



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

# FASE DE RESOLUÇÃO E FUNCIONAMENTO SEXUAL

INÊS RAQUEL COSTA RODRIGUES

**Orientador de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

**Professor de Seminário de Dissertação:**

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

**Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2020/2021

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor Rui Miguel Costa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Rui Miguel Costa pela sua preciosa orientação na elaboração desta dissertação, por todo o conhecimento que me transmitiu, pelo apoio incondicional, pela disponibilidade a qualquer hora e por nos motivar a alcançar os nossos próprios sonhos. Foi um privilégio ser orientada por si.

À minha mãe por ser tudo para mim. Pelo amor, pelo apoio sem fim, pela inspiração da mulher que é, pelos valores e princípios que me transmitiu, por tudo o que fez e continua a fazer por mim e por me ter ensinado a nunca desistir dos meus objetivos.

Aos meus avós por estarem sempre presentes na minha vida, por todo o carinho, dedicação e apoio desde o primeiro dia.

Ao meu irmão por todo o seu apoio nestes últimos cinco anos e por me incentivar a querer sempre mais e melhor.

Ao meu namorado por todo o amor, compreensão, paciência, afeto e amizade. Por acreditar em mim mesma quando nem eu acredito e, principalmente, por ter feito este percurso sempre ao meu lado.

Aos meus amigos por fazerem parte deste meu caminho, por toda a ajuda e compreensão. Um agradecimento especial às minhas melhores amigas, Adriana e Inês, pela amizade desde crianças, por estarem presentes na caminhada da vida, por me apoiarem sempre em tudo o que faço e acreditarem sempre em mim.

À Cátia, amizade que o seminário criou, agradeço por termos feito este percurso juntas, por nos termos ajudado mutuamente, por estarmos sempre disponíveis uma para a outra e termos sempre uma palavra amiga para dar.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

## Resumo

Resolução é o termo dado à última fase do ciclo de resposta sexual, ou seja, o estado psicológico e psicofisiológico que ocorre imediatamente após a atividade sexual. É a fase menos estudada, havendo grandes lacunas no conhecimento das suas características e dos seus correlatos, determinantes e efeitos. O presente estudo visa o desenvolvimento e validação da Escala de Resolução Sexual (SRS) (Objetivo 1) e analisar se a profundidade da resolução se correlaciona com outras dimensões da resposta sexual, com a qualidade da relação amorosa e com o bem-estar emocional (Objetivo 2). Para o Objetivo 1 a amostra foi constituída por 476 sujeitos (304 mulheres e 172 homens) e para o Objetivo 2 a amostra foi composta por 404 sujeitos heterossexuais (253 mulheres e 151 homens). Utilizou-se um questionário relativo ao desejo, excitação, orgasmo e satisfação durante a última relação sexual, a Escala de Resolução Sexual, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino, a Escala de *Distress* Sexual Feminino - Revista, o Índice Internacional de Função Erétil, o Inventário de Componentes da Qualidade Relacional Percebida e a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*. A SRS é constituída por dois fatores (Experiência Interna e Abertura à Comunicação) e possui uma consistência interna adequada. A intensidade da resolução correlacionou-se com melhor funcionamento sexual e melhor qualidade da relação amorosa. A SRS é um bom indicador do estado de consciência particular que ocorre após as relações sexuais. Quanto melhor o funcionamento sexual, mais profunda é a fase de resolução.

**Palavras-Chave:** Resolução; Funcionamento sexual; Bem-estar emocional.

## **Abstract**

Resolution is the term given to the last phase of the sexual response cycle, that is, the psychological and psychophysiological state occurring immediately after sexual activity. Resolution is the least studied phase; there are huge gaps in the knowledge of its characteristics, correlates, determinants and effects. The present study aims to develop and validate the Sexual Resolution Scale (SRS) (Objective 1) and to analyze whether the depth of resolution correlates with other dimensions of sexual response, quality of the love relationship, and emotional well-being (Objective 2). For Objective 1 the sample consisted of 476 subjects (304 women and 172 men) and for Objective 2 the sample consisted of 404 heterosexual subjects (254 women and 151 men). Measures included questions regarding desire, arousal, orgasmo, and satisfaction during last sexual intercourse, the Sexual Resolution Scale, the Female Sexual Functioning Index, the Female Sexual Distress Scale - Revised, the International Index of Erectile Function, the Perceived Relationship Quality Components Inventory and the Anxiety, Depression and Stress Scale. The SRS is constituted by two factors (Internal Experience and Openess to Communication) and has adequate internal consistency. The intensity of the resolution phase correlates with better sexual functioning and better quality of the love relationship. The SRS appears to be a good indicator of the particular state of consciousness that occurs after sexual activity. The better the sexual functioning, the deeper the resolution phase.

**Keywords:** Resolution; Sexual Functioning; Emotional well-being.

## Índice

Introdução .....	1
Funcionamento sexual/Sexualidade .....	1-2
Abordagens teóricas da resposta sexual .....	2-5
Orgasmo .....	5-8
Fase de Resolução .....	8-9
Satisfação e conversas de almofada .....	10-12
Bem-estar emocional .....	12
Ansiedade .....	12-14
Depressão .....	14-15
<i>Stress</i> .....	15-16
Lacunas da literatura .....	16-17
Objetivos .....	17
Método .....	18-25
Participantes .....	18
Materiais .....	18-23
Questionário Sociodemográfico .....	18-19
Questões sobre a última relação sexual .....	19
Fase de Resolução .....	19-20
Funcionamento Sexual Feminino .....	20-21
Funcionamento Sexual Masculino .....	21-22
Qualidade Relacional .....	22
Ansiedade, Depressão e <i>Stress</i> .....	22
Procedimento .....	23-24

Análise de dados .....	24-25
Delineamento e Concetualização da Investigação .....	25
Resultados .....	26-51
Discussão .....	52-55
Referências .....	56-67
Anexos .....	68-97
Anexo I – Consentimento Informado .....	68
Anexo II – Questionário Online .....	69-97

## **Índice de Anexos**

Anexo I – Consentimento Informado

Anexo II – Questionário *Online*

## Lista de Tabelas

**Tabela 1** – Estatística descritiva: caracterização da amostra.

**Tabela 2** – Estatística descritiva da Escala de Resolução Sexual.

**Tabela 3** – Modelos de CFA de primeira ordem, CFA de vários grupos e pesos fatoriais dos itens.

**Tabela 4** – Correlação de *Pearson* entre as dimensões da Escala de Resolução Sexual (SRS) e as dimensões do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).

**Tabela 5** – Correlação de *Pearson* entre as dimensões da Escala de Resolução Sexual (SRS) e as dimensões do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF).

**Tabela 6** – Estatística descritiva dos dados sociodemográficos na subamostra heterossexual.

**Tabela 7** – Estatística descritiva do funcionamento durante a última relação sexual.

**Tabela 8** – Estatística descritiva do funcionamento durante a última relação sexual (subamostra com orgasmo).

**Tabela 9** – Correlações entre os itens da escala de resolução na amostra feminina (acima da diagonal) e masculina (abaixo da diagonal).

**Tabela 10** – Correlações entre as dimensões da resolução, características sociodemográficas e funcionamento durante a última relação sexual.

**Tabela 11** – Correlações entre Experiência Interna, Abertura à Comunicação, funcionamento sexual feminino e *distress* sexual.

**Tabela 12** – Correlações entre Experiência Interna, Abertura à Comunicação e funcionamento sexual masculino.

**Tabela 13** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra feminina.

**Tabela 14** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra feminina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).

**Tabela 15** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra feminina.

**Tabela 16** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra feminina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).

**Tabela 17** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra masculina.

**Tabela 18** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra masculina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).

**Tabela 19** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra masculina.

**Tabela 20** – Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra masculina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).

**Tabela 21** – Correlações entre a Experiência Interna, Abertura à Comunicação, humor e qualidade da relação.

**Tabela 22** – Comparação da capacidade em atingir orgasmos entre géneros.

**Tabela 23** – Correlações entre o orgasmo na última relação sexual, humor e qualidade da relação.

## **Lista de Figuras**

**Figura 1:** Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Resolução Sexual.

## **Lista de Abreviaturas**

SRS – Escala de Resolução Sexual

FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

FSDS-R – Escala de *Distress* Sexual Feminino - Revista

IIEF – Índice Internacional de Função Erétil

PEDT – Premature Ejaculation Diagnostic Tool

PRQCI – Inventário de Componentes da Qualidade Relacional Percebida

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

MDMA – Ecstasy

CFA – Análise Fatorial Confirmatória

AVE – Variância Extraída Média

CR - Confiabilidade Composta

## **Introdução**

A sexualidade tem implicações no bem-estar emocional dos sujeitos e na sua qualidade de vida. Cada vez mais se tem tentado compreender alguns aspetos da sexualidade, quer a nível da sua experiência saudável, patológica, normal ou desviante (Galati et al., 2014). É fundamental compreender quais os fatores que coadjuvam para uma melhor resposta sexual, bem como os fatores que a podem maleficar. Por isso, é necessário aprimorar as abordagens clínicas, nomeadamente na fase de orgasmo e na fase de resolução, dado que a sexualidade é uma dimensão que quando se torna problemática pode provocar grande sofrimento ao sujeito.

## **Funcionamento sexual/Sexualidade**

Atualmente, sabe-se que o desenvolvimento psicosexual começa no dia em que o sujeito nasce, sendo influenciado por diversos aspetos ao longo da vida (Santos et al., 2010). A sexualidade é uma realidade necessária na vida do ser humano, integrando processos de natureza fisiológica e psíquica (Lourenço, 2002).

A Organização Mundial de Saúde define a sexualidade como uma área fundamental na qualidade de vida do sujeito. A sexualidade corresponde a uma dimensão primordial na vida do ser humano, que acompanha todo o seu desenvolvimento vital e que inclui fatores como o sexo, a identidade, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e retratada em constituintes como pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, princípios, comportamentos, papéis e relações. No entanto, nem sempre é experienciada através de todos estes elementos. É afetada por aspetos biológicos, psicológicos, sociais, financeiros, políticos, culturais, religiosos e espirituais. A ausência de doença ou de disfunção sexual não define a saúde sexual, pois é necessário que exista um bem-estar psicológico, físico e social (WHO, 2004).

A atividade sexual poderá afetar a saúde física e psicológica, assim como também pode ser influenciada por aspetos orgânicos, físicos e sociais (Ferreira et al., 2007). Estes aspetos podem prejudicar o funcionamento sexual, sendo possível que exista uma modificação numa das fases do ciclo de resposta. A investigação relativa a este tema foca-se em fatores de funcionalidade da atividade em si e da vida sexual no geral, de modo a

melhorar a resposta sexual do sujeito ao prevenir ou a intervir (Pais-Ribeiro & Raimundo, 2005).

A sexualidade no sexo feminino engloba vários aspetos, tais como, o interesse, motivação, capacidades para estimular a excitação e o orgasmo, o prazer subjetivo e consequentemente a sua satisfação (Coelho, 2011). Os aspetos relacionais como a existência ou não de um parceiro, a idade do companheiro, o respetivo funcionamento sexual e a duração da relação também podem interferir com o funcionamento sexual feminino (Pechorro et al., 2009). De acordo com Fleury e Abdo (2009), as dificuldades ou a inexistência de atividade sexual podem estar associadas com a ausência de carinho, dificuldades na comunicação, problemas relacionais, sentimentos negativos e um mau estar emocional.

### **Abordagens teóricas da resposta sexual**

Um bom funcionamento sexual é influenciado por diversas ocorrências hormonais e fisiológicas suscetíveis aos efeitos das excitações emocionais. Alguns autores criaram teorias com o propósito de conceitualizar o funcionamento sexual humano. A primeira teoria foi desenvolvida por William Masters e Virgínia Johnson nos anos 60. Ainda que se tenham verificado algumas alterações no decorrer do tempo, como por exemplo as contribuições de Kaplan e o modelo circular de Basson, estas teorias são consideradas uma referência base (Gonçalves et al., 2019).

Masters e Johnson nas décadas de 60 do século XX, investigaram a resposta sexual humana de modo experimental, apresentando um modelo dividido em quatro fases do ciclo de resposta sexual (i.e. excitação, *plateau*, orgasmo e resolução), o que foi visto como uma revolução do conhecimento da época (Pablo & Soares, 2004). Ademais, os autores apresentaram um modelo de resposta sexual semelhante para o género feminino e masculino, uma vez que os processos fisiológicos envolvidos na resposta sexual seriam também semelhantes (Abdo & Fleury, 2006). A primeira fase deste modelo é a fase de excitação, que remete para as manifestações fisiológicas do corpo, as quais permitem a atividade sexual. Estas manifestações fisiológicas do organismo são visíveis nos homens através da ereção do pénis, enquanto na mulher ocorre a lubrificação vaginal e a intumescência dos pequenos e grandes lábios e do clítoris. A segunda fase, a fase de *plateau*, corresponde ao ponto intermédio entre a fase de excitação e a fase de orgasmo,

em que a intensidade da excitação se apresenta no seu nível máximo, mantendo-se estática até atingir o orgasmo (i.e. terceira fase). O tempo em que o ser humano, independentemente do gênero, se encontra neste nível máximo de excitação é incerto, podendo variar de pessoa para pessoa. A fase de orgasmo, relaciona-se com o clímax sexual, em que nas mulheres existe uma contração da chamada plataforma orgásmica e nos homens a ejaculação. Por fim, a fase de resolução corresponde ao período pós-orgasmo, em que acontece uma regularização das modificações fisiológicas experienciadas nas fases prévias e um retorno ao estado de não excitação. Esta fase é caracterizada, pela maioria das pessoas, por uma sensação de relaxamento e paz (Nobre, 2006). Masters e Johnson criaram o conceito de *spectatoring* que remete para a monitorização da respetiva sexualidade, focando-se em si próprio no decorrer da atividade sexual, ao invés de um foco nos fatores sensoriais da experiência erótica. De acordo com os investigadores, o “espectador” sexual dispersaria com pensamentos relativos à sua performance, dificultando a excitação sexual e o orgasmo (Masters & Johnson, 1970).

Em 1974, Helen Kaplan critica o modelo de Masters e Johnson, dividindo a resposta sexual humana em três fases, sendo estas o desejo, a excitação e o orgasmo. Relativamente à abordagem de Masters e Johnson, a principal diferença é que o modelo trifásico de Kaplan inclui componentes psicológicas na resposta sexual, como por exemplo a motivação e a atenção (Nobre, 2006). A primeira fase, fase de desejo, abrange uma componente motivacional, ou seja, a existência de uma motivação para a realização da relação sexual através de um estímulo sensorial (i.e. visão, olfato, tato, etc.) e pela memória de experiências eróticas e de fantasias (Abdo, 2005) e até espontaneamente (é difícil dizer se uma fantasia espontânea estimula o desejo ou se o desejo pode surgir espontânea e concomitantemente com fantasias). De acordo com Kaplan, a fase de desejo corresponde a uma experiência de sensações específicas que motivam o sujeito a iniciar ou a responder a um estímulo sexual pela ativação de certas zonas do sistema límbico, funcionando como uma pré-condição para a ocorrência da fase de excitação. A fase de excitação corresponde à descrita por Masters e Johnson. A autora considera que a resposta sexual humana é caracterizada por uma sequência de acontecimentos fisiológicos com o objetivo de preparar os corpos, de ambos os sujeitos, para a atividade sexual. No funcionamento sexual feminino, existe uma modificação do espaço potencial da vagina, passando de apertada e seca para um espaço lubrificado e aberto para o pénis (Marques

et al., 2008). Por último, a fase do orgasmo é descrita, tanto para os homens como para as mulheres, pela contração dos músculos pélvicos responsáveis pelo orgasmo.

Basson (2001) desenvolveu um modelo circular que explica o funcionamento sexual feminino, em que o desejo ora pode preceder a excitação, ora sucedê-la, principalmente em relações longas. Este modelo enfatiza a importância da intimidade psicológica, estímulos sexuais e aspectos biopsicológicos para a existência de desejo e excitação. De acordo com a autora, a resposta sexual feminina é mais complexa do que a resposta sexual masculina, uma vez que o funcionamento sexual feminino é mais influenciado pela satisfação com a relação, a autoimagem, as vivências sexuais negativas passadas, entre outros. Segundo Basson (2001), o propósito das atividades sexuais para as mulheres não era a ocorrência de um orgasmo, mas sim a satisfação pessoal, tanto física como psicológica. Assim, esta abordagem destaca a importância da intimidade emocional, que resulta numa maior procura e/ou suscetibilidade à estimulação sexual ao esperar que o(a) parceiro(a) desencadeie a excitação e que, por sua vez, provoque desejo.

