



**ISPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**IMPACTO DO PROCESSO DE ANDROPAUSA NA  
SATISFAÇÃO RELACIONAL, SEXUAL E AUTO-  
IMAGEM**

**ANA LUÍSA RELVAS CACHEIRA RITO PEREIRA**

Orientador de Dissertação:

**PROF. DOUTOR PEDRO ALEXANDRE COSTA**

Coordenador(a) de Seminário de Dissertação:

**PROF. DOUTORA ISABEL LEAL**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Alexandre Costa, apresentada no ISPA- Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a todas as pessoas que ao longo do meu percurso académico me incentivaram e ajudaram a cumprir o meu objectivo profissional que parece estar mais uma vez concretizado face à entrega deste documento.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais e ao Frederico Silva por terem estado sempre ao meu lado e por terem acreditado em mim.

Quero também agradecer ao Prof. Dr. Pedro Costa pelo seu apoio e disponibilidade manifestados ao longo destes meses, que proporcionaram a concretização desta batalha, pois sem a sua colaboração esta tese tornar-se-ia muito mais complexa.

Agradeço igualmente a todos os participantes no estudo EVISA que possibilitaram a conclusão deste projecto.

E por último, a todos os meus amigos que sempre me apoiaram, bem como às minhas colegas de Mestrado, especialmente à Diana Barja e Rute Martins pela amizade e trabalho conjunto.

## RESUMO

A Andropausa é um processo que se caracteriza pela diminuição gradual dos níveis de testosterona podendo afectar negativamente a saúde física e mental, afectando vários campos da vida do homem adulto. O principal objectivo deste projecto foi o de estudar o impacto dos sintomas da andropausa na satisfação relacional e sexual e na auto-imagem masculina.

A presente investigação envolveu um total de 128 participantes, com 40 ou mais anos ( $M = 52.9$ ;  $DP = 9.1$ ), que preencheram um protocolo de investigação EVISA (Experiências de Vida| Saúde na Idade Adulta).

Os resultados não demonstram uma associação significativa entre os sintomas sexuais de andropausa e a satisfação relacional e ainda entre os sintomas sexuais de andropausa e a importância dada à auto-imagem. Porém, existe uma associação positiva entre a satisfação sexual e a satisfação com a auto-imagem em homens adultos.

Neste estudo verificou-se igualmente que homens com 60 ou mais anos reportaram uma maior severidade de sintomas sexuais, do que homens com menos de 60 anos, bem como homens entre os 40 e os 49 anos apresentaram uma maior satisfação sexual do que homens com 60 ou mais anos. Outros resultados corroboram a literatura, como é o caso das duas dimensões de auto-imagem avaliadas neste estudo, uma vez que não foram encontradas diferenças no que respeita à satisfação e importância da auto-imagem em diferentes grupos etários. Contudo, sugere-se que estudos futuros avaliem a satisfação relacional com ambos os elementos que constituem a idade.

Palavras-chave: Andropausa; Satisfação Sexual; Satisfação Relacional; Auto-imagem.

## ABSTRACT

Andropause is a process characterized by a gradual decrease in testosterone levels that can adversely affect physical and mental health, affecting numerous areas of man's life. The main objective of the present study was to explore the impact of andropausal symptoms on relational and sexual satisfaction, and on male self-image.

This research involved a total of 128 participants with 40 or more years ( $M = 52.9$ ;  $DP = 9.1$ ), who completed the EVISA research protocol (Life Experiences | Health in Adulthood).

The results did not demonstrate a significant association between sexual symptoms of andropause and relational satisfaction, or between sexual symptoms of andropause and the importance given to self-image. However, there was a positive association between sexual satisfaction and satisfaction with self-image in adult men.

In this study it was also found that men with 60 or more years reported greater severity of sexual symptoms than men under 60 years, as well as men between 40 and 49 years that had greater sexual satisfaction than men with 60 or more years. Other results corroborate the literature, such as the case of two-dimensional self-image evaluated in this study, since there were no differences between the importance and satisfaction with self-image across different age groups. Therefore it is suggested that further studies evaluating the relational satisfaction with both elements of the dyad.

Keywords: Andropause; Sexual Satisfaction; Relational Satisfaction; Self-image.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>2</b>
Meia-idade e Andropausa.....	2
Satisfação relacional .....	4
Satisfação sexual.....	6
Auto-imagem.....	7
Andropausa e a sua influência na satisfação sexual, relacional e auto-imagem.....	9
<b>MÉTODO .....</b>	<b>10</b>
Participantes .....	10
Delineamento.....	13
Instrumentos .....	13
Procedimentos .....	16
Análise dos dados .....	17
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>18</b>
Análise preliminar .....	18
Análise estatística .....	18
Satisfação com a auto-imagem.....	18
Importância com a auto-imagem .....	19
Severidade de sintomas sexuais.....	20
Satisfação relacional .....	21
Satisfação sexual.....	22
Associação entre as variáveis em estudo .....	22
Diferenças entre grupos etários .....	23
Efeito preditor da satisfação com a auto-imagem na satisfação sexual.....	24
Efeito preditor da severidade de sintomas sexuais na satisfação sexual .....	25

<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
Limitações .....	31
Estudos Futuros .....	31
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>43</b>
Anexo A - Protocolo de investigação do projecto EVISA .....	43
Anexo B - Formas de recolha .....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Caracterização sociodemográfica da amostra</i> .....	11
Tabela 2 <i>Matriz de Correlações entre as variáveis de satisfação com a auto-imagem</i> .....	19
Tabela 3 <i>Matriz de Correlações entre as variáveis de importância com a auto-imagem</i> .....	19
Tabela 4 <i>Média e Desvio-padrão dos sintomas sexuais</i> .....	20
Tabela 5 <i>Matriz de Correlações entre a severidade de sintomas sexuais</i> .....	21
Tabela 6 <i>Média e Desvio-padrão da satisfação relacional</i> .....	21
Tabela 7 <i>Média e Desvio-padrão da satisfação sexual</i> .....	22
Tabela 8 <i>Matriz de Correlações entre as variáveis em estudo</i> .....	22
Tabela 9 <i>Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste ANOVA</i> .....	24
Tabela 10 <i>Resultados das Análises de Regressão para Estudo de Efeitos Directos e de Moderação para a dimensão Satisfação com a auto-imagem da variável dependente</i> .....	25
Tabela 11 <i>Resultados das Análises de Regressão para Estudo de Efeitos Directos e de Moderação para a dimensão Satisfação com a auto-imagem da variável dependente</i> .....	26

## INTRODUÇÃO

O processo de Andropausa tem sido discutido com alguma controvérsia, especialmente pela complexidade em diferenciá-lo do processo de envelhecimento natural do Homem (Wespes & Schulman, 2002). Assim, as mudanças no envelhecimento masculino, especialmente as questões da função testicular, têm sido alvo de um crescente interesse pela comunidade científica, com prevalência nos homens com idade superior a 50 anos (Saalu & Saalu, 2013; Taher, 2005).

De facto, existem ainda algumas implicações práticas no diagnóstico de um quadro de Andropausa, uma vez que o envelhecimento natural está associado a um declínio gradual e progressivo da testosterona, provocando alterações no funcionamento fisiológico. Não obstante à discussão entre envelhecimento e andropausa, as alterações fisiológicas na meia-idade levam a potenciais consequências psicológicas. A intervenção que tem sido realizada passa por uma abordagem multifacetada que abrange a prevenção e intervenção, com destaque para a identificação e tratamento de condições que impeçam o normal funcionamento fisiológico, por exemplo, depressão ou delírio. No que respeita ao declínio da testosterona, a intervenção clínica passa muitas vezes por submeter terapias de substituição, no sentido de uma melhoria do estado funcional, na prevenção de doenças, no aumento da qualidade de vida e na redução do risco de consequências físicas e psicológicas (Matsumoto, 2002).

No entanto, apesar da dificuldade sentida no diagnóstico da Andropausa, existe um conjunto de sintomas clínicos, que sucintamente são descritas no enquadramento teórico, bem como modificações bioquímicas presentes no Homem de meia-idade, que permitem a evidência deste processo (Samaras, Frangos, Forster, Lang & Samaras, 2012).

Considerando que o processo de Andropausa é condicionado por diversos factores como os de natureza física, cognitiva e sexual, este estudo, integrado no estudo EVISA (Experiência de Vida | Saúde na Vida Adulta), pretende esclarecer os sintomas associados à meia-idade, da qual a Andropausa faz parte, estudando o impacto deste processo na satisfação sexual, satisfação relacional e auto-imagem no Homem. A pertinência destas variáveis prende-se com a evidência das mudanças sexuais, relacionais e físicas no Homem a partir dos 40 anos.

Neste sentido, o enquadramento teórico que seguidamente se apresenta, inclui as diferentes conceptualizações e evoluções desta temática, integrando as variáveis em estudo (sintomas de Andropausa, satisfação sexual, satisfação relacional e auto-imagem).

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Meia-idade e Andropausa

A população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida, destacando-se um elevado aumento do ritmo de envelhecimento mundial (World Health Organization, 2015). Actualmente, 125 milhões de pessoas encontram-se com 80 ou mais anos e em 2050 espera-se um total de 434 milhões de pessoas nessa mesma faixa etária, em todo o Mundo.

Uma vida mais longa acarreta consigo oportunidades, não só para as pessoas idosas bem como para as suas famílias e sociedades como um todo. Com o aumento da esperança de vida, existe a oportunidade de continuar com novas actividades, que dependem fortemente de um factor: a saúde (World Health Organization, 2015).

Vários estudos têm investigado o processo hormonal do homem adulto, uma vez que as mudanças endócrinas desempenham um papel importante na manutenção das características sexuais, da actividade sexual, bem como no diagnóstico e controlo de doenças do sistema endócrino e metabólico (Gray, Feldman, McKinlay & Longcope, 1991).

Assim sendo, associado ao envelhecimento masculino surge, em 1944, o termo andropausa por Paul de Kruif relacionado com relatos masculinos que abordavam sintomas semelhantes aos experienciados por mulheres que se encontravam numa fase de menopausa (Heller & Myers, 1944). Estes sintomas caracterizavam-se essencialmente por sintomatologia nervosa e depressiva, implicações na memória, fadiga, insónias, afrontamentos, períodos de sudação e diminuição do vigor sexual.

As primeiras evidências deste processo masculino ocorreram em 1958 quando se constatou a existência de diminuições da testosterona nas veias do esperma, bem como em 1966 quando se confirmou esta diminuição na produção das células de Leydig (i.e. células que produzem testosterona e respondem à regulação da hipófise) - (Atwood & Bowen, 2011; Hollander & Hollander, 1958).

Neste sentido, no início do século XXI começou a emergir um interesse pela comunidade científica das mudanças no homem na meia-idade (Taher, 2005). Assim, dentro das principais mudanças que ocorrem ao longo do desenvolvimento do homem, destacam-se com maior prevalência as alterações do sistema endócrino, que se tornam evidentes à medida que a idade avança, uma vez que o homem apresenta um declínio gradual de testosterona, que se torna mais evidente após os 50 anos de idade (Carnegie, 2004; Jakiel, Makara-Studzińska, Ciebiera, Słabuszewska-Józwiak, 2015; Taher, 2005; Wylie et al., 2010).

Em Portugal, o termo Andropausa começou a ser debatido em 1994 no Porto nas Jornadas

do “Homem aos Cinquenta Anos”, sendo que este tema foi abordado como uma realidade e não como um mito (Pimenta, 2003). O mesmo autor salienta que este termo começou a ser falado como climatério masculino, síndrome de declínio androgéneo (*androgen decline in the aging male* – ADAM), síndrome de deficiência parcial androgénica (*partial deficiency of the aging male* – PADAM) ou andropenia.

Este processo provoca a diminuição e altera a capacidade de produção das células de Leydig (Vendeira, 2006; Wylie et al., 2010). Com o avançar da idade, todas as enzimas responsáveis pela síntese da testosterona diminuem, sendo que a partir dos 40 anos de idade a testosterona total diminui de 1 a 2% ao ano, a testosterona livre diminui dos 3% aos 40 anos de idade até aos 30% aos 60 anos de idade. Este processo apenas pode ser considerado em homens a partir dos 40 anos de idade; porém, enquanto que na menopausa, sensivelmente pelos 50 anos, a mulher é confrontada com um sinal claro da perda de menstruação (Patnaik & Barik 2005), na andropausa não existe um parâmetro objectivo de que se entrou neste processo. Este último poderá ser visível indirectamente através da sintomatologia clínica e directamente através da diminuição do nível de testosterona (Taher, 2005).

O conceito Andropausa, tal como afirma Taher (2005) tem sido cada vez mais debatido na sociedade, sendo que muitos investigadores concordam que o termo implica uma associação com a idade avançada, sendo no entanto variável de homem para homem não podendo ser definido com precisão. Em suma, a andropausa caracteriza-se por uma alteração testicular, endócrina e exócrina que se modifica com a idade, diferente de indivíduo para indivíduo no que respeita ao aparecimento dos seus sintomas, ao nível da intensidade e frequência dos mesmos (Pimenta, 2003).

