



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Hábitos Tabágicos e Funcionamento
Sexual**

Cheila Gomes Cardoso

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Rui Miguel Costa

Professor de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Rui Miguel Costa

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

2019

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

Agradecimentos

Quero agradecer em primeiro lugar ao meu orientador, Professor Rui Costa, pelo incansável apoio, disponibilidade e paciência que sempre teve e por ter partilhado tanto conhecimento e sabedoria. Foi um privilégio ter o professor como orientador.

Agradecer à minha família, pela paciência, apoio e afeto nestes últimos cinco anos. Um especial obrigado aos meus pais, Paula e Carlos, por tudo.

A todas as minhas amigas e amigos que fizeram parte deste percurso e que são fundamentais.

Ao meu namorado pela sua paciência, suporte, carinho e por estar sempre presente.

À minha avó e à Lua, “I’ll always remember us this way”.

Resumo

O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida em Portugal. No sexo masculino, o tabaco é considerado um factor de risco, dependente da dose, para a disfunção eréctil. A literatura mostra maioritariamente que o tabaco não é factor de risco para disfunções sexuais femininas. O presente estudo analisou as relações entre hábitos tabágicos e funcionamento sexual feminino e masculino numa amostra de média de idades jovem (27 anos e 30 anos, respetivamente). Participaram 119 homens e 377 mulheres divididos em não fumadoras/es, fumadoras/es ocasionais e fumadoras/es regulares. Os instrumentos utilizados para avaliar o funcionamento sexual feminino foram o *Female Sexual Function Index* (FSFI) e o *Revised Female Sexual Distress Scale* (FSDS-R), e para o funcionamento sexual masculino o *International Index of Erectile Function* (IIEF) e o *Premature Ejaculation Diagnostic Tool* (PEDT). Quanto à dependência da nicotina foi utilizado o Teste de Dependência da Nicotina de *Fagerstrom*. No sexo feminino, as fumadoras regulares não se diferenciaram das não fumadoras. As fumadoras ocasionais apresentaram pior funcionamento sexual que as fumadoras regulares. A dependência de nicotina não se correlacionou com o funcionamento sexual feminino. No sexo masculino os fumadores regulares tiveram pior funcionamento sexual que os outros dois grupos. A dependência de nicotina correlacionou-se com maior insatisfação sexual. Estas associações mantiveram-se após controlo da idade como covariável. Os resultados são congruentes com a noção de que o consumo de tabaco é um factor de risco dependente da dose nos homens mas que parece ter riscos muito menores para as mulheres.

Palavras-chave: Hábitos Tabágicos; Funcionamento Sexual Feminino e Masculino; Dependência de Nicotina.

Abstract

Tobacco is the second most consumed psychoactive substance in Portugal. In men, tobacco is considered a dose-dependent risk factor for erectile dysfunction. The literature mostly shows that tobacco is not a risk factor to female sexual dysfunction. The present study analyzed the relationships between smoking habits and female and male sexual functioning in a sample of young mean age (27 years and 30 years, respectively). The sample consisted of 119 men and 377 women divided into non-smokers, occasional smokers and regular smokers. The instruments used to evaluate female sexual functioning were the Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale - Revised (FSDS-R), and for male sexual functioning the International Index of Erectile Function (IIEF) and the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT). Nicotine dependence was assessed by the Fagerstrom test for nicotine dependence. In the female, regular smokers did not differ from non-smokers. Occasional smokers had worse sexual functioning than regular smokers. Nicotine dependence did not correlate with female sexual functioning. In males the regular smokers had worse sexual functioning than the other two groups. Nicotine dependence correlated with greater sexual dissatisfaction. These associations were maintained after controlling age as a covariate. The results are congruent with the notion that smoking is a dose-dependent risk factor for male sexual difficulties but appears to have much lower risks for female sexual difficulties.

Key-words: Smoking Habits; Female and Male Sexual Function; Nicotine Dependence.

Índice

Introdução	1
Método.....	15
Participantes.....	15
Procedimento	15
Materiais	16
Resultados.....	19
Discussão.....	37
Conclusão	40
Referências	41

Lista de Anexos

Anexo A - Questionário Online (versão feminina)

Anexo B - Questionário online (versão masculina)

Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas descritivas da amostra total (N=496)

Tabela 2. Estatísticas descritivas - subamostra de consumo de tabaco no sexo feminino

Tabela 3. Estatísticas descritivas - subamostra de consumo de tabaco no sexo masculino

Tabela 4. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras ocasionais relativamente ao funcionamento sexual feminino

Tabela 5. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras regulares relativamente ao funcionamento sexual feminino

Tabela 6. Teste-t comparando fumadoras ocasionais e fumadoras regulares relativamente ao funcionamento sexual feminino

Tabela 7. Teste-t comparando não fumadores e fumadores ocasionais relativamente ao funcionamento sexual masculino

Tabela 8. Teste-t comparando não fumadores e fumadores regulares relativamente ao funcionamento sexual masculino

Tabela 9. Teste-t comparando fumadores ocasionais e fumadores regulares relativamente ao funcionamento sexual masculino

Tabela 10. Matriz de correlações entre idade e funcionamento sexual em ambos os sexos

Tabela 11. Matriz de correlações entre dependência da nicotina e dimensões do funcionamento sexual feminino

Tabela 12. Matriz de correlações parciais entre dependência da nicotina e dimensões do funcionamento sexual feminino controlando a variável idade

Tabela 13. Matriz de correlações entre dependência da nicotina e funcionamento sexual masculino

Tabela 14. Matriz de correlações parciais entre consumo de tabaco e funcionamento sexual masculino, controlando a variável idade

Tabela 15. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Tabela 16. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras ocasionais relativamente à frequência de atividades sexuais

Tabela 17. Teste-t comparando fumadoras ocasionais e fumadoras regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Tabela 18. Teste-t comparando não fumadores e fumadores regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Tabela 19. Teste-t comparando não fumadores e fumadores ocasionais relativamente à frequência de atividades sexuais

Tabela 20. Teste-t comparando fumadores ocasionais e fumadores regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Lista de Abreviaturas

FDFS-R- *Female Sexual Distress Scale – Revised;*

FSFI- *Female Sexual Function Index;*

IIEF- *International Index of Erectile Function;*

PEDT- *Premature Ejaculation Diagnostic Tool.*

Introdução

O consumo de tabaco em Portugal

O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida entre os portugueses, cerca de 20% da população em Portugal são fumadores e a duração média do consumo de nicotina é de 21 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2018). Dados referentes a 2016/2017 indicam que cerca de 57% dos fumadores são do sexo masculino, e 41% do sexo feminino, com um aumento significativo de 25%, desde 2001, do número de consumidores entre o sexo feminino (Balsa et al., 2018).