As primeiras investigações que estudaram o ciclo de resposta sexual possuíam algumas limitações, tais como, o pressuposto que o funcionamento sexual feminino era semelhante ao funcionamento sexual masculino, a imprescindibilidade de uma sequência linear e a compreensão de apenas fatores físicos, ignorando os fatores psicológicos. Para muitos autores, a finalidade de uma resposta sexual satisfatória é a ocorrência de orgasmo que reflete o fim da atividade sexual. No entanto, para vivenciar prazer físico e bem-estar emocional, no decorrer das relações sexuais, não é necessário a ocorrência de um orgasmo (Rosen et al., 2000).

Comumente, utiliza-se a abordagem teórica usada no DSM-5 (baseada no modelo de Kaplan), que caracteriza o ciclo de resposta sexual em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução, a última das quais tem recebido muito menos atenção por parte dos investigadores. As perturbações sexuais no DSM-5 baseiam-se na perspectiva de que o desejo e excitação fazem parte da mesma fase na mulher, mas não no homem. Esta perspectiva é controversa e tem sido amplamente criticada (Goldstein et al., 2017). A fase de desejo caracteriza-se pela vontade de ter atividade sexual, compreendendo ou não fantasias sexuais. O desejo pode ser definido por iniciativa ou por receptividade à iniciativa do outro. A excitação é representada por modificações fisiológicas do organismo que permitem a atividade sexual visível no homem pela ereção do pênis e na mulher através da expansão vaginal e intumescência dos órgãos vaginais externos. A fase do orgasmo é

caracterizada por uma subida abrupta e relativamente rápida de ativação fisiológica (refletida em subida de níveis de adrenalina, noradrenalina e atividade simpática; e.g. batimento cardíaco, dilatação de pupila, tensão arterial), traduz-se por um prazer intenso, um clímax sensorial que algumas pessoas até podem descrever como “prazer sexual máximo” e a contração rítmica do músculo do períneo e dos órgãos reprodutores. A última fase, fase de resolução, remete geralmente para sensações de bem-estar e tranquilidade concomitantes com uma diminuição variável da excitabilidade sexual. Nesta fase, as mulheres conseguem responder a uma nova estimulação, ainda que pareça existir um equivalente feminino ao período refratário masculino no que concerne a estimulação clitoriana após um orgasmo por estimulação clitoriana, provavelmente sujeito a diferenças individuais (Humphries & Cioe, 2009). Comumente, após o orgasmo, os homens estão fisiologicamente refratários a uma nova ereção e orgasmo com uma duração inter-individual bastante variável (APA, 1994).

As dificuldades e/ou perturbações de resposta sexual podem aparecer numa das fases ou em várias fases que constituem o ciclo de resposta sexual ou à dor associada à atividade sexual. Uma resposta sexual humana adequada e com sucesso é influenciada por uma ordem complexa de aspetos hormonais e físicos estreitamente vulneráveis aos efeitos de estímulos psicológicos (Marques et al., 2008). Deste modo, é importante o estudo de algumas dimensões do funcionamento sexual como por exemplo: a experiência subjetiva do orgasmo, a qualidade da fase de resolução, o bem-estar emocional, a satisfação sexual e a qualidade de relação. A fase de resolução tem tido pouca atenção científica. Só muito recentemente se começaram a discutir as perturbações da mesma, isto é, estados de mal-estar após a atividade sexual. Nas próximas secções, debruçar-nos-emos sobre as características das fases do orgasmo e da resolução.

## **Orgasmo**

A maioria das pessoas concede uma grande importância ao orgasmo, considerando o “objetivo” da atividade sexual, em que os aspetos psicológicos e físicos têm um papel primordial. A literatura relativa ao orgasmo, tem-se baseado na identificação de fatores relacionados com a sua ocorrência ou ausência, nas suas características e na relevância que este tem na atividade sexual (Arcos-Romero & Sierra, 2018).

O orgasmo é descrito por uma sensação de prazer intensa; contrações fortes e rápidas dos músculos genito-urinário; um alívio da tensão sexual; um aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Ademais, o orgasmo também tem sido caracterizado como o alcance de um clímax sensorial durante as relações sexuais, sendo uma experiência subjetiva que acompanha reações fisiológicas. É comum fazer-se referência a alterações de consciência aquando do orgasmo (Meston et al., 2004). De acordo com outros estudos, é possível que o orgasmo feminino não seja sempre acompanhado por contrações vaginais, mas também por sensações de relaxamento progressivo dos músculos da vagina (Butler, 1976). A partir da experiência subjetiva, poderá ser difícil discernir com precisão reações fisiológicas particulares, ainda mais num estado alterado de consciência.

A experiência subjetiva do orgasmo remete para a perceção psíquica das sensações provocadas pelo mesmo. Na condição de sexo com parceiro, é possível descrever a experiência subjetiva do orgasmo através de vários aspetos, tais como, a afetividade, as sensações físicas, a intimidade, a proximidade e as consequências gratificantes resultantes do mesmo (Arcos-Romero et al., 2019). Deste modo, a experiência subjetiva do orgasmo pode ser caracterizada como uma autoavaliação através de uma perspetiva psicológica.

Há mais de 100 anos que se discute a existência de múltiplas formas de atingir o orgasmo, como por exemplo através de coito vaginal (i.e. pênis na vagina), através de sexo não coital (i.e. sexo oral, sexo anal e masturbação) e através da estimulação do clítoris para as mulheres. No entanto, este assunto ainda cria alguma controvérsia devido à falta de uma caracterização bem definida e consensual. Num estudo de Brody e Costa (2009) foi discutida a possibilidade de o orgasmo obtido através de coito vaginal estar relacionado com melhores níveis de bem-estar emocional e a uma maior satisfação sexual e relacional, comparativamente a outras formas de atingir o orgasmo.

Em estudos americanos, cerca de metade a 70% das mulheres relata sentir diferenças entre orgasmo induzido por estimulação vaginal e orgasmo induzido por estimulação direta do clítoris (Butler, 1976; Davidson & Darling, 1989). No estudo de Butler (1976), relativamente ao grupo que faz esta diferenciação, 40% relata que são mais fracos (Butler, 1976). Outra investigação tem revelado que os orgasmos por estimulação vaginal (“orgasmos vaginais”) tendem a ser experienciados como mais gratificantes, mas

menos intensos. De qualquer modo, esta diferenciação não é uma percepção universal (Butler, 1976; Davidson & Darling, 1989).

As interferências do processamento cognitivo relativo ao conteúdo erótico podem influenciar o funcionamento sexual, desenvolvendo dificuldades a nível sexual incluindo dificuldades na capacidade de atingir o orgasmo. A atenção e a distração estão correlacionadas de forma inversa, ou seja, à medida que a distração em relação ao estímulo aumenta, menor é a atenção que o sujeito dá ao mesmo, dificultando o alcance de uma resposta sexual adequada (cit. por Cuntim & Nobre, 2011). Dove e Wiederman (2000), realizaram uma investigação com mulheres de modo a compreender a relação das variáveis referidas anteriormente (i.e. distrações cognitivas e atenção) com o orgasmo e satisfação sexual. Os autores comprovaram que quanto maiores as distrações cognitivas durante as relações sexuais, menor a capacidade de atingir o orgasmo e menor a satisfação sexual. De acordo com Cuntim e Nobre (2011), mulheres com dificuldades em atingir o orgasmo exibiam maiores níveis de pensamentos negativos como de insucesso e/ou inaptidão e apresentavam menores níveis de pensamentos sensuais comparativamente a mulheres sem dificuldades em atingir o orgasmo.

A dificuldade ou incapacidade de alcançar um orgasmo, é frequentemente considerado como algo disruptivo e/ou perturbador para o sujeito em si e o respetivo parceiro, interferindo de forma negativa com as suas vivências a nível sexual, a sua autoestima e o seu bem-estar, tanto a nível psicológico como psicossocial (Gonçalves et al., 2019). Opperman e colaboradores (2014), constataram que mulheres com dificuldades orgásmicas apresentam maiores níveis de ansiedade, irritabilidade, frustração, tristeza, menores níveis de desejo e de satisfação sexual.

O *distress* sexual é descrito como um conjunto de emoções negativas, nomeadamente, a ansiedade do sujeito relativo à sexualidade. Este conceito tem sido aprofundado no estudo do funcionamento sexual feminino, estando presente de forma significativa em 12-50% das mulheres (Shifren et al., 2008; Zheng et al., 2020). Num estudo de Hawton, Gath e Day (1994) verificou-se que existia uma associação positiva entre mulheres que não atingiram o orgasmo e *distress* relativo à atividade sexual. Bancroft, Loftus e Long (2003) desenvolveram uma investigação com o objetivo de compreender a prevalência do *distress* e quais os seus preditores. Neste estudo, verificou-se que 24,4% das mulheres apresentavam *distress* relativamente às suas atividades

sexuais. Os preditores de menos *distress* que tiveram mais relevância foram o bem-estar emocional e o relacionamento emocional com o parceiro no decorrer da ação sexual.

### **Fase de Resolução**

Relativamente à fase de resolução, é fundamental mencionar que é a fase do ciclo de funcionamento sexual a que se tem prestado menor atenção, provavelmente por estar muito sujeita à subjetividade de cada um e não ter indicadores comportamentais bem definidos. Normalmente, a fase de resolução define-se numa experiência subjetiva de bem-estar emocional após o orgasmo. No entanto, também pode acontecer seguidamente à atividade sexual caso não exista orgasmo. Esta fase caracteriza-se por um relaxamento muscular, cansaço e alguma inatividade, na qual todas as alterações corporais que caracterizam o estado de excitação regridem de forma progressiva até alcançarem o seu estado de repouso antecedente à fase de excitação. Haverá diferenças entre o estado pós-orgásmico e uma satisfação pós-sexo sem orgasmo, mas não tem havido investigação dedicada a discernir as diferenças. Enquanto no homem, o atingir o orgasmo é um evento muito frequente, na mulher é menos, mas não é por ausência de orgasmo que muitas mulheres não relatam que as relações foram satisfatórias. Enquanto a relação sexual normalmente acaba com a ejaculação do homem, as relações sexuais podem continuar após o orgasmo da mulher, num “novo” ciclo de excitação, sendo que o orgasmo simultâneo é relativamente infrequente (Brody & Weiss, 2011). Por isso, enquanto no homem resolução e estado pós-orgásmico são conceitos que surgem com uma grande sobreposição para não dizer indistinção, essa sobreposição não é tão clara na mulher. É de notar num estudo com mulheres americanas, 73% relataram não ser necessário orgasmo para a atividade sexual ser satisfatória, o que é congruente com outra investigação que sugere que o orgasmo não é necessário nem suficiente para a satisfação dos desejos sexuais (Butler, 1976).

Nos homens, a fase de resolução é normalmente, acompanhada por um período refratário, com duração variável podendo ser mais ou menos longa. Nesse momento os homens não têm a capacidade de começar uma nova resposta sexual a um novo estímulo, existindo também uma diminuição progressiva da ereção. No entanto, as mulheres são capazes de experienciar um novo orgasmo através de um estímulo adequado, uma vez que não existe um período refratário claro. Após o orgasmo, as mulheres têm a capacidade

de manter a excitação genital. Por vezes mais reduzida e com menos capacidade de gerar mais orgasmo, outras vezes mantida e com potencial para os chamados orgasmos múltiplos. Por vezes nas mulheres, poderá ocorrer um fenómeno semelhante ao período refratário masculino em que a estimulação posterior ao orgasmo é sentida como desconfortável (Humphries & Cioe, 2009). Seja qual for o desenvolvimento pós-orgásmico nas mulheres, o orgasmo é, normalmente, seguido por um estado de resolução. Ademais, muitas mulheres sentem satisfação sexual mesmo na ausência de orgasmo, uma situação relativamente comum. Esta satisfação pós-sexo sem a ocorrência de orgasmo também é considerada resolução (Masters & Johnson, 1966).

Passie e colaboradores (2005), investigaram os efeitos que o ecstasy (MDMA) têm no funcionamento sexual. Os autores verificaram que MDMA apresenta alguns resultados idênticos com a fase de resolução que se segue ao orgasmo, sendo que nos dois estados existe um aumento da prolactina. De acordo com Leeners e colaboradores (2013), à medida que os níveis de prolactina aumenta, maior é a satisfação após o orgasmo. Com base nas semelhanças entre o MDMA e o estado de resolução, os autores sugeriram que a fase de resolução consistia num relaxamento profundo, aumento do batimento cardíaco, intensificação das emoções, consciencialização corporal, sentimento de paz profunda, mais imaginação e com maior predisposição para ouvir e/ou falar de assuntos com carga emocional (Passie et al., 2005).

A fase de resolução pode surgir sem o sujeito atingir o orgasmo, apenas com uma atividade sexual satisfatória. No entanto, não existirá um aumento da prolactina. Ademais, os efeitos semelhantes do MDMA e a fase de resolução podem também estar relacionadas com o aumento de oxitocina, uma vez que o MDMA também provoca o aumento de oxitocina (Kirkpatrick et al., 2014). A ocorrência de orgasmo e a excitação durante o ato sexual, mesmo sem ocorrência de orgasmo, pode provocar uma subida de oxitocina que se prolonga durante o estado de resolução (Dickenson et al., 2019). A oxitocina apresenta vários benefícios, incluindo a diminuição de comportamentos agressivos, medo e *stress* e o aumento de afetividade, confiança e reconhecimento social, criando um ambiente de comunicação seguro (Kosfeld et al., 2005). Neste contexto é mais fácil e seguro partilhar sentimentos íntimos com os seus parceiros relacionais, podendo facilitar a revelação e o desenvolvimento de relações.

## **Satisfação e conversas de almofada**

A sexualidade tem várias vantagens para os sujeitos, nomeadamente na forma como comunicam imediatamente após a atividade sexual, surgindo as conversas de almofada. As conversas de almofada são descritas como um elemento de comunicação de *afterglow*, que consiste num período feliz de relaxamento físico e psicológico após o orgasmo. As conversas de almofada consistem numa comunicação íntima entre dois indivíduos, após a ocorrência de alguma atividade sexual, sendo que muitas vezes acontece quando os sujeitos ainda estão na cama. Este momento pressupõe não só uma elevada conexão emocional, mas também um momento de êxtase e relaxamento (Denes, 2012). Apesar de, na maioria das vezes, as conversas de almofada se basearem na expressão de sentimentos positivos, também é possível que envolva a expressão de sentimentos negativos.

A comunicação sobre sexo e a comunicação que ocorre imediatamente após a atividade sexual têm sido associadas a um aumento da satisfação sexual, um melhor funcionamento sexual e, por fim, a um bem-estar emocional e relacional dos sujeitos. Algumas pessoas utilizam as conversas de almofada como forma de desenvolver ou manter o relacionamento. Esta comunicação não se foca apenas em revelações sexuais como desejos e preferências sexuais, como pode também estar associada à expressão de sentimentos de intimidade, afeto e amor, revelando sentimentos que podem ser difíceis de expressar em contextos menos íntimos. Devido à natureza positiva destas revelações relacionais, poderá existir um aumento de confiança, satisfação no relacionamento e proximidade entre os sujeitos envolvidos na atividade sexual (Denes, 2012). Desta forma, a maior disponibilidade para falar de assuntos íntimos e com elevada carga emocional que surge após o sexo pode ser vista como um efeito das alterações psicológicas que ocorrem durante a fase de resolução. Apesar de o orgasmo facilitar esta abertura a falar de assuntos íntimos, não parece ser necessário para tal (Denes, 2012; 2020). A subida de prolactina e oxitocina após o orgasmo ou de oxitocina com resultado da excitação sexual (mesmo sem orgasmo) talvez possam explicar esta abertura emocional (Denes, 2020; Passie et al., 2005).

A qualidade do relacionamento tem sido considerada como um fator relevante na frequência do orgasmo e na satisfação sexual dos sujeitos (Mah & Binik, 2001). A satisfação sexual provou ser um dos fatores mais fortes de bem-estar emocional e estabilidade relacional. Aspectos como a proximidade emocional, proximidade física,

satisfação dos desejos comunicacionais e necessidade afetiva no relacionamento estão associadas a melhor satisfação sexual, sendo que o orgasmo se tem associado à manutenção de um relacionamento satisfatório (Haning et al., 2007). A satisfação sexual e a capacidade de atingir o orgasmo, nas mulheres, tem sido associado à felicidade e satisfação relacional com o parceiro (Darling, Davidson & Cox, 1991). Ademais, os homens também destacam a qualidade do relacionamento como uma condição significativa para experiência orgásmica (Dunn & Trost, 1989).