Existem actualmente sintomas clínicos que permitem a realização de um diagnóstico de andropausa, como é o caso dos sintomas sexuais, que são essencialmente: a diminuição da qualidade erétil (particularmente ereções noturnas); a diminuição do desejo sexual; disfunção erétil; diminuição da libido; maior dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição da sensibilidade do pénis (Pimenta, 2003; Samaras, Frangos, Forster, Lang & Samaras, 2012; Taher, 2005).

Relativamente aos sintomas cognitivos que nos sugerem um quadro de Andropausa, compõem-se os seguintes: falhas na concentração; nervosismo; perturbações da memória; humor depressivo; insónias; falta de energia; falta de sensação generalizada de bem-estar; diminuição da actividade intelectual; alterações na orientação espacial; fadiga; situações depressivas e irritabilidade (Pimenta, 2003; Taher, 2005; Wylie et al., 2010). Relativamente à função sexual masculina, poucos estudos reforçam as alterações sexuais em homens adultos

como parte integrante da vida (Boul, 2007; Hong, Evans, Hall & Sheehan, 1994; Rowland, Greenleaf, Dorfman & Davidson, 1993), e raramente abordam a qualidade sexual ou a importância do sexo na vida adulta.

Quanto aos sintomas físicos observam-se especialmente: redução da massa muscular; aumento da gordura visceral; mudanças da densidade óssea; queixas nas articulações e nos ossos; diminuição da pilosidade; aumento da adiposidade; ligeira ginecomastia e hipoplasia testicular; redução da força (Pimenta, 2003; Taher, 2005; Wylie et al., 2010). Para além destes, verificam-se também sintomas vasomotores, nomeadamente suores noturnos e sudação periódica (Taher, 2005; Wylie et al., 2010).

Assim sendo, Beutel, Schumacher, Weidner e Brähler (2002) sugerem que futuros estudos devem aprofundar a qualidade da satisfação relacional e sexual no Homem adulto.

### **Satisfação relacional**

A satisfação relacional define-se como uma das principais áreas da avaliação do relacionamento, sendo que esta se prende com os sentimentos, pensamentos e comportamentos dentro do relacionamento conjugal (Hendrick, 1988).

Este constructo tem sido visto de formas diferentes consoante autores distintos. Por um lado, vários investigadores têm simplesmente visto a satisfação relacional como a forma como as pessoas vêem o seu casamento, tendo em conta entrevistas individuais de satisfação conjugal ou felicidade. Por outro lado, outros investigadores descrevem-na como uma característica da relação entre cônjuges, em vez de considerar esta satisfação como individual, onde cada cônjuge tem os seus sentimentos separadamente. Esta última perspectiva favorece as medidas de ajustamento conjugal, incluindo várias características relacionais como é o caso da comunicação e conflito (Glenn, 1990).

A satisfação relacional aumenta com a idade, sendo que homens que se caracterizam como mais confiáveis, verdadeiros e ordenados encontram-se mais satisfeitos com o seu par (Beutel, Schumacher, Weidner & Brähler, 2002).

Assim sendo, Robinson e Blanton (1993) estudaram o funcionamento marital e identificaram quatro características fundamentais em casamentos felizes, como sejam: a intimidade; o compromisso; a comunicação; a congruência; e a partilha da mesma orientação religiosa. A qualidade relacional para os mesmos autores baseia-se no amor, na reciprocidade, na comunicação, na compreensão, na orientação religiosa, na paciência, no compromisso, na intimidade, na responsabilidade partilhada, na identidade pessoal, na persistência, na esperança,

na flexibilidade e na congruência.

Também Butzer e Campbell (2008) mostraram que a satisfação relacional está significativamente correlacionada com a ansiedade, sendo que indivíduos ansiosos e indivíduos com parceiros ansiosos apresentam um nível mais elevado de satisfação relacional. Ao inverso de indivíduos com baixa ansiedade e com parceiros com baixa ansiedade, que mostraram ter níveis mais fracos de satisfação relacional. Smith et al. (2011) referem que os homens se sentem mais satisfeitos na relação do que as mulheres.

Fenell (1993) propôs dez características fundamentais para uma relação marital bem sucedida, como sejam: 1) compromisso de vida para o casamento; 2) lealdade ao cônjuge; 3) fortes valores morais; 4) respeito pelo cônjuge como um amigo; 5) compromisso com a fidelidade sexual; 6) desejo de ser um bom pai; 7) fé em Deus e compromisso espiritual; 8) desejo de agradar e apoiar o cônjuge; 9) bom companheiro; 10) disposição para perdoar e ser perdoado.

Lauer, Lauer e Kerr (1990) consideram que a satisfação relacional assenta nos seguintes princípios: a pessoa estar casada com alguém de que gosta; ter um compromisso com a pessoa e com a união; ter senso de humor; ser capaz de chegar a um consenso nas decisões.

Um dos modelos considerados pela literatura como viável para caracterizar a estrutura das relações conjugais é o *Circumplex Model of Marital and Family Systems*, que utiliza duas dimensões da estrutura de relacionamento, a coesão e a adaptação (Olson, Sprenkle & Russell, 1979, cit. por Craddock, 1991; Olson, Russell & Sprenkle, 1983, 1989, cit. por Craddock, 1991; Olson & McCubbin, 1990, cit. por Craddock, 1991). A coesão caracteriza-se pelos sentimentos de ligação emocional que o indivíduo tem com o parceiro, envolvendo a proximidade com o mesmo e o equilíbrio dentro do relacionamento. A adaptação refere-se ao grau de flexibilidade intra-relacional e à capacidade de mudança, tendo em conta as regras dentro do relacionamento e a adequação de resposta às situações de stress. A adaptação pode variar de extremamente baixa (rígida) e desta forma é altamente resistente à mudança, até extremamente alta (caótica), isto é, altamente sensível à mudança (Craddock, 1991).

A satisfação sexual de acordo com Glenn (1990) não é o único factor relevante quando se fala em satisfação relacional; existem também outras áreas relevantes como é o caso da distribuição de tarefas em casa e das decisões sobre dinheiro, que também contribuem para a satisfação relacional. Assim, as principais dimensões da satisfação relacional, prendem-se então com a felicidade conjugal, a interação, os conflitos intraconjugais, os problemas e a instabilidade.

A literatura conceptualiza diferentes perspectivas face à importância da satisfação

relacional na vida adulta masculina. Boul (2007) apresenta dois factores de resultado satisfatório na vida relacional, como sejam: a segurança e a intimidade emocional - como factores prioritários à função sexual . No entanto, é consensual entre os investigadores que existe uma forte associação positiva entre a satisfação relacional e sexual (Byers, 2005; Smith et al., 2011; Sprecher e Cate, 2004). Sprecher e Cate (2004) mostraram que indivíduos satisfeitos sexualmente com os seus parceiros, são também indivíduos com elevados níveis de satisfação relacional, mais concretamente associando este conceito ao constructo de satisfação sexual. Em suma, a multidimensionalidade do conceito de satisfação relacional permite salientar diferentes e importantes aspectos que se encontram associados.

### **Satisfação sexual**

Entende-se então por satisfação sexual, segundo a World Health Organization (2010), uma parte importante da saúde, um direito e um resultado de bem-estar sexual. Pascoal et al. (2014) defendem que a satisfação sexual tem sido estudada num contexto de casais heterossexuais e tem sido relacionada com a frequência sexual, função, comunicação, a satisfação relacional e com a intimidade emocional. Os mesmos autores constataam que a satisfação sexual está relacionada com dois factores distintos, como sejam o bem-estar sexual individual e os processos entre o casal. A satisfação sexual está também relacionada com o prazer mútuo, com o prazer entre o casal, i.e., o prazer encontra-se dependente também do outro elemento, tem de existir uma reciprocidade de sentimentos entre a díade de forma a existir um prazer completo.

Para além deste último factor, a definição de satisfação sexual não depende apenas da ausência de disfunção ou de emoções negativas, há que ter em conta que este constructo está também relacionado com a frequência, com o desejo, o orgasmo e a excitação (Pascoal et al., 2014).

Existem outros aspectos apontados por Pascoal et al. (2014) relevantes para este constructo. A satisfação sexual entre o casal depende também da criatividade sexual e da expressão clara para o exterior de desejos íntimos, podendo ser aplicada na díade independentemente do tipo de relacionamento (relacionamento estável, relacionamento de apenas uma noite, entre outros).

A actividade sexual mostrou ser um factor determinante na satisfação sexual, mais concretamente, homens com um maior contacto sexual sentem-se mais satisfeitos sexualmente (Beutel, Schumacher, Weidner & Brähler, 2002; Heiman, Long, Smith, Fisher, Sand & Rosen,

2011; Smith et al., 2011). De acordo com Beutel, Schumacher, Weidner e Brähler (2002) a actividade sexual diminui à medida que a idade aumenta; registando-se uma diminuição mais acentuada entre os 41 e os 60 anos, com uma redução de 17% após os 60 anos.

Comparando mulheres e homens dos 16 aos 64 anos, Smith et al. (2011) mostraram que a satisfação sexual é maior em homens do que em mulheres, justificando que as mulheres podem sentir-se menos satisfeitas sexualmente uma vez que à medida que se envelhece o homem apresenta maior dificuldades sexuais e menor capacidade de satisfazer a sua companheira, reportando igualmente que o sexo feminino coloca maior ênfase na qualidade do sexo que os homens.

Um outro factor importante associado à satisfação sexual prende-se com a comunicação entre o casal. Byers (2005) demonstrou que a comunicação está associada a mudanças na satisfação sexual e na satisfação relacional, sendo que casais com uma maior comunicação são também casais mais satisfeitos, pelo contrário uma fraca comunicação diminui a satisfação sexual e relacional.

Importa referir que este constructo depende do factor sexo e idade. De acordo com Smith et al. (2011), é consensual que normalmente os Homens tendem a ter um maior desejo sexual que as mulheres. Relativamente ao factor idade, existem diferenças visíveis em homens, sendo que entre os 16 e os 24 anos existe um maior satisfação sexual, do que na meia idade e na população idosa; enquanto que as mulheres não apresentam diferenças de satisfação sexual no que respeita à idade.

Sabe-se que a redução do interesse sexual e satisfação sexual são dois factores comuns associados ao envelhecimento masculino e aos sintomas que surgem a partir da andropausa (Beutel, Schumacher, Weidner e Brähler, 2002).

O homem ao apresentar várias mudanças no seu corpo, estará logicamente a enfrentar também diferentes formas de ver a sua imagem. Neste sentido, Pope et al. (2000) referem que existe pouca literatura relativamente à percepção da imagem corporal no Homem.

### **Auto-imagem**

A auto-imagem constituiu-se como um elemento fundamental na identidade pessoal do ser humano (Kakeshita & Almeida, 2006). A primeira conceptualização deste conceito foi formulada em 1935 por Schilder, definindo-a como a imagem que cada um formula sobre o seu próprio corpo, i.e., a forma como vemos o nosso corpo (Slade, 1994). Mais recentemente, este constructo tem sofrido uma difusão, e tem vindo a ser considerado como a percepção que cada

um tem face ao tamanho e forma do corpo, bem como aos sentimentos despoletados face a esta percepção corporal (Slade, 1988).

Assim, de acordo com o mesmo autor, podemos considerar a auto-imagem como um constructo com duas componentes principais: a componente perceptiva; e uma componente atitudinal. Estas componentes correspondem à distinção que muitas vezes é feita entre percepção corporal e o conceito de corpo.

Os principais aspectos ligados à auto-imagem que têm sido estudados prendem-se com a percepção do tamanho do corpo e os sentimentos de insatisfação face ao mesmo (Gardner, 2014). As preocupações com a imagem corporal surgem, inicialmente, como uma preocupação feminina e só recentemente começou a emergir um interesse na investigação científica sobre as preocupações masculinas corporais (McNeill & Firman, 2014). No entanto, os mesmos autores afirmam que existem poucos estudos cujo enfoque seja directamente relacionado com as auto-percepções masculinas corporais, e a maioria destes centram-se nas percepções de homens universitários. Tradicionalmente a noção de masculinidade prendia-se com a rejeição do feminismo e homossexualidade (Courtenay, 2000). No entanto, esta noção tem sofrido várias mudanças contínuas, e tem sido bastante influenciada pelos meios de comunicação e pelas mudanças práticas sociais (McNeill & Firman, 2014). Neste sentido, actualmente a masculinidade está ligada ao controlo, disciplina, poder e bens materiais (Johansson, 2011).

Relativamente aos meios de comunicação, de acordo com Elliott e Elliott (2005) a imagem corporal masculina tem sido marcada por uma imagem provocatória sexual, i.e., por um corpo magro ou musculado. Neste sentido, Blond (2008) afirma que a imagem corporal masculina passada pelos *media* está associada a uma insatisfação corporal no homem, uma vez que o homem compara a sua imagem a uma imagem estereotipada pela sociedade atual. A satisfação corporal no Homem abrange três áreas distintas de acordo com Franzoi e Shields (1984): atratividade física, força corporal e condição física.