Tabaco e saúde

O tabaco é um dos factores de risco que contribui para diversas doenças crónicas nomeadamente doenças cardiovasculares (US Department of Health and Human Services, 2014), doenças oncológicas (principalmente cancro do pulmão) e doenças respiratórias, como o agravamento de asma, tuberculose e fibrose pulmonar idiopática (DGS, 2017). O fumo e a exposição ao mesmo pode provocar irritações oculares, aumento do risco de infeções respiratórias, diminuição da imunidade e diminuição da fertilidade (DGS, 2017). Segundo alguns estudos o tabaco também representa um factor de risco para o funcionamento sexual, contudo os resultados diferem entre os dois sexos e não são conclusivos: ao contrário do sexo feminino, em que a maior parte dos estudos não considera o tabagismo como factor de risco para as disfunções sexuais, muitos dos estudos com amostras do sexo masculino mostram que o tabagismo é um factor de risco para a disfunção erétil, tendo em conta que o risco é dependente da dose. Maior duração do consumo também aumenta o risco, parecendo não estar presente em quem fuma há menos de 10 anos (Cao, Gan, Dong, Liu, & Lu, 2014). As disfunções sexuais englobam um conjunto de disfunções (como disfunção do orgasmo, da excitação, da dor, do desejo e da ejaculação precoce) caracterizadas por uma perturbação clínica significativa a nível da capacidade de responder sexualmente e experienciar prazer sexual tendo impacto na qualidade de vida e nas relações interpessoais, provocando um sofrimento pessoal significativo. A função sexual está dependente da interação entre os factores biológicos, psicológicos e socioculturais (APA, 2014). A disfunção sexual pode designar-se como generalizada em que ocorre independentemente da estimulação, situação e parceiros ou situacional em que só ocorre perante determinada estimulação, situação ou parceiro (Goldstein, Traish, Kim, & Munarriz, 2004).

Hábitos Tabágicos e Funcionamento Sexual Feminino

Não existe um consenso empírico sobre os efeitos do tabagismo no funcionamento sexual feminino (McCool-Myers, Theurich, Zuelke, Knuettel, & Apfelbacher, 2018). Entre os estudos existentes, são poucos os que demonstraram uma relação entre o tabagismo e o funcionamento sexual feminino (Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, & Dikencik, 2008; Choi, Shin, Lee, Jeon, Kim, Cho, & Lee, 2015; Kim, Kim, Kim, Cho, & Jeon, 2011; Polland, Davis, Zeymo, & Iglesias, 2018; Rosen et al., 2012; Smith et al., 2012; Wen, Rissel, Cheng, Richters, & de Visser, 2017). Os problemas sexuais femininos mais comuns são falta de desejo, problemas de excitação, subjectiva ou fisiológica (lubrificação), dificuldade em atingir o orgasmo e dor nas relações sexuais (Rosen et al., 2012).

Passamos de seguida a descrever estudos que mostram que o tabaco é um factor de risco para dificuldades sexuais femininas. Numa amostra de 1009 mulheres turcas com uma média de idades de 38,62 anos, as participantes que consumiam tabaco tinham mais probabilidade de terem pior funcionamento sexual avaliado pelo Female Sexual Function Index (FSFI) comparativamente ao grupo de participantes não fumadoras (Aslan et al., 2008). Um estudo com uma amostra coreana de 773 mulheres sexualmente ativas com idades entre os 40 e 65 anos avaliou a relação entre o funcionamento sexual e diferentes factores comportamentais e sociais, nomeadamente o consumo de tabaco através de três grupos, não fumadoras, fumadoras e ex-fumadoras, contudo só houve informação sobre hábitos tabágicos para uma subamostra de 153 da qual somente 12 relataram fumar. Nesta subamostra, fumar revelou-se um factor de risco para o funcionamento sexual avaliado pelo FSFI (Kim et al., 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados num estudo com 900 mulheres, fumadoras e ex-fumadoras/não fumadoras, na Coreia, em que o tabaco, tal como no estudo anterior, foi um factor de risco para as disfunções sexuais femininas, permanecendo significativo após ajustamento de outras variáveis: idade; escolaridade, estado civil, hipertensão e consumo de álcool (Choi et al., 2015). De forma semelhante ao que foi verificado relativamente ao risco de disfunção erétil nos homens (Cao et al., 2014), a relação entre consumo de tabaco e dificuldades sexuais femininas mostrou-se dependente da dose nesta amostra de 900 mulheres. Assim, os resultados deste estudo mostraram que quanto maior a severidade da dependência da nicotina e a dose cumulativa ao longo dos anos (*pack-years*: número de maços fumados por ano multiplicado pelo número de anos de consumo), maior a probabilidade de ocorrência de dificuldades sexuais femininas. Relativamente às fumadoras com dependência de moderada a ligeira as mesmas não apresentaram valores no FSFI sugestivos de disfunção sexual, mas relataram menos desejo e menos excitação (Choi et al., 2015).

Um estudo americano avaliou factores relacionados com a perturbação do desejo sexual hipoativo em mulheres recorrendo a serviços de saúde para condições não urgentes. A amostra contou com 701 participantes com uma média de idades de 46,2 anos, as mulheres diagnosticadas com esta perturbação tiveram maior probabilidade de serem fumadoras ou ex-fumadoras comparativamente com as participantes sem essa perturbação (Rosen et al., 2012). Num estudo com 2.252 mulheres entre os 20 e 64 anos avaliadas em dois momentos, as participantes fumadoras tiveram uma maior incidência na falta de interesse sexual no segundo momento passados dose meses, mas não maior risco de persistência de problemas sexuais. O consumo de tabaco não se relacionou com a incidência nem com a persistência de problema a nível de orgasmo, dor, insatisfação e lubrificação. Não foi dada informação sobre a relação entre o consumo de tabaco e a prevalência inicial de dificuldades sexuais. Os autores referem a importância de avaliar a quantidade de tabaco consumido ou o número de anos, uma vez que estas variáveis podem ser factores de risco explicativos (Smith et al., 2012). Resultados semelhantes foram encontrados num estudo com uma amostra representativa de 8.816 mulheres australianas com idades entre os 16 e 69 anos, comparando fumadores e não fumadoras, o consumo de tabaco (fumar até 20 cigarros por dia) foi associado a menos prazer sexual e a dificuldades em atingir o orgasmo, mas não a falta de desejo, problema de lubrificação e dor. (Wen et al., 2017). Contrariamente aos últimos estudos citados, num estudo americano com 6.711 participantes, com uma média de 35,4 anos, verificou-se uma correlação muito fraca, mas significativa, entre as dificuldades na lubrificação e o número de cigarros fumados por dia (Polland et al., 2018). O grupo de fumadoras e ex-fumadoras apresentou maior risco de dificuldades na lubrificação comparativamente as não fumadoras (efeito estatístico igualmente muito fraco) (Polland et al., 2018).

