vaz; Martins & Martins, 2008). Ainda nesta perspetiva, e segundo Pica (2016), dificuldades de regulação emocional interferem na intimidade conjugal. Neste sentido, as cognições (ideias, crenças, mitos, expectativas de desempenho) efetivam um papel de grande importância no funcionamento sexual, uma vez que o tipo de pensamentos que cada indivíduo vai gerar sobre a sua postura sexual vai condicionar a sua resposta (Laja, 2017). Desta forma, a existência de diferentes esquemas cognitivos pode gerar diferentes perceções de experiências sexuais o que origina que o indivíduo atribua diferentes significados às mesmas (Dewitt, 2012).

Relativamente às dificuldades de regulação emocional diferentes dimensões são observadas: a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções, bem como, a aptidão no controlo dos comportamentos impulsivos e no uso de estratégias de regulação emocional adequadas (Gratz e

Roemer, 2004), que de acordo com estes autores, a ausência de algumas destas aptidões poderá ser indicador de dificuldades de regulação emocional, o que interfere com a vivência de uma sexualidade satisfatória. Verificou-se, neste âmbito, que o grupo com disfunções sexuais apresenta, pois, mais dificuldades de estratégias cognitivas a utilizar para a superação de uma resposta de desempenho negativo. No seu total, observou-se que os indivíduos com disfunção erétil apresentam valores significativamente inferiores em todas dimensões de funcionamento sexual, reportório e dificuldades de regulação, relativamente ao grupo sem disfunções. De facto, os resultados deste estudo demonstraram que os homens com disfunção erétil apresentam dificuldades não só a nível do funcionamento sexual, mas também em outras dimensões de resposta sexual a qual se encontra envolvida em processos de cognição afetivo-emocional. Em consonância com o anteriormente exposto, constata-se que “ a aceitação da disfunção erétil como uma psicopatologia multideterminada coexiste com outras dificuldades sexuais (e.g., desejo sexual hipoativo, ejaculação prematura” (APA, 2000; Quinta Gomes & Nobre, 2009; Laja, 2017), devendo, por isto, ser tratada de acordo com protocolos integrados que visem não somente os aspetos fisiológicos, mas também, as vertentes cognitivo- afetiva e psicológica.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que a disfunção sexual masculina estabelece relações estatisticamente significativas relativamente à regulação e dificuldades de regulação emocional. Tais variantes contemplam processos cognitivos- afetivos e fisiológicos na resposta sexual masculina que se interligam comprometendo e condicionando a vivência sexual de forma plena e saudável. Assim, e de acordo com a revisão da literatura efetuada, dados empíricos reportam para a necessidade de estudar as disfunções sexuais num quadro múltiplo de associação a aspetos psicológicos que contribuem para a manutenção das mesmas (Basson, 1998; Lue, Giuliano,

Montorsi, Rosen, Andersson, Althof, Christ, Hatzichristou, Hirsch, Kimoto, Lewis, McKenna, Macmahon, Morales, Mulcahy, Nathan, Pryor, Tejada, Shabsigh & Wagner, 2004; *cit in* Laja, 2017). Frequentemente, as disfunções contemplam, para além de fatores de ordem fisiológica, também, fatores de ordem psicológica, problemas na relação e na comunicação do casal, ou a ansiedade de desempenho (Associação Americana de Endocrinologia Clínica, 2003; Laja, 2017). Assim, a sexualidade é considerada um campo mais lato de que meramente um ato sexual relacionando-se com um conjunto de processos cognitivos, afetivos e motivacionais (Dewitt 2015; Toates 2009), Nesta linha de pensamento, considera-se interessante replicar o presente estudo correlacionando as variantes desta investigação de forma a que se possa obter uma representatividade da população masculina portuguesa mais heterogénea. Concomitantemente, seria, também oportuno, considerar planos de intervenção psicológica direcionados a homens e casais que sintam a referida problemática no contexto relacional, com o intuito de atenuar as consequências originadas pela disfunção sexual e promover, simultaneamente, competências cognitivas- emocionais para caminhar no sentido de uma relação mais satisfatória, uma vez que a qualidade da interação sexual contribui para uma relação saudável (Dewitt, 2012).