Para além da imagem passada pelos *media*, sabe-se segundo Arbour e Ginis (2006) que homens mais ativos fisicamente, por exemplo através da prática de actividade física são também homens mais satisfeitos com a sua estrutura corporal e músculos. Segundo Carnegie (2004) a partir do momento em que o Homem entra num processo de Andropausa ocorrem várias mudanças a nível físico nomeadamente perda de massa muscular, bem como alterações capilares e faciais. Neste sentido, existem algumas limitações na literatura a este nível, pelo que importa então explicar qual a percepção corporal do homem durante o processo de Andropausa.

## **Andropausa e a sua influência na satisfação sexual, relacional e auto-imagem**

De acordo com estudos recentes, num grupo de homens entre os 75 e os 95 anos, apenas 56.5% se encontram sexualmente satisfeitos (Hyde et al., 2012). Uma vez que a andropausa é um processo em que existe a diminuição de testosterona, existem diversos sintomas sexuais, como anteriormente referido, que se encontram presentes nestes homens, condicionando a sua qualidade de vida (Morales & Lunenfeld, 2002). Dentro dos vários estudos que existem sobre os sintomas sexuais, o maior alvo de investigação tem sido ao nível da disfunção erétil, sendo que se estima que cerca de 300 milhões de homens sofram de disfunção em 2025, contando com o facto de que a maioria dos casos não é reportada e não é tratada (Moreira et al., cit. por Mulhall, King, Glina, & Hvidsten, 2008).

A disfunção erétil, bem como outros sintomas sexuais, no homem, têm um forte impacto na função física e psicológica, afectando tanto o próprio homem que experiencia esses sintomas como o/a seu/sua parceiro/a, assim sendo, a disfunção erétil é descrita como um problema de casal (Guay et al., 2003). Desta forma, pressupõe-se a existência de uma clara influência dos sintomas sexuais de andropausa na satisfação sexual. Um estudo com 2.948 homens mostrou que acima dos 60 anos estes estavam menos sexualmente satisfeitos, enquanto que entre os 18 e os 40 anos a maioria estava satisfeita (Beutel, Schumacher, Weidner & Brähler, 2002). Em Portugal, foi conduzido um estudo exploratório com 133 homens entre os 21 e os 78 anos, que mostrou que as falhas na função erétil são susceptíveis de stress e influenciam a relação com a díade e com a família. Este mesmo estudo indicou que à medida que a idade avança, ocorre a diminuição da função erétil (Ribeiro & Santos, 2005). Segundo Byers (2005) indivíduos com grande satisfação sexual são também indivíduos que reportam elevada satisfação relacional, reportando ainda que as mudanças na satisfação sexual, estão também associadas a mudanças na satisfação relacional. Também Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton, & Rosen (2006) demonstraram que a diminuição do desejo sexual (sintoma sexual de andropausa) encontra-se associada à diminuição da satisfação sexual e relacional.

Actualmente, sabe-se que alguns sintomas sexuais de Andropausa afectam o homem ao nível sexual, exercendo igualmente uma forte influência negativa ao nível relacional e emocional, predominantemente na auto-estima e no bem-estar (Althof et al., 2003). No que concerne à satisfação corporal no homem, sabe-se que está relacionada com três áreas distintas: 1) atracção física; 2) força corporal; 3) condição física (Franzoi & Shields, 1984). O envelhecimento está associado a grandes alterações físicas e corporais, sendo que muitas estão associadas ao declínio dos níveis de testosterona como é o caso da diminuição da massa

corporal e da redução da massa e força muscular (Matsumoto, 2002). De acordo com o mesmo autor, um dos benefícios da terapia de substituição em homens adultos passa por alterações ao nível físico, podendo por exemplo aumentar a massa corporal e diminuir a adiposidade. A partir de um estudo que avaliou o funcionamento sexual de 101 homens, percebeu-se que existiam mudanças ao nível da confiança em si mesmo e da auto-estima, em homens sujeitos a terapias de substituição (Althof et al., 2003).

Face ao que anteriormente foi descrito e tendo em conta que a andropausa é um processo onde ocorrem diversas alterações que condicionam a qualidade de vida e bem-estar do homem adulto, as hipóteses que serão base deste estudo são as seguintes:

Hipótese 1 (H<sub>1</sub>): Os sintomas sexuais de Andropausa encontram-se negativamente associados com a satisfação sexual, com a satisfação relacional, com a satisfação com a auto-imagem, e com a importância dada à auto-imagem.

Hipótese 2 (H<sub>2</sub>): A satisfação e a importância dada à auto-imagem masculina encontram-se positivamente associadas com a satisfação relacional e com a satisfação sexual.

Hipótese 3 (H<sub>3</sub>): Existem diferenças na severidade de sintomas sexuais, na satisfação relacional, na satisfação sexual, na satisfação com a auto-imagem e na importância dada à auto-imagem, em homens de acordo com o seu grupo etário.

Hipótese 4 (H<sub>4</sub>): Os sintomas sexuais de andropausa predizem a satisfação sexual, controlando o efeito da satisfação com a auto-imagem.

## MÉTODO

### Participantes

O presente estudo contou com 128 participantes com idade compreendida entre os 40 e os 83 anos, sendo que os principais critérios de inclusão são o sexo (masculino) e a idade (40 ou mais anos).

O modelo de amostragem utilizado foi do tipo não probabilístico, por conveniência, uma vez que os participantes foram seleccionados de forma a que se conseguisse facilmente aceder (Hill & Hill, 2002) e através do método de *snowball*, dado que se seleccionaram alguns

indivíduos de interesse que consequentemente recomendaram outros indivíduos, proporcionando um aumento geométrico da amostra (Marôco, 2014).

No que respeita à caracterização sociodemográfica dos dados (Tabela 1), em 128 participantes masculinos, a idade média corresponde a 53 anos ( $DP = 9$ ), sendo que a esmagadora maioria se identificou como heterossexual. Mais de dois terços da amostra está casado (69.5%) e a quase totalidade dos participantes têm filhos e não têm netos. Em termos de distribuição geográfica, foram considerados todos os distritos portugueses à exceção dos distritos da Região Autónoma dos Açores, sendo que uma maioria significativa da amostra concentra-se em Lisboa e vive num local urbano. Destaca-se ainda que mais de metade da amostra tem estudos superiores e encontra-se a trabalhar a tempo inteiro. Em termos financeiros, aproximadamente um terço da amostra apresenta um rendimento anual bruto do agregado familiar entre os 20.001 e 40.000€.

Tabela 1 *Caracterização sociodemográfica da amostra*

---

	$n = 128$
<hr/>	
<i>Idade M ( DP)</i>	52.9 (9.1)
Mínimo	40
Máximo	83

### *Orientação Sexual*

Heterossexual	91.5%
Homossexual	5%
Bissexual	2.8%
Outra	0.7%

### *Distrito*

Aveiro	1.6%
Beja	8.6%
Braga	0.8%
Castelo Branco	0.8%
Coimbra	2.3%
Évora	2.3%
Faro	2.3%
Guarda	0.8%
Lisboa	53.1%
Portalegre	2.3%
Porto	5.5%
Santarém	2.3%
Setúbal	8.6%
Viana do Castelo	1.6%
Vila Real	0.8%
Viseu	0.8%
Região Autónoma da Madeira	5.5%

### *Estado Civil*

Solteiro	8.6%
Casado	69.5%
União de facto	10.2%
Divorciado	10.2%
Viúvo	1.6%

### *Ensino*

4ºano	2.3%
6ºano	1.6%
9ºano	10.9%
12ºano	25.8%
Licenciatura	31.3%
Mestrado	21.9%
Doutoramento	6.3%

### *Situação Profissional*

Tempo inteiro	68.0%
Tempo parcial	3.1%
Desempregado	5.5%
Reformado	19.5%
Outra	3.9%

### *Rendimento*

Até 7.000	9.4%
7.001 a 20.000	23.4%
20.001 a 40.000	33.6%
40.001 a 80.000	23.4%
Mais de 80.000	10.2%

---

## **Delineamento**

Este estudo caracteriza-se como descritivo, quantitativo, com um design transversal, fazendo parte integrante do estudo EVISA (Experiências de Vida| Saúde na Idade Adulta) desenvolvido por uma equipa de investigadores do ISPA-IU (Pimenta, Costa, Leal & Marôco, 2015).

## **Instrumentos**

No presente estudo foi utilizado o protocolo de investigação do projecto EVISA,

desenvolvido pela equipa de pesquisa do ISPA-IU (Anexo A, p. 43). Inicialmente, este protocolo incluiu um questionário sociodemográfico, com perguntas como o sexo, idade, orientação sexual, habilitações literárias, entre outros. De entre os vários questionários presentes no inventário foram utilizados os questionários de sintomas de meia-idade, o questionário de intimidade e satisfação relacional, o questionário de satisfação sexual, e o questionário de auto-imagem.

### *Sintomas de Andropausa*

Para avaliar a severidade de sintomas de andropausa utilizou-se um inventário de sintomas de andropausa, desenvolvido pela equipa de pesquisa do ISPA-IU, que teve por base o instrumento Menopause Symptoms' Severity Inventory (MSSI-38), desenvolvido e validado para a população portuguesa por Pimenta, Leal e Ramos (2011). Foram também incluídos outros itens específicos para homens (e.g. Diminuição do número de erecções; erecções ou ejaculações menos fortes) retirados da literatura sobre Andropausa.

O MSSI-38 tem como objectivo avaliar a severidade dos sintomas de menopausa através de medidas de frequência e intensidade, medindo 12 factores distintos divididos por 38 itens, como sejam, ansiedade; humor deprimido; comprometimento cognitivo; sintomas vasomotores; dormência; mudanças na boca, unhas e cabelo; perda de controle percebido; sintomas sexuais; dores; forma corporal; mudanças de pele e do pelo facial; e sintomas urinários. A utilização deste instrumento é pertinente dado que o mesmo mede os sintomas de menopausa, que são na sua origem semelhantes num processo de andropausa, permitindo assim um feedback credível face a um conjunto de sintomas e alterações masculinas.

O inventário de sintomas para a população masculina encontra-se subdividido por quatro conjuntos de resposta. O primeiro refere-se aos sintomas e alterações que o participante sentiu no último mês, sendo que cada sintoma foi medido consoante a sua frequência. Este conjunto é composto por 29 afirmações de resposta fechada, numa *rating scale* tipo *Likert* de 5 pontos (1="Nunca"; 2="Poucas vezes por mês"; 3="Uma vez por semana"; 4= "Algumas vezes por semana"; 5="Todos ou quase todos os dias"). As afirmações medem oito dimensões (ansiedade, humor deprimido, comprometimento cognitivo, sintomas vasomotores, perda de controle percebido, sintomas sexuais, dores e sintomas urinários).

A segunda parte do inventário mede igualmente sintomas quanto à sua frequência, nos últimos três meses, constituindo 13 afirmações de resposta fechada, numa *rating scale* tipo *Likert* de 5 pontos (1="nunca"; 2="Apenas uma vez"; 3="Uma vez por mês"; 4="Uma ou duas

vezes por mês”; 5=“Uma vez por semana”). As afirmações medem seis dimensões (Comprometimento cognitivo, alterações na próstata, forma corporal, mudanças no cabelo e no pelo em geral, sintomas urinários, alterações na força).

Relativamente à avaliação dos sintomas de andropausa quando à intensidade, estes são avaliados pela terceira e quarta parte do inventário. Os dois últimos conjuntos de afirmações são compostos pelas mesmas afirmações que constituem a primeira e segunda parte deste inventário, sucessivamente, no entanto com um tipo de resposta distinto que mede a intensidade dos sintomas, no último mês, e por isso numa *rating scale* tipo *Likert* de 5 pontos que varia desde 1=“Nenhuma intensidade (não tive este sintoma)” a 5=“Intensidade extrema”. Para este estudo trabalharam-se os sintomas sexuais, mais concretamente, os seguintes itens: “Dificuldade em manter a erecção durante uma relação sexual”; “Diminuição do número de erecções”; “Diminuição na frequência de relações sexuais”; “Erecções ou ejaculações menos fortes”; “Diminuição do desejo sexual”.

#### *Auto-imagem*

Para avaliar a auto-imagem masculina utilizou-se o questionário de imagem corporal e alterações corporais de McCabe e Ricciardelli (2001), utilizando a técnica da tradução-retroversão.

Este questionário compreende duas dimensões, a dimensão preocupação e a dimensão importância, ambas com três itens e avaliadas numa *rating scale* tipo *Likert* de 5 pontos. Relativamente à dimensão preocupação avaliaram-se itens como “Satisfação com o meu peso”, variando o tipo de resposta desde 1=“extremamente insatisfeito” a 5=“extremamente satisfeito”. No que respeita à dimensão importância foram avaliados itens como “Comparando com outras coisas na minha vida, o meu peso é...”, desde 1=“nada importante” a 5=“muito importante”.