Ausência de relação entre consumo de tabaco e funcionamento sexual feminino

Apesar de os estudos apresentados até agora apontarem para o tabaco enquanto factor de risco no funcionamento sexual, existem muitos mais estudos que apontam para a inexistência de uma relação entre o tabagismo e o pior funcionamento sexual (Abu Ali et al., 2008; Amidu et al., 2010; Avellanet, Ortiz, Pando, & Romaguera, 2009; Chedraui et al., 2012; Chedraui, Perez-Lopez, San Miguel & Avila, 2009; Avis et al., 2009; Avis et al., 2005; Cayan et al., 2016; Christensen, Gronbaek, Pedersen, Graugaard, & Frisch, 2011; Costa & Peres, 2014; Elsamra et al., 2010; Esposito et al., 2007; Esposito et al., 2010; Jaafarpour et al., 2013; Laumann, Glasser, Neves, & Moreira, 2009; Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinlay, 2009; Moreira, Kim, Glasser, & Gingell, 2006; Ponholzer Roehlich, Racz, Temml, & Madersbacher, 2005;

Safarinejad, 2006; Shaeer et al., 2012b; Valadares et al., 2008; Wallwiener et al., 2010; West et al., 2008).

Num estudo com amostra de 1.137 mulheres da Jordânia, entre os 22 e 70 anos, o tabagismo não teve uma associação significativa com a disfunção sexual feminina avaliada pelas dimensões do FSFI (Abu et al., 2008). Num outro estudo com amostra americana de 587 mulheres dos 18 aos 95 anos, também não se verificou uma relação positiva entre o tabagismo e as disfunções sexuais femininas (Elsamra et al., 2009). Numa amostra de 344 participantes árabes, categorizadas como não fumadoras e fumadoras, com idades entre os 18 e 59 anos, não houve relação estatística significativa entre a prevalência de disfunções sexuais e o tabaco (Shaeer et al., 2012b). Num estudo com amostra de 400 mulheres iranianas dos 18 aos 50 anos não se verificaram diferenças significativas entre fumadoras e não fumadoras quanto ao funcionamento sexual feminino avaliado pelo FSFI (Jaafarpour et al., 2013). Num estudo no Irão, com uma amostra de 2.626 mulheres entre os 20 e 60 anos agrupadas em não fumadoras, ex-fumadoras e fumadoras, os resultados mostraram não existirem diferenças significativas entre ser ou não fumadora quanto ao funcionamento sexual (Safarinejad, 2006). Um outro estudo entre fumadoras, não fumadoras e ex-fumadoras com uma amostra austríaca de 703 mulheres com idades entre os 21 e 70 anos, ser fumadora não se correlacionou estatisticamente com disfunções sexuais avaliadas no estudo, nem com a importância atribuída à vida sexual e a frequência de relações sexuais (Ponholzer et al., 2005).

Um estudo com 129 mulheres portuguesas fumadoras e não fumadoras, com uma média de idades de 29 anos, que avaliou a relação entre o tabagismo, a dependência da nicotina e o funcionamento sexual feminino entre as participantes sexualmente ativas, não verificou a existência de uma relação entre o consumo de tabaco e o aumento do risco de disfunções sexuais femininas, e quanto à dependência de nicotina também não se correlacionou com o risco de disfunção sexual. Contudo, no mesmo estudo, enquanto as fumadoras apresentaram maior desejo por coito vaginal (mas não mais desejo de uma forma geral) e mais atividade sexual com o parceiro, a variável grau de dependência de nicotina associou-se a menor desejo por coito vaginal no subgrupo com parceiro sexual (Costa & Peres, 2015). Numa amostra de 301 mulheres entre os 18 e 58 anos de idade, naturais do Gana, onde o funcionamento sexual foi avaliado através do GRISS- Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (composto pelas dimensões de vaginismo, anorgasmia, evitamento da atividade sexual, não-consensualidade, dificuldades de comunicação com o parceiro, pouca frequência e insatisfação sexual) e as participantes foram classificadas como fumadoras se fumassem pelo menos um cigarro por dia,

caso contrário eram consideradas não fumadoras, o consumo de tabaco não foi considerado um factor de risco para as disfunções sexuais femininas (Amidu et al., 2010).

Da mesma forma, estudos com uma amplitude de idades menor, no sentido de terem população mais velha, são congruentes com os acima citados. Num estudo americano com uma amostra de 749 mulheres entre os 40 e 80 anos divididas em não fumadoras, e fumadoras/ ex-fumadoras, o tabaco não foi um factor de risco no funcionamento sexual (Laumann et al., 2009). Num estudo com 409 mulheres hispânicas com idade média de 47 anos, comparando fumadoras, não fumadoras e ex-fumadoras, não se verificou a existência de uma relação entre o tabagismo e as disfunções sexuais femininas (Chedraui et al., 2009). Numa amostra de 920 mulheres porto-riquenhas com idades entre os 40 e 59 anos, o consumo de tabaco não foi associado à disfunção sexual feminina avaliada no estudo (dispareunia) (Avellanet et al., 2009). Num estudo com uma amostra brasileira de meia idade (entre os 40 e 65 anos) de 315 mulheres, não houve diferenças significativas quanto ao funcionamento sexual entre não fumadoras e fumadoras/ ex-fumadoras (Valadares et al., 2008).

De forma semelhante, num estudo com uma amostra feminina de 904 mulheres, entre os 40 e 59 anos, não se verificou uma relação entre o consumo de tabaco e pior funcionamento sexual avaliado pelo FSFI (Chedraui et al., 2012). Também num estudo com uma amostra italiana de 118 mulheres com idade média de 42 anos no grupo de participantes com disfunção sexual e 44 anos no grupo sem disfunção sexual, não houve diferenças quanto ao consumo de tabaco (Esposito et al., 2007). Num estudo com uma amostra de 3.167 mulheres americanas de diversas origens étnicas (não-hispânicas, afro-americanas, hispânicas, chinesas e japonesas) entre os 42 e 52 anos de idade, o consumo de tabaco não teve associação significativa à função sexual, avaliada através da excitação, desejo, satisfação física, satisfação emocional, dor, frequência de relações sexuais (Avis et al., 2005). Um estudo com amostra coreana de 600 mulheres entre os 40 e 80 anos, quando comparados os problemas sexuais como a dificuldade em atingir o orgasmo, falta de interesse sexual e dificuldade de lubrificação, entre o grupo de fumadoras e ex-fumadoras/ não fumadores, não houve diferenças (Moreira et al., 2006). Um estudo longitudinal com 3302 mulheres entre os 42 e 52 anos, divididas entre fumadoras e não fumadoras, o consumo de tabaco não foi um factor de risco para o funcionamento sexual (Avis et al., 2009).