Em contexto educacional, seja este em escola ou ao longo da vida, também se considera oportuna a exploração do conhecimento sobre as variáveis cognitivo-emocionais envolventes no funcionamento sexual. A sexualidade é muito mais do que corpo, do que fisiologia humana, existe a envolvimento de afetos, o que de mais intrínseco existe no ser humano: as emoções. Assim, se o impacto psicológico é pertinente no desenvolvimento das D.S, será relevante que os indivíduos, enquanto seres humanos, seres pensantes, possam ter uma reflexão crítica sobre as emoções, os afetos, estes, transformados no desejo pelo outro. Refletir sobre as emoções envolventes na sexualidade é refletir sobre o EU e sobre o Outro, sobre a dimensão da intimidade humana. Nesta perspetiva, a educação para a sexualidade (psicoeducação) contempla um conjunto de valores e

estratégias, que tem como fim último contribuir para que os indivíduos possam viver de forma responsável, consciente e satisfatória a sua própria sexualidade.

Referências Bibliográficas

- AACE Male Sexual Dysfunction Task Force. *American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and Treatment of Male Sexual Dysfunction: a couple's problem—2003 update*. *Endocr Pract.* 2003; 9:77-95
- Abreu, L.P. (2005). Delitos Sexuais. Disponível em <http://www.psicologia.pt/areas/subarea>.
- Afif-Abdo, J. (2007). Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil. *Revista Diagnóstico Tratamento*, 12(4), 192-195.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed., Text Revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association – APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais – DSM 5* (5.ª Edição). Lisboa: Climepsi.
- Anastácio, Z. (2018). Educar para a sexualidade saudável: quem e que contributos.
- Aubin, S., & Heiman, J. (2004). Sexual dysfunction from a relationship perspective. In J. Harvey, A. Wenzel & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2) 140-148.
- Barrett, L., Gross, J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Emotion differentiation and regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Barrett, L. F., & Gross, J. J. (2001). Emotional intelligence: A process model of emotion representation and regulation. In T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotions and social behavior. Emotions: Current issues and future directions* (p. 286–310). Guilford Press.
- Barrett, L. F. (2006a). Emotions as natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 28-58.

- Barros, F., & Figueiredo, R. (2014). Manual de Medicina Sexual Visão Multidisciplinar. *HSJ Consul. Portugal*.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Basson, R. (2008) Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res*. 20(5):466-78
- Borges, A., Latorre, M., & Schor, N. (2007). Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1583-1594.
- Brezsnyak, M., & Whisman, M. A. (2004). Sexual Desire and Relationship Functioning: The Effects of Marital Satisfaction and Power. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 199-217
- Camacho, M., Reyes-Ortiz, C. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease?. *Int J Impot Res* 17, S52–S56 (2005). <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901429>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2), (pp. 95-109). Braga: APPORT / SHO.
- Carey, M. P. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales. In Vicente E.Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales, efectivos y psicóticos (2ª ed.)* (171-210). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Carson, C., & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: definition and prevalence. *International journal of impotence research*, 18(1), S5-S13.). <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901507>
- Costa, P.M.M (2009). *Psicoterapia e relacionamento Interpessoal nas disfunções sexuais masculinas e Femininas*. (Tese de Mestrado). Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro. Vila Real: Portugal.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151.
- Davidson, J., Darling, C., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32, 235-243.
- Derogatis, L. R., & Meyer, J. K. (1979). A psychological profile of the sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 8(3), 201-223.
- DeVellis, F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Dewitte, M., Van Lankveld, J., & Crombez, G. (2011). Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. *Pain*, 152(2), 251-253. doi: 10.1016/j.pain.2010.10.051
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 105-124. doi:10.1080/00224499.2011.576351.
- Dewitte, M. (2014). On the interpersonal dynamics of sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(3), 209-232. doi: 10.1080/0092623X.2012.710181.
- Dewitte, M. (2015). Gender differences in liking and wanting sex: examining the role of motivational context and implicit versus explicit processing. *Archives of Sexual Behavior*, 44(6), 1663-1674. doi: 10.1007/s10508-014-0419-7.
- Dewitte, M. (2016). Gender differences in implicit processing of sexual stimuli. *European Journal of Personality*, 30(2), 107-124. doi: 10.1002/per.2031.
- Dewitte, M., Mayer, A. (2018) Exploring the Link Between Daily Relationship Quality, Sexual Desire, and Sexual Activity in Couples. *Arch Sex Behav* 47, 1675-1686 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1175-x>
- Domingos, V. G. M., & de Souza Britto, I. A. G. (2013). Disfunção sexual masculina: algumas implicações. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*,