Relativamente à consistência interna dos factores da escala, esta caracteriza-se como uma consistência moderada, uma vez que  $\alpha > .72$  (McCabe e Ricciardelli, 2001).

#### *Satisfação Relacional*

Relativamente à variável satisfação relacional, esta foi avaliada pela escala de ajustamento diádico (RDAS), que se caracteriza como uma versão reduzida da escala DAS desenvolvida por Spanier (1976). A RDAS foi desenvolvida por Busby, Christensen, Crane e

Larson (1995) e adaptada para a população portuguesa por Costa, Pereira e Leal (2011).

Esta escala avalia três dimensões de ajustamento diádico, a dimensão consenso, a dimensão satisfação e a dimensão coesão, avaliadas numa *rating scale* tipo *Likert* de 6 pontos. A dimensão consenso, com 6 itens (e.g. “Assuntos de religião”), varia no tipo de resposta desde 1=“sempre de acordo” a 6=“sempre em desacordo”. A dimensão satisfação, com 4 itens (e.g. “Lamenta ser casado ou viver com a/o sua/seu companheiro/a”), é avaliada com 1=“sempre” a 6=“nunca”. A dimensão coesão, com 4 itens (e.g. “Calmamente debatem um assunto”), é avaliada desde 1=“nunca” a 6=“frequentemente”.

No que respeita aos coeficientes de fiabilidade da escala, estes variam de aceitáveis a bons, mais concretamente a dimensão consenso apresenta um  $\alpha = .652$ , a dimensão coesão apresenta um  $\alpha = .704$ , e a dimensão satisfação apresenta um  $\alpha = .901$  (Costa, Pereira & Leal, 2011).

### *Satisfação sexual*

A variável satisfação sexual foi medida através da escala *The New Sexual Satisfaction Scale Short Form* (NSSS-S), desenvolvida e validada por Štulhofer, Buško e Brouillard (2010), utilizando a técnica da tradução-retroversão.

Esta escala avalia cinco dimensões da satisfação sexual, a importância da actividade sexual, a troca sexual, as sensações sexuais, o foco sexual e a proximidade emocional, organizadas em 12 itens (e.g. “A qualidade dos meus orgasmos”). As respostas são dadas numa *rating scale* tipo *Likert* de 5 pontos, desde 1= “Nada satisfeito” a 5= “Extremamente satisfeito”.

Relativamente à consistência interna, a versão reduzida da escala apresenta uma consistência interna elevada, sendo que o  $\alpha$  varia entre .90 a .93.

## **Procedimentos**

O questionário foi disponibilizado numa plataforma online procedendo-se à sua divulgação através de e-mail e da página de facebook criada pela equipa com o nome EVISA: Experiências de Vida| Saúde na Idade Adulta, com o intuito de uma divulgação mais abrangente, chegando assim a mais pessoas.

No sentido de abranger o máximo possível de participantes, foi realizado uma recolha presencial por vários locais que nos pareceram favoráveis a um aumento significativo da

amostra, nomeadamente, universidades sêniores, lares e centros de dia, quartéis de bombeiros, academias seniores. Este contacto presencial foi realizado maioritariamente nos Distritos de Lisboa e Beja e no Arquipélago da Madeira.

Os participantes foram convidados a participar no questionário que anteriormente foi descrito, sendo que a sua participação foi voluntária e os dados totalmente confidenciais. Previamente à realização dos questionários, quer via online, quer via papel (presencialmente), foi solicitado aos participantes o consentimento informado. Este questionário tem a duração aproximada de 15-20 minutos, em ambas as formas de preenchimento.

### **Análise dos dados**

A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS *Statistics*, versão 22, para executar a estatística descritiva, as análises correlacionais e a regressão múltipla.

Da amostra inicial ( $n = 156$ ), foram eliminados três participantes, uma vez que não completaram todos os dados sociodemográficos, sendo que o sexo e a idade são critérios de inclusão neste estudo. Foram ainda eliminados 25 participantes uma vez que não responderam a nenhum item das escalas de satisfação relacional ou da escala de satisfação sexual, variáveis que constam neste estudo. Assim, a amostra final é composta por 128 participantes.

## RESULTADOS

### Análise preliminar

Para a análise dos dados referentes à amostra deste estudo, começou-se por analisar as qualidades métricas das escalas (i.e. auto-imagem, sintomas sexuais de Andropausa, satisfação relacional, satisfação sexual) quanto à fidelidade, testando-se igualmente as hipóteses defendidas.

### Análise estatística

De forma a verificar a existência de diferenças entre a amostra recolhida online e a amostra recolhida presencialmente, foram realizados diversos testes t de *Student* para amostras independentes, tendo-se comparado as principais variáveis sociodemográficas presentes na tabela em anexo (Anexo B, p. 61). A partir desta tabela verifica-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos na idade [ $t(126, 121) = 2.485; p = .014$ ] e na orientação sexual [ $t(126, 70) = -2.545; p = .012$ ]. Uma vez que apenas existem diferenças entre a forma de recolha e duas variáveis em estudo, a amostra caracterizou-se como homogénea em relação à forma de recolha, desta forma procedeu-se à continuação da análise dos resultados com as duas amostras em conjunto.

### Satisfação com a auto-imagem

A fim de se agrupar os três itens de satisfação (satisfação com o peso; satisfação com o corpo; satisfação com os músculos) foram realizadas correlações bivariadas de *Pearson*. A partir da tabela 3, verifica-se que todas as dimensões se encontram positiva e significativamente correlacionadas entre si. Mais concretamente, a satisfação com o corpo apresenta-se fortemente correlacionada com as restantes variáveis, i.e., satisfação com o peso ( $r = .71, p < .001$ ) e satisfação com os músculos ( $r = .72, p < .001$ ). Existe ainda uma correlação moderada entre a variável satisfação com o peso e satisfação com os músculos ( $r = .55, p < .001$ ).

Procedeu-se ainda à estimativa da fiabilidade, para verificar se os itens explicam a escala, onde se apurou uma boa consistência interna entre as três variáveis em estudo ( $\alpha = .85$ ).

Tabela 2 *Matriz de Correlações entre as variáveis de satisfação com a auto-imagem*

	(1)	(2)	(3)
(1) Satisfação com o peso	-		
(2) Satisfação com o corpo	.714**	-	
(3) Satisfação com os músculos	.550**	.719**	-

\*\*  $p \leq 0.01$

### **Importância com a auto-imagem**

A partir das correlações bivariadas de *Pearson* entre os itens de importância verificou-se que todos os itens se encontram fortemente correlacionados (tabela 4). Mais concretamente, apurou-se uma forte correlação entre a importância com o corpo e a importância com o peso ( $r = .831$ ,  $p < .001$ ), bem como entre as variáveis importância com o corpo e a importância com os músculos ( $r = .793$ ,  $p < .001$ ), e ainda entre as variáveis importância com os músculos e a importância com o peso ( $r = .765$ ,  $p < .001$ ).

Procedeu-se também à estimativa da fiabilidade, para verificar se os itens explicam a escala, verificando-se uma elevada consistência interna entre as variáveis ( $\alpha = .92$ ).

Tabela 3 *Matriz de Correlações entre as variáveis de importância com a auto-imagem*

	(1)	(2)	(3)
(1) Importância com o peso	-		
(2) Importância com o corpo	.831**	-	
(3) Importância com os músculos	.765**	.793**	-

\*\*  $p \leq 0.01$

### Severidade de sintomas sexuais

Para calcular a severidade de sintomas sexuais, procedeu-se ao cálculo do índice de gravidade, a partir da média entre a frequência e intensidade dos sintomas sexuais ( i.e. dificuldade em manter a erecção durante uma relação sexual, diminuição do número de erecções, diminuição na frequência de relações sexuais, erecções ou ejaculações menos fortes, diminuição do desejo sexual), presentes na tabela 5.

Seguidamente foram executadas correlações bivariadas de *Pearson* entre a severidade de sintomas sexuais (tabela 6). Comprovou-se que existem fortes associações entre as várias dimensões da escala de severidade de sintomas sexuais, como é o caso da forte associação entre a severidade de desejo sexual e o número de erecções ( $r = .773$ ,  $p = .001$ ), o que significa que quanto maior a diminuição do desejo sexual, maior a diminuição do número de erecções. Verificam-se igualmente correlações moderadas entre as dimensões, como é o caso da severidade na dificuldade em manter a erecção durante a relação sexual que se correlaciona de forma moderada e significativa com a severidade do desejo sexual ( $r = .518$ ,  $p = .001$ ), que demonstra que quanto maior a dificuldade em manter a erecção durante a relação sexual, maior será a diminuição do desejo sexual.

Tabela 4 Média e Desvio-padrão dos sintomas sexuais

Itens	Frequência	Intensidade
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Dificuldade em manter a erecção durante uma relação sexual	1.57 (.90)	1.54 (.87)
Diminuição do número de erecções	1.74 (1.06)	1.70 (.91)
Diminuição na frequência de relações sexuais	2.12 (1.17)	1.96 (1.01)
Erecções ou ejaculações menos fortes	1.84 (1.07)	1.74 (.94)
Diminuição do desejo sexual	1.81 (1.03)	1.68 (.90)

Tabela 5 *Matriz de Correlações entre a severidade de sintomas sexuais*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Severidade em manter a erecção	-				
(2) Severidade na diminuição número de erecções	.674**	-			
(3) Severidade relações sexuais	.403**	.597**	-		
(4) Severidade ejaculações	.654**	.789**	.657**	-	
(5) Severidade desejo sexual	.518**	.773**	.767**	.728**	-

\*\*  $p \leq 0.01$

### **Satisfação relacional**

De forma a realizar a execução de scores globais da dimensão satisfação relacional procedeu-se ao cálculo dos scores globais das escalas de consenso, satisfação e coesão presentes na tabela 7.

Executou-se ainda a estimativa da fiabilidade, onde se apurou uma elevada consistência interna no que respeita à escala de consenso e satisfação, respectivamente,  $\alpha = .956$  e  $\alpha = .952$ . E ainda uma boa consistência interna na escala de coesão ( $\alpha = .777$ ).

Tabela 6 *Média e Desvio-padrão da satisfação relacional*

Escala	<i>M (SD)</i>	$\alpha$ de Cronbach
Consenso	3.46 (1.74)	.956
Satisfação	3.45 (1.74)	.952
Coesão	3.93 (1.24)	.777

### Satisfação sexual

No que respeita ao score global da dimensão satisfação sexual, os valores apresentam-se na tabela 8, relativamente ao valor médio e desvio-padrão e ainda a estimativa da fiabilidade baseada nas correlações médias entre os itens que constituem a escala que apresenta um valor elevado ( $\alpha = .952$ ).

Tabela 7 Média e Desvio-padrão da satisfação sexual

	<i>M (SD)</i>	$\alpha$ de Cronbach
Satisfação sexual	3.82 (.70)	.952

### Associação entre as variáveis em estudo

Tendo-se confirmado as qualidades métricas das dimensões, procedeu-se à análise das hipóteses em estudo. Utilizou-se uma matriz de correlações para testar as primeiras duas hipóteses deste estudo ( $H_1$ ;  $H_2$ ). Analisando a tabela 9, verifica-se que a grande maioria das dimensões apresentam fracas correlações entre si, uma vez que as correlações se encontram entre 0 e 0.3, excepto a dimensão Satisfação sexual que apresenta uma associação negativa moderada e estatisticamente significativa com a dimensão Severidade dos sintomas ( $r = -.482$ ,  $p = .001$ ), ou seja, variam em sentido inverso, o que significa que quanto maior for a severidade dos sintomas, menor será a satisfação sexual.

Tabela 8 Matriz de Correlações entre as variáveis em estudo

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Severidade dos sintomas sexuais	-				
(2) Satisfação relacional	.083	-			
(3) Satisfação sexual	-.482**	-.028	-		
(4) Satisfação auto-imagem	-.268**	.029	.225*	-	
(5) Importância auto-imagem	-.092	.068	-.035	.004	-

\*\*  $p \leq 0.01$  \*  $p \leq 0.05$

## Diferenças entre grupos etários

Para averiguar a existência de diferenças entre os grupos etários nas variáveis em estudo ( $H_3$ ) foram realizadas ANOVAs *one-way*, com o grupo etário (grupo 1: = 40 - 49; grupo 2: = 50 - 59; grupo 3: = 60+) como variável independente e as cinco variáveis em estudo como variáveis dependentes (severidade de sintomas sexuais, satisfação relacional, satisfação sexual, satisfação com a auto-imagem e importância dada à auto-imagem). Os resultados dos testes ANOVA foram significativos (tabela 10) para a severidade de sintomas [ $F(2,127) = 6.60$ ;  $p = .001$ ], satisfação relacional [ $F(2,105) = 6.84$ ;  $p = .001$ ] e satisfação sexual [ $F(2,118) = 3.41$ ;  $p = .040$ ].