Segundo Davidson, Darling e Norton (1995), a satisfação sexual está estreitamente associada a vivências sexuais passadas e com as expectativas que o sujeito apresenta. Já a insatisfação sexual pode ser uma consequência de disfunções sexuais do próprio ou do parceiro sexual, embora possa existir insatisfação sexual sem existir disfunções sexuais. Ou seja, apesar de algumas mulheres apresentarem-se motivadas para realizar atividades sexuais, sentirem-se excitadas sexualmente e terem a capacidade de alcançar o orgasmo, permanecem insatisfeitas a nível sexual (Jehu, 1988), o que talvez seja resultado de fatores que afetam a fase de resolução.

A experiência do orgasmo também está positivamente associada a revelações íntimas no pós-sexo e à satisfação relacional (Denes, 2020). Em estudos realizados sobre conversas de almofada, numa população universitária, verificou-se que os sujeitos que atingem orgasmos são mais suscetíveis a revelar pensamentos e sentimentos positivos aos seus parceiros após o sexo (Denes, 2012; 2017). Para além disso, o orgasmo está associado à comunicação de mais garantias após a atividade sexual, isto é, existe um reforço de compromisso com o futuro do relacionamento, o que por sua vez prevê maior paixão, compromisso e satisfação (Denes et al., 2017). As pesquisas de Muise e investigadores (2014), demonstraram também que o comportamento afetivo após a atividade sexual, como por exemplo, beijos, carinhos e conversas íntimas, estão associadas à satisfação no relacionamento.

De acordo com Sánchez-Fuentes e colaboradores (2014), existe uma associação entre desejo, excitação e orgasmo com maiores níveis de satisfação sexual. Por outro lado, a falta de desejo, disfunção erétil, ejaculação precoce, anorgasmia e dor estão relacionadas com menores níveis de satisfação sexual. Denes (2012) verificou que, num grupo feminino, quando as relações sexuais resultam em orgasmo, há maior tendência para fazerem revelações emocionais mais positivas após a atividade sexual comparativamente às mulheres que não atingem o orgasmo e no caso dos homens quer estes tenham orgasmo

ou não. Contudo, como os homens normalmente têm orgasmo, o orgasmo em si mesmo não parece ser um fator com grande poder de diferenciação na abertura emocional.

### **Bem-estar emocional**

A sexualidade desempenha um papel fundamental no bem-estar psicológico do sujeito e na sua satisfação com a vida, quer a nível sexual, pessoal e relacional. Ainda que a sexualidade possa ser considerada como fonte de prazer, para alguns pode ser considerada como fonte de frustração, influenciando vários aspetos na vida do ser humano, como o aumento do risco de ansiedade, depressão e *stress* (Britto & Benetti, 2010).

Atualmente, um dos maiores problemas da saúde da população são as perturbações mentais mais comuns, nomeadamente a ansiedade, depressão e *stress*. Portugal foi considerado, pela Direção Geral de Saúde, como o quarto país da Europa com maiores taxas de prevalência anual de perturbações mentais (i.e. 22,9%), principalmente perturbações de ansiedade com um valor de 16,5% e perturbações depressivas com um valor de 7,9% (DGS, 2017). Problemas emocionais tais como a ansiedade, depressão e *stress* e podem prejudicar o desempenho na atividade sexual (Iankowski, 2003).

### **Ansiedade**

O conceito ansiedade deriva do latim *anxia*, traduzido para português como anseio, que se define como uma preocupação ou um medo intenso de algo (Cardoso, 2001). Em 1936, Freud diferenciou a ansiedade concreta da ansiedade neurótica. Para o autor, a ansiedade concreta caracterizava-se pela relação com o meio ambiente. Enquanto a ansiedade neurótica se caracterizava principalmente pela sua natureza psicológica, relacionada com uma tendência genética e/ou um conflito sexual reprimido por resolver, ou seja, a origem do medo está no interior do psíquico (Coelho, 2011).

De acordo com Craske, Rauch e Ursano (2009), a ansiedade é definida como um estado de humor direcionado para um possível episódio negativo que poderá ocorrer no futuro, em que o medo é uma espécie de resposta de atenção ou alarme para um perigo presente, real ou percebido. A ansiedade também pode ser vista como uma resposta de

adaptação do organismo representada por várias modificações fisiológicas, comportamentais e cognitivas que se refletem através de um estado de ativação e de alerta perante um perigo eminente para o bem-estar físico e psicológico (Ruiz et al., 2001). Contudo, a ansiedade passa a ser patológica quando já não é uma resposta adaptativa, ou seja, quando a ameaça a que tenciona responder não é real ou quando o grau de alerta e de duração não são proporcionais ao acontecimento (Pinto et al., 2015).

Os estudos realizados sobre a relação entre ansiedade e função sexual têm considerado esta dimensão psicológica como inibidora da resposta sexual, podendo provocar dificuldades ao desempenho, nomeadamente, na capacidade de sentir satisfação sexual. Também se pode considerar que na inexistência de dificuldades sexuais específicas, elevados níveis de ansiedade provoquem dificuldades cognitivas, tais como, preocupações não associadas à sexualidade, obsessões e hipervigilância, podendo influenciar a resposta sexual (Bradford & Meston, 2006).

Mulheres com perturbações do desejo sexual são mais preocupadas e ansiosas comparativamente a mulheres que possuem um funcionamento sexual adequado. De acordo com Katz e Jardine (1999), a ansiedade está associada à falta de desejo e repulsa sexual. Apesar da ansiedade influenciar a função orgásmica, Van Minnen e Kampman (2000) verificaram que as dificuldades sexuais são mais comuns na fase desejo do ciclo de resposta sexual. Ademais, a ansiedade influencia também a excitação sexual no género feminino que, por sua vez, pode prejudicar o desenvolvimento de receios e preocupações relativas à atividade sexual. Esta ansiedade associada a relações sexuais pode comprometer o seu envolvimento psíquico, visto que a mulher ao estar tão focada nos seus receios e preocupações sexuais (como por exemplo na capacidade de atingir o orgasmo) não dá atenção aos estímulos sexuais, sendo um obstáculo na obtenção do orgasmo e aumentando a probabilidade de disfunções orgásmicas (Barlow, 1986).

No sexo masculino, a ansiedade tem sido vista como causa primordial para a evolução e manutenção da disfunção erétil e da ejaculação precoce. Homens com ejaculação precoce possuem maiores níveis de ansiedade (Kempeneers et al., 2013). Liu (2002) investigou a ressonância de diversos aspetos psíquicos relacionados com a disfunção erétil, verificando que para além dos elevados níveis de ansiedade relativas à performance, os problemas comunicacionais contribuem também para a emergência da disfunção erétil. Apesar da ansiedade estar presente na maior parte dos casos de disfunção erétil, Althof e colaboradores (2005), consideram que a correlação entre ambas não é

evidentemente indicativa que a disfunção é provocada pela ansiedade *per se*. Ou seja, é fundamental que exista um maior conhecimento da relação entre os estados de humor e as disfunções sexuais.

Geralmente, a ansiedade e a depressão podem ter uma função inibidora quanto à resposta sexual, diminuindo a libido e interferindo de modo negativo com o funcionamento sexual geral (Nobre, 2006). De acordo com Barlow e Durand (2008), a maioria dos sujeitos com perturbações depressivas apresentam sintomatologia ansiosa, no entanto, o inverso não se verifica.

### **Depressão**

A depressão pode ser definida como uma perturbação caracterizada pela tristeza, diminuição ou ausência de interesse e prazer, sentimentos de culpa, baixo nível de autoestima e de iniciativa, perturbações neurovegetativas (i.e. sono e/ou apetite), cansaço exagerado e alterações cognitivas como dificuldades na atenção e concentração (Pinto et al., 2015). A depressão pode ser duradoura ou recorrente, afetando a qualidade de vida do sujeito. No estado mais grave da depressão, esta pode levar ao suicídio (DGS, 2017).

A depressão abrange duas subcategorias, a perturbação depressiva *major*/episódio depressivo e a distimia. A perturbação depressiva *major* inclui sintomas como o humor deprimido, a diminuição e/ou ausência de interesse e prazer e a redução de vitalidade. Conforme a quantidade e o nível dos sintomas, pode ser caracterizada como ligeira, moderada ou grave. Já a distimia é uma forma persistente ou crónica da depressão. Os sintomas são equivalentes aos da perturbação depressiva *major*, no entanto, a duração é maior (crónica) a sua intensidade é menor (DGS, 2017). Num estudo com sujeitos com perturbações de desejo, verificou-se que a proporção de participantes com níveis reduzidos de desejo era duas vezes maior nos participantes com historial de depressão *major* ou distimia comparativamente ao grupo de controlo (Schreiner-Engel & Schiavi, 1986).

Alguns sintomas como a perda de interesse, baixo nível de autoestima, diminuição da energia vital e a incapacidade de experienciar prazer são frequentes na depressão. Este conjunto de sintomas pode comprometer a atividade sexual do sujeito. Na verdade, as perturbações do humor, neste caso a depressão, estão frequentemente associadas a

disfunções sexuais, o que pode comprometer todas as fases do ciclo de resposta sexual. Ainda assim, mesmo sem perturbações depressivas, o baixo interesse a nível sexual está presente em sujeitos com mais pensamentos negativos e com baixo nível de autoestima (Barata, 2017).

Como referido anteriormente, a depressão inclui sintomas como ausência e/ou perda de prazer em várias atividades, sendo uma delas a atividade sexual o que tem consequências negativas no funcionamento sexual (Lara et al., 2008). Os afetos depressivos estão associados com decursos desfavoráveis da excitação sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Alguns estudos de Nobre (2006) e Nobre e Pinto-Gouveia (2006) mostram que as mulheres com dificuldades sexuais apresentavam mais sentimentos de tristeza, desilusão, irritabilidade e menos prazer e satisfação.

Em contrapartida, uma atividade sexual insatisfatória pode acentuar a depressão e criar conflitos interrelacionais (Britto & Benetti, 2010). Nos homens, o estado depressivo e a zanga estão correlacionados com a ejaculação precoce e com o baixo desejo sexual (Strand et al., 2002). Algumas mulheres com perturbação depressiva apresentam dificuldades sexuais como por exemplo a redução de desejo sexual, dificuldades de excitação sexual, problemas orgásmicos, diminuição da satisfação e prazer sexual (Cyranowski et al., 2004). Observou-se que as disfunções sexuais são duas ou três vezes mais provável em pessoas com depressão comparativamente a pessoas sem a perturbação. A depressão é duas vezes mais provável em mulheres do que em homens. A predominância de depressão na vida das mulheres é de 20%, sendo que a prevalência de problemas sexuais em mulheres com depressão é de 70 a 80% (Shindel et al., 2011; Baldwin, 2001).

### ***Stress***

Segundo Lovibond e Lovibond (1995), algumas situações *stressantes* podem causar episódios de ansiedade e de depressão, assim como provocar respostas específicas de *stress*. O *stress* caracteriza-se por estados contínuos de excitação, tensão, irritabilidade, agitação, baixos níveis de tolerância e de frustração (Pinto et al., 2015).

O *stress* pode também ser definido como uma situação complexa criada por uma resposta inespecífica do sujeito a uma causa interna ou externa. A resposta de *stress* cria

modificações cognitivas, comportamentais e fisiológicas. Esta resposta é influenciada pela maneira que o sujeito percebe o elemento de *stress* e como percebe as suas competências para lidar com o mesmo (Lipp, 2006).

O *stress* é experienciado fisicamente e/ou psicologicamente e está correlacionado com problemas de saúde física, depressão, ansiedade e problemas relacionais (Falconier et al., 2015). É fundamental compreender as respostas de *stress* consequentes da comunicação entre parceiros, uma vez que o mesmo está associado à menor qualidade dos relacionamentos, a estados emocionais negativos e à insatisfação sexual e relacional. Ademais, a comunicação possui um papel positivo nas relações, ajudando a melhorar as respostas fisiológicas e psicológicas em situações complexas (Denes et al., 2020).

O *stress* pode ser agudo ou crónico. Estudos relativos aos efeitos dos elementos de *stress* agudo no funcionamento sexual obtiveram resultados incoerentes. Uns defendem que este elemento é facilitador da relação sexual, enquanto que outros consideram-no como elemento inibidor (Ter Kuile et al., 2007). No primeiro caso, trata-se de *stress* induzido antes de um estímulo erótico, o qual é depois percebido com maior ativação fisiológica que permanece já sem a presença do *stressor* que a originou. Para além disso, existe cada vez mais literatura que relata as consequências do *stress* patológico, incluindo dificuldades a nível sexual e à dor associada a esta atividade (Hamilton & Julian, 2014). De acordo com Galati e colaboradores (2014), aspetos como o *stress*, ansiedade, depressão, medo, culpa, baixo nível de autoestima, falsas crenças e expectativas na performance sexual influenciam negativamente o funcionamento sexual.

De acordo com a literatura, os fatores psicológicos estão estreitamente relacionados com uma sexualidade saudável (Pablo & Soares, 2004). No que diz respeito aos fatores psicológicos (ansiedade, depressão e o *stress*), estes podem modificar a resposta sexual dos sujeitos, afetando o funcionamento sexual (Abdo, 2010)

### **Lacunas da literatura**

É intuitivo para a grande maioria das pessoas que o sexo reduz a ansiedade, a depressão e o *stress*. É congruente pensar que o bem-estar psicológico que se sucede à atividade sexual é, em grande medida, o resultado do que se sente após a mesma, independentemente da intensidade e vigor com que a relação sexual foi realizada. Ou seja,

o bem-estar psicológico resultante da atividade sexual parece ser, principalmente, o resultado da qualidade da fase de resolução. Esta nem sempre é sentida da mesma maneira, podendo ser mais ou menos prazerosa, ou podendo ser claramente desconfortável, como no caso da disforia pós-coital (Burri & Hilpert, 2020). No entanto, existe uma enorme lacuna na investigação sobre as associações entre o funcionamento orgásmico, a qualidade da fase de resolução e o bem-estar psicológico.

Além da pertinência teórica deste estudo, é esperado que os resultados obtidos, nesta investigação, possam levar a novos estudos sobre o tema, de modo a promover o funcionamento orgásmico, a fase de resolução e o bem-estar emocional de homens e mulheres. Consequentemente, também pode promover uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos e das suas relações amorosas e/ou sexuais.

## **Objetivo**

A presente investigação consiste em dois objetivos. O Objetivo 1 consiste no desenvolvimento de uma escala da profundidade da Resolução Sexual. No sentido de colmatar as lacunas existentes na literatura, o Objetivo 2 consiste em examinar como é que a fase de Resolução se correlaciona com outras dimensões da resposta sexual, com a qualidade da relação amorosa e com o bem-estar emocional.

## Método

### Participantes

Inicialmente, a amostra era composta por um total de 702 sujeitos, no entanto, os objetivos do estudo requeriam critérios necessários.

Para o Objetivo 1, os critérios de inclusão foram a idade superior a 18 anos e relações sexuais nas últimas quatro semanas, obtendo um total de 476 participantes. A amostra foi constituída por 304 (63,9%) sujeitos do género feminino e 172 (36,1%) sujeitos do género masculino. A média das idades da amostra feminina é de 27,48 (9,34) e da amostra masculina é de 28,62 (10,70). As características sociodemográficas dos participantes podem ser observadas na Tabela 1 na secção dos Resultados.

Para o Objetivo 2, os critérios de inclusão foram a idade superior a 18 anos, orientação heterossexual e com relações sexuais nas últimas quatro semanas. Verificou-se que apenas 404 possuíam os critérios necessários. Dos participantes incluídos, 253 pertencem ao género feminino (62.6%) e 151 pertencem ao género masculino (37.4%). A média das idades da amostra feminina é de 27,89 (9,70) e da amostra masculina é de 28,69 (10,58). As características sociodemográficas dos participantes podem ser observadas na Tabelas 6 na secção dos Resultados.

É fundamental referir que a totalidade da amostra é resultado de um processo de amostragem não probabilístico por conveniência, mais concretamente, amostragem por Bola de Neve – *Snowball*. Neste caso, a possibilidade de um certo elemento pertencer à amostra não é a mesma que dos restantes, sendo considerado uma forma mais fácil de recolha (Marôco, 2018).

### Materiais

#### *Questionário sociodemográfico*

No presente estudo foi realizado um questionário sociodemográfico, possibilitando uma compreensão mais detalhada dos participantes. As questões eram relativas ao género, idade, estado civil, área de residência, nacionalidade, habilitações literárias completas, situação profissional, problemas de saúde e medicação. Os

participantes foram questionados acerca da sua orientação sexual, se possuíam parceiro(a) sexual, se coabitavam e a duração da relação caso existisse. Ademais, existia uma questão fundamental para a continuação do restante questionário, “Teve relações sexuais nas últimas quatro semanas?”, sendo que somente os sujeitos que responderam “Sim” prosseguiram.