23(4), 579-586.

Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hacket, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology Community Health*, 53, 144-148.

Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113(3), 464-486.
<https://doi.org/10.1037/0096-3445.113.3.464>

Frederickson, B. L. (2001) The role of positive emotions in positive psychology. American Psychological Association

Fridja, N. H. (1986). The emotions. Cambridge: Cambridge University Press

Fridja, N. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 349-358.

Frijda N.H., Mesquita B. (1998). The Analysis of Emotions. In: Mascolo M.F., Griffin S. (eds) What Develops in Emotional Development. Emotions, Personality, and Psychotherapy. Springer, Boston, MA

Fleury, H. (2004). Sexualidade: menopausa e andropausa. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 12(2), 85-98.

Galati, M., Alves, E., Delmaschio, A., & Horta, A. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 19(2), 243-252.

Gonçalves, D. (2010). *Esquemas cognitivos e funcionamento sexual feminino* (Master's thesis).

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J.J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: conceptual foundations. In Gross, J.J. (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: The Guildford Press.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 497-512). New York: The Guilford Press
- Hellstrom W. J. (2009). Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 5, 37–46. <https://doi.org/10.2147/ndt.s3251>
- Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Derogatis, L. R., Low, W. Y., Meuleman, E. J., Sadovsky, R., & Symonds, T. (2010). Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(1), 337-348.
- Kang, S., & Shaver, P. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their Psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687-726.

- Laja, P. (2017). *Fatores de Vulnerabilidade para as Disfunções Sexuais: Preditores Psicológicos e Correlatos Fisiológicos*. Tese de Doutorado. Universidade de Aveiro
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1988). Introduction: Changing perspectives on sexual desire.
- Lucas, C. O., Oliveira, C. M., & Monteiro, M. I. A. (2009). Perturbação do desejo sexual hipoativo: prevalência, diagnóstico e tratamento. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 17(2), 101-112.
- Maia, A. C. B., & Ribeiro, P. R. M. (2011). Educação sexual: princípios para ação. *doxa*, 15(1), 75-84.
- Marques, F.Z. C.; Chedid; S.B.Eizerik, G.C. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, Vol.17 nº3/6.
- Martins, I., & Santos, A. J. (2014). Auto-regulação emocional e vinculação em adultos toxicodependentes. *Diaphora*, 12(2), 14-23.
- McCabe, M. P. (2005). The Role of Performance Anxiety in the Development and Maintenance of Sexual Dysfunction in Men and Women. *International Journal of Stress Management*, 12 (4), 379-388
- McCarthy, B. (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psychotherapy*, 14 (2), 1-12.
- McCarthy, B. W., & Bodnar, L. E. (2005). The equity model of sexuality: Navigating and negotiating the similarities and differences between men and women in sexual behaviour, roles and values. *Sexual and Relationship Therapy*, 20 (2), 225-235.
- Metz, M. E., & Epstein, N. (2002). Assessing the role of Relationship Conflict in Sexual Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 139-164.
- Nobre, P. J. D. S. C. (2003). *Disfunções sexuais: contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva* (Doctoral dissertation).
- Nobre, P. (2006) *Disfunções sexuais*; 1ª edição; Climepsi Editores; Lisboa.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive–emotional model. *The journal of sexual medicine*, 7(4), 1429-1437.