Para realizar comparações múltiplas entre os grupos, foram utilizados testes *post-hoc* de Bonferoni, uma vez que são mais conservadores com relação às violações ao critério de homogeneidade para amostras pequenas (Marôco, 2014). No que respeita à severidade de sintomas, existem diferenças significativas entre o grupo 3 e o grupo 1 ( $p = .002$ ) e entre o grupo 3 e o grupo 2 ( $p = .020$ ). Relativamente à satisfação relacional, existem diferenças significativas entre o grupo 1 e o grupo 2 ( $p = .001$ ). Verificaram-se ainda diferenças significativas na satisfação sexual entre o grupo 1 e o grupo 3 ( $p = .050$ ).

Averiguou-se que a média do grupo 3 foi significativamente mais elevada ( $M = 2.82$ ), na dimensão severidade de sintomas, que no grupo 1 e 2, ou seja, os homens com 60 ou mais anos reportaram uma maior severidade de sintomas sexuais, do que homens com menos de 60 anos. Na dimensão satisfação relacional, o grupo 2 apresenta uma média mais elevada ( $M = 4.21$ ) que o grupo 1, indicando que entre os 50 e os 59 anos existe uma maior satisfação relacional do que entre as idades de 40 e 49 anos. Por sua vez, a dimensão satisfação sexual apresenta uma média mais elevada no grupo 1, considerando-se assim uma maior satisfação sexual entre os homens com 40 a 49 anos, do que nos homens com 60 ou mais anos.

Tabela 9 Média, Desvio Padrão e Resultados do Teste ANOVA

	Grupos						ANOVA
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		
	(40-49 anos)		(50-59 anos)		(60+ anos)		
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	
<b>Severidade de sintomas sexuais</b>	55	1.47 (1.29)	42	1.70 (1.53)	31	2.82 (2.40)	F(2,127) = 6.60; <i>p</i> = .001
<b>Satisfação relacional</b>	48	2.85 (1.62)	34	4.21 (1.59)	24	3.60 (1.80)	F(2,105) = 6.84; <i>p</i> = .001
<b>Satisfação sexual</b>	50	3.92 (.73)	38	3.91 (.72)	31	3.53 (.56)	F(2,118) = 3.41; <i>p</i> = .040
<b>Satisfação com a auto-imagem</b>	55	3.04 (.87)	42	3.04 (.85)	31	3.27 (.83)	F(2,127)=.86; <i>p</i> =.430
<b>Importância com a auto-imagem</b>	55	2.92 (.95)	42	3.02 (.97)	31	3.25 (.96)	F(2,127)=1.15; <i>p</i> =.320

#### Efeito preditor da satisfação com a auto-imagem na satisfação sexual

Para testar a H<sub>4</sub> foi realizada uma regressão linear simples, a fim de prever o valor da variável dependente (satisfação sexual) a partir da variável independente (satisfação com a auto-imagem), assim como delinear relações funcionais entre as variáveis, avaliando o poder explicativo da variável dependente (Marôco, 2014). Assim, procedeu-se à análise dos pressupostos do modelo, com a prévia eliminação de sujeitos que apresentavam *missings*, ficando a amostra reduzida a 119 sujeitos.

A partir da tabela 11, verifica-se que o modelo de regressão linear simples é estatisticamente significativo [ $F(1;118) = 6.249$ ;  $R^2_a = .043$ ;  $p < .05$ ], sendo que a satisfação com a auto-imagem emerge como um preditor significativo para explicar a satisfação sexual, explicando 4% da satisfação sexual.

Tabela 10 *Resultados das Análises de Regressão para Estudo de Efeitos Directos e de Moderação para a dimensão Satisfação com a auto-imagem da variável dependente*

	$R^2$ Adj	$F$	$Sig$	$\beta$	
Satisfação com a auto- imagem	.043	6.249	.014	.093	$F(1;118) = 6.249$ ; $R^2_a = .043$ ; $p < .05$

#### **Efeito preditor da severidade de sintomas sexuais na satisfação sexual**

Foi ainda realizada uma regressão múltipla hierárquica, a fim de predizer o valor da variável dependente (satisfação sexual) a partir da variável independente (severidade de sintomas sexuais), assim como delinear relações funcionais entre as variáveis, avaliando o poder explicativo da variável dependente (Marôco, 2014). Assim, procedeu-se à análise dos pressupostos do modelo, tendo em conta os diferentes componentes da variável severidade de sintomas sexuais (i.e. severidade em manter a erecção, severidade na diminuição do numero de erecções, severidade de relações sexuais, severidade de ejaculações, e severidade de desejo sexual).

A partir da tabela 12, verifica-se que o modelo de regressão múltipla hierárquica é estatisticamente significativo [ $F(5;118) = 8.044$ ;  $R^2_a = .230$ ;  $p < .05$ ], contudo a análise dos coeficientes de regressão e da sua significância revelou que em cinco preditores considerados apenas o preditor referente à severidade de relações sexuais explica a satisfação sexual [ $\beta = .302$ ;  $t(113) = -2.285$ ;  $p < .05$ ], explicando 23% desta mesma variável.

Tabela 11 *Resultados das Análises de Regressão para Estudo de Efeitos Directos e de Moderação para a dimensão Satisfação com a auto-imagem da variável dependente*

Variável	Coefficiente de Regressão (B)	Erro Padrão (SE)	Sig	$\beta$
Severidade em manter a erecção	-.008	.044	.863	-.020
Severidade na diminuição número de erecções	.015	.065	.823	.041
Severidade de relações sexuais	-.102	.045	.024	-.302
Severidade de ejaculações	-.036	.055	.516	-.112
Severidade de desejo sexual	-.067	.071	.343	-.164

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve com objectivo explorar a relação entre a severidade de sintomas sexuais de Andropausa, a satisfação relacional, a satisfação sexual, a importância com a auto-imagem e a satisfação com a auto-imagem em homens de meia-idade.

Neste sentido, no que respeita à primeira hipótese deste estudo ( $H_1$ : Os sintomas sexuais de andropausa encontram-se negativamente associados com a satisfação sexual, com a satisfação relacional, com a satisfação com a auto-imagem e com a importância dada à auto-imagem) foi parcialmente confirmada. Mais concretamente, esperava-se que os sintomas sexuais estivessem associados à satisfação relacional, à satisfação sexual e auto-imagem. O presente estudo mostrou que os sintomas estavam negativamente associados à satisfação sexual e satisfação com a auto-imagem, concluindo-se que a severidade de sintomas sexuais de andropausa influenciam negativamente a satisfação sexual e a satisfação com a auto-imagem.

Relativamente às confirmações acima descritas, o presente estudo é consensual com os resultados da literatura. Um estudo recente com 12.563 participantes, mostrou que cerca de 48% dos homens reportaram dificuldades erécteis e cerca de 65% não se encontravam satisfeitos com a sua erecção, existindo uma associação entre a satisfação com a erecção e a satisfação com a vida sexual (Mulhall, King, Glina, & Hvidsten, 2008). Chevret-Méasson, Lavallée, Troy, Arnould, Oudin, & Cuzin (2009) confirmaram o efeito directo da erecção na satisfação sexual, e em particular, mostraram que quando o homem reporta menores níveis de disfunção eréctil apresenta uma maior satisfação com a vida sexual. A frequência de relações sexuais, mais concretamente a diminuição destas encontra-se intimamente correlacionada com a satisfação sexual, o que é consensual com a literatura, sendo que vários estudos mostraram que a frequência de relações sexuais, mais especificamente, a relação sexual com penetração está fortemente associada com a satisfação com a vida sexual (Brody & Costa, 2009; Långström & Hanson, 2006).

No que respeita à associação entre os sintomas sexuais de Andropausa e a satisfação relacional, este estudo mostrou que, para esta amostra, não existe uma associação entre estas duas variáveis. Estes resultados parecem sugerir que a estrutura relacional destes participantes assenta em duas dimensões presentes no Modelo Circumplexo Sistémico Familiar e Marital de Olson, Sprenkle e Russell (1979) que valoriza a estrutura do relacionamento a partir da coesão e adaptação na relação com o seu par. A relação conjugal foi vista como uma relação dupla que consegue reagir perante a condição de sintomas sexuais adversos que condicionam o funcionamento sexual entre a díade. A coesão intra-relacional é a resposta positiva à

adversidade de situações negativas como a severidade de sintomas sexuais (dificuldade em manter a erecção sexual, a diminuição do número de erecções, a diminuição na frequência de relações sexuais, as erecções ou ejaculações menos fortes, e a diminuição do desejo sexual). Face às situações stressantes que afectam negativamente o homem, o casal é capaz de em conjunto conseguir reagir e lidar com estas. Assim, para a amostra em estudo não se conclui uma associação entre os sintomas sexuais de Andropausa e a satisfação relacional, possivelmente porque a resolução de problemas e a capacidade de adequação à severidade dos sintomas proporcionam o equilíbrio relacional. A satisfação relacional pode ser para estes participantes uma área vasta que compreende diferentes campos não se prendendo apenas ao nível do campo sexual. Outras explicações igualmente válidas dizem respeito às características da amostra deste estudo, em primeiro lugar a amostra é pequena, assim sendo com uma maior amostra poderiam ter sido detectadas associações entre os sintomas sexuais de Andropausa e a satisfação relacional; e em segundo lugar, a amostra é muito heterogénea em relação a idades, o que significa que se tivessem apenas homens mais velhos e em andropausa, poderíamos ter detectado este efeito.

Este estudo mostrou também que não se pode concluir uma associação entre os sintomas sexuais de andropausa e a importância dada à auto-imagem, isto é, a imagem de homens com 40 ou mais anos não se encontra condicionada com os sintomas sexuais de andropausa que estes possam ter. Apesar da consensual ideia de que actualmente o homem é definido consoante o corpo (Duggan & McCreary, 2004), este estudo mostrou que para homens com idade igual e superior a 40 anos os sintomas sexuais não são um factor de peso na importância dada ao peso, corpo e músculos. Mais concretamente, a opinião que o homem tem da sua imagem não é influenciada pela frequência/intensidade de sintomas sexuais que este experiencia num potencial quadro de andropausa.

Relativamente à segunda hipótese deste estudo (H<sub>2</sub>: A satisfação e a importância dada à auto-imagem masculina encontram-se positivamente associadas com a satisfação relacional e com a satisfação sexual) apenas se confirmou parcialmente a associação entre a satisfação com a auto-imagem e a satisfação sexual, não existindo uma associação entre as restantes variáveis. Conclui-se que para o homem com 40 ou mais anos a importância dada ao peso, corpo e músculos não tem um efeito directo na satisfação relacional e sexual, este resultado pode ser explicado uma vez que a maioria dos participantes deste estudo são casados, podendo existir outros factores maritais que sobressaiam aquando da percepção destes participantes face à satisfação relacional e sexual. No que respeita à satisfação com a auto-imagem e a satisfação relacional, de acordo com o modelo de sistemas de regulamentação de riscos (Murray, Collins

& Holmes, 2006) a forma como a pessoa se avalia desempenha um papel importante nas relações conjugais; no entanto parece que a forma como a pessoa está satisfeita com o seu corpo, músculos e peso não influencia a relação conjugal. Isto pode ser explicado devido a duas conclusões distintas. A primeira prende-se com o facto de que, homens mais velhos tendem a estar menos contentes com a sua imagem corporal do que homens mais novos (Blond, 2008; Rozin & Fallon, 1988), este declínio na satisfação corporal supõe que o homem sinta necessidade de dar relevância a outros factores da sua vida que têm um significado, tão ou mais importante, que o nível físico na relação conjugal. O segundo atribui-se ao facto de que a satisfação relacional neste estudo é avaliada tendo em conta a percepção de um dos elementos da díade e não os dois, isto é, percepcionamos os resultados de um dos elementos da díade, no entanto não controlamos se essa avaliação é percepcionada da mesma forma pelo outro elemento. Ainda sobre esta hipótese, confirmou-se que a satisfação com a auto-imagem está positivamente associada com a satisfação sexual, isto significa que à medida que a satisfação com a auto-imagem aumenta a satisfação sexual aumenta também, o que vai ao encontro do esperado (Meltzer & McNulty, 2010).