Num estudo com 595 mulheres italianas entre os 35 e 70 anos, categorizadas como não fumadoras, fumadoras e ex-fumadoras, os resultados mostraram não haver associação entre o tabagismo e disfunções sexuais femininas (Esposito et al, 2010). À semelhança, num estudo americano realizado em Boston com 3.205 mulheres entre os 30 e 79 anos, o tabagismo não

teve impacto no funcionamento sexual, ou seja, entre fumadoras, ex-fumadoras e não fumadoras não existiu diferenças significativas nos scores do FSFI (Lutfey et al., 2009). Contudo apesar dos resultados iniciais, quando a amostra foi dividida por etnias (branca, negra, hispânica), os resultados alteraram-se quanto às participantes de etnia negra, em que as ex-fumadoras tiveram menor probabilidade de ter problemas sexuais comparativamente com as não fumadoras (Lutfey et al., 2009).

Os resultados de um estudo com uma amostra representativa australiana de 2.979 mulheres, foram ao encontro dos estudos acima referidos com amostras não representativas. Entre as participantes sexualmente ativas, apesar do tabagismo surgir associado a um aumento significativo de inatividade sexual com o parceiro no último ano, quando comparados os três grupos (fumadoras, ex-fumadoras e não fumadoras) as ex-fumadoras e as fumadoras não relataram mais problemas sexuais a nível de lubrificação, vaginismo, anorgasmia e dispareunia comparativamente às não fumadoras (Christensen et al., 2011).

Sexualidade e Idade

Para além do tabaco, em alguns estudos também é observável uma relação significativa entre o aumento da idade e a prevalência de mais problemas do funcionamento sexual feminino (Abu Ali, Al Hajeri, Khader, Shegem, & Ajlouni, 2008; Aslan et al., 2008; Chedraui, Perez-Lopez, San Miguel, & Avila, 2009; Elsamra et al., 2009; Esposito et al., 2010; Jaafarpour, Khani, Khajavikhan, & Suhrabi, 2013; Kim et al., 2011; Polland et al., 2018; Safarinejad, 2006; Smith et al. 2012; Valadares et al., 2008), sendo até considerado um preditor independente para as disfunções sexuais femininas (Esposito et al., 2010). Num estudo realizado na Áustria avaliou-se a importância atribuída à vida sexual e o número de relações sexuais nas últimas quatro semanas tendo em conta a idade. Os resultados mostraram uma correlação inversa estatisticamente significativa entre a diminuição da importância atribuída à vida sexual e do número de relações sexuais nas últimas quatro semanas, por um lado, e o aumento de idade, por outro. Contudo a relação entre a idade e as disfunções sexuais ainda não é muito clara (McCool-Myers et al., 2018). Para além da idade e relacionada com a mesma, a menopausa também é um factor de risco em alguns estudos (Elsamra et al., 2009; Kim et al., 2011), havendo uma maior prevalência de disfunções sexuais femininas em mulheres com a menopausa (Çayan et al., 2016; Esposito et al., 2010; Safarinejad et al., 2006) o que pode ser explicado pela diminuição de níveis de estrogénio (Giuliano, Rampim, & Allard, 2002).

Num estudo longitudinal (Smith et al., 2012), acima já referido, de 2,252 mulheres com idades entre os 20 e 64 anos, em relação à variável idade, os resultados mostraram que as

mulheres entre os 20 e 30 anos tinham a mesma probabilidade que as participantes com idades mais avançadas, de desenvolver duas novas dificuldades sexuais (falta de interesse e ausência de prazer sexual) durante os 12 meses do estudo, mas as participantes mais velhas tiveram uma maior incidência de outras dificuldades sexuais, como incapacidade de atingir o orgasmo e a secura vaginal. Outras dificuldades sexuais, como falta de prazer sexual, dor física na relação sexual, ansiedade sexual não se relacionaram com a idade. Segundo os autores estes resultados podem ser explicados pelas alterações hormonais devido à menopausa que tem com um dos sintomas a secura vaginal, pelo surgimento ou aumento de problemas de saúde e pela eventual perda de interesse sexual gradual em parceiros de longa data (Smith et al., 2012).

Esta última possibilidade vai ao encontro de outros estudos que mostram como o parceiro poderá ter impacto nos problemas sexuais femininos nomeadamente em idades mais avançadas, uma vez que a presença de disfunção sexual no parceiro (Aslan et al., 2008; Chedraui et al., 2009; Chedraui et al., 2012), como a disfunção eréctil e a ejaculação precoce, surge como factor de risco para a mulher, ao representar um papel importante na satisfação sexual feminina (Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012b). Um outro resultado do estudo de Smith et al. (2012), relevou que as mulheres que viviam sem o seu parceiro tiveram uma maior incidência de dificuldades orgásticas e dor durante a atividade sexual, o que segundo os autores pode ser explicado pela possibilidade de existirem menos oportunidades de comunicar sobre as práticas sexuais, de forma a garantir que a atividade sexual seja satisfatória para ambos, ou pela possibilidade de as mulheres no início de um relacionamento estarem mais focadas a satisfazerem sexualmente os seus parceiros, não havendo uma abordagem mutuamente satisfatória a nível da relação sexual (Smith et al., 2012).

Deste modo, torna-se pertinente estudar o efeito do tabagismo no funcionamento sexual em idades mais jovens, com o objetivo de verificar a relação existente, uma vez que, como já referido, existem factores de risco que surgem em idades mais avançadas e que podem influenciar a relação entre estas duas variáveis. Tendo em conta que a grande maioria dos estudos realizados estão muito focados em amostras com mulheres na menopausa ou na idade reprodutiva, mas já não jovem, torna-se pertinente investigar as relações entre o consumo de tabaco e a função sexual em populações mais jovens.

Associação entre consumo de tabaco e melhor funcionamento sexual

Além dos estudos até agora referidos, podem citar-se três estudos em amostras representativas que para além de verificarem que consumo de tabaco não é um factor de risco de problemas sexuais, ainda detectaram uma relação benéfica entre o consumo de tabaco e o funcionamento sexual feminino (Costa & Peres, 2015; Costa et al., 2019; Çayan et al., 2016; Wallwiener et al., 2010; West et al., 2008). Um estudo com uma amostra representativa alemã de 1.086 estudantes de medicina fumadoras e não fumadoras, em que maioritariamente eram sexualmente ativas (97%) e com parceiro sexual estável (81%). Aqui, as fumadoras relataram ter melhor funcionamento sexual avaliado pelo FSFI e por isso menos risco de disfunção sexual, o que segundo os autores pode ser justificado pela maior capacidade de diversão por parte de quem consome tabaco (Wallwiener et al., 2010). Resultados semelhantes foram obtidos um estudo com amostra representativa na Turquia com 1.217 mulheres entre os 18 e 74 anos, em que o grupo de participantes com disfunções sexuais femininas apresentava menor número de fumadoras comparativamente ao grupo sem problemas sexuais. Desta forma, não consumir tabaco foi considerado um factor de risco significativo para disfunções sexuais femininas (Çayan et al., 2016). Outro estudo com amostra americana representativa de 2207 mulheres com idades compreendidas entre os 30 e 70 anos, revelou que as fumadoras têm menos risco de sofrer de falta de desejo e menos risco de desenvolverem a perturbação do desejo sexual hipoactivo (West et al., 2008). Este estudo tem resultados congruentes com um outro com uma amostra não-representativa Portuguesa que verificou que as fumadoras tinham mais desejo que as não fumadoras (Costa & Peres, 2015). Mais recentemente, estes resultados foram confirmados noutra amostra não representativa Portuguesa com uma média de idade de cerca de 25 anos, em que na subamostra feminina (N = 230), as fumadoras relataram maior desejo e maior frequência de relações sexuais, mas não mais satisfação. Resultados semelhantes foram obtidos na subsamostra masculina (N = 121) (Costa et al., 2019).