- Nobre, P., & Gouveia, J. P. (2000). Erectile dysfunction: An empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy, 15*(4), 351-366
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 491-499.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research, 32*, 37-49.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 842–851.
- Nunes, C. A. (2011). Política, sexualidade e educação.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion, 1*(1), 29-50.
- Oliveira, A. (2016). *As emoções: regulação emocional em adolescentes em contexto institucional. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.*
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 20*(3), 357-70.
- Pascoal, P. (2012). Contributo das variáveis individuais e relacionais para a satisfação sexual de pessoas em relação de conjugalidade com e sem problemas sexuais. *Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa: Portugal*
- Pastuszak A. W. (2014). Current Diagnosis and Management of Erectile Dysfunction. *Current sexual health reports, 6*(3), 164–176. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0023-9>

- Pereira, J. (2014). *Dificuldades de regulação emocional e estratégias de resolução de conflitos em indivíduos num relacionamento íntimo*. (Tese de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Pereira, V. V., Ferreira, A. V., Novais, R. L. R., Andrade, H. S., de Azevedo Guimarães, E. A., & Machado, R. M. (2016). Disfunção sexual e o uso de drogas: uma análise diagnóstica. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 20(2).
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pica, J. (2016). *Relação entre as dificuldades na regulação emocional e a intimidade percebida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Quinta Gomes (2012). *Vulnerabilidade Psicológica para a Disfunção Erétil*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2009). The role of personality dimensions, trait affect and psychopathology on male sexual dysfunction.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. J. (2012 a). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 311-320
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2012 b). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the portuguese version. *Journal of Sexual Medicine*, 9, pp. 180-187.
- Ramos, V., Carvalho, C. C., & Leal, I. P. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise psicológica*, 23(2), 173-185.
- Reeve, J. (2009). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Reverendo, I. M. M. S. (2011). Regulação emocional, satisfação com a vida & percepção da aceitação–rejeição parental. *Estudo de Adaptação e Validação da Versão Portuguesa do Emotion Regulation Index For Children And Adolescents*.

- Ribeiro, J. P., & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função eréctil, disfunção eréctil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 3(23), 341-349.
- Rosen, R. C. (2000). Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. *Principles and practice of sex therapy*, 3, 276-304.
- Rosen, R., Janssen, E., Wiegel, M., Bancroft, J., Althof, S., Wincze, J., ... & Barlow, D. (2006). Psychological and interpersonal correlates in men with erectile dysfunction and their partners: a pilot study of treatment outcome with sildenafil. *Journal of sex & marital therapy*, 32(3), 215-234.
- Rosen, R. C. (2007). Sexual Dysfunctions in the Context of the Couple's Relationship: Current Findings and Theory. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 38.
- Safir, M. P., & Almagor, M. (1991). Psychopathology Associated with Sexual Dysfunction. *Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 17-27.
- Santos, L. (2015). Homens e expressão emocional e afetiva: vozes de desconforto associadas a uma herança instituída. *Configurações. Revista de sociologia*, (15), 31-48.
- Silva, F. (2015). Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex)* do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 20(4):157-60.
- Sroufe, A. (1997). Emotional Development. The organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press.
- Strongman, K. (2004). *A psicologia da emoção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira, I. M. (2019). *Diferenciação e regulação emocional e sua relação com o funcionamento sexual numa amostra de mulheres portuguesas* (Doctoral dissertation).
- Timmers, M., Fischer, A. H., & Manstead, A. S. (1998). Gender differences in motives for regulating emotions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(9), 974-985.

- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of sex research*, 46(2-3), 168-193.
- Vaz, F., & Martins, C. (2008). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Validação de dois instrumentos de avaliação do repertório e capacidade de diferenciação e regulação emocional na idade adulta. In AP Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, S. & V. Ramalho, (Coordenação).
- Vaz, F. J. D. S. M. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* (Doctoral dissertation).
- Vendeira, P.S., Pereira, N.M., Tomada, N., & LaFuente, J.M. (2011). *Estudo epixex-pt/masculino: Prevalência das disfunções sexuais masculinas em portugal*. ISEX- Cadernos de Sexologia, 4, 15-22.
- World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators* (No. WHO/RHR/10.12). World Health Organization.
- Zerbinati, J. P., & de Toledo Bruns, M. A. (2017). Sexualidade e Educação: revisão sistemática da literatura científica nacional. *Travessias*, 11(1), 76-92.

Anexos

Anexo I

Consentimento Informado



QUESTIONÁRIO

Coordenação: Profª Doutora Valéria Sousa-Gomes

Consentimento Informado

No âmbito de um projeto de investigação denominado *“Do Encontro Relacional à Sexualidade”* do Instituto **Universitário da Maia** estamos a desenvolver dois estudos. Um com os objetivos de identificar e avaliar a qualidade da vinculação e da intimidade nas/os mulheres/homens com e sem disfuncionamento sexual, e perceber a relação entre vinculação e intimidade na parceria amorosa. O outro pretende caracterizar e avaliar a capacidade de diferenciação emocional e as estratégias de regulação emocional associadas à resposta sexual e identificar possíveis estratégias preditoras do funcionamento sexual.

Desta forma, pedimos e agradecemos reconhecidamente a sua colaboração, respondendo com sinceridade a um conjunto de questões sobre vivências pessoais, sexuais e da relação amorosa com o/a seu/sua companheiro/a, com a duração máxima de preenchimento de 30 minutos.

Dado que pretendemos compreender a relação diádica (casal) solicitamos que também o/a seu/sua companheiro/a responda ao questionário, de forma independente do seu. Para ser possível o tratamento dos dados e de forma a sabermos que os questionários correspondem a determinado casal, pedimos que criem um código com 4 dígitos (2 letras e 2 números) e que o enunciem no preenchimento do questionário, assim como nos envelopes respetivos. Sublinhamos que o código deverá ser igual para os dois. Depois de preenchidos devem ser colocados dentro dos respetivos envelopes e entregues devidamente.

Todos os questionários serão usados somente para fins de investigação científica e os resultados serão tratados com a máxima confidencialidade. A sua participação será apenas válida se responder a todas as questões apresentadas, podendo, no entanto, desistir da participação a qualquer momento.

Para participar no presente estudo, deverá preencher os seguintes requisitos:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar numa relação amorosa no mínimo há 6 meses.
- Os questionários terão de ser preenchidos pelo companheiro e pela companheira separadamente.

Declaro que li e compreendi o consentimento informado. **Sim** **Não**

Caso pretenda contactar-nos para algum esclarecimento, pedido de informação e/ou continuar a participar nos nossos estudos poderá fazê-lo através dos e-mails: disfuncoessexuais.ismai@gmail.com e/ou vgomes@ismai.pt. Se deseja conhecer os seus resultados também nos poderá contatar, devendo, para o efeito, indicar-nos o código por si escolhido.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

vgomes@ismai.pt / disfuncoessexuais.ismai@gmail.com

Anexo II

Questionário Sócio Demográfico



DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

(Adaptado de Nobre, Carvalheira, & Fonseca, 2003)

MUITO IMPORTANTE

Para salvaguardar o anonimato de todos/as os/as participantes, mas de forma a comparar e compreender as respostas de ambos os parceiros, pedimos-lhe que estabeleça um CÓDIGO seguindo as instruções da direita. O mesmo código terá de ser utilizado pelo/a seu/sua parceiro/a.