### *Questões sobre a última relação sexual*

Relativamente à última relação sexual, os participantes foram questionados quanto à satisfação, desejo e excitação com escalas de item único cotado numa escala de tipo *Likert* de sete pontos, de 1 (Absolutamente nada) a 7 (Extremamente) (Costa et al., 2016). Ainda relativamente à última relação sexual, os participantes foram questionados sobre se experienciaram um orgasmo. Embora se tenha questionado os participantes relativamente às diversas formas de atingir o orgasmo, nomeadamente através de coito vaginal (com e sem estimulação direta para as mulheres) e através de sexo não coital (sexo oral, sexo anal e masturbação), utilizou-se apenas uma variável dicotómica indicando se os participantes tinham ou não atingido o orgasmo, variando entre 0 (Não) e 1 (Sim). Para cada orgasmo, os participantes descreveram-no quanto à satisfação, intensidade, dificuldade em atingi-lo e simultaneidade com o orgasmo do(a) parceiro(a). Os itens foram cotados numa escala de tipo *Likert* de sete pontos, de 1 (Absolutamente nada) a 7 (Extremamente). Para os participantes que atingiram o orgasmo de mais um modo, foi escolhida a resposta que indicou mais satisfação, mais intensidade, menos dificuldade e existência ou não em pelo menos um orgasmo de simultaneidade com o orgasmo do(a) parceiro(a). Adicionalmente, foi perguntado aos participantes se tinham consumido alguma substância psicoativa antes da última relação sexual (incluindo álcool e nicotina) e em caso afirmativo para descreverem qual ou quais.

### *Fase de Resolução*

A Escala de Resolução Sexual (*Sexual Resolution Scale - SRS*) foi aplicada com o intuito de avaliar a profundidade e qualidade da fase de resolução durante a última relação sexual. O presente questionário é constituído por oito itens criados de acordo com a literatura relativa ao estado pós-orgásmico e pós-sexo (Passie et al., 2005; Denes, 2012,

2020). Os participantes responderam às questões consoante a forma como se sentiam após a sua última atividade sexual. Os itens são os seguintes: profundamente relaxado(a); com o batimento cardíaco elevado; com as emoções intensificadas; mais consciente do seu corpo; com uma paz profunda; mais imaginativo(a); mais predisposto(a) a falar de assuntos com uma carga emocional; mais predisposto(a) a ouvir assuntos com uma carga emocional. As respostas foram cotadas numa escala de tipo *Likert* de 1 (Absolutamente nada) a 7 (Extremamente).

Ademais, foi feita uma questão sobre a disforia pós-coital, “Mais deprimido/a, ansioso/a ou irritado/a”, tendo sido cotado também através de uma escala de tipo *Likert* de 1 (Absolutamente nada) a 7 (Extremamente).

### *Funcionamento Sexual Feminino*

O *Female Sexual Function Index* / Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) foi utilizado para avaliar a função sexual das mulheres. Este questionário de autorrelato foi criado por Rosen e colaboradores (2000). Atualmente está traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pechorro e colaboradores. O questionário é composto por 19 questões com diversas dimensões, sendo estas o *desejo* (itens 1 e 2), a *excitação* (itens 3, 4, 5 e 6), a *lubrificação* (itens 7, 8, 9 e 10), o *orgasmo* (itens 11, 12 e 13), a *satisfação* (itens 14, 15 e 16) e a *dor* (itens 17, 18 e 19) no decorrer da relação sexual, direcionados para atividade sexual que tenha ocorrido durante as últimas quatro semanas. Deste modo, é possível obter um índice total de funcionamento sexual das mulheres, bem como índices próprios para cada dimensão avaliada (Pechorro et al., 2009). As questões do presente questionário são cotadas numa escala de tipo *Likert* de 1 a 5 pontos, sendo que valores mais elevados remetem para uma melhor função sexual. O valor 0 da escala indica ausência de atividade sexual, sendo que no presente caso, não se aplicou. Na amostra mais restrita do presente estudo, o FSFI apresenta uma consistência interna boa com Alfa de Cronbach entre 0,84 e 0,87 nas dimensões da escala e 0,91 para a escala total. Na versão adaptada para a população portuguesa, os resultados foram semelhantes, com Alfa de Cronbach entre 0,88 e 0,90 nas dimensões da escala e 0,93 para a escala total (Pechorro et al., 2009).

Ainda no funcionamento sexual feminino, foi aplicada a *Female Sexual Distress Scale - Revised* / Escala de *Distress* Sexual Feminino – Revista (FSDS-R) criada por

DeRogatis et al., (2011) para avaliar o sofrimento sexual (*distress*) e completar o FSFI. A presente escala é constituída por 13 questões de autorrelato, que avaliam vários fatores do funcionamento sexual das mulheres nas últimas quatro semanas e os seus sentimentos relativamente às suas atividades sexuais. A escala foi traduzida para português por Berenguer e colaboradores (Berenguer et al., 2019). Alguns itens da escala são “Sexualmente problemática”, “Infeliz com o seu relacionamento sexual” e “*Stressada* com o sexo”. Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert* de 0 (i.e. “nunca”) a 4 (i.e. “sempre”). A pontuação total é conseguida pela soma da pontuação de cada item, sendo que quanto maior a pontuação total, maior é o nível de *distress*, ou seja, maior nível de sofrimento sexual. A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Berenguer, Rebolo e Costa em 2019, que obtiveram propriedades psicométricas adequadas, com uma consistência interna excelente ( $\alpha = 0,94$ ) e uma boa validade de critério, pois correlacionou-se com todas as dimensões do FSFI (entre -0,40 e -0,66) e correlacionou-se também com o FSFI total (0,71) (Berenguer et al., 2019). Relativamente à amostra mais restrita da investigação, o resultado obtido quanto à consistência interna foi ligeiramente superior, com um Alfa de Cronbach de 0,95. No que diz respeito à validade de critério demonstrou-se adequada, uma vez que se correlacionou significativamente com todas as dimensões do FSFI ( $-0,61 < r < -0,30$ ;  $p < 0,001$  para todas as dimensões) e com a pontuação total do mesmo ( $r = -0,66$ ;  $p < 0,001$ )

### *Funcionamento Sexual Masculino*

Para avaliar a função sexual masculina foi utilizado o *International Index of Erectile Function/ Índice Internacional de Função Erétil* (IIEF) criado por Rosen e colaboradores (1997) e adaptado para a versão portuguesa por Gomes e Nobre (2012). O objetivo deste questionário de autorrelato é compreender a função sexual masculina nas últimas quatro semanas. Este questionário é constituído por 15 questões relativas à *função erétil* (itens 1, 2, 3, 4, 5 e 15), *função orgásmica* (itens 9 e 10), *desejo sexual* (itens 11 e 12), *satisfação com a relação sexual* (itens 6, 7 e 8) e *satisfação sexual geral* (itens 13 e 14), os itens são cotados por uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos. O IIEF possibilita não só uma pontuação de índices característicos para cada dimensão, como também uma pontuação total para a função sexual. Assim, quanto maior for a pontuação, melhor é o nível de funcionamento sexual. As propriedades psicométricas foram consideradas adequadas no artigo de validação para a população portuguesa, possuindo um valor total

de Alfa de Cronbach de 0,73 (Gomes & Nobre, 2012). Relativamente às dimensões do IIEF, Gomes e Nobre (2012) verificaram uma consistência interna adequada para a dimensão *desejo sexual* ( $\alpha = 0,72$ ) e *satisfação com a relação sexual* ( $\alpha = 0,74$ ), e uma consistência interna alta para a dimensão *função erétil* ( $\alpha = 0,86$ ), *função orgásmica* ( $\alpha = 0,79$ ) e *satisfação sexual geral* ( $\alpha = 0,86$ ), demonstrando uma boa consistência interna geral. Na amostra mais reduzida do presente estudo, o valor da consistência interna da *dimensão satisfação sexual* ( $\alpha = 0,67$ ), *desejo sexual* ( $\alpha = 0,68$ ) e *função orgásmica* ( $\alpha = 0,69$ ) é moderado e nas dimensões *função erétil* ( $\alpha = 0,83$ ) e *satisfação sexual geral* ( $\alpha = 0,86$ ) é adequada.

Seguidamente, foi aplicado o item 1 do *Premature Ejaculation Diagnostic Tool* (PEDT), “Relativamente à sua última relação sexual, até que ponto foi difícil para si atrasar a sua ejaculação?”, que avalia a dimensão controlo da ejaculação. Esta questão foi cotada através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (Symonds et al., 2007).

### *Qualidade Relacional*

A satisfação das relações foi avaliada através da versão curta do *Perceived Relationship Quality Components Inventory* / Inventário de Componentes da Qualidade Relacional Percebida (PRQCI) por Fletcher, Simpson e Thomas (2000). Este inventário composto por seis questões, avalia várias áreas da qualidade relacional, sendo estas a satisfação, o compromisso, a intimidade, a confiança, a paixão e o amor (Costa & Brody, 2007). Os itens são cotados através de uma escala tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Absolutamente nada a 7 = Exatamente), sendo que pontuações elevadas remetem para melhores níveis de qualidade da relação percebida. Um exemplo de um item da escala é “Até que ponto está satisfeito/a com o seu relacionamento?”. Relativamente às características psicométricas para a população portuguesa, Crespo (2007) verificou que os resultados da consistência interna eram excelentes ( $\alpha = 0,96$ ). Na amostra mais reduzida da presente investigação, verificou-se uma consistência interna semelhante, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,95, ou seja, muito alto.

## *Ansiedade, Depressão e Stress*

A *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) criada por Lovibond e Lovibond em 1995, foi utilizada para avaliar a ansiedade, depressão e *stress*, sendo designada em Portugal por *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS) por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (Pais-Ribeiro et al., 2004). A escala é constituída por um total de 21 itens, sendo dividida em três dimensões cada uma com sete itens. Isto é, a dimensão Depressão é composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21, a dimensão Ansiedade é constituída pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e, por fim, a dimensão *Stress* é formada pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18. Cada item corresponde a uma frase que se refere a sintomas emocionais negativos, os participantes devem responder de acordo como se sentiram na “semana passada”. As respostas são cotadas numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos, em que 0 corresponde a “Não se aplicou nada a mim” e 3 corresponde a “Aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A pontuação de cada dimensão é feita através da soma dos resultados dos sete itens. Para cada dimensão, as pontuações podem variar de “0” a “21”. Quanto maiores as pontuações em cada dimensão, mais negativos são os estados afetivos. As qualidades psicométricas foram consideradas aceitáveis, sendo que relativamente à consistência interna, os resultados foram de 0,85 para a dimensão de *Depressão*; 0,74 para a dimensão de *Ansiedade*; e 0,81 para a dimensão de *Stress* na escala adaptada para a população portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004). Na amostra mais limitada do presente estudo obteve-se os seguintes resultados de Alfa de Cronbach: 0,91 para a dimensão de *Depressão*; 0,86 para a dimensão de *Ansiedade*; e 0,91 para a dimensão de *Stress*, apresentando uma consistência interna adequada.

## **Procedimento**

Inicialmente, foi elaborado um consentimento informado (Anexo I) que apresentava uma breve introdução ao estudo, o seu objetivo, a garantia de anonimato e confidencialidade, o e-mail para caso de dúvidas e a informação de que apenas poderiam continuar se os sujeitos fossem maiores de 18 anos. Para obtenção dos dados foi realizado um questionário *online* na plataforma “*Google Forms*” (Anexo II). Posteriormente, foram introduzidos os instrumentos no questionário *online*, sendo diferente para o género feminino e para o género masculino. Assim, no momento em que os participantes respondiam qual o seu género, eram encaminhados para o questionário correspondente.

Os questionários foram disponibilizados *online* através de um link, tendo sido divulgados nas redes sociais (i.e. *Whatsapp, Instagram, Facebook*), de 22 de Outubro de 2020 a 25 de Novembro de 2020 tendo uma duração de cerca de um mês. Assim, a amostra deste estudo foi por conveniência e por um processo de bola de neve, sendo que os dados foram analisados através do programa estatístico IBM SPSS Statistics 27 e IBM SPSS AMOS 27 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

### **Análise de dados**

Para o desenvolvimento e validação da Escala de Resolução Sexual (Objetivo 1), a sensibilidade foi explorada por meio da análise de valores mínimos e máximos, assimetria e curtose. Os valores devem variar entre o mínimo e o máximo das escalas de tipo *Likert*, e a assimetria e curtose devem ter valores absolutos abaixo de três e sete, respetivamente, garantindo que os resultados da análise fatorial confirmatória (CFA) não ficam comprometidos (Kline, 2015; Marôco, 2021).

A CFA foi realizada para avaliar a validade de construto da Escala de Resolução Sexual. Quando necessário, foram realizadas tentativas para melhorar o modelo com base em índices de modificação adequados. A qualidade do modelo ajustado foi avaliada através de Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Índice de Tucker-Lewis (TLI) e Standardized Root Mean Square Residual (SMRM) (Marôco, 2021). Teve-se como referência, valores acima de 0,90 no CFI e TLI, e abaixo de 0,10 no RMSEA, o que indica um modelo ajustado adequado (Hair et al., 2005).

A validade de critério foi analisada através da validade concorrente das escalas, utilizando a correlação de *Pearson* com construtos relacionados, nomeadamente, a função sexual feminina (avaliada por meio do Índice de Funcionamento Sexual Feminino - FSFI) e a função sexual masculina (avaliada através do Índice Internacional de Função Erétil - IIEF).

A validade convergente da Escala de Resolução Sexual foi analisada através da variância extraída média (AVE). A referência de validade convergente dos construtos foi considerada para valores de  $AVE > 0,5$  (Marôco, 2021). A validade discriminante foi analisada ao comparar o coeficiente de correlação ao quadrado entre os fatores ( $r^2$ ) com

a AVE de cada dimensão. A confiabilidade foi avaliada utilizando a confiabilidade composta (CR), sendo que valores de  $CR \geq 0,70$  indicam confiabilidade adequada (Hair et al., 2005).

Ademais, foi realizada uma análise multigrupo para demonstrar a equivalência do modelo proposto entre os sexos (homens vs mulheres) e psicofármacos/consumo de substâncias (participantes que consumiram antes da última relação sexual vs participantes que não consumiram antes da última relação sexual). A invariância configuracional (i.e. o mesmo número de fatores e a mesma definição dos fatores nos diferentes grupos) e a invariância de medida (por exemplo, invariância de medida fraca e invariância de medida forte) foram avaliadas através das amostras nessa ordem. A invariância fraca significa que a contribuição de cada item para o fator permanece constante em diferentes grupos e, portanto, as relações dos construtos com outras variáveis podem ser comparadas de forma válida entre os grupos. Quando os pesos fatoriais e os interceptos são invariantes entre os grupos, pode-se considerar uma invariância forte. A invariância forte permite comparações entre as médias dos grupos (Marôco, 2021).

Para o estudo do Objetivo 2, utilizou-se uma amostra mais restrita da presente investigação (somente heterossexuais) de forma a se obter maior homogeneidade da amostra e também porque os questionários de funcionamento sexual têm sido validados em populações heterossexuais. Para analisar as associações entre as diversas variáveis, realizaram-se correlações de *Pearson*. Ademais, realizou-se regressões lineares múltiplas com o intuito de avaliar os preditores independentes do funcionamento sexual feminino e masculino. Por fim, realizou-se um teste Qui-Quadrado para verificar se existem diferenças entre género relativamente à capacidade em atingir orgasmo, indicada pela ocorrência de orgasmo na última relação sexual.

### **Delineamento e Conceptualização da Investigação**

Esta investigação apresenta uma metodologia quantitativa, sendo considerada um estudo correlacional e descritivo (Marôco, 2018). Uma das limitações deste tipo de estudo é que as variáveis não são manipuladas experimentalmente e, deste modo, não é possível inferir causalidade. Deste modo, é provável que não se compreenda a razão de algumas variáveis estarem correlacionadas (Shaughnessy & Zechmeister, 1990). Esta investigação trata-se também de um estudo transversal, uma vez os dados foram recolhidos num único momento (Ribeiro, 2007).