Hábitos Tabágicos e Funcionamento Sexual Masculino

Ao contrário do que se passa com as mulheres, a maioria dos estudos masculinos sobre a relação entre o tabaco e o funcionamento sexual também apontam que o tabagismo é um factor de risco para a disfunção erétil (Bacon et al., 2006; Cao et al., 2013; Chew, Bremner, & Earle, 2009; He et al., 2007; Moreira et al., 2006; Polsky et al., 2005; Song et al., 2016; Verze, Margreiter, Esposito, Montorsi, & Mulhall, 2015; Weber et al., 2013), incluindo estudos com amostras masculinas representativas (Christensen et al., 2011; Millett et al., 2006; Wen et al., 2017). Contudo, existem evidências de que há uma relação de dose-resposta entre a quantidade e a duração do consumo de tabaco e o aumento do risco de disfunção erétil (Allen & Walter, 2019; Bacon et al., 2006; Cao et al., 2014; Chew et al., 2009; Christensen et al., 2011; Gades et al., 2005; He et al., 2007; Kupelian, Link, & McKinlay, 2007; Shaeer & Shaeer, 2012a; Wu et al., 2012), uma vez que existe uma maior probabilidade de existirem irregularidades fisiológicas vasculares quando há um aumento da quantidade de cigarros consumidos (Celermajer et al., 1993). Investigação meta-analítica revela que o risco de disfunção erétil só ocorre no grupo dos homens que fumam mais de 10 cigarros por dia e no grupo dos que fumam há mais de 10 anos (Cao et al., 2014), não sendo claro se as associações da disfunção erétil com a duração do consumo e a quantidade consumida são independentes ou se o risco está apenas presente nos que fumam mais de 10 cigarros por dia há mais de 10 anos.

Numa amostra representativa com 2.573 homens entre os 16 e 97 anos, foram avaliados os factores de risco de diversos problemas do funcionamento sexual masculino, tais como dificuldades eréteis, anorgasmia, ejaculação precoce e dispareunia. Os resultados mostraram que o consumo de tabaco estava associado à presença de disfunções sexuais, nomeadamente de disfunção erétil a ocorrer com maior probabilidade tanto em ex-fumadores como fumadores atuais e da ejaculação precoce com ex-fumadores a serem mais propensos comparativamente aos grupos de fumadores e não fumadores (Christensen et al., 2011). À semelhança, também num estudo com 600 participantes da Coreia entre os 40 e 80 anos, o tabagismo (fumador ou ex-fumador) foi um factor de risco significativo para a disfunção erétil e para ejaculação precoce, mas não para falta de desejo sexual. Entre os problemas sexuais os mais comuns entre a amostra foram a disfunção erétil e a ejaculação precoce (Moreira et al., 2006). Num estudo longitudinal com uma amostra de 22.086 homens americanos, entre os 40 e 75 anos, concluiu-se que fumar causou um aumento de incidência de disfunção erétil (Bacon et al., 2006). Também num estudo com amostra chinesa composta por 4,763 participantes entre os 35 e 74 anos de idade, o risco de disfunção erétil foi maior para fumadores, mas só estatisticamente

significativo entre os que fumam mais de 10 cigarros por dia. A duração do consumo não se revelou um factor de risco neste estudo (He et al., 2007).

Num estudo australiano com 1.580 participantes do sexo masculino entre os 20 e 80 anos, o tabagismo foi considerado um factor de risco para disfunção erétil, sendo que o risco foi maior no grupo dos fumadores e nos ex-fumadores e aumentou em função da duração do consumo. Nos fumadores, houve uma relação dose resposta, em que quanto maior o consumo de tabaco, maior a probabilidade de disfunção erétil, contudo a mesma não foi significativa (Chew et al., 2009). Numa amostra americana de 2,022 participantes do sexo masculino com uma idade média de 52 anos, os participantes fumadores consumiam uma média de 13,5 cigarros por dia com uma média de 25 anos de duração do consumo. Ser fumador não mostrou ter uma associação direta com disfunção erétil; contudo uma maior duração média do consumo de tabaco foi associada a uma maior prevalência de disfunção erétil assim como a uma maior gravidade de disfunção (Shaeer & Shaeer, 2012a). Num estudo com uma amostra de 2,686 homens chineses entre os 20 e 79 anos, verificou-se que a duração do consumo de tabaco foi um factor de risco significativo para a disfunção erétil, visto que os participantes que fumavam há mais de 23 anos tinham maior risco comparativamente com os não fumadores, no entanto, o risco não foi maior para os que fumavam há menos de 23 anos. Também a quantidade de cigarros fumados por dia foi considerada um factor de risco significativo. Os participantes que fumavam mais de 20 cigarros por dia apresentaram um risco mais elevado comparativamente aos não fumadores, mas os que fumavam menos de 20 cigarros por dia não apresentaram risco maior. Contudo, a quantidade de cigarros deixou de ser estatisticamente significativa quando foi controlada a variável educação, mas a duração permaneceu significativa após controlar outras variáveis (Wu et al., 2012).

Num estudo com amostra representativa de 9611 homens australianos com idades entre os 16 e 69 anos, no grupo de participantes com consumo superior a 20 cigarros por dia verificou-se uma associação significativa em comparação com os não fumadores, quanto às dificuldades em manter a ereção, perda de interesse sexual, dificuldades no orgasmo e ansiedade em relação ao desempenho sexual (Wen et al., 2017). Resultados idênticos obteve um estudo com uma amostra australiana de 108.477 homens, com idades superiores a 45 anos, em que ser fumador foi associado a um maior risco de disfunção erétil em comparação com os não fumadores. Dentro do grupo de fumadores quem fumava 20 ou mais cigarros por dia apresentou maior probabilidade de disfunção erétil do que quem fumava menos de 20 cigarros (Weber et al., 2013). Num outro estudo com uma amostra representativa de 8367 homens australianos com

idades entre os 16 e 59 anos, verificou-se uma associação significativa entre o consumo de tabaco e a disfunção erétil, que aumentava quanto maior fosse o consumo (Millett et al., 2006).