Crie um código com quatro dígitos (duas letras e dois números)

Idade: _____

Nacionalidade: Portuguesa Outra Qual? _____

Estado Civil: Solteiro/a Coabitação Casado/a Divorciado(a)/Separado(a) Viúvo/a

Há quanto tempo se encontra na atual relação: _____

Número de relações/casamentos anteriores: _____

Filhos/as: Nenhum Um/a Dois/duas Três Superior a três

Habilitações Literárias: 1.º Ciclo (ensino básico) 2.º e 3.º ciclo (5.º ao 9.º ano)
Secundário (10.º ao 12.º ano) Licenciatura
Mestrado/Doutoramento

Doença: Sim Não

Se sim, qual(ais): _____

Medicação Farmacológica : Sim Não

Se sim, qual(ais): _____

Frequência e Vivências Sexuais:

1. Com que frequência se envolve sexualmente com o/a seu/sua parceiro/a
Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre
2. Qual a sua frequência ideal de atividade sexual
Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre
3. Com que frequência se envolve em carícias/estimulação sem coito/penetração
Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre
4. Com que frequência se masturba
Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre
5. Como descreveria o seu interesse pela atividade sexual
Muito Alto Alto Médio Baixo Muito Baixo

vgomes@ismai.pt / disfuncoessexuais.ismai@gmail.com

6. O seu interesse mudou ou é idêntico ao que sempre foi

Maior Igual Menor

6.1. Se mudou, há quanto tempo se sente assim

Inferior a seis meses Superior a seis meses até um ano Superior a um ano

6.2. O que esteve associado ou o que causou essa mudança (marcar todos os que se apliquem)

Stress/problemas emocionais pessoais Problemas familiares

Stress/problemas emocionais parceiro/a Problemas conjugais/relacionais

Medicação/doença física próprio/a Situações de infidelidade

Medicação/doença física parceiro/a Problemas sexuais

Gravidez/nascimento do/a filho/a Violência psicológica

Problemas laborais/excesso de trabalho Violência física

Outro Qual(ais)? _____

7. Tem fantasias sexuais

Nunca Raramente Às vezes Mensalmente Semanalmente Diariamente

8. Com que frequência usa pornografia (ex. revistas, vídeos/filmes, internet,...)

Nunca Raramente Às vezes Mensalmente Semanalmente Diariamente

9. De que forma o seu interesse pela atividade sexual tem afetado a sua vida (e.g. relacionamento com o/a parceiro/a, satisfação pela atividade sexual,...)

Nenhuma Alguma Muito

9.1. Se afetou, qual o seu grau de desconforto/mal-estar com a situação

Nenhum Algum Muito

10. Quem habitualmente inicia a atividade sexual

Próprio/a Ambos Parceiro/a

11. Quando pensa em envolver-se em atividade sexual com o/a seu/sua parceiro/a, sente ansiedade, preocupação e/ou repugnância

Nenhuma Alguma Muita

11.1. Se sente, o/s tipo/s de afirmações/pensamentos/preocupações que tem estão relacionados com:

A sua própria satisfação A satisfação do/a parceiro/a

Doenças sexualmente transmissíveis A imagem corporal

Outro Qual(ais)? _____

12. Alguma vez evitou envolver-se em atividade sexual porque há alguma coisa no sexo que considera ameaçador, repugnante e/ou aversivo

Sim Não

13. Tem medo de se envolver em atividade sexual

Nenhum Algum Muito

14. Sente repulsa pelo sexo

Nenhuma Alguma Muita

14.1. Se sente, qual o seu grau de desconforto com a situação

Nenhum Algum Muito

15. Acha que a sua capacidade para atingir o orgasmo depende:

Parceiro/a Masturbação Stress Fadiga

Outro Qual(ais)? _____

16. Alguma vez sentiu dor associada à atividade sexual

Sim Não

16.1. Se sim, essa dor ocorre/u

Antes Durante Após

Experiências Sexuais Não Desejadas

17. Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada

Sim Não

17.1. Se sim, qual foi a sua resposta emocional durante esse acontecimento

Muito Negativa Moderadamente Negativa Indiferente Positiva Muito Positiva

17.2. Atualmente, qual é a sua resposta emocional quando pensa sobre o acontecimento

Muito Negativa Moderadamente Negativa Indiferente Positiva Muito Positiva

Orientação Sexual

18. Parceiro/a sexual atual

Namorada Namorado Companheiro Companheira Marido Esposa

Múltiplos parceiros Múltiplas parceiras

19. Como definiria a sua orientação ou preferência sexual

Exclusivamente heterossexual Predominantemente heterossexual Bissexual

Predominantemente homossexual Exclusivamente homossexual

Outra Qual? _____

Anexo III

Escala de Avaliação do Reportório de Diferenciação Emocional (RCDE)



Escala de Avaliação do Repertório e Capacidade de Diferenciação Emocional

(Kang & Shaver, 2004; adaptado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins, 2008)

Utilizando a escala abaixo, por favor, indique até que ponto **cada afirmação o/a caracteriza**, colocando o número respetivo no espaço anterior à afirmação.