## Resultados

### Objetivo 1 - Desenvolvimento e validação da Escala de Resolução Sexual (SRS)

As estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos da amostra feminina e masculina utilizada neste estudo estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Estatística descritiva: caracterização da amostra.*

	Amostra Mulheres N (%) ou Média (DP)	Amostra Homens N (%) ou Média (DP)
<i>N</i>	304 (63,9)	172 (36,1)
<i>Idade</i>	27,48 (9,34)	28,62 (10,70)
<i>Estado Civil</i>		
Solteira(o)	215 (86,8)	125 (72,7)
Casada(o)/união de facto	81 (26,6)	43 (25,0)
Divorciada(o)/separada(o)	8 (2,6)	4 (2,3)
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	264 (70,7)	157 (91,3)
Brasileira	39 (12,8)	14 (8,1)
Angolana	1 (0,3)	0
Espanhola	0	1 (0,6)
<i>Habilitações Literárias Completas</i>		
Ensino Básico	3 (1,0)	6 (3,5)
Ensino Secundário	83 (27,3)	50 (29,1)
Licenciatura	136 (44,7)	86 (50,0)
Mestrado	75 (24,7)	27 (15,7)
Doutoramento	7 (2,3)	3 (1,7)
<i>Situação profissional</i>		
Estudante	111 (36,5)	45 (26,2)
Trabalhador-Estudante	6 (2,0)	2 (1,2)

Trabalhador	174 (57,2)	118 (68,6)
Desempregada(o)	12 (3,9)	7 (4,1)
Reformada(o)	1 (0,3)	0
<hr/>		
<i>Parceiro(a) Sexual Regular</i>		
Não	33 (10,9)	33 (19,2)
Sim	271 (89,1)	139 (80,8)
<hr/>		
<i>Coabitação com parceiro/a</i>		
Não	171 (56,3)	83 (48,3)
Sim	107 (35,2)	59 (34,3)
Não respondeu	26 (8,6)	30 (17,4)
<hr/>		
<i>Duração dos Relacionamentos (meses)</i>	68,78 (86,84)	68,44 (90,61)
<hr/>		
<i>Consumo de psicofármacos/substâncias</i>		
Ocorreu	37 (12,2)	35 (20,3)
Não ocorreu	267 (87,8)	137 (79,7)

DP = Desvio Padrão

### **Sensibilidade**

Para estudar a sensibilidade, a variabilidade de resposta dos itens foi avaliada. Todos os itens apresentaram respostas em todas as opções de resposta da escala (do valor mínimo ao máximo). Não foram considerados desvios substanciais da distribuição normal para os valores absolutos de curtose (todos os valores menores que sete) e assimetria (todos os valores menores que três). A Tabela 2 apresenta a média, desvio padrão, assimetria e curtose.

## Tabela 2

*Estatística descritiva da Escala de Resolução Sexual.*

Itens	Estatística Descritiva			
	M	DP	A	C
1. Profundamente relaxado(a).	5,91	1,12	-1,2	2,05
2. Com o batimento cardíaco elevado.	5,20	0,89	-0,81	0,22
3. Com as emoções intensificadas.	5,12	0,95	-0,80	0,05
4. Mais consciente do seu corpo.	4,83	0,95	-0,61	-0,38
5. Com uma paz profunda.	4,95	0,87	-0,64	-0,49
6. Mais imaginativo(a).	4,24	1,08	-0,22	-0,95
7. Mais predisposto(a) a falar de assuntos com uma carga emocional.	4,41	1,07	-0,29	-1
8. Mais predisposto(a) a ouvir assuntos com uma carga emocional.	4,56	1,07	-0,42	-0,90

M: Média; DP: Desvio Padrão; A: Assimetria, C= Curtose.

### Validade de construto - Validade fatorial

A Análise Fatorial Confirmatória indicou uma estrutura hierárquica de primeira ordem com dois fatores de primeira ordem: Experiência Interna e Abertura à Comunicação. Todos os itens apresentaram pesos fatoriais adequados ( $\geq 0,50$ ), exceto o item 2 ( $\lambda = 0,40$ ,  $R^2 = 0,16$ ), que não foi removido devido à sua relevância clínica (Tabela 3). Posteriormente, as correlações entre os erros foram analisadas, sendo que a qualidade do modelo era muito boa (CFI = 0,961; TLI = 0,939; RMSEA = 0,092; SRMR = 0,045) (ver Figura 1).

A Tabela 3 mostra o ajuste do modelo final de CFA de primeira ordem, pesos fatoriais e análises fatoriais confirmatória nos multigrupos (MG CFA), nomeadamente, para os grupos sexuais (homem vs mulheres) e para os grupos de consumo de psicofármacos/substâncias (participantes que consomem vs participantes que não consomem).

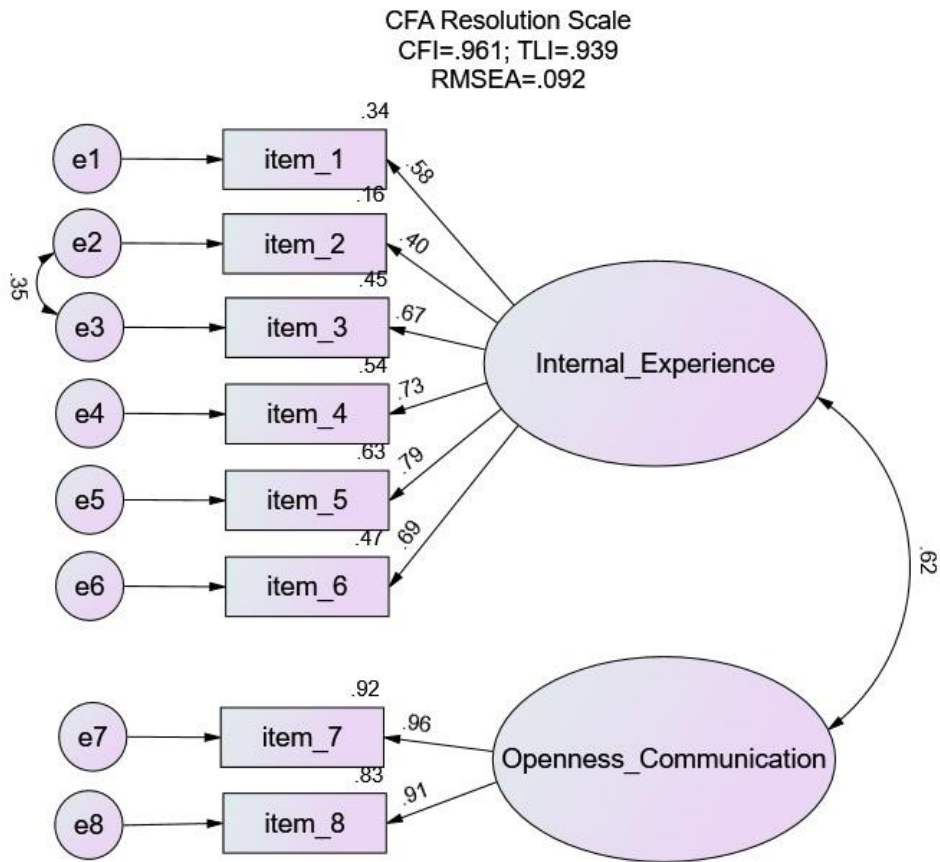


Figura 1: Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Resolução Sexual.

**Tabela 3***Modelos CFA de primeira ordem, CFA de vários grupos e pesos fatoriais dos itens.*

Modelo	CFA de primeira ordem Modelo final	Modelo CFA final Multigrupo - Sexo	Modelo CFA final Multigrupo – Uso de substâncias				
Modelo ajustado	CFI=0,96; TLI=0,94; RMSEA=0,09; SRMR=0,05	CFI=0,92; TLI=0,93; RMSEA=0,07; SRMR=0,06	CFI=0,92; TLI=0,93 RMSEA=0,07; SRMR=0,13				
Invariância		$\Delta X^2_{\lambda}(6)= 12,33$ ; p= 0,06 $\Delta X^2_i(8)= 65,87$ ; p< 0,001	$\Delta X^2_{\lambda}(6)=10,19$ ; p=0,11 $\Delta X^2_i(8)=8,31$ ; p<0,001 $\Delta X^2_{cov}(3)=3,68$ ; p= 0,30				
Item	Factor	R <sup>2</sup>	$\Lambda$	Mulheres	Homens	Consumo	Ausência
1	EI	.34	.58	.62	.51	.34	.63
2	EI	.16	.40	.44	.35	.50	.38
3	EI	.45	.67	.65	.70	.43	.71
4	EI	.54	.73	.70	.70	.66	.74
5	EI	.63	.79	.80	.79	.70	.81
6	EI	.47	.69	.72	.68	.62	.71
7	AC	.92	.96	.94	.98	.89	.97
8	AC	.83	.91	.93	.88	.97	.90

CFA = Análise Fatorial Confirmatória; EI = Experiência Interna; AC = Abertura à comunicação.

A dimensão Abertura à Comunicação apresentou um valor de AVE adequado (AVE Abertura à Comunicação = 0,88), indicando validade convergente. No entanto, observou-se um valor quase aceitável de AVE Experiência Interna = 0,43, comprometendo a validade convergente neste fator. A validade discriminante foi verificada em ambos fatores, uma vez que os valores do AVE foram ambos superiores ao coeficiente de correlação quadrado entre os fatores ( $r^2 = 0,38$ ) (Fornell & Larcker, 1981).

Para além disso, os dois fatores apresentaram valores elevados de confiabilidade composta (ou seja,  $\geq 0,70$ , Chin, 1998; Marôco), indicando boa consistência interna.

### **Validade Critério - Validade Concorrente**

As correlações entre os fatores da Escala da Resolução Sexual e a função sexual feminina (FSFI) foram moderadamente positivas e significativas, como esperado (ver Tabela 4).

As correlações entre a Experiência Interna de SRS e IIEF foram moderadamente positivas e significativas, exceto para Experiência Interna e Função Erétil (ver Tabela 5).

### **Tabela 4**

*Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala de Resolução Sexual (SRS) e as dimensões do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).*

	SRS	
	Experiência Interna	Abertura à Comunicação
Desejo	0,40**	0,21**
Excitação	0,43**	0,20**
Lubrificação	0,29**	0,16**
Orgasmo	0,32**	0,21**
Satisfação	0,43**	0,23**
Dor	0,14**	0,06

\*\* < 0,01

**Tabela 5**

*Correlação de Pearson entre as dimensões da Escala de Resolução Sexual (SRS) e as dimensões do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF).*

	SRS	
	Experiência Interna	Abertura à Comunicação
Função Erétil	0,06	-0,08
Função Orgásmica	0,20**	0,10
Desejo sexual	0,20**	0,10
Satisfação com a relação sexual	0,41**	0,31**
Satisfação sexual geral	0,32**	0,19*

\*\* < 0,01; \* < 0,05

### **Análise fatorial confirmatória multigrupos (MC-CFA) - Análise de Invariância**

Em relação às diferenças entre sexos, os resultados da invariância configuracional indicaram que o modelo ajustado foi adequado (CFI = 0,92; TLI = 0,92; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,06). Para o teste de invariância de medida, foi encontrada uma estatística de diferença de Qui-quadrado não significativa ( $\Delta\chi^2_\lambda (6) = 12,33, p = 0,404$ ) em que se considerou pesos fatoriais iguais nas amostras. No entanto, em relação à invariância forte, foi encontrada uma estatística de diferença Qui-quadrado significativa ( $\Delta\chi^2_i (8) = 65,87, p < 0,001$ ). Deste modo, a invariância é considerada fraca.

Em relação às diferenças entre os participantes que consomem psicofármacos/substâncias e os que não consomem, os resultados da invariância configuracional indicaram que o modelo ajustado era adequado, CFI = 0,92; TLI = 0,93; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,05). Para o teste métrico, foi encontrada uma diferença não significativa no teste Qui-quadrado ( $\Delta\chi^2_\lambda (6) = 10,10, p = 0,40$ ) e foram verificados pesos fatoriais iguais nas amostras. Relativamente à invariância forte, a estatística da diferença Qui-quadrado foi não significativa ( $\Delta\chi^2_i (8) = 8,31, p = 0,40$ ) e os pesos fatoriais e os interceptos foram invariantes.

**Objetivo 2 – Estudo das correlações entre Fase de Resolução, dimensões da resposta sexual, qualidade da relação amorosa e bem-estar emocional**

Para o estudo do objetivo 2, utilizou-se a subamostra heterossexual. As estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos da amostra feminina e masculina utilizada neste estudo estão apresentadas na Tabela 6.

**Tabela 6**

*Estatística descritiva dos dados sociodemográficos na subamostra heterossexual.*

	Amostra Mulheres N (%) ou Média (DP)	Amostra Homens N (%) ou Média (DP)
<i>N</i>	253 (62,6)	151 (37,4)
<i>Idade</i>	27,89 (9,70)	28,19 (10,03)
<i>Estado Civil</i>		
Solteira(o)	182 (71,9)	109 (72,2)
Casada(o)/união de facto	64 (25,3)	41 (27,2)
Divorciada(o)/separada(o)	7 (2,8)	1 (0,7)
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	225 (88,9)	138 (91,4)
Brasileira	28 (11,1)	12 (7,9)
Espanhola	0	1 (0,7)
<i>Habilitações Literárias Completas</i>		
Ensino Básico	2 (0,8)	6 (4,0)
Ensino Secundário	70 (7,7)	38 (25,2)
Licenciatura	112 (44,3)	80 (53,0)
Mestrado	63 (24,9)	24 (15,9)
Doutoramento	6 (2,4)	3 (2,0)
<i>Situação profissional</i>		
Estudante	91 (36,0)	39 (25,8)
Trabalhador-Estudante	5 (2,0)	2 (1,3)
Trabalhador	144 (56,9)	104 (68,9)
Desempregada(o)	12 (4,7)	6 (4,0)

Reformada(o)	1 (0,4)	0
<i>Parceiro(a) Sexual Regular</i>		
Não	27 (10,7)	31 (20,5)
Sim	226 (89,3)	120 (79,5)
<i>Coabitação com parceiro/a</i>		
Não	151 (59,7)	70 (46,4)
Sim	82 (32,4)	53 (35,1)
Não respondeu	20 (7,9)	28 (18,5)
<i>Duração dos Relacionamentos (meses)</i>		
	70,74 (90,74)	74,14 (94,40)

DP = Desvio Padrão

Nas Tabelas 7 e 8, encontra-se a estatística descritiva referente ao funcionamento durante a última relação sexual.

### **Tabela 7**

*Estatística descritiva do funcionamento durante a última relação sexual (amostra total).*

	Mulheres N (%) ou Média (DP)	Homens N (%) ou Média (DP)
<i>Satisfação (1-7)</i>	5,94 (1,16)	6,11 (1,03)
<i>Excitação (1-7)</i>	6,17 (1,09)	6,32 (0,92)
<i>Desejo (1-7)</i>	6,21 (1,12)	6,24 (0,96)
<i>Orgasmo</i>		
Ocorreu	217 (85,8)	141 (93,4)
Não ocorreu	36 (14,2)	10 (6,6)
<i>Experiência interna (1-7)</i>	5,15 (1,11)	4,92 (1,15)
<i>Abertura à comunicação (1-7)</i>	4,68 (1,74)	4,06 (1,90)
<i>Consumo de álcool e/ou canábis</i>		
Ocorreu	205 (81,0)	104 (68,9)
Não ocorreu	48 (19,0)	47 (31,1)

DP = Desvio Padrão

**Tabela 8**

*Estatística descritiva do funcionamento durante a última relação sexual (subamostra com orgasmo).*

	Mulheres (%) ou Média (DP)	Homens (%) ou Média (DP)
<i>Satisfação (1-7)</i>	6,07 (1,07)	6,20 (0,94)
<i>Excitação (1-7)</i>	6,27 (0,96)	6,37 (0,88)
<i>Desejo (1-7)</i>	6,25 (1,02)	6,26 (0,97)
<i>Satisfação com o orgasmo (1-7)</i>	6,40 (0,83)	6,37 (0,90)
<i>Intensidade do orgasmo (1-7)</i>	6,04 (1,06)	6,00 (1,13)
<i>Dificuldade em atingir o orgasmo (1-7)</i>	4,12 (1,75)	3,22 (1,70)
<i>Orgasmo simultâneo (%)</i>	40%	40%

DP = Desvio Padrão

Na Tabela 9 são apresentadas as inter-correlações entre os oito itens da Escala de Resolução Sexual para a amostra feminina (acima da diagonal) e para a amostra masculina (abaixo da diagonal). Para a amostra feminina é possível verificar que todos os itens se correlacionam positiva e significativamente entre si. Para a amostra masculina, apesar de a maioria dos itens se correlacionarem também positiva e significativamente entre si, existem dois itens em que tal não acontece (“Batimento cardíaco elevado/Relaxado” e “Mais imaginativo/Batimento cardíaco elevado”).