Num estudo com 335 participantes americanos entre os 54 e 80 anos e com uma média de 64 anos, verificou-se que existiu uma relação dose-resposta, tendo o risco de disfunção erétil aumentado o dobro entre os participantes que tinham um consumo de tabaco entre 25 e 50 *pack-years*, comparativamente a quem nunca fumou. O risco de disfunção erétil não se associou a menos de 25 *pack-years* nem a mais de 50 *pack-years*, ainda que o número de participantes neste subgrupo tenha sido bastante reduzido. Neste estudo, após o controlo variáveis com potencial de mediação (e.g., idade, álcool) constatou-se que o consumo de tabaco não aumentou o risco de disfunções sexuais, no entanto, o mesmo não se verificou no grupo de ex-fumadores (Polsky et al., 2005). Numa amostra americana de 1.329 homens com parceira sexual e entre os 40 e 79 anos, o grupo com história de consumo de tabaco teve maior probabilidade de ter disfunção erétil que os que nunca fumaram, esta relação deixou de ser significativa quando se controlaram a idade e as comorbilidades. Entre ex-fumadores e não fumadores a probabilidade de disfunção erétil era mais elevada nos ex-fumadores. Foi observado neste estudo e consistente com os últimos citados, uma relação dose-resposta estatisticamente significativa entre disfunção erétil e exposição cumulativa ao tabaco, sendo que existiu maior risco de disfunções quando consumidos 29 ou mais *pack-years*, mas não menos de 29 *pack-years* (Gades et al., 2005). Numa amostra de 2.301 homens nos EUA, com idades entre 30 e 79 anos, foram obtidos resultados semelhantes, ao verificar-se uma relação dose-resposta entre o consumo de tabaco e a disfunção erétil, sendo que, comparativamente com não fumadores, o grupo com 20 ou mais *pack-years* apresentou maior risco de disfunção erétil. Tal não foi o caso dos grupos entre 10 e 19 *pack-years* e menos de 10 *pack-years* (Kupelian et al., 2007).

Numa amostra de 900 homens coreanos entre os 20 e 70 anos, o consumo de tabaco foi considerado um factor de risco para a disfunção erétil para os homens com mais de 40 anos, mas não para os entre 20 e 40. Segundo os resultados do estudo, verificou-se que na amostra entre os 40 e 60 anos os factores de risco eram maioritariamente de natureza orgânica e na amostra entre os 20 e 40 anos eram maioritariamente factores psicossociais, nomeadamente a ausência de conversas sobre a vida sexual (Song et al., 2016).

Ausência de relação entre consumo de tabaco e funcionamento sexual masculino

Como observado até agora na literatura, muitos são os estudos que consideram o tabaco como factor de risco, contudo também há alguns estudos que não verificam a existência de uma relação entre o consumo de tabaco e um pior funcionamento sexual masculino ou um maior risco de problemas sexuais masculinos (Laumann et al., 2009; Liu, Jia, Peng, Zhong, & Fang, 2019; Pozzi et al., 2018).

Um estudo com amostra italiana de 307 participantes com idades compreendidas entre os 24 e 36 anos, concluiu que não houve diferenças entre os participantes que fumavam e os que não fumavam quanto às dimensões de função erétil, desejo sexual, satisfação com a relação sexual, satisfação sexual no geral e funcionamento orgástico avaliadas pela escala IIEF-EF (Pozzi et al., 2018). Da mesma forma, um estudo com 742 homens entre os 40 e 80 anos verificou que o tabagismo não foi um factor de risco para os problemas sexuais (Laumann et al. 2009). Também num estudo com 270 participantes chineses, com uma média de idades de 34,7 anos (amostra entre os 20 e 48 anos), não houve diferenças entre o grupo de participantes com ejaculação precoce e o grupo de participantes sem ejaculação precoce quanto ao consumo de tabaco (Liu et al., 2019).

Como foi visto acima, a literatura não é consensual quanto ao impacto que o consumo de tabaco tem no funcionamento sexual. Uma limitação que é transversal em grande parte dos estudos, e que se verifica também com amostras femininas, é que a maioria dos estudos foram realizados com participantes com idades mais avançadas, a partir dos 40 anos (Bacon et al., 2006; Gades et al., 2005; Moreira et al., 2006; Polsky et al., 2005; Shiri et al., 2004; Weber et al., 2013). A importância desta limitação pode ser justificada pelo facto de em idades mais avançadas ser maior a prevalência de factores de risco para problemas no funcionamento sexual, nomeadamente disfunção erétil (Weber et al., 2013), uma vez que no decorrer do envelhecimento a expressão do óxido nítrico endotelial fica reduzida, o que perturba a vasocongestão arterial - neste caso temos o que se chama disfunção endotelial, a qual vai ter um impacto negativo na função erétil dos homens (Bivalacqua et al., 2005). Assim, o tabaco poderá funcionar como factor agravante na presença de comorbilidades e outros factores de risco para a disfunção endotelial, sendo o seu risco muito menos na ausência deste co-factores. Para além disso, como foi visto acima, o risco aumenta com a duração do consumo e poderá apenas ser significativa após vários anos, quando o homem já está na meia-idade.

Desta forma, considera-se pertinente estudar as relações entre o tabagismo e a função sexual também em idades mais jovens para compreender se o consumo de tabaco é um factor de risco para as disfunções sexuais masculinas em amostras mais jovens.

As disparidades entre as conclusões dos estudos com amostras masculinas e femininas podem ser explicadas pela diferença dos níveis de estradiol, sendo que os mesmos são mais baixos no sexo masculino. O estradiol desempenha um papel protetor perante o efeito da nicotina ao permitir um aumento da disponibilidade de óxido nítrico e consequentemente diminuir o stress oxidativo (El-Seweidy Mohamed, Asker, & Atteia, 2012) e assim facilitar a vasocongestão genital. Um estudo realizado com animais, em ratos machos, observou que no grupo onde foi administrado nicotina, houve um aumento significativo dos níveis de ADMA (dimetilarginina assimétrica), um inibidor endógeno do óxido nítrico (NO) e regulado pela nicotina, que diminui a biodisponibilidade de NO e desta forma compromete a função endotelial (Jiang et al., 2006; Verze et al., 2015).