----- 1 -----	----- 2 -----	----- 3 -----	----- 4 -----	----- 5 -----	----- 6 -----	----- 7 -----
Nada característico	Ligeiramente característico	Um pouco	Moderadamente	Muito	Bastante	Extremamente característico

1. ___ Não experiencio muitos sentimentos diferentes no meu dia a dia.
2. ___ Costumo estabelecer distinções minuciosas entre sentimentos semelhantes (ex. deprimido/a e triste; aborrecido/a e irritado/a).
3. ___ Durante a minha vida, experienciei uma grande variedade de emoções.
4. ___ Tenho consciência das diferentes nuances ou subtilezas de uma determinada emoção (ex. deprimido/a e triste; aborrecido/a e irritado/a).
5. ___ Normalmente experiencio uma variedade limitada de emoções.
6. ___ Considero que cada emoção tem um significado muito distinto e único para mim.
7. ___ Experiencio uma grande variedade de emoções
8. ___ Estou consciente que cada emoção tem um significado completamente diferente.
9. ___ Eu não experiencio uma variedade de sentimentos no meu dia-a-dia.
10. ___ Sou bom a distinguir diferenças subtis no significado de palavras emocionais muito relacionadas.
11. ___ Sentir-me bem ou mal – estes termos são suficientes para descrever a maioria dos meus sentimentos no dia-a-dia.
12. ___ Se as emoções fossem cores, eu era capaz de notar até pequenas variações dentro de cada cor (emoção).
13. ___ Costumo experienciar uma grande variedade de diferentes sentimentos.
14. ___ Tenho consciência das subtilezas entre os sentimentos que experiencio.

Anexo IV

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRS)



Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

(Gratz & Roemer, 2004; adaptado para a população portuguesa por Machado Vaz & Branco Vasco, 2008)

Utilizando a escala abaixo, por favor, indique **com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si**, fazendo um círculo no valor selecionado.

----- 1 -----	----- 2 -----	----- 3 -----	----- 4 -----	----- 5 -----
Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1. É claro para mim aquilo que estou a sentir				1 2 3 4 5
2. Eu presto atenção a como me sinto				1 2 3 4 5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo				1 2 3 4 5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir				1 2 3 4 5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos				1 2 3 4 5
6. Sou atento/a aos meus sentimentos				1 2 3 4 5
7. Sei exatamente como me estou a sentir				1 2 3 4 5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir				1 2 3 4 5
9. Estou confuso acerca do que sinto				1 2 3 4 5
10. Quando estou emocionalmente incomodado/a, reconheço as minhas emoções				1 2 3 4 5
11. Quando estou emocionalmente incomodado/a, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma				1 2 3 4 5
12. Quando estou emocionalmente incomodado/a, fico envergonhado/a por me sentir dessa forma				1 2 3 4 5
13. Quando estou emocionalmente incomodado/a, tenho dificuldade em ter o trabalho feito				1 2 3 4 5
14. Quando estou emocionalmente incomodado/a, fico fora do controlo				1 2 3 4 5
15. Quando estou emocionalmente incomodado/a, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo				1 2 3 4 5
16. Quando estou emocionalmente incomodado/a, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido				1 2 3 4 5
17. Quando estou emocionalmente incomodado/a, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes				1 2 3 4 5
18. Quando estou emocionalmente incomodado/a, tenho dificuldade em focar em outras coisas				1 2 3 4 5
19. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sinto-me fora de controlo				1 2 3 4 5
20. Quando estou emocionalmente incomodado/a, ainda consigo ter as coisas feitas				1 2 3 4 5
21. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sinto-me envergonhado/a comigo mesmo/a por me sentir dessa forma				1 2 3 4 5