Por sua vez, a terceira hipótese (H<sub>3</sub>: Existem diferenças na severidade de sintomas sexuais de Andropausa, na satisfação relacional, na satisfação sexual, na satisfação com a auto-imagem e na importância dada à auto-imagem, em homens de acordo com o seu grupo etário) tem como finalidade perceber se existem diferenças entre três grupos etários diferentes (grupo 1= 40-49; grupo 2= 50-59; grupo 3= 60+). Relativamente à dimensão severidade de sintomas os homens com 60 ou mais anos reportaram uma maior severidade de sintomas sexuais, do que homens com menos de 60 anos, tal como esperado, uma vez que o declínio da testosterona é bastante acentuado nesta idade, cerca de 30% (Vendeira, 2006; Wylie et al., 2010). Ao contrário do esperado na dimensão satisfação relacional, conclui-se que homens entre os 50 e os 59 anos apresentam uma maior satisfação relacional do que homens entre os 40 e 49 anos. A expressão da satisfação relacional tem um maior significado à medida que a idade aumenta, com prevalência entre os 50 e os 59 anos. Por outro lado, verificou-se como esperado que sujeitos mais novos (entre os 40 e os 49 anos) apresentam uma maior satisfação sexual do que Homens com 60 ou mais anos, o que é consensual com a literatura. Sabe-se segundo a *American Association of Retired Persons*, cit. por DeLamater (2012) que 60% dos homens e mulheres entre os 45 e 59 anos encontram-se mais satisfeitos ao nível sexual, e apenas 35% de homens e mulheres com mais de 75 anos encontram-se satisfeitos. Contrariamente ao esperado, na amostra em estudo, não foram encontradas diferenças no que respeita às dimensões da auto-imagem (satisfação e importância), sendo que um dos possíveis factores que poderá explicar

estes resultados prende-se com o facto de se avaliar sujeitos com idade igual ou superior a 40 anos. Possivelmente as idades aqui consideradas não apresentam diferenças significativas dado que os sujeitos se encontram na meia-idade ou acima da mesma, isto é, tendem a estar menos contentes com a sua imagem corporal do que homens mais novos, abaixo dos 40 anos, em que a imagem corporal é mais influenciada pelas influências socioculturais (Gardner, 2014).

A última parte deste estudo, isto é a quarta hipótese (H<sub>4</sub>: Os sintomas sexuais de Andropausa predizem a satisfação sexual, controlando o efeito da satisfação com a auto-imagem) foi confirmada tendo em conta os resultados encontrados na literatura. Mais concretamente este estudo mostrou que a satisfação com a auto-imagem emerge como um preditor significativo para explicar a satisfação sexual, explicando 4% desta, juntamente com a severidade de relações sexuais (componente da dimensão severidade de sintomas sexuais) que explica a satisfação sexual em 23%. Assim sendo, os resultados aqui presentes vão ao encontro da literatura já que outros estudos mostraram que sintomas como é o caso da diminuição na frequência de relações sexuais e a diminuição das ereções condicionam o funcionamento sexual (Heiman, Long, Smith, Fisher, Sand & Rosen, 2011). Como anteriormente referido, existe uma associação neste estudo entre a satisfação com a auto-imagem e a satisfação sexual, percebeu-se que para além desta associação a satisfação com a auto-imagem explica em 4% a satisfação sexual, isto é, a satisfação sexual do homem na meia-idade é condicionada pela forma como este se encontra ou não satisfeito com a sua imagem. Dado que a severidade da diminuição de relações sexuais e a auto-imagem explicam no seu conjunto 27% da satisfação sexual, constata-se a existência de outros factores que podem estar associados a esta variável (e.g. desempenho do parceiro/a na relação sexual, motivação do sujeito e do parceiro/a na relação sexual, envolvimento da díade na relação, local onde decorre o acto sexual, se vive ou não com o parceiro, etc.).

A pertinência do presente estudo apresenta-se como um contributo para a investigação do processo de andropausa, reflectindo sobre a importância de considerar o homem num processo de andropausa, controlando este efeito em diversos parâmetros da sua vida e que foram até à data pouco explorados, assim como evidenciados na literatura como necessários a ser explanados no que respeita ao estudo do homem de meia-idade e a relação com a auto-imagem (McNeill & Firman, 2014), bem como na exploração da qualidade da satisfação relacional e sexual no Homem adulto (Beutel, Schumacher, Weidner & Brähler, 2002).

## **Limitações**

A primeira limitação presente neste estudo verificou-se ao nível das diferenças significativas entre os diferentes tipos de recolha. Foram encontradas diferenças significativas entre a amostra recolhida em papel e a amostra *online*, no entanto esta limitação foi ultrapassada uma vez que apenas existiam diferenças entre o método de recolha e a idade e entre o método de recolha e a orientação sexual, as restantes variáveis não apresentaram diferenças significativas.

O tamanho reduzido da amostra, bem como a heterogeneidade das idades constituem-se igualmente como uma limitação do presente estudo dado que podem ter alterado algumas das relações entre as variáveis em estudo.

Uma outra limitação deste estudo prende-se com a inclusão de sujeitos com e sem tratamento hormonal, o facto de considerar homens com e sem terapia hormonal pode ter condicionado os resultados deste estudo, uma vez que se sabe que o tratamento hormonal afecta vários sintomas sexuais (Samaras, Frangos, Forster, Lang & Samaras, 2012; Tan & Culberson, 2003; Wylie et al., 2010).

Relativamente às limitações do projecto, destaca-se a dimensão do protocolo que afectou a recolha de dados, caracterizando-se pela quantidade de itens que constituíram o questionário, sendo que vários participantes não o preencheram na totalidade. Esta limitação pode ter conduzido a um enviesamento nos resultados, dado que vários participantes foram eliminados por não responderem a certos itens de inclusão do estudo.

## **Estudos Futuros**

Relativamente a estudos futuros, sugere-se que devem replicar a associação entre os sintomas sexuais de andropausa e a importância dada à auto-imagem, em grupos etários mais novos (40 ou menos anos) de forma a perceber se não existe uma associação entre os sintomas sexuais e a importância dada à auto-imagem em homens que não se encontrem num quadro de andropausa. Seria igualmente interessante testar esta associação comparando com pessoas mais velhas, de forma a explorar o impacto da andropausa nesta relação.

Sugere-se igualmente a necessidade de avaliar a satisfação relacional com os dois elementos da díade, i.e. uma vez que no presente estudo a forma como a pessoa está satisfeita com o seu corpo, músculos e peso não influencia a relação conjugal, estudos futuros poderão testar se quando a satisfação relacional é avaliada por ambos os elementos da mesma díade existe uma associação ou não da satisfação da auto-imagem na satisfação relacional.

Finalmente, dada a infirmação de algumas hipóteses propõe-se a replicação deste estudo com uma amostra de maiores dimensões, de forma a controlar o efeito de variáveis como a satisfação e importância dada à auto-imagem.

## CONCLUSÃO

O principal objectivo do presente estudo foi perceber de que forma os sintomas sexuais de andropausa influenciam a satisfação relacional, a satisfação sexual e a auto-imagem masculina. Neste sentido destacam-se como principais resultados deste estudo a influência negativa da severidade de sintomas sexuais de andropausa na satisfação sexual e na satisfação com a auto-imagem. Neste estudo não se verificou uma associação entre os sintomas sexuais de Andropausa e a satisfação relacional, tal como na associação entre os sintomas sexuais de andropausa e a importância dada à auto-imagem. Destaca-se também que para homens com 40 ou mais anos a importância dada ao peso, corpo e músculos não tem um efeito directo na satisfação relacional e sexual. Relativamente às diferenças entre grupos etários, foram encontradas diferenças na severidade de sintomas sexuais, na satisfação relacional e na satisfação sexual, no entanto, não foram encontradas diferenças nas duas dimensões de auto-imagem que aqui se avaliaram. Por último, este estudo demonstrou ainda que a satisfação com a auto-imagem emerge como um preditor significativo para explicar a satisfação sexual em homens de meia-idade.

Relativamente às implicações práticas, em primeiro lugar, deve-se considerar em contexto clínico a multiplicidade de factores associados ao processo de andropausa que influenciam a satisfação sexual, sendo assim adequado o desenvolvimento de um diagnóstico prévio e intervenção na adopção de medidas que aliviem os sentimentos negativos tendo em conta as possibilidades do sujeito e do contexto. Esta intervenção proporcionará uma melhoria da qualidade de vida do sujeito, já que os sintomas de andropausa afectam negativamente a saúde mental e física, influenciando consequentemente a qualidade de vida (Novák, Brod, & Elbers, 2002).

Um outro contributo prático a considerar centra-se na possibilidade de encarar este processo através de um modelo de intervenção biopsicossocial, já que salienta as diversas variáveis que se encontram associadas à saúde e à doença, nomeadamente as variáveis sociais, ambientais, entre outras (Ribeiro, 2007). A psicologia da saúde, que se centra neste modelo, visa através da aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas, promover e manter a saúde e prevenir a doença (Simon, 1993 cit. por Teixeira, 2004). O seu objectivo geral prende-se em contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos, independentemente dos contextos sociais e culturais (Teixeira, 2004). Assim, a possibilidade de utilizar o modelo descrito como

ferramenta de intervenção e diagnóstico, possibilita a relevância dos processos multicausais e multidireccionais presentes no processo de andropausa.

## REFERÊNCIAS

- Althof, S., Cappelleri, J., Shpilsky, A., Stecher, V., Diuguid, C., Sweeney, M., & Duttagupta, S. (2003). Treatment responsiveness of the Self-Esteem And Relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Urology*, *61*(5), 888-892.
- Arbour, K., & Ginis, K. (2006). Effects of exposure to muscular and hypermuscular media images on young men's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body image*, *3*(2), 153-161.
- Atwood, C., & Bowen, R. (2011). The reproductive-cell cycle theory of aging: an update. *Experimental gerontology*, *46*(2), 100-107.
- Beutel, M., Schumacher, J., Weidner, W., & Brähler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men—Results from a German representative community study. *Andrologia*, *34*(1), 22-28.
- Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, *5*(3), 244-250.
- Boul, L. (2007). Sexual function and relationship satisfaction: An investigation into men's attitudes and perceptions. *Sexual and Relationship Therapy*, *22*(2), 209-220.
- Brody, S., & Costa, R. (2009). Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *The journal of sexual medicine*, *6*(7), 1947-1954.
- Busby, D., Christensen, C., Crane, D., & Larson, J. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, *21*(3), 289.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, *15*(1), 141-154.

- Byers, E. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research*, 42(2), 113-118.
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3.
- Chevret-Méasson, M., Lavallée, E., Troy, S., Arnould, B., Oudin, S., & Cuzin, B. (2009). Improvement in quality of sexual life in female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate: Findings of the Index of Sexual Life (ISL) in a couple study. *The journal of sexual medicine*, 6(3), 761-769.
- Costa, P. Leal, I. Pimenta, F. Marôco, J. (2015). ESTUDO EVISA: EXPERIÊNCIAS DE VIDA | SAÚDE NA VIDA ADULTA.
- Costa, P., Pereira, H., & Leal, I. (2011). Desenvolvimento da escala revista de ajustamento diádico (RDAS) com casais do mesmo sexo. In *Actas VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Lisboa, 25-27 Jul. 2011.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Craddock, A. (1991). Relationships between attitudinal similarity, couple structure, and couple satisfaction within married and de facto couples. *Australian Journal of Psychology*, 43(1), 11-16.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 125-141.
- Duggan, S., & McCreary, D. (2004). Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. *Journal of homosexuality*, 47(3-4), 45-58.

- Fenell, D. (1993). Characteristics of long-term first marriages. *Journal of Mental Health Counseling, 15*(4), 446-60.
- Franzoi, S., & Shields, S. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of personality assessment, 48*(2), 173-178.
- Gardner, R. (2014). Weight status and the perception of body image in men. *Psychology research and behavior management, 7*, 175-184.
- Glenn, N. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review. *Journal of Marriage and the Family, 52*(4), 818-831.
- Gray, A., Feldman, H., Mckinlay, J., & Longcope, C. (1991). Age, Disease, and Changing Sex Hormone Levels in Middle-Aged Men: Results of the Massachusetts Male Aging Study\*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 73*(5), 1016-1025.
- Guay, et al. (2003). American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of male sexual dysfunction: A couple's problem. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists, 9*(1), 77.
- Heiman, J., Long, J., Smith, S., Fisher, W., Sand, M., & Rosen, R. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of sexual behavior, 40*(4), 741-753.
- Heller, C. & Myers, G. (1944). The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment: use of urinary gonadotropins, therapeutic test with testosterone propionate and testicular biopsies in delineating the male climacteric from psychoneurosis and psychogenic impotence. *Journal of the American Medical Association, 126*(8), 472-477.
- Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 50*(1)93-98.

- Hollander, N., & Hollander, V. (1958). The microdetermination of testosterone in human spermatic vein blood\*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *18*(9), 966-971.
- Hong, S., Evans, M., Hall, T., & Sheehan, P. (1994). Making love: Australian adults' rating of its importance as a romantic act in a relationship. *Psychological reports*, *75*(1 Pt 1), 47-50.
- Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., McCaul, K. A., Chubb, S. A., & Yeap, B. B. (2012). Prevalence and Predictors of Sexual Problems in Men Aged 75–95 Years: A Population-Based Study. *The journal of sexual medicine*, *9*(2), 442-453.
- Jakiel, G., Makara-Studzinska, M., Ciebiera, M., & Slabuszezewska-Józwiak, A. (2015). Featured paper: Andropause-State of the art 2015 and review of selected aspects. *Przegląd Menopauzalny*, *14*(1), 1.
- Johansson, T. (2011). Fatherhood in transition: Paternity leave and changing masculinities. *Journal of family communication*, *11*(3), 165-180.
- Kakeshita, I., & Almeida, S. (2006). Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Rev Saúde Pública*, *40*(3), 497-504.
- Långström, N., & Hanson, R. (2006). High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*, *35*(1), 37-52.
- Lauer, R., Lauer, J., & Kerr, S. (1990). The long-term marriage: Perceptions of stability and satisfaction. *The International Journal of Aging & Human Development*. *31*(3), 189-95.
- Leiblum, R., Koochaki, E., Rodenberg, A., Barton, P., & Rosen, C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*, *13*(1), 46-56.