No sexo feminino, o óxido nítrico, no decorrer da excitação sexual, controla o aumento do fluxo sanguíneo vaginal e do clitóris, uma vez que, a estimulação realizada pelo estrogénio no fluxo sanguíneo e a excitação genital (relaxamento do músculo) ocorrem pela produção de óxido nítrico endotelial (Giuliano et al., 2002). O estrogénio tem um papel fundamental no controlo do fluxo sanguíneo genital no decorrer da resposta sexual (Musicki et al., 2009). No sexo masculino a síntese do óxido nítrico endotelial é um factor importante na função erétil, desempenhando um papel de manutenção da resposta erétil e é o principal estimulador da ereção peniana (Bivalacqua et al., 2005; Burnett, 2006). Contudo ao consumir nicotina há uma diminuição da síntese do óxido nítrico (NOS) (Tostes, 2008; Verze et al., 2015), comprometendo a vasodilatação uma vez que não há a quantidade de óxido nítrico necessária (Biebel, Burnett, & Sadeghi-Najed, 2016). A ereção peniana é um fenómeno neurovascular e é através do endotélio que são libertadas substâncias vasoativas que controlam o relaxamento e permitem a ereção. A ereção inicia-se com estimulação sexual e depende da função dos sistemas de fluxo arterial e drenagem venosa, desta forma estudos afirmam que o consumo de tabaco provoca uma vasoconstrição das artérias penianas devido à aterosclerose tendo como consequência a disfunção erétil (Biebel et al., 2016). Segundo as investigações realizadas sobre a patogénese da disfunção erétil, a mesma é uma doença de origem vascular que ocorre através da disfunção endotelial, ou seja, quando há perda funcional do endotélio (Bivalacqua et al., 2005).

Dois estudos experimentais realizados com metodologia e objetivos semelhantes, mas com amostras de sexos diferentes, sobre os efeitos da nicotina na excitação sexual em participantes não fumadores através da administração de nicotina, obtiveram resultados semelhantes (Harte & Meston, 2008a; Harte & Meston, 2008b). Um dos estudos tinha uma amostra composta por 25 mulheres não fumadoras e sexualmente funcionais (Harte & Meston, 2008b), e o outro estudo com 28 homens não fumadores e sexualmente ativos (Harte & Meston, 2008a), ambos com amostras jovens, com uma média de 20 e 21 anos respectivamente. Os resultados revelaram que a nicotina reduziu significativamente a excitação sexual fisiológica em mulheres e homens não fumadoras/es, mas não a subjectiva, em resposta a filmes com conteúdo sexual explícito. A excitação sexual fisiológica feminina teve uma diminuição de 30% (Harte & Meston, 2008b) e a excitação sexual fisiológica masculina diminuiu 23% (Harte & Meston, 2008a) comparativamente ao grupo placebo.

Objetivos

Assim, a presente investigação tem como objetivo estudar, numa amostra de média de idades jovem, as associações entre hábitos tabágicos e o funcionamento sexual feminino e masculino, nomeadamente: 1) testar se há diferenças de funcionamento sexual entre três grupos (fumadores ocasionais, fumadores regulares e não fumadores) e 2) testar no grupo de fumadores se pior funcionamento sexual se correlaciona com o grau de dependência de nicotina. Este estudo pretende colmatar as limitações presentes em estudos anteriores nomeadamente a paucidade de estudos em populações não-clínicas com média de idades mais jovem e que avaliem o grau de dependência, ao qual tem sido dada pouca atenção.

Método

Participantes

O presente estudo contou com uma amostra feminina de 377 participantes e uma amostra masculina de 119 participantes, tendo um total de 496 participantes.

Amostra feminina:

Na amostra feminina, as idades estiveram compreendidas entre os 16 e 74 anos, com uma média de 27 anos (27,33). A nível do consumo de tabaco do sexo feminino, 58,1% (219) eram não fumadoras, 28,9% (109) fumadoras regulares e 12,5% (47) fumadoras ocasionais. Quanto às relações sexuais, 62,6% teve relações sexuais nas últimas quatro semanas e 37,4% não.

Amostra masculina:

Na amostra masculina, as idades foram entre os 16 e 70 anos, com uma média de 31 anos (30,90). Quanto ao consumo de tabaco 63,9% (76) da amostra eram não fumadores, 26,1% (31) fumadores regulares e 10,1% (12) fumadores ocasionais. Do total, 69,7% (83) teve relações sexuais nas últimas quatro semanas e 30,3% não teve.

Procedimento

Os questionários foram disponibilizados online, através de dois links, um destinado ao sexo masculino e outro ao sexo feminino e divulgados de 16 de Outubro de 2018 a 10 de Janeiro de 2019 nas redes sociais, sendo que o método de amostragem ocorreu por conveniência e por um processo de bola de neve. Ambos apresentavam uma introdução onde foi referido que o mesmo foi desenvolvido no âmbito de um projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e tinham como objetivo compreender a relação entre os hábitos tabágicos e o funcionamento heterossexual, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados aos participantes, assim como a liberdade de não responder a alguma questão em que não se sentissem confortável. Foi disponibilizado o contacto de e-mail do professor orientador da dissertação para eventual esclarecimento de dúvidas.

Materiais

Questionário sociodemográfico

Foram solicitadas informações relativamente à idade, à profissão, às habilitações literárias e o estado civil.

Vida Sexual

Foram realizadas questões sobre a orientação sexual do participante com as seguintes opções de resposta, “Só com o sexo oposto; Principalmente com o sexo oposto; Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo; Principalmente com o mesmo sexo; Só com o mesmo sexo”, sobre a existência de um parceira/o sexual, se coabitam e a duração do relacionamento e sobre a frequência, no decorrer do último mês, de atividades sexuais através das questões: 1. Quantos dias (não vezes) teve relações sexuais que envolveram o coito (pénis na vagina)?; 2. Quantos dias teve relações sexuais que não envolveram o coito (pénis na vagina), como sexo oral, sexo anal, ou masturbação pelo/a parceiro/a? (Não considere cybersexo uma relação sexual); 3. Quantos dias se masturbou a sós?

Teste de Fagerstrom para a Dependência da Nicotina (FTND — Fagerström Test for Nicotine Dependence)

O grau de dependência da nicotina foi avaliado através da versão portuguesa da escala de *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991), traduzida e validada por Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira (2009). Esta escala foi originalmente intitulada como *Fagerström Tolerance Questionnaire*, tendo sido posteriormente sujeita a uma revisão e consequentemente modificada por Heatherton et al. (1991) por apresentar alguns problemas psicométricos e conceituais, a escala original continha oito itens, tendo sido dois itens eliminados referentes à taxa de nicotina e à inalação. A versão de Heatherton et al. (1991) apresentou uma consistência interna de 0,51, enquanto que versão portuguesa teve um alfa de cronbach de 0,660.

Este instrumento é composto por seis questões sobre os hábitos tabágicos diários. E a cotação varia entre 0 e 3 no primeiro item em que 0 corresponde à reposta “após 60 minutos” e 3 a “nos primeiros 5 minutos”, e no quarto item em que 0 corresponde a “10 ou menos” e 3 a “31 ou mais”. Os restantes itens só têm duas escalas de resposta (cotadas com 0 ou 1). Nos itens dois e seis, a resposta “sim” é cotada com 1 e “não” com 0 e nos itens três e cinco, também só com duas escalas de resposta, é cotada com 0 as respostas “Qualquer outro” e “No resto do dia” e com 1 “O primeiro da manhã” e “Nas primeiras horas”, respetivamente. A nível da

interpretação dos resultados das cotações, os valores entre 0 a 3 são designados como dependência baixa, 4 a 6 como dependência média e de 7 a 10 como dependência elevada, ou seja, quanto maior for o resultado maior a dependência física da nicotina (Ferreira et al., 2009).