vgomes@ismai.pt / disfuncoessexuais.ismai@gmail.com

	1 Quase nunca (0-10%)	2 Algumas vezes (11-35%)	3 Cerca de metade do tempo (36-65%)	4 A maioria do tempo (66-90%)	5 Quase sempre (91-100%)
22. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sinto que sou fraco/a	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado/a, sinto-me culpado/a por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado/a, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado/a, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado/a, acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado/a, fico irritado/a comigo próprio/a por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado/a, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio/a	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado/a, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado/a, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado/a, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado/a, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado/a, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado/a, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Anexo V

Índice Internacional de Função Erétil
(IIEF)



Índice Internacional de Função Erétil

(Rosen et al., 1997; tradução para a população portuguesa por Pedro Nobre, 2001)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**:

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?
 - Não tive atividade sexual
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre

2. Quando teve ereções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas ereções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?
 - Não tive atividade sexual
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira?
 - Não tentei ter relações sexuais
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua ereção depois de ter penetrado a companheira?
 - Não tive relações sexuais
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre

vgomes@ismai.pt / disfuncoessexuais.ismai@gmail.com



5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua ereção até ao fim da relação sexual?
- Não tive relações sexuais
 - Extrema dificuldade
 - Muita dificuldade
 - Dificuldade moderada
 - Ligeira dificuldade
 - Nenhuma dificuldade
6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais?
- Não tentei
 - Uma a duas tentativas
 - Três a quatro tentativas
 - Cinco a seis tentativas
 - Sete a dez tentativas
 - Onze ou mais tentativas
7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?
- Não tentei ter relações sexuais
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (muito mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre
8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?
- Não tive relações sexuais
 - Nenhuma satisfação
 - Pouca satisfação
 - Satisfação moderada
 - Grande satisfação
 - Muito grande satisfação
9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou?
- Não tive estimulação/ relações sexuais
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre



10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?
- Não tive estimulação/ relações sexuais
 - Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes (menos de metade das vezes)
 - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
 - Quase sempre/ sempre
11. Com que frequência sentiu desejo sexual?
- Quase nunca/ nunca
 - Poucas vezes
 - Algumas vezes
 - A maioria das vezes
 - Quase sempre/ sempre
12. Como classifica o seu desejo sexual?
- Muito baixo/ nenhum
 - Baixo
 - Moderado
 - Elevado
 - Muito elevado
13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?
- Grande insatisfação
 - Insatisfação moderada
 - Igualmente satisfeito e insatisfeito
 - Satisfação moderada
 - Grande satisfação
14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?
- Grande insatisfação
 - Insatisfação moderada
 - Igualmente satisfeito e insatisfeito
 - Satisfação moderada
 - Grande satisfação
15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma ereção?
- Muito baixa
 - Baixa
 - Moderada
 - Elevada
 - Muito elevada

vgomes@ismai.pt / disfuncoessexuais.ismai@gmail.com



16. Quando teve ereções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo?

- Não tive relações sexuais
- Extrema dificuldade
- Muita dificuldade
- Dificuldade moderada
- Ligeira dificuldade
- Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a atividade sexual?

- Não tive relações sexuais
- Nenhuma satisfação
- Pouca satisfação
- Satisfação moderada
- Grande satisfação
- Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- Não tive relações sexuais
- Quase nunca/ nunca
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maioria das vezes (mais de metade das vezes)
- Quase sempre/ sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação?

- Não tive relações sexuais
- Extrema dificuldade
- Muita dificuldade
- Dificuldade moderada
- Ligeira dificuldade
- Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a atividade sexual?

- Não tive relações sexuais
- Nenhuma satisfação
- Pouca satisfação
- Satisfação moderada
- Grande satisfação
- Muito grande satisfação