**Tabela 9**

*Correlações entre os itens da escala de resolução na amostra feminina (acima da diagonal) e masculina (abaixo da diagonal).*

	Relaxa- do(a)	Batimento cardíaco	Emoções intensas	Consciente	Paz	Imagina- tivo(a)	Falar	Ouvir
Relaxado(a)	-	0,36***	0,43***	0,42***	0,63***	0,44***	0,32***	0,34***
Batimento cardíaco	0,16	-	0,48***	0,29***	0,32***	0,26***	0,24***	0,24***
Emoções intensas	0,32***	0,51***	-	0,51***	0,55***	0,45***	0,41***	0,39***
Consciente	0,34***	0,25**	0,57***	-	0,58***	0,59***	0,34***	0,31***
Paz	0,54***	0,26**	0,47***	0,63***	-	0,54***	0,49***	0,48***
Imaginati- vo(a)	0,37***	0,11	0,39***	0,55***	0,51***	-	0,52***	0,48***
Falar	0,17*	0,26**	0,53***	0,61***	0,47***	0,44***	-	0,90***
Ouvir	0,18*	0,26**	0,52***	0,53***	0,44***	0,37***	0,87***	-

Relaxado(a) = Sentir-se profundamente relaxado(a); Batimento cardíaco = Sentir-se com o batimento cardíaco elevado; Emoções intensas = Sentir-se com as emoções intensificadas; Consciente = Sentir-se mais consciente do seu corpo; Paz = Sentir-se com uma paz profunda; Imaginativo(a) = Sentir-se mais imaginativo(a); Falar = Sentir-se mais predisposto(a) a falar de assuntos com uma carga emocional; Ouvir = Sentir-se mais predisposto(a) a ouvir assuntos com uma carga emocional.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $P < 0,001$

Na Tabela 10 encontram-se os resultados obtidos para a amostra feminina e para a amostra masculina relativamente às correlações entre a Experiência Interna e Abertura à Comunicação com variáveis sociodemográficas e relativas à última relação sexual. Para a amostra feminina e masculina, verifica-se que a satisfação, o desejo, a excitação sexual e a ocorrência de orgasmo correlacionam-se positiva e significativamente com a Experiência Interna e a Abertura. De notar que, na amostra feminina, a satisfação orgásmica, a intensidade orgásmica e o orgasmo simultâneo com o parceiro se correlacionam diretamente com a Experiência Interna feminina. Ainda nas mulheres, observa-se que a dificuldade orgásmica está inversamente e significativamente correlacionada com a Experiência Interna, ou seja, à medida que a dificuldade aumenta, menos profunda é a Experiência Interna. Na amostra masculina, verifica-se que a satisfação orgásmica, a intensidade orgásmica e o orgasmo simultâneo com a parceira se correlacionam de forma positiva e significativa com a Experiência Interna e também com a Abertura à Comunicação, ao contrário das mulheres. Ademais, em ambas as amostras, verifica-se que a existência de um parceiro sexual regular se associa a uma melhor Experiência Interna e uma melhor Abertura à Comunicação.

**Tabela 10**

*Correlações entre as dimensões da resolução, características sociodemográficas e funcionamento durante a última relação sexual.*

	Amostra feminina		Amostra masculina	
	Experiência interna	Abertura	Experiência interna	Abertura
Idade	0,15*	0,05	0,07	0,09
Parceiro/a sexual regular	0,18**	0,10	0,16*	0,24**
Satisfação	0,50***	0,24***	0,41***	0,26**
Desejo	0,50***	0,30***	0,40***	0,25**
Excitação	0,49***	0,23***	0,41***	0,30***
Orgasmo <sup>1</sup>	0,18**	0,11	0,16*	0,10
Satisfação orgásmica <sup>2</sup>	0,31***	0,09	0,43***	0,23**
Intensidade orgásmica <sup>2</sup>	0,33***	0,10	0,54***	0,27**
Dificuldade orgásmica <sup>2</sup>	-0,22**	-0,07	0,06	-0,01
Orgasmo simultâneo <sup>2</sup>	0,20**	0,08	0,33***	0,20*
Uso de substâncias <sup>3</sup>	-0,10	-0,16*	0,03	-0,02

<sup>1</sup> 0 = não ocorreu orgasmo; 1 = ocorreu orgasmo; <sup>2</sup> Correlações na subamostra que teve orgasmo; <sup>3</sup> Álcool e/ou canábis

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Pode-se observar na Tabela 11, as correlações entre a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação com o funcionamento sexual feminino. Verifica-se que todas as dimensões do funcionamento sexual se correlacionam com a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação, exceto a dor que apenas se correlaciona com a Experiência Interna, isto é, quanto menos dor coital, maior a profundidade da Experiência Interna. É fundamental referir que a Experiência Interna se correlaciona mais fortemente com as dimensões excitação e satisfação. Ademais, as várias dimensões do funcionamento sexual correlacionam-se mais fortemente com a Experiência Interna do que com a Abertura à Comunicação. Deste modo, é possível afirmar que as mulheres com melhor funcionamento sexual, têm uma maior possibilidade de experienciarem as sensações de Experiência Interna e uma Abertura à Comunicação de uma forma mais profunda. Para além disso, pode-se constatar que quanto menor o nível de *distress* sexual, melhor a Experiência Interna e a Abertura, estando inversamente correlacionados.

**Tabela 11**

*Correlações entre Experiência Interna, Abertura à Comunicação, funcionamento sexual feminino e distress sexual.*

	Experiência interna	Abertura
FSFI total	0,51***	0,31***
Desejo	0,38***	0,23***
Excitação	0,44***	0,23***
Lubrificação	0,35***	0,19**
Orgasmo	0,34***	0,24***
Satisfação	0,44***	0,28***
Dor	0,23***	0,11
FSDS-R	-0,38***	-0,20**

FSFI = Índice de Funcionamento Sexual Feminino; FSDS-R = Escala de *Distress* Sexual Feminino - Revista

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Na Tabela 12, é possível observar correlações significativas entre a Experiência Interna e funcionamento sexual masculino, exceto nas dimensões função erétil e controle de ejaculação que não se correlacionam significativamente com a resolução. Ainda na mesma tabela, verifica-se que Abertura à Comunicação apenas apresenta correlações significativas com a satisfação sexual e a dificuldade a controlar a ejaculação. Assim, os homens que relatam mais satisfação nas relações sexuais e, contrariamente às expectativas, menor controle da ejaculação têm uma maior probabilidade de estarem predispostos a ouvir e a falar após a atividade sexual. A satisfação sexual revelou-se a dimensão mais consistente associada à profundidade da resolução.

**Tabela 12**

*Correlações entre Experiência Interna, Abertura à Comunicação e funcionamento sexual masculino.*

	Experiência interna	Abertura
IIEF total	0,26**	0,09
Função erétil	0,08	-0,07
Função orgásmica	0,27**	0,12
Desejo sexual	0,24**	0,12
Satisfação com a relação sexual	0,32***	0,21**
Satisfação sexual geral	0,27**	0,17*
Dificuldade a controlar a ejaculação	0,09	0,26**

IIEF = Índice Internacional de Função Erétil

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Na Tabela 13, verifica-se que, na mulher, uma Experiência Interna mais profunda se correlaciona independentemente com maior satisfação sexual, mais desejo sexual, idade mais velha e não utilização de substâncias psicoativas. É de notar que a ocorrência

de orgasmo não se revelou preditor independente. A satisfação e o desejo sexuais foram os preditores mais fortes. Apesar de partilharem variância comum na explicação da Experiência Interna, possuem uma relação independente com a mesma. A idade e o não consumo de substâncias acrescentam algo mais de influência independente, apesar de estatisticamente fraca à intensidade da experiência interna.

**Tabela 13**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra feminina.*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,34
Satisfação sexual <sup>1</sup>	0,22	2,69	0,00	
Excitação sexual <sup>1</sup>	0,10	0,97	0,33	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,28	2,99	>0,001	
Orgasmo	0,04	0,66	0,51	
Idade	0,14	2,59	0,01	
Parceiro sexual regular	0,07	1,23	0,22	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	-0,12	-2.29	0,02	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

A Tabela 14, mostra os preditores da Experiência Interna no subgrupo feminino que teve orgasmo na última relação sexual. Maior profundidade da Experiência Interna associou-se independentemente a mais desejo sexual, ocorrência de orgasmo simultâneo, idade mais velha e não utilização de substâncias. O desejo sexual revelou-se o preditor mais forte.

**Tabela 14**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra feminina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,31
Satisfação sexual <sup>1</sup>	0,07	0,67	0,51	
Excitação sexual <sup>1</sup>	-0,03	-0,23	0,82	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,35	2,97	>0,001	
Idade	0,15	2,52	0,01	
Parceiro sexual regular	0,08	1,26	0,21	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	-0,12	-2,04	0,04	
Satisfação orgásmica	0,01	0,12	0,91	
Intensidade orgásmica	0,14	1,51	0,13	
Dificuldade orgásmica	-0,02	-0,31	0,76	
Orgasmo simultâneo	0,15	2,52	0,01	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

Na Tabela 15 verifica-se que maior Abertura à Comunicação na mulher está independentemente associada a maior desejo sexual e não uso de substâncias, o primeiro explicando uma proporção maior de variância.

**Tabela 15**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra feminina.*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,14
Satisfação sexual <sup>1</sup>	0,04	0,40	0,69	
Excitação sexual <sup>1</sup>	-0,08	-0,75	0,45	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,35	3,25	>0,001	
Orgasmo	0,08	1,16	0,25	
Idade	0,07	1,07	0,29	
Parceiro sexual regular	0,02	0,31	0,76	
Uso de Substâncias	-0,18	-2,92	>0,001	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

A Tabela 16 mostra os preditores da Abertura à Comunicação no subgrupo feminino que teve orgasmo na última relação sexual. Maior Abertura à Comunicação associou-se independentemente a mais desejo sexual e não utilização de substâncias. O desejo sexual revelou-se o preditor mais forte.

**Tabela 16**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra feminina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,11
Satisfação sexual <sup>1</sup>	-0,09	-0,75	0,46	
Excitação sexual <sup>1</sup>	-0,23	-1,77	0,08	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,48	3,59	>0,001	
Idade	0,07	1,02	0,31	
Parceiro sexual regular	0,03	0,39	0,70	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	-0,16	-2,37	0,02	
Satisfação orgásmica	0,01	0,12	0,91	
Intensidade orgásmica	0,06	0,54	0,59	
Dificuldade orgásmica	0,02	0,23	0,82	
Orgasmo simultâneo	0,09	1,28	0,20	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

Na Tabela 17, constata-se que não há preditores independentes da Experiência Interna no homem, apenas houve uma tendência não significativa para a satisfação na última relação sexual se associar independentemente a mais profunda Experiência Interna. Isto deve-se aos correlatos de Experiência Interna masculina se correlacionarem entre si de forma a não deixarem nenhuma explicação de variância independente e significativa.

**Tabela 17***Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra masculina.*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,22
Satisfação sexual <sup>1</sup>	0,21	1,82	0,07	
Excitação sexual <sup>1</sup>	0,12	0,90	0,37	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,19	1,63	0,11	
Orgasmo	0,48	0,59	0,56	
Idade	0,11	1,36	0,18	
Parceira sexual regular	-0,01	-0,12	0,90	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	0,03	0,34	0,74	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

A Tabela 18 mostra os preditores da Experiência Interna no subgrupo masculino que teve orgasmo na última relação sexual. Maior profundidade da Experiência Interna associou-se independentemente a orgasmo mais intenso, ocorrência de orgasmo simultâneo e surpreendentemente a maior dificuldade em atingir o orgasmo. A intensidade do orgasmo foi o preditor mais forte.

**Tabela 18**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Experiência Interna na amostra masculina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,36
Satisfação sexual <sup>1</sup>	-0,02	-0,18	0,86	
Excitação sexual <sup>1</sup>	0,09	0,64	0,52	
Desejo sexual <sup>1</sup>	-0,08	-0,55	0,58	
Idade	0,07	0,95	0,35	
Parceira sexual regular	-0,03	-0,40	0,69	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	-0,01	-0,15	0,88	
Satisfação orgásmica	0,07	0,51	0,61	
Intensidade orgásmica	0,50	4,13	>0,001	
Dificuldade orgásmica	0,17	2,23	0,03	
Orgasmo simultâneo	0,18	2,36	0,02	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

Na Tabela 19, observa-se que não existem preditores independentes da Abertura à Comunicação no homem. Tal como no caso do modelo de preditores da Experiência Interna, verifica-se que correlatos da Abertura à Comunicação masculina se correlacionam entre si de forma a que não haja explicação da variância independente significativa.

**Tabela 19**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra masculina.*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,12
Satisfação sexual <sup>1</sup>	0,09	0,72	0,47	
Excitação sexual <sup>1</sup>	0,19	1,32	0,19	
Desejo sexual <sup>1</sup>	0,02	0,15	0,88	
Orgasmo	<0,01	<0,01	1,00	
Idade	0,08	0,99	0,33	
Parceira sexual regular	0,14	1,56	0,12	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	0,01	0,11	0,92	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

A Tabela 20 mostra os preditores da Abertura à Comunicação no subgrupo masculino que teve orgasmo na última relação sexual. Constata-se que não houve preditores independentes.

**Tabela 20**

*Regressão Linear Múltipla com preditores da Abertura à Comunicação na amostra masculina (subamostra que teve orgasmo na última relação sexual).*

	Beta	t	p	R <sub>a</sub> <sup>2</sup>
				0,12
Satisfação sexual <sup>1</sup>	-0,01	-0,05	0,96	
Excitação sexual <sup>1</sup>	0,13	0,80	0,43	
Desejo sexual <sup>1</sup>	-0,06	-0,37	0,71	
Idade	0,06	0,67	0,50	
Parceira sexual regular	0,13	1,38	0,17	
Uso de Substâncias <sup>2</sup>	<0,01	0,04	0,97	
Satisfação orgásmica	0,03	0,21	0,83	
Intensidade orgásmica	0,16	1,13	0,26	
Dificuldade orgásmica	0,08	0,89	0,38	
Orgasmo simultâneo	0,12	1,35	0,17	

<sup>1</sup> Referentes à última relação sexual; <sup>2</sup> Álcool e/ou canábis

Como se pode observar na Tabela 21, a Experiência Interna correlacionou-se inversamente com a depressão nas mulheres. A Abertura à Comunicação correlacionou-se de forma direta com a ansiedade e *stress* nos homens. Ainda na Tabela 21, é possível verificar-se que quanto maior a qualidade relacional, mais profunda é a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação, tanto para as mulheres como para os homens.

**Tabela 21**

*Correlações entre a Experiência Interna, Abertura à Comunicação, humor e qualidade da relação.*

	Amostra feminina		Amostra masculina	
	Experiência interna	Abertura	Experiência interna	Abertura
EADS total	-0,11	-0,04	-0,03	0,14
Ansiedade	-0,06	-0,01	0,11	0,21*
Depressão	-0,16*	-0,10	-0,15	-0,001
<i>Stress</i>	-0,06	-0,00	-0,00	0,19*
PRQCI	0,29***	0,22**	0,30***	0,30***

EADS = Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; PRQCI = Inventário de Componentes da Qualidade Relacional Percebida

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

Realizaram-se correlações parciais para testar se, na mulher, a intensidade da resolução explica a relação entre menos depressão e melhor funcionamento sexual em geral e orgásmico em particular. Controlando a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação, a correlação entre o funcionamento sexual feminino (FSFI total) e a depressão é de -0,26,  $p < 0,001$ , enquanto a correlação simples é de -0,30,  $p < 0,001$ . Controlando a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação, a correlação entre o funcionamento e a função orgásmica feminina (dimensão orgasmo do FSFI) é de -0,21,  $p = 0,001$  enquanto a correção simples é de -0,25,  $p < 0,001$ . Portanto, a resolução explicou apenas uma limitada e modesta porção de variância da associação entre depressão e dificuldades orgásmicas e sexuais mais gerais.

Para avaliar se existe diferenças entre gênero relativamente à capacidade em atingir orgasmos, utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado. Os pressupostos ( $N \geq 20$ ; 80% dos valores esperados superiores a 5;  $100\% > 1$ ) foram devidamente validados. Os resultados demonstram que atingir o orgasmo encontra-se associado ao gênero ( $X^2_{(1)} =$

5,423;  $p = 0,020$ ;  $N = 404$ ). Na Tabela 22, podemos observar que o género feminino apresenta uma maior percentagem de casos em que não atingiu o orgasmo (14,2%) comparativamente ao género masculino (6,6%).