- Matsumoto, A. (2002). Andropause clinical implications of the decline in serum testosterone levels with aging in men. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(2), M76-M99.
- McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2001). The structure of the perceived sociocultural influences on body image and body change questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 19-41.
- McNeill, L., & Firman, J. (2014). Ideal body image: A male perspective on self. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(2), 136-143.
- Meltzer, A., & McNulty, J. (2010). Body image and marital satisfaction: evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 24(2), 156.
- Morales, A., & Lunenfeld, B. (2002). Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *Aging Male*, 5(2), 74-86.
- Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey. *The journal of sexual medicine*, 5(4), 788-795.
- Murray, S., Holmes, J., & Collins, N. (2006). Optimizing assurance: the risk regulation system in relationships. *Psychological bulletin*, 132(5), 641.
- Novák, A., Brod, M., & Elbers, J. (2002). Andropause and quality of life: findings from patient focus groups and clinical experts. *Maturitas*, 43(4), 231-237.
- Pascoal, P., Narciso, I., & Pereira, N. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research*, 51(1), 22-30.
- Patnaik, B. & Barik, M. (2005). Is there a male menopause or andropause? A review of aging male reproductive system. *Indian Journal of Gerontology*, 19(3), 237-242.

- Pimenta, A. (2003). Andropausa. In Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J., *A sexologia: perspectiva multidisciplinar* (pp. 279-290).
- Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., & Ramos, C. (2011). Representations and perceived consequences of menopause by peri-and post-menopausal Portuguese women: A qualitative research. *Health care for women international*, 32(12), 1111-1125.
- Pope Jr, H., Gruber, A., Mangweth, B., Bureau, B., Jouvent, R., & Hudson, J. (2014). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297-1301.
- Ribeiro, J., & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 23(3), 341-349.
- Ribeiro, J. (2007). A psicologia no campo da saúde e a evolução do campo da saúde. In J. Ribeiro, *Introdução à psicologia da saúde* (pp. 49-71 ). Coimbra: Quarteto.
- Robinson, L., & Blanton, P. (1993). Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 42(1), 38-45.
- Rowland, D., Greenleaf, W., Dorfman, L., & Davidson, J. (1993). Aging and sexual function in men. *Archives of sexual behavior*, 22(6), 545-557.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 342.
- Saalu, L., & Saalu, L. (2013). Andropause (Male Menopause): Valid Concepts, Fables and Controversies. *Journal of Basic Medical Sciences*, 1(1), 33.
- Samaras, N., Frangos, E., Forster, A., Lang, P. O., & Samaras, D. (2012). Andropause: A review of the definition and treatment. *European Geriatric Medicine*, 3(6), 368-373.

- Slade, P. (1988). Body image in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (2), 20.
- Slade, P. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*, 32(5), 497-502.
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., Shelley, J., & Simpson, J. M. (2011). Sexual and relationship satisfaction among heterosexual men and women: The importance of desired frequency of sex. *Journal of sex & marital therapy*, 37(2), 104-115.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1)15-28.
- Sprecher, S., Cate, R., Harvey, J., & Wenzel, A. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. *The handbook of sexuality in close relationships*, 235-256.
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research*, 47(4), 257-268.
- Taher, A. (2005). Proportion and acceptance of andropause symptoms among elderly men: a Study in Jakarta. *Acta Med Indones*, 37, 82-6.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Vendeira, P. (2006). Há perspectivas de prevenção aos 60 Anos? In *O Homem aos 60 anos* (pp. 95-96). Porto, Sociedade Portuguesa de Andrologia/Bayer Healthcare.
- Wespes, E., & Schulman, C. (2002). Male andropause: myth, reality, and treatment. *International journal of impotence research*, 14, 93-98.
- World Health Organization (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization (2015). *Ageing and health*: Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>

Wylie, K et al. (2010). Androgens, health and sexuality in women and men. *Human Fertility*, 13(4), 277-297.

## ANEXOS

### Anexo A - Protocolo de investigação do projecto EVISA

#### ESTUDO EVISA: EXPERIÊNCIAS DE VIDA I SAÚDE NA VIDA ADULTA

##### Consentimento Informado

A presente investigação tem o objetivo de estudar diversas experiências associadas à meia-idade, saúde, e sexualidade em homens acima dos 40 anos. Este projeto é da responsabilidade de uma equipa de investigadores do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, a Professora Doutora Filipa Pimenta, o Professor Doutor Pedro Alexandre Costa, a Professora Doutora Isabel Leal, e o Professor Doutor João Marôco.

Convidamo-lo a participar nesta investigação através do preenchimento de um questionário que encontrará nas páginas seguintes. Este questionário tem uma duração aproximada de 15-20 minutos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos conhecer de uma forma objetiva e abrangente como é que os homens portugueses vivem a meia-idade. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente confidenciais.

Posteriormente, poderá ter acesso aos resultados do estudo contactando a equipa de investigadores responsáveis por e-mail.

Agradecemos a sua participação.

A equipa responsável,  
Filipa Pimenta, PhD  
Pedro Alexandre Costa, PhD  
Isabel Leal, PhD  
João Marôco, PhD

Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde  
ISPA – IU  
Rua Jardim do Tabaco, 34  
1149-041 Lisboa  
Tel.: 218 811 700  
e-mail: [evisa@ispa.pt](mailto:evisa@ispa.pt)

Ao avançar para a próxima página, está a aceitar participar neste estudo.

## Para o conhecer melhor...

**Qual o seu sexo?**  Homem  Mulher  Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual a sua idade?** \_\_\_\_\_ anos

**Qual a sua orientação sexual?**  Heterossexual  Homossexual  Bissexual  
 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Em que distrito habita?** \_\_\_\_\_

**Como descreve o local onde habita?**  Urbano  Semiurbano  Rural

**A sua nacionalidade é Portuguesa?**  Sim  Não. Qual? \_\_\_\_\_

**Qual foi o último grau de ensino que completou?**  4º ano  6º ano  9º ano  12º ano  
 licenciatura ou bacharelato  mestrado ou pós-graduação  doutoramento

**Qual a sua situação profissional atual?**  Empregado a tempo inteiro  Empregado a tempo parcial  
 Desempregado  Reformado  Outra: qual? \_\_\_\_\_

**Qual o seu estado civil?**  Solteiro  Casado  Em união de fato  Divorciado  
 Viúvo

**Tem filhos?**  Sim  Não      **E tem netos?**  Sim  Não

**Contando consigo quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar?** \_\_\_\_\_  
pessoas

**Em qual dos seguintes intervalos se situa aproximadamente o rendimento anual bruto do seu agregado familiar?**  Até €7,000  Entre €7,001 e €20,000  Entre €20,001 e €40,000  
 Entre €40,001 e €80,000  Mais de €80,000

## Saúde e Hábitos

**De uma forma geral, sente que você e a sua família têm o apoio e suporte de que necessitam?** (emocional, social, etc.). Faça um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua resposta.

Nunca	Poucas vezes	Um(a) vez sim outras vezes não	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

**Qual o seu grau de satisfação com as relações pessoais que mantém com:**

	Nada satisfeito				Totalmente satisfeito
	1	2	3	4	5
Esposa/o / companheira/o	1	2	3	4	5
Filho(s)/a(s)	1	2	3	4	5
Família alargada	1	2	3	4	5
Amigos/as	1	2	3	4	5
Vizinhança / comunidade local	1	2	3	4	5

**Tem alguma das seguintes doenças diagnosticadas ou episódios clínicos relevantes?**

	Sim	Não
Doença Cardiovascular		
Doença Oncológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença Neurológica (Parkinson, Epilepsia, ou outra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo Crânio-encefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distúrbio Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Está a fazer algum tipo de tratamento hormonal, como terapia de supressão androgénica (para diminuir os valores das hormonas masculinas), terapia de reposição androgénica (para aumentar os valores das hormonas masculinas), ou outro?**  Não  Sim. Que tipo?  
\_\_\_\_\_

**Tem algum problema hormonal diagnosticado relacionado, por exemplo, com a tiroide, suprarrenal, hipófise, ou outro?**  Não  Sim. Em que ano foi diagnosticado?  
\_\_\_\_\_

**Caso tenha respondido Sim à resposta anterior, está a tomar alguma medicação para este problema hormonal?**  Sim  Não

**Tem ou teve algum problema testicular (por exemplo, traumatismo), ou inflamação eu tenha conduzido a um aumento testicular?**  Sim  Não

**Tem ou teve algum problema psicológico diagnosticado?**  Não  Sim. Qual(ais)?  
\_\_\_\_\_

**Toma algum medicamento, de forma continuada, para doença ou problema psicológico diagnosticado?**  Não  Sim. Para que doença ou problema? \_\_\_\_\_

**Fuma atualmente?**  Não, nunca fumei  Já fumei, mas não fumo atualmente  Menos de 5 cigarros por dia  Entre 5 e 10 cigarros por dia  Entre 11 e 20 cigarros por dia  Mais de 20 cigarros por dia

**Bebe café?**  Não, nunca  Menos de 1 café por dia  Entre 1 e 2 cafés por dia  Entre 3 e 4 cigarros por dia  5 ou mais cafés por dia

**Consome outras bebidas quentes como o chá?**  Nunca ou quase nunca  Menos de 1 por dia  1 ou mais por dia

**Consome bebidas alcoólicas?**  Nunca  1 vez por mês ou menos  1 ou 2 vezes por semana (incluindo fim-de-semana)  1 vez por dia  mais de 1 vez por dia

**Consome algum tipo de substância ou medicação não prescrita por um médico, com o objetivo de melhorar o seu desempenho sexual?**  Não  Sim. Que tipo?  
\_\_\_\_\_

**Pratica desporto ou atividade física regular?**  Não  Sim. Qual(ais)?  
\_\_\_\_\_

**Quantas vezes por semana pratica desporto?** \_\_\_\_\_ vez(es) por semana

**Qual é a sua altura?** \_\_\_\_\_ cm      **E qual é o seu peso?** \_\_\_\_\_ kg

**De uma forma geral, como avalia o seu estado de saúde atual?**

Muito mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5

**Como avalia a sua qualidade de vida?**

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

## Questionário de bem-estar

**Durante as últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu:**

	O tempo todo	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Nervoso?	1	2	3	4	5
Sem esperança?	1	2	3	4	5
Inquieto ou agitado?	1	2	3	4	5
Tão deprimido que nada conseguia animá-lo?	1	2	3	4	5
Sentiu que tudo era um esforço?	1	2	3	4	5
Sem valor?	1	2	3	4	5

## Acontecimentos de Vida

Na vida há diferentes acontecimentos que podem ter um impacto positivo ou negativo nas diversas áreas da vida. Por favor, refira qual (ou quais) o(s) acontecimento(s) com um forte impacto na sua vida nos **últimos 12 meses**.

Depois de indicar o acontecimento, atribua uma classificação no quadrado respetivo, em que: 1=muito negativo, 2=negativo, 3=neutro, 4=positivo, e 5=muito positivo.

1° _____	<input type="checkbox"/>
2° _____	<input type="checkbox"/>
3° _____	<input type="checkbox"/>
4° _____	<input type="checkbox"/>
5° _____	<input type="checkbox"/>

### Inventário de sintomas de meia-idade

Com que FREQUÊNCIA tem experimentado os sintomas ou alterações descrito na lista abaixo? Por favor, indique a **FREQUÊNCIA** (ou seja, quantas vezes) sentiu cada um dos sintomas no **último mês**.

	Nunc a	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos ou quase todos os dias
<b>Perda de interesse ou de capacidade de desempenho das atividades diárias</b>	1	2	3	4	5
<b>Tensão ou nervosismo (tensão interna, inquietação, agitação)</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento da frequência urinária</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em manter a ereção durante uma relação sexual</b>	1	2	3	4	5
<b>Dores nas articulações ou rigidez</b>	1	2	3	4	5
<b>Irritabilidade</b>	1	2	3	4	5

<b>Tristeza ou humor depressivo</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldades de concentração ou atenção</b>	1	2	3	4	5
<b>Declínio no sentimento de bem-estar geral</b>	1	2	3	4	5
<b>Alterações de memória (perda ou falta de memória)</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda involuntária de fezes</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição da necessidade de dormir</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda involuntária de urina</b>	1	2	3	4	5
<b>Falta de energia, exaustão, falta de vitalidade</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em dormir uma noite de sono tranquilo e reparador</b>	1	2	3	4	5
<b>Suor excessivo (inesperado, repentino, ou afrontamentos)</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento da necessidade de dormir</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do número de ereções</b>	1	2	3	4	5
<b>Insatisfação com a vida pessoal</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição na frequência de relações sexuais</b>	1	2	3	4	5
<b>Ansiedade</b>	1	2	3	4	5
<b>Ereções ou ejaculações menos fortes</b>	1	2	3	4	5
<b>Sensação de pânico</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do desejo sexual</b>	1	2	3	4	5
<b>Frustração</b>	1	2	3	4	5
<b>Querer estar só</b>	1	2	3	4	5
<b>Dores musculares</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do número de ereções matinais</b>	1	2	3	4	5

**Ejaculação prematura**

1

2

3

4

5

Por favor, indique a **FREQUÊNCIA** (ou seja, quantas vezes) sentiu cada um dos sintomas nos **últimos três meses**.