**Tabela 22**

*Comparação da capacidade em atingir orgasmos entre géneros.*

		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Orgasmo	Não	14,2%	6,6%	11,4%
	Sim	85,8%	93,4%	88,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Na Tabela 23, encontram-se os resultados obtidos na amostra feminina e na amostra masculina relativamente às correlações entre orgasmo na última relação sexual, humor e qualidade da relação percebida. A ansiedade, depressão e *stress* não estão correlacionadas significativamente com o orgasmo na última relação. No entanto, tanto para as mulheres como para os homens, a qualidade relacional percebida está positiva e significativamente correlacionada com o orgasmo.

**Tabela 23**

*Correlações entre o orgasmo na última relação sexual, humor e qualidade da relação.*

Orgasmo na última relação sexual		
	Amostra feminina	Amostra masculina
EADS total	-0,08	0,09
Ansiedade	-0,09	-0,13
Depressão	-0,08	-0,001
<i>Stress</i>	-0,04	-0,11
PRQCI	0,14*	0,20*

EADS = Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; PRQCI = Inventário de Componentes da Qualidade Relacional Percebida

\* $p < 0,05$

## Discussão

Os objetivos desta investigação são o desenvolvimento de uma escala de profundidade da fase de resolução e analisar se a profundidade da resolução se correlaciona com outras dimensões da resposta sexual, com a qualidade da relação amorosa e com os estados de humor.

Relativamente ao primeiro objetivo, realizou-se uma análise fatorial que revelou que a Escala de Resolução Sexual (SRS) é constituída por dois fatores, nomeadamente, a Experiência Interna e a Abertura à Comunicação. Quanto aos itens que compõem a escala, verificou-se adequada consistência interna e correlações significativas de todos os itens entre si. Neste sentido, é possível afirmar que este estudo confirma parte dos resultados obtidos por Passie e colaboradores (2005) ao mostrar que os itens são bons indicadores do que acontece no pós-sexo. As médias são altas, o que indica que a maioria dos sujeitos relata um aumento das sensações nas duas dimensões da resolução.

Posteriormente, numa amostra mais restrita, analisou-se o segundo objetivo. Quanto à última relação sexual, em ambas as amostras, verificou-se que a satisfação, o desejo, a excitação e a ocorrência de orgasmo se correlacionavam com as dimensões da resolução o que é congruente com a literatura. Existe uma relação entre desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual no sentido que todas as fases do ciclo de resposta sexual e resultante satisfação tendem a correlacionar-se entre si em termos de qualidade e intensidade (Sánchez-Fuentes et al., 2014). Quanto melhor o funcionamento sexual, melhor a fase de resolução. No presente estudo, verifica-se que o orgasmo não é assim tão relevante, ao contrário da satisfação e do desejo que têm correlações mais fortes com a resolução. Estas correlações podem ser explicadas por, no fundo, a resolução ser uma expressão da satisfação dos desejos de cada um. A resolução pode ser considerada o fim de uma tensão que existe enquanto o desejo não é satisfeito. Ou seja, mais do que um estado pós-orgásmico, é a satisfação de um desejo prévio. Caso o desejo seja muito grande, a resolução é sentida de uma forma mais profunda, uma vez que é considerado como algo importante para o sujeito. Também é possível que o orgasmo tenha um papel mais importante na resolução do que poderá parecer, mas não determinado pela ocorrência de orgasmo em si, mas sim pelas características do orgasmo. Em consonância com esta noção, observou-se que, em ambos os géneros, a intensidade do orgasmo apareceu mais fortemente correlacionado com a profundidade da resolução do que a ocorrência do orgasmo em si.

A profundidade da fase de resolução mostrou estar relacionada a um melhor funcionamento sexual, tanto nas mulheres como nos homens. Um funcionamento sexual adequado e com sucesso é influenciado por vários fatores hormonais e físicos suscetíveis aos efeitos de estímulos psicológicos (Marques et al., 2008). Em ambas as amostras, a satisfação sexual revelou-se associada à profundidade de resolução. A satisfação sexual é uma resposta afetiva que surge da avaliação subjetiva de áreas positivas e negativas relacionadas com a atividade sexual (Lawrence & Byers, 1995), podendo ser afetada por vários aspetos, tais como, individuais, relacionais, sociais e culturais (Sánchez-Fuentes et al., 2014). É fundamental referir que satisfação e resolução não são a mesma coisa. No estudo verifica-se que a correlação é moderada, sendo que satisfação e resolução não se sobrepõem uma a outra. A associação entre a profundidade de resolução e a satisfação sexual pode ter como explicação o facto de que exteriorizar sentimentos e sensações experienciadas durante a atividade sexual, poderá aumentar sentimentos de prazer e de conexão entre o casal. Ademais, a satisfação remete para uma coerência entre a atividade sexual que o sujeito deseja e a atividade sexual que o sujeito experiencia (Brehm, 1992).

A ansiedade, depressão e *stress* não surgiram associados a uma melhor fase de resolução, exceto a depressão na Experiência Interna das mulheres e a ansiedade e o *stress* na Abertura à Comunicação nos homens. Quanto maiores os níveis de depressão nas mulheres, pior a profundidade de Experiência Interna, o que é consistente com a literatura uma vez que a depressão é caracterizada pela diminuição ou ausência de interesse e prazer, baixo nível de autoestima, cansaço exagerado e alterações na capacidade de atenção e concentração que pode afetar todas as fases da resposta sexual (Pinto et al., 2015; Barata, 2017; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre, 2006). Sabe-se que mulheres com perturbação depressiva apresentam maiores dificuldades sexuais comparativamente a mulheres sem depressão (Atlantis & Sullivan, 2012; Clayton et al., 2012; Cyranowski et al., 2004). Quanto aos homens, a Abertura à Comunicação surgiu associada a ansiedade e *stress*, o que não era expectável de acordo com a literatura.

A qualidade da relação está correlacionada com uma melhor resolução e uma melhor função orgásmica, o que vai de encontro com a literatura. Considera-se que quanto maior a satisfação com a relação, maior a satisfação sexual e a comunicação entre o casal (Narciso & Costa, 1996; Markman et al., 1993; Meston & Trapnell, 2005; Byers, 2005). Estes resultados vão ao encontro o que se encontrou em outros estudos, uma vez que se sabe que a atividade sexual tem influência na satisfação sexual, relacional, no bem-estar

emocional e na qualidade de vida das mesmas (Stephenson et al., 2013; Mark & Jozkowski, 2013; Byers, 1999; Bridges & Horne, 2007; Sims & Meana, 2010).

No presente estudo, verificou-se que atingir o orgasmo está associado ao gênero, sendo que o gênero feminino apresenta uma maior percentagem de casos em que não atingiu o orgasmo comparativamente ao gênero masculino. Esta diferença pode ser ainda explicada pelas distrações cognitivas e de atenção, uma vez que interferem com o alcance de uma resposta sexual adequada e com a ocorrência de orgasmo (Dove & Wiederman, 2000; cit. por Cuntim & Nobre, 2011), mas também pelo comportamento do parceiro masculino (Brody & Weiss, 2010; Weiss & Brody, 2009, 2011). Em ambos os sexos, verificou-se que a Experiência Interna apresenta uma correlação fraca com a ausência de orgasmo.

Ademais, esta investigação não apresentou associações entre a capacidade de atingir o orgasmo e estados de humor em geral. No entanto, a intensidade da resolução correlacionou-se com menos depressão e melhor funcionamento orgásmico nas mulheres. Existe literatura que confirma que mulheres com dificuldades orgásmicas apresentam maiores níveis de ansiedade, irritabilidade, frustração, tristeza, menores níveis de desejo e de satisfação sexual (Opperman e colaboradores, 2014; Gonçalves et al., 2019). Apesar da ocorrência do orgasmo não ser imprescindível na sexualidade, a sua importância é evidente para algumas pessoas, uma vez que é vista como o objetivo final, motivando-as para a realização de atividades sexuais. É fundamental compreender melhor as experiências sexuais de mulheres e homens, visto que existe diversas formas de experienciar o orgasmo e o estado pós-orgásmico. Uma vida sexual saudável começa pela aceitação de si próprio e termina no processo e nas interações sexuais, em vez dos seus objetivos.

Neste estudo, existe ainda um conjunto de limitações que devem ser tidas em consideração. Os dados analisados são de natureza correlacional, o que não permite a compreensão de inferências causais na relação entre a profundidade de resolução e as variáveis sexuais, emocionais e relacionais. Os participantes foram selecionados por meio de uma técnica de amostragem não probabilística, consoante alguns critérios de inclusão específicos. Para além disso, a amostra incluiu apenas utilizadores de *internet*, sendo que a maioria pertence ao gênero feminino, o que se considera uma limitação na generalização dos resultados.

A presente investigação, apesar das limitações referidas, obteve resultados interessantes do ponto de vista teórico e empírico. As limitações supramencionadas fornecem também alguma orientação para estudos futuros, sendo relevante a replicação da investigação com uma amostra mais representativa. Também se considera pertinente a realização de um estudo futuro em que as experiências de fase de resolução remetessem para um apanhado global do último mês, em vez de remeter para a última relação sexual. A metodologia usada foi a mais correta para se testar qual a influência de orgasmo e das suas características na resolução, mas uma medida sobre a profundidade geral da resolução ao longo de um mês será mais adequado para testar correlações com estados de humor, eles próprios avaliados ao longo de um tempo prolongado. Ambas as metodologias devem complementar-se. Salienta-se ainda a importância da realização de mais estudos, incluindo experimentais, em que seja avaliada a fase de resolução, uma vez que a mesma tem tido pouco ênfase até à atualidade.

### **Considerações Finais**

A fase de resolução parece estar positivamente relacionada com um melhor funcionamento sexual, tanto nas mulheres, como nos homens. Assim, este é o início de um percurso interessante para a área da sexualidade. Espera-se que o conhecimento divulgado fomente novas investigações e que possam ter consequências relativamente ao bem-estar emocional e sexual dos sujeitos. Posto isto, e como nota final, é fundamental identificar os aspetos psicológicos que sustentam uma melhoria do funcionamento sexual e os que pioram, de maneira a desenvolver abordagens clínicas mais completas e atuais.

## Referências

- Abdo, C. H. N. (2005). Ciclo de resposta sexual: menos de meio século de evolução de um conceito. *Diagnóstico & Tratamento*, 10(4), 220-222
- Abdo, C. H. N. (2010). Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagnóstico & Tratamento*, 15(2), 88-90
- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162-167. Doi: 10.1590/S0101-60832006000300006
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sex Medicine*, 2(6), 793-800. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x
- APA – American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed). Lisboa: Climepsi editores
- Arcos-Romero, A. I., Granados, R., & Sierra, J. C. (2019). Relationship between orgasm experience and sexual excitation. Validation of the model of the subjective orgasm experience. *International Journal of Impotence Research*, 31, 282-287. Doi: 10.1038/s41443-018-0095-6
- Arcos-Romero, A. I., & Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la experiencia subjetiva del orgasmo. *Revista Internacional de Andrologia*, 16, 75-81. Doi: 10.1016/j.androl.2017.09.003
- Atlatins, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 1497-1507
- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual function. *British Medical Bulletin*, 57, 81-99
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208. Doi: 10.1023/A:1023420431760

- Barata, B. C. (2017). Affective disorders and sexual function from neuroscience to clinic. *Current Opinion in Psychiatric*, 30(6), 396-401. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000362
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148. Doi: 10.1037/0022-006X.54.2.140
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2008). *Abnormal psychology: An integrated approach belmont*. California: Wadsworth Publishing
- Basson, R. (2001). Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics Gynecology*, 98 (2), 350-352. Doi: 10.1016/S0029-7844(01)01452-1
- Berenguer, C., Rebôlo, C., & Costa, R. M. (2019). Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(8), 729-738.
- Bradford, A., & Meston, C. M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behavior Research and Therapy*, 44(8), 1067-77. Doi: 10.1016/j.brat.2005.08.006
- Brehm, S. (1992). *Intimate Relationships*. New York: McGraw-Hill
- Bridges, S. K., & Horne, S. G. (2007). Sexual satisfaction and desire discrepancy in same sex women's relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 41-53.
- Britto, R., & Benetti, S. P. C. (2010). Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. *Revista da SBPH*, 13(2), 243-258.
- Brody, S., & Costa, R. M. (2009). Satisfaction (sexual life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *Journal of Sex Medicine*, 6, 1947-54. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01303.x
- Brody, S., & Weiss, P. (2010). Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2774-2781. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01469.x

- Brody, S., & Weiss, P. (2011). Simultaneous penile-vaginal intercourse orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 734-741. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02149.x
- Burri, A., & Hilpert, P. (2020). Postcoital symptoms in a convenience sample of men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 556-559. Doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.009
- Butler, C. A. (1976). New data about female sexual response. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2(1), 40-46. Doi: 10.1080/00926237608407071
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.
- Byers, E. S. (1999). The interpersonal exchange model of sexual satisfaction: implications for sex therapy with couples. *Canadian Journal of Counselling*, 33, 95-111
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118
- Cardoso, C. M. (2001). Pelos trilhos da angústia. *Revista Saúde Mental*, 1(3), 21-26.
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, 295(2), 295-336
- Clayton, A. H., Maserejian, N. N., Connor, M. K, Huang, L., Heiman, J. R., & Rosen, R. C. (2012). Depression in premenopausal women with HSDD: baseline findings from the HSDD Registry for Women. *Psychosomatic Medicine*, 74, 305-311
- Coelho, C. F. V. (2011). *Dor, ansiedade, depressão e funcionamento sexual em mulheres com fibromialgia* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto
- Costa, R. M., & Brody, S. (2007). Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(4), 319-327.

- Costa, R. M., Pestana, J., Costa, D., & Wittmann, M. (2016). Altered states of consciousness are related to higher sexual responsiveness. *Consciousness and Cognition*, 42, 135-141. Doi: 10.1016/j.concog.2016.03.013
- Craske, M., Rauch, S., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D., & Zinbarg, R. (2009). What is an Anxiety Disorder? *Depression and Anxiety*, 26, 1066-1085. Doi: 10.1002/da.20633
- Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa
- Cuntim, M., & Nobre, P. (2011). The role of cognitive distraction on female orgasm, *Sexologies*, 20, 212-214
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. J. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 267-273 Doi: 10.1016/j.jpsychires.2003.08.003
- Darling, C. A., Davidson, J. K., & Cox, R. P. (1991). Female Sexual Response and the timing of partner orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17(1), 3-21. Doi: 10.1080/00926239108405464
- Davidson, J. K., & Darling, C. A. (1989). Self-perceived differences in the female orgasmic response. *Family Practice Research Journal*, 8(2), 75-84
- Davidson, J. K., Darling, C. A., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: sexual behaviour and sexual satisfaction revisited. *The Journal of Sex Research*, 32(3), 235-243. Doi: 10.1080/00224499509551794
- Denes, A. (2012). Pillow talk: exploring disclosures after sexual activity. *Western Journal of Communication*, 76(2), 91-108. Doi: 10.1080/10570314.2011.651253
- Denes, A. (2020). Gene X environment interactions and pillow talk: investigating the associations among the OXTR gene, orgasm, post sex communication and relationship satisfaction in young adult relationships. *Communication studies*, 1-18. Doi: 10.1080/10510974.2020.1807373

- Denes, A., Dhillon, A., & Speer, A. C. (2017). Relational maintenance strategies during the post sex time interval. *Communication Quarterly*, *65*(3), 307-332. Doi: 10.1080/01463373.2016.1245206
- DeRogatis, L. R., Clayton, A. H., Rosen, R. C., Sand, M., & Pyke, R. E. (2011). Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Archives of Sexual Behavior*, *40*(2), 217-219.
- DGS – Direção Geral de Saúde (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa, Portugal. Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Dickenson, J.A., Alley, J., & Diamond, L. M. (2019). Subjective and oxytocinergic responses to mindfulness are associated with subjective and oxytocinergic responses to sexual arousal. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1101. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01101
- Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*, 67-78. Doi: 10.1080/009262300278650
- Dunn, M. E., & Trost, J. E. (1989). Male multiple orgasms: A descriptive study. *Archives of Sexual Behavior*, *18*(5), 377-387. Doi: 10.1007/BDF01541970
- Falconier, M. K., Nussbeck, F., Bodenmann, G., Schneider, H., & Bradbury, T. (2015). Stress from daily hassles in couples: Its effects on intradyadic stress, relationship satisfaction, and physical and psychological well-being. *Journal of Marital & Family Therapy*, *41*, 221-235. Doi: 10.1111/jmft.12073
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, *7*(2), 143-150. Doi: 10.1590/S1519-38292007000200004
- Fletcher, G., Simpson, J., & Geoff, T. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 3, 340-354. Doi: 10.1177/0146167200265007