	Nunca	Apenas uma vez	Uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma vez por semana
<b>Decréscimo no rendimento físico (sentir-se cansado mais facilmente, redução significativa na frequência ou duração do exercício físico)</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em ficar ou manter-se em boa forma física</b>	1	2	3	4	5
<b>Alterações na próstata (aumento, desconforto)</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda de cabelo ou cabelo mais fino</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda ou ganho de massa gorda</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento significativo de peso sem alterações na alimentação</b>	1	2	3	4	5
<b>Infeções urinárias</b>	1	2	3	4	5
<b>Decréscimo na força ou resistência</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do crescimento da barba</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda de massa muscular</b>	1	2	3	4	5
<b>Alterações na pilosidade</b>	1	2	3	4	5

<b>Perda significativa de peso sem alterações na alimentação</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição da força muscular</b>	1	2	3	4	5

Com que INTENSIDADE tem experimentado os sintomas ou alterações descrito na lista abaixo? Por favor, indique a **INTENSIDADE** (ou seja, quão forte) sentiu cada um dos sintomas no **último mês**.

	<b>Nenhuma intensidade (não tive este sintoma)</b>	<b>Intensidade mínima</b>	<b>Intensidade moderada</b>	<b>Intensidade elevada</b>	<b>Intensidade extrema</b>
<b>Perda de interesse ou de capacidade de desempenho das atividades diárias</b>	1	2	3	4	5
<b>Tensão ou nervosismo (tensão interna, inquietação, agitação)</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento da frequência urinária</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em manter a ereção durante uma relação sexual</b>	1	2	3	4	5
<b>Dores nas articulações ou rigidez</b>	1	2	3	4	5
<b>Irritabilidade</b>	1	2	3	4	5
<b>Tristeza ou humor depressivo</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldades de concentração ou atenção</b>	1	2	3	4	5
<b>Declínio no sentimento de bem-estar geral</b>	1	2	3	4	5

<b>Alterações de memória (perda ou falta de memória)</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda involuntária de fezes</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição da necessidade de dormir</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda involuntária de urina</b>	1	2	3	4	5
<b>Falta de energia, exaustão, falta de vitalidade</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em dormir uma noite de sono tranquilo e reparador</b>	1	2	3	4	5
<b>Suor excessivo (inesperado, repentino, ou afrontamentos)</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento da necessidade de dormir</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do número de ereções</b>	1	2	3	4	5
<b>Insatisfação com a vida pessoal</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição na frequência de relações sexuais</b>	1	2	3	4	5
<b>Ansiedade</b>	1	2	3	4	5
<b>Ereções ou ejaculações menos fortes</b>	1	2	3	4	5
<b>Sensação de pânico</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do desejo sexual</b>	1	2	3	4	5
<b>Frustração</b>	1	2	3	4	5
<b>Querer estar só</b>	1	2	3	4	5
<b>Dores musculares</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do número de ereções matinais</b>	1	2	3	4	5
<b>Ejaculação prematura</b>	1	2	3	4	5

Por favor, indique a **INTENSIDADE** (ou seja, quão forte) sentiu cada um dos sintomas nos **últimos três meses**.

	Nenhuma intensidade (não tive este sintoma)	Intensi- dade mínima	Intensi- dade moderada	Intensi- dade elevada	Intensi- dade extrema
<b>Decréscimo no rendimento físico (sentir-se cansado mais facilmente, redução significativa na frequência ou duração do exercício físico)</b>	1	2	3	4	5
<b>Dificuldade em ficar ou manter-se em boa forma física</b>	1	2	3	4	5
<b>Alterações na próstata (aumento, desconforto)</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda de cabelo ou cabelo mais fino</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda ou ganho de massa gorda</b>	1	2	3	4	5
<b>Aumento significativo de peso sem alterações na alimentação</b>	1	2	3	4	5
<b>Infeções urinárias</b>	1	2	3	4	5
<b>Decréscimo na força ou resistência</b>	1	2	3	4	5
<b>Diminuição do crescimento da barba</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda de massa muscular</b>	1	2	3	4	5
<b>Alterações na pilosidade</b>	1	2	3	4	5
<b>Perda significativa de peso sem alterações na alimentação</b>	1	2	3	4	5

**Diminuição da força muscular**

1

2

3

4

5

## **Intimidade e Satisfação Relacional**

**Presentemente, está num relacionamento amoroso?** Se não tiver um relacionamento, pode passar para a página seguinte  Sim  Não

**Se sim, há quanto tempo?** (exemplo de resposta: 20 anos e 2 meses) \_\_\_\_\_

**Qual a idade da/o sua/seu companheira/o?** \_\_\_\_\_ anos

Qual o seu grau de satisfação com o nível de intimidade que tem com a/o sua/seu companheira/o?

Extremamente insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Extremamente satisfeito
1	2	3	4	5

Muitas pessoas têm desentendimentos nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo o grau de acordo entre si e a/o sua/sua companheira/o, para cada item, na lista que se segue. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente desacordo	Frequente mente desacordo	Quase sempre desacordo	Sempre em desacordo
Assuntos de religião	1	2	3	4	5	6
Demonstrações de afeto	1	2	3	4	5	6
Tomada de decisões importantes	1	2	3	4	5	6
Relações sexuais	1	2	3	4	5	6
Convencionalidade (comportamento correto ou apropriado)	1	2	3	4	5	6
Decisões de carreira	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes dizem respeito a desentendimentos que possam surgir na relação. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Sempre	A maior parte do tempo	Mais vezes sim que não	Ocasional-mente	Raramente	Nunca
Aborda ou já considerou separação ou terminar a relação?	1	2	3	4	5	6
Você e a/o sua/seu companheira/o brigam?	1	2	3	4	5	6
Lamenta ser casado ou viver com a/o sua/seu companheira/o?	1	2	3	4	5	6
Você e a/o sua/seu companheira/o se irritam um com o outro?	1	2	3	4	5	6

Com que frequência os seguintes acontecimentos ocorrem entre si e a/o sua/seu companheira/o?

	Nunca	Menos uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Frequente- mente
Participam juntos em atividades fora da família?	1	2	3	4	5	6
Têm uma troca de ideias estimulante?	1	2	3	4	5	6
Trabalham em conjunto numa atividade?	1	2	3	4	5	6
Calma-mente debatem um assunto?	1	2	3	4	5	6

## Satisfação Sexual

**Presentemente, tem uma vida sexual ativa?** Se não tiver uma vida sexual ativa, pode passar para a página seguinte  Sim  Não

Pensando na sua vida sexual nos **últimos 6 meses**, por favor avalie a sua satisfação com os seguintes aspetos:

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Moderada- mente satisfeito	Muito satisfeito	Extrema- mente satisfeito
	1	2	3	4	5
A qualidade dos meus orgasmos					
Ser capaz de me deixar levar e disfrutar do prazer sexual durante a relação	1	2	3	4	5
A forma como reajo sexualmente à/ao minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
A forma como o meu corpo funciona sexualmente	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

O meu humor após as relações sexuais					
O prazer que proporciono à/ao minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
O equilíbrio entre o que dou e o que recebo durante a relação sexual	1	2	3	4	5
A disponibilidade emocional da/o minha/meu parceira/o durante a relação sexual	1	2	3	4	5
A capacidade da/o minha/meu parceira/o em atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
A criatividade sexual da/o minha/meu parceira/o	1	2	3	4	5
A variedade das minhas relações sexuais	1	2	3	4	5
A frequência da minha atividade sexual	1	2	3	4	5

### Autoimagem

O seguinte conjunto de questões pretende avaliar a forma como se sente em relação ao seu corpo. Para cada uma das questões, selecione o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Extrema- mente insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Extrema- mente satisfeito
Satisfação com o meu peso	1	2	3	4	5
Satisfação com a forma do meu corpo	1	2	3	4	5
Satisfação com o desenvolvimento dos meus músculos	1	2	3	4	5

Nada importante	Pouco importante	Neutro	Importante	Muito importante
-----------------	------------------	--------	------------	------------------

Comparando com outras coisas na minha vida, o meu peso é...	1	2	3	4	5
Comparando com outras coisas na minha vida, a forma do meu corpo é...	1	2	3	4	5
Comparando com outras coisas na minha vida, o desenvolvimento e força dos meus músculos é...	1	2	3	4	5

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a sua concordância ou discordância selecionando o número que melhor corresponde à sua resposta.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Olho-me ao espelho com frequência durante o dia para ter a certeza que estou bem arranjado e vestido	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a minha aparência física	1	2	3	4	5
Para que o dia me corra bem, eu tenho de me sentir bem com a minha aparência	1	2	3	4	5
É muito mais fácil gerir as minhas tarefas diárias quando me sinto bem com a minha aparência	1	2	3	4	5
A minha imagem é uma parte importante de quem eu sou	1	2	3	4	5
Há muitas coisas no meu corpo que eu gostava de mudar se pudesse	1	2	3	4	5
Eu perco pouco tempo a arranjar-me antes de sair de casa	1	2	3	4	5
O envelhecimento vai tornar-me menos atrativo	1	2	3	4	5

É muito importante para mim que os outros me achem atraente	1	2	3	4	5
Eu gosto do meu corpo	1	2	3	4	5
Eu sinto-me uma pessoa atraente a maior parte dos dias	1	2	3	4	5
Sentir-me bem com a minha imagem é muito importante para mim	1	2	3	4	5

### Questionário de adjetivos

Para cada um dos seguintes adjetivos, queira por favor assinalar o quão se aplicam a si.

**Eu sou:**

	Nunca	Raramente	Ocasional- mente	Frequente- mente	Sempre
Caridoso	1	2	3	4	5
Sensível	1	2	3	4	5
Disposto a tomar uma posição	1	2	3	4	5
Sensível às necessidades dos outros	1	2	3	4	5
De brandos modos	1	2	3	4	5
Empático	1	2	3	4	5
Disposto a correr riscos	1	2	3	4	5
Com compaixão	1	2	3	4	5
Emocional	1	2	3	4	5
Ajo como um líder	1	2	3	4	5
Compreensivo	1	2	3	4	5
Independente	1	2	3	4	5
Assertivo	1	2	3	4	5
Gentil	1	2	3	4	5

Defendo as minhas crenças	1	2	3	4	5
Energético	1	2	3	4	5
Competitivo	1	2	3	4	5
Afetoso	1	2	3	4	5
Atlético	1	2	3	4	5
Dominante	1	2	3	4	5

### **Segunda Fase do Estudo**

Brevemente, haverá uma segunda fase deste estudo. Se estiver disponível para participar numa breve entrevista telefónica, e posteriormente no preenchimento de um outro questionário, agradeceríamos que deixasse um contacto telefónico e o horário em que deseja ser contactado. No entanto, deixar o seu contacto não implica qualquer compromisso em participar, mesmo quando for contactado por um membro desta equipa de investigação. A sua participação será sempre voluntária, podendo desistir em qualquer momento.

Contatos:

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Melhor horário para contato: \_\_\_\_\_

## Anexo B - Formas de recolha

### Características sociodemográficas entre os dois grupos de recolha

Características	Papel <i>n</i> = 57	Online <i>n</i> = 71	<i>t</i> -student
Idade			
<i>M</i>	55.00	51.06	<b><i>t</i> (126, 121) =</b>
<i>DP</i>	8.81	9.01	<b>2.485; <i>p</i> =</b> <b>.014</b>
Orientação sexual			
Heterossexual	100%	87.3%	
Homossexual	-	8.5%	<b><i>t</i> (126, 70) = -</b>
Bissexual	-	2.8%	<b>2.545; <i>p</i> =</b>
Outra	-	1.4%	<b>=.012</b>
Estado Civil			
Solteiro	5.3%	11.3%	
Casado	70.2%	69.0%	<i>t</i> (126, 103) =
União de facto	7.0%	12.7%	1.722; <i>p</i> =
Divorciado	14.0%	7.0%	.088
Viúvo	3.5%	-	
Situação Profissional			
Tempo inteiro	66.7%	69.0%	
Tempo parcial	1.8%	4.2%	
Desempregado	5.3%	5.6%	<i>t</i> (126, 114) =
Reformado	21.1%	18.3%	.607; <i>p</i> = .545
Outra	5.3%	2.8%	
Rendimento			
Até 7.000	8.8%	9.9%	
7.001 a 20.000	28.1%	19.7%	
20.001 a 40.000	29.8%	36.6%	<i>t</i> (126, 114) =
40.001 a 80.000	19.3%	26.8%	.017; <i>p</i> = .986
Mais de 80.000	14.0%	7.0%	