- Fleury, H. J., & Abdo, C. H. N. (2009). Desejo sexual feminino. *Diagnóstico & Tratamento*, *14*(1), 47-51
- Galati, M. C. R., Junior, E. D. O. A., Deelmaschio, A. C. C., & Horta, A. L. D. M. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais, *Psico-USF*, *19*(2), 242-252. Doi: 10.1590/1413-82712014019002014
- Goldstein, I., Kim, N. N., Clayton, A. H., DeRogatis, L. R., Giraldi, A., Parish, S. J., Pfaus, J., Simon, J. A., Sheryl, A., Kingsberg., Meston, C., Stahl, S. M., Wallen, K., & Worsley, R. (2017). Hypoactive sexual desire disorder. *Mayo Clinic Proceedings*, *92*(1), 114-128. Doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018
- Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the portuguese version. *The Journal Of Sexual Medicine*, *9*(1), 180-187.
- Gonçalves, W. S., Gherman, B. R., Abdo, C. H. N., Nardi, A. E., & Appolinário, J. C. B. (2019). Função e disfunção sexual na depressão: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *68*(2), 110-120. Doi: 10.1590/0047-2085000000234
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. Pearson Prentice Hall
- Hamilton, L. D., & Julian, A. M. (2014). The relationship between daily hassles and sexual function in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *40*, 379-395. Doi: 10.1080/0092623X.2013.864364
- Haning, R. V., O'Keefe, S. L., Randall, E. J., Kommor, M. J., Baker, E., & Wilson, R. (2007). Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *33*, 93-113. Doi: 10.1080/00926230601098449
- Hawton, K., Gath, D., & Day, A. (1994). Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: Effects of age, marital, socioeconomic, psychiatric, gynecological, and menopausal factors. *Archives of Sexual Behavior*, *23*(4), 375-395. Doi: 10.1007/bf01541404

- Humphries, A. K. & Cioe, J. (2009). Reconsidering the refractory period: an exploratory study of women's post-orgasmic experiences. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*(3), 127-143
- Iankowski, S. (2003). *Ereção e falha: falhou, porquê?: um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções*. Porto Alegre: Imprensa Livre
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. John Wiley and Sons: New York
- Katz, R. C., & Jardine, D. (1999). The relationship between worry sexual aversion, and low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy, 25*(4), 293-6. Doi: 10.1080/00926239908404006
- Kempeneers, P., Andrianne, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J. F., & Blairy, S. (2013). Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 55-66. Doi: 10.1007/s10508-012-9958-y
- Kirkpatrick, M. G., Francis, S. M., Lee, R., de Wit, H., & Jacob, S. (2014). Plasma oxytocin concentrations following MDMA or intranasal oxytocin in humans. *Psychoneuroendocrinology, 46*, 23-31. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.04.006
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature, 435*, 673-676. Doi: 10.1038=nature03701
- Lara, L. A. S., Silva, A. C. J. S. R., Romão, A. P. M. S., & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 30*(6), 312-321. Doi: 10.1590/S0100-72032008000600008
- Lawrence, K., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in heterosexual long-term relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships, 2*(2), 267-285
- Leeners, B., Kruger, T. H., Brody, S., Schmidlin, S., Naegeli, E., & Egli, M. (2013). The quality of sexual experience in women correlates with post-orgasmic prolactin

- surges: results from an experimental prototype study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(5), 1313-1319. Doi: 10.1111/jsm.12097
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI, 3, 82-93
- Liu, M. (2002). Influence of sexual performance anxiety on erectile dysfunction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 1, 47-9
- Lourenço, M. (2002). Afetos, sexualidade e desenvolvimento humano. *Saúde Mental*, 4(2), 20-28
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scale (Dass) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Mah, K., & Binik, Y. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 825-856. Doi: 10.1016/s0272-7358(00)00069-6
- Mark, K. P., & Jozkowski, K. N. (2013). The mediating role of sexual and nonsexual communication between relationship and sexual satisfaction in a sample of college-age heterosexual couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, 410-427
- Markman, H., Renick, M., Floyd, F., Stanley, S., & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4-and-5-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª ed.) Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturais* (3ª ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3-6), 175-183
- Master, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown

- Master, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown
- Meston, C. M., Hull, L., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The Journal of Sexual Medicine, 1*(1), 66-68. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10110.x
- Meston, C., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *The Journal of Sexual Medicine, 2*(1), 66-81
- Muise, A., Giang, E., & Impett, E. A. (2014). Post sex affectionate exchanges promote sexual and relationship satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 43*(7), 1391-1402. Doi: 10.1007/s10508-014-0305-3
- Narciso, I., & Costa, M. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica, 10/11*, 129-139
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções sexuais*. Lisboa: Climepsi
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archive of Sex Behavior, 35*, 491-499. Doi: 10.1007/s10508-006-9047-1
- Opperman, E., Braun, A., Clarke, V., & Rogers, C. (2014). “It feels so good it almost hurts”: young adults’ experiences of orgasm and sexual pleasure. *Journal of Sex Research, 5*(5), 503-515. Doi: 10.1080/00224499.2012.753982
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 20*, 357-370
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas De Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5*(2), 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do Questionário de Satisfação com o Relacionamento Sexual (QSRS) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde & Doença, 6*(2), 101-202

- Passie, T., Hartmann, U., Schneider, U., Emrich, H. M., & Kruger, T. H. C. (2005). Ecstasy (MDMA) mimics the post-orgasmic state: Impairment of sexual drive and function during acute MDMA-effects may be due to increased prolactin secretion. *Medical Hypotheses*, *64*(5), 899-903. Doi: 10.1016/j.mehy.2004.11.044
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, *7*(1), 33-44.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, *1*(27), 99-108
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *16*(2), 148-163.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/LivPsic
- ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa
- Rosen, C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, *49*(6), 822-830.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabishigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *26*, 191-208. Doi: 10.1080/00926230027897
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crises de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson
- Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*, 67-75. Doi: 10.1016/S1697-2600(14)70038-9
- Santos, J., Albuquerque, A., Vieira, A. P., Fernandes, A., Costa, E. S., Ferreira, F., Carvalho, J., & Morais, R. C. (2010). O comportamento sexual dos jovens e as suas implicações para a saúde física e mental: contextualização teórica. Em Leal, I., Ribeiro J. L. P., Marques, M., & Pimenta, F. (Eds). *Saúde, sexualidade e género*:

*actas do 8º congresso nacional de psicologia da saúde*. Universidade do Minho, Minho, Portugal

- Schreiner-Engel, P., & Schiavi, R. C. (1986). Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 646-651. Doi: 10.1097/aog.0b013e318189cdb
- Shaughnessy, J. J., & Zechmeister, E. B. (1990). *Instructor's manual to accompany research methods in psychology*. McGraw-Hill
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women. *Obstetrics & Gynecology*, *112*(5), 970-978. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb
- Shindel, A. W., Eisenberg, M. L., Breyer, B. N., Sharlip, I. D., & Smith, J. F. (2011). Sexual function and depressive symptoms among female North American medical students. *Journal of Sex Medicine*, *8*, 391-9. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02085.x
- Sims, K. A., & Meana, M. Why did passion wane? A qualitative study of married women's attributions for declines in sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *36*, 360-380
- Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2013). Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(1), 143-152
- Strand, J., Wise, T. N., Fagan, P. J., & Schmidt, C. W. (2002). Erectile dysfunction and depression: category or dimension? *Journal of Sex & Marital Therapy*, *28*, 175-181. Doi: 10.1080/00926230252851906
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., & Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, *52*(2), 565-573.
- Ter Kuile, M. M., & Vigeveno, D., & Laan, E. (2007). Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research Therapy*, *45*, 2078-2089.
- Van Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety

disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 47-57. Doi: 10.1080/14681990050001556

Weiss, P., & Brody, S. (2009). Women's partnered orgasm consistency is associated with greater duration of penile-vaginal intercourse but not of foreplay. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(1), 135-141. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01041.x

Weiss, P., & Brody, S. (2011). International Index of Erectile Function (IIEF) scores generated by men or female partners correlate equally well with own satisfaction (sexual, partnership, life, and mental health). *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1404-1410. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02214.x

WHO – World Health Organization (2004). Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, 67, 1-8. Geneva, Switzerland

Zheng, J., Skiba, M. A., Bell, R. J., Islam, R. M., & Davis, S. R. (2020). The prevalence of sexual dysfunctions and sexually related distress in young women: a cross-sectional survey. *Fertility and Sterility*, 113(2), 426-434. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.09.027

## **Anexos**

### **Anexo I – Consentimento Informado**

O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação de mestrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, e tem como objetivo estudar a relação entre a sexualidade e os estados de humor.

É previsto que este questionário tenha como duração cerca de 15 minutos.

Os dados recolhidos através deste questionário são anónimos e as suas respostas são confidenciais, sendo utilizado para fins estatísticos.

Neste questionário não há respostas certas nem erradas, todas as respostas são válidas. Responda de forma o mais sincera possível a todas as questões.

Agradecemos a sua participação que é fundamental para o sucesso desta investigação.

Para qualquer questão relativa ao questionário ou outras informações, contacte o investigador responsável pelo estudo:

Inês Raquel Costa Rodrigues – [inesraquel98@hotmail.com](mailto:inesraquel98@hotmail.com)

Professor Orientador: Professor Doutor Rui Costa

Este estudo destina-se a pessoas heterossexuais sexualmente ativas. **Prossiga apenas se tiver mais de 18 anos.**

## **Anexo II – Questionário *Online***

**Por favor, leia com atenção e assinale as suas respostas às seguintes questões:**

Género:

- Feminino
- Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Divorciado/a ou separado/a
- Viúvo/a

Área de Residência: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado

Doutorado

Profissão: \_\_\_\_\_

Tem algum problema de saúde?

Sim

Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Toma medicamentos?

Sim

Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

Tem parceiro/a sexual regular?

Sim

Não

Incerto/a

Se sim, qual a duração do seu relacionamento (anos/meses)? \_\_\_\_\_

Se sim, coabitam?

Sim

Não

Teve relações sexuais nas últimas quatro semanas? Não considere relações sexuais masturbação ou cibersexo.

Sim

Não

Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?

Só com o sexo oposto

Principalmente com o sexo oposto

Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo

Principalmente com o mesmo sexo

Só com o mesmo sexo

Relativamente à sua última relação sexual avalie numa escala de 1 (absolutamente nada) a 7 (extremamente):

Até que ponto se sentiu satisfeito/a após a sua última relação sexual?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

Até que ponto sentiu desejo na sua última relação sexual?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente



Relativamente ao orgasmo através de coito vaginal (pénis na vagina) sem estimulação direta do clítoris:

Até que ponto se sentiu satisfeita após o orgasmo?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

Até que ponto sentiu que o orgasmo foi intenso?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

Até que ponto foi difícil para si atingir o orgasmo?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

Achou que o seu orgasmo ocorreu demasiado rapidamente?

Sim

Não

Talvez

O seu orgasmo foi simultâneo ao do seu parceiro?

Sim

Não





Achou que o seu orgasmo ocorreu demasiado rapidamente?

- Sim
- Não
- Talvez

O seu orgasmo foi simultâneo ao do seu parceiro?

- Sim
- Não

*(De seguida serão apresentadas questões para o género masculino)*

Na sua última relação sexual, teve um orgasmo através de coito vaginal (pénis na vagina)?

- Sim
- Não

Relativamente ao orgasmo através de coito vaginal (pénis na vagina):

Até que ponto se sentiu satisfeito após o orgasmo?

- |                    |   |   |   |   |   |              |
|--------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7            |
| Absolutamente nada |   |   |   |   |   | Extremamente |

Até que ponto sentiu que o orgasmo foi intenso?

- |                    |   |   |   |   |   |              |
|--------------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7            |
| Absolutamente nada |   |   |   |   |   | Extremamente |







5. Com uma paz profunda

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

6. Mais imaginativo/a

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

7. Mais predisposto/a a falar de assuntos com uma carga emocional

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

8. Mais predisposto/a a ouvir assuntos com uma carga emocional

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

9. Mais deprimido/a, ansioso/a ou irritado/a

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

## *Funcionamento Sexual Feminino*

Assinale a resposta mais adequada às suas relações sexuais nas últimas quatro semanas.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante as relações sexuais?

- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível de excitação sexual durante as relações sexuais?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir ficar excitada durante as relações sexuais?

- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante as relações sexuais?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Quase sempre/sempre

- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim das relações sexuais?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim das relações sexuais?

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil

- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante as relações sexuais?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante as relações sexuais?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Quase sempre/sempre

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Quase sempre/sempre

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível (grau) de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Muito elevado

Elevado

Moderado

- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Normalmente, qual a percentagem de vezes que tem orgasmos durante o coito vaginal (pénis na vagina) sem estimulação direta do clítoris?

- Nunca
- Menos de 25% das vezes
- 25-50% das vezes
- 51-75% das vezes
- 76-100% das vezes

Utilizando a seguinte escala, de 0 (nunca) a 4 (sempre), indique como se sentiu nas últimas quatro semanas.

0 – Nunca; 1 – Raramente; 2 – Ocasionalmente; 3 – Frequentemente; 4 – Sempre.

Nas últimas quatro semanas, sentiu-se...

	0	1	2	3	4
1. Angustiada com a sua vida sexual					
2. Infeliz com o seu relacionamento sexual					
3. Culpada pelas suas dificuldades sexuais					
4. Frustrada pelos seus problemas sexuais					
5. Stressada com o sexo					
6. Inferior por causa dos seus problemas sexuais					
7. Preocupada com o sexo					

8. Sexualmente problemática					
9. Arrependida com a sua sexualidade					
10. Envergonhada com os seus problemas sexuais					
11. Insatisfeita com a sua vida sexual					
12. Irritada com a sua vida sexual					
13. Incomodada por baixo desejo sexual					

### *Funcionamento Sexual Masculino*

Indique a resposta mais adequada às suas relações sexuais nas últimas quatro semanas.

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte 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?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempr

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua parceira?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempr

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua ereção depois de ter penetrado a sua parceira?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempr

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua ereção até ao fim da relação sexual?

Extrema dificuldade

Muita dificuldade

Dificuldade moderada

Ligeira dificuldade

Nenhuma dificuldade

6. Durante as relações sexuais, com que frequência teve dor ao manter a ereção?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?

- Nenhuma satisfação
- Pouca satisfação
- Satisfação moderada
- Grande satisfação
- Muito grande satisfação

9. Quando teve relações sexuais, com que frequência ejaculou?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- Quase sempre/sempre

10. Quando teve relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- A maior parte 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

Indique a resposta mais adequada às suas relações sexuais nas últimas quatro semanas.

1. Relativamente à sua última relação sexual, até que ponto foi difícil para si atrasar a sua ejaculação?

- Nada difícil
- Um pouco difícil
- Moderadamente difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

2. Ejaculou antes de querer?

- Sim
- Não

3. A sua ejaculação aconteceu com pouco estímulo?

- Sim
- Não

4. Sentiu-se frustrado por ejacular antes de querer?

- Absolutamente nada
- Levemente
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

5. Ficou preocupado por achar que o tempo que demorou a ejacular deixou a sua parceira sexual insatisfeita?

Absolutamente nada

Levemente

Moderadamente

Muito

Extremamente

### *Qualidade Relacional*

Relativamente ao relacionamento que tem com o/a seu/sua parceiro/a sexual, responda numa escala de 1 (absolutamente nada) a 7 (extremamente).

1. Até que ponto está satisfeito/a com o seu relacionamento?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

2. Até que ponto se sente comprometido/a ao seu relacionamento?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente

3. Até que ponto se sente próxima/o do/a seu/sua parceiro/a?

1                      2      3      4      5      6      7

Absolutamente nada

Extremamente



Durante a semana passada...

	0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar.				
2. Senti a minha boca seca.				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
4. Senti dificuldades em respirar.				
5. Tive dificuldades em tomar iniciativa para fazer coisas.				
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.				
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.				
11. Dei por mim a ficar agitado/a.				
12. Senti dificuldade em me relaxar.				
13. Senti-me desanimado/a e melancólico/a.				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.				
15. Senti-me quase a entrar em pânico.				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.				
18. Senti que por vezes estava sensível.				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.				

20. Senti-me assustado/a sem ter tido uma boa razão para isso.				
21. Senti que a vida não tinha sentido.				

**Obrigada pela sua colaboração!**