Funcionamento sexual

Anteriormente às escalas de funcionamento sexual foi questionado a ocorrência de relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas. Quando a resposta facultada era “Sim”, o participante era encaminhado para os questionários sobre o funcionamento sexual.

Funcionamento sexual Feminino

O funcionamento sexual feminino foi avaliado pelo Índice de Funcionamento Sexual, a versão portuguesa do *Female Sexual Function Index*- FSFI (Rosen et al., 2000) e pelo *Female Sexual Distress Scale - Revised* FSDDS-R (DeRogatis, Clayton, Lewis-D'Agostino & Wunderlich, 2008).

O primeiro instrumento, FSFI, é composto por dezanove itens que avaliam, nas últimas quatro semanas, dimensões importantes do funcionamento sexual feminino que representam as diferentes fases do funcionamento sexual, tendo em conta os sistemas classificatórios da APA (American Psychiatric Association) e da WHO (1992), sendo as dimensões o Desejo (com 2 itens), a Excitação subjetiva (4 itens), a Lubrificação (4 itens), o Orgasmo (3 itens), a Satisfação (3 itens) e a Dor (3 itens) (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009). Este instrumento apresenta duas escalas de resposta de 0 a 5 ou 1 a 5. A cotação é feita por dimensão, ou seja, é feita a soma das pontuações de cada item de uma dimensão e pela posterior multiplicação desse resultado por um valor específico de ponderação atribuído a cada dimensão (Rosen et al., 2000). Posteriormente as pontuações das seis dimensões são somadas e o resultado da soma é a pontuação do FSFI (Pechorro et al., 2009). Os valores mais elevados indicam uma melhor função sexual, enquanto que valores abaixo de 26,55 indicam um pior funcionamento sexual (Weigel, Meston, & Rosen, 2005). A consistência interna da versão portuguesa foi de 0,94, considerando-se uma boa consistência interna (Pechorro et al., 2009), contudo foi ligeiramente abaixo do valor de alfa de Cronbach obtido na escala original, 0,97 (Rosen et al., 2000).

O *Female Sexual Distress Scale - Revised* (FSDDS-R) (DeRogatis, Clayton, Lewis-D'Agostino, & Wunderlich, 2008), avalia o *distress* sexual e é composto por 13 itens, com uma escala de resposta de tipo Likert de 0 (nunca) a 4 (sempre), sendo que valores mais altos indicam mais *distress* sexual.

Funcionamento Sexual Masculino

O funcionamento sexual masculino foi avaliado através do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) e o PEDT (*Premature Ejaculation Diagnostic Tool*). O primeiro instrumento, IIEF, foi desenvolvido por Rosen et al. (1997) e validado e traduzido para português por Gomes & Nobre (2012). É composto por quatorze itens, menos um item que a original, que são divididos em cinco dimensões, avaliando a função erétil, desejo sexual, satisfação com a relação sexual, satisfação sexual no geral e funcionamento orgástico. Os valores mais elevados indicam uma melhor função sexual masculina.

A ejaculação precoce foi avaliada por uma tradução para português europeu do *Premature Ejaculation Diagnostic Tool* (PEDT), desenvolvido por Symonds et al. (2007). Os valores mais elevados indicam um maior número de sintomas de ejaculação precoce. O PEDT é composto por cinco itens com três escalas de resposta de cinco pontos (Symonds et al. 2007). A consistência interna revelou-se adequada (alfa de Cronbach de .75) e verificou-se a existência de validade convergente e divergente com correlações inversas com as dimensões de satisfação com a relação sexual ($r = -.27; p < .01$), satisfação sexual no geral ($r = -.31; p < .01$) do IIEF e ausência de correlação com as dimensões orgasmo ($r = -.02; p = .86$) e desejo sexual ($r = .06; p = .59$).

Resultados

Tabela 1. Estatísticas descritivas da amostra total (N=496)

	Homens N(%); Média (DP)	Mulheres N(%); Média (DP)
N	119	377
Idade	30,90 (12.32)	27,33 (10.25)
Mínimo-Máximo	16 - 70	16 - 74
Mediana	26,00	23,00
Profissão		
Estudante	48 (40,3%)	198 (52,5%)
Trabalhador/a- Estudante	3 (2,5%)	7 (1,9%)
Empregado/a	64 (53,8%)	160 (42,4%)
Desempregado/a	3 (2,5%)	9 (2,4%)
Reformado/a	1 (0,8%)	3 (0,8%)
Habilitações Literárias		
Ensino Básico	0 (0%)	6 (1,6%)
Ensino Secundário	57 (47,9%)	135 (35,8%)
Bacharelato	4 (3,4%)	8 (2,1%)
Licenciatura	38 (31,9%)	179 (47,5%)
Mestrado	19 (16%)	46 (12,2%)
Doutoramento	1 (0,8%)	3 (0,8%)
Estado Civil		
Solteiro	87 (73,1%)	301 (79,8%)
Casado	24 (20,2%)	61 (16,2%)
Divorciado	7 (5,9%)	15 (4%)
Viúvo	1 (0,8%)	0 (0%)
Sexualidade		
Só com o sexo oposto.	109 (91,6%)	329 (87,3%)
Principalmente com o sexo oposto.	2 (1,7%)	33 (8,8%)
Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo	6 (5%)	8 (2,1%)

Principalmente com o mesmo sexo	2 (1,7%)	1 (0,3%)
Só com o mesmo sexo	0 (0%)	5 (1,1%)
Paceiro Sexual Regular		
Sim	88 (73,9%)	259 (68,7%)
Não	30 (25,2%)	116 (30,8%)
Relações Sexuais nas últimas 4 semanas		
Sim	83 (69,7%)	236 (62,6%)
Não	36 (30,3%)	141 (37,4%)
Coabitação		
Sim	47 (39,5%)	121 (32,1%)
Não	68 (57,1%)	197 (52,3%)
Consumo de Tabaco		
Não Fumador	76 (63,9%)	219 (58,1%)
Fumador Ocasional	12 (10,1%)	49 (12,5%)
Fumador Regular	31 (26,1%)	109 (28,9%)

DP = Desvio Padrão

Tabela 2. Estatísticas descritivas - subamostra de consumo de tabaco no sexo feminino

	Mulheres		
	N(%); Média (DP)		
	Não Fumadoras	Fumadoras ocasionais	Fumadoras regular
N	219	47	109
Idade	27.36 (10.76)	24.30 (7.84)	28.61 (10.01)
Profissão			
Estudante	113 (51.6%)	35 (74,5%)	50 (45.9%)
Trabalhador/a- Estudante	5 (2.3%)	0 (0%)	2 (1.8%)
Empregado/a	92 (42%)	10 (21.3%)	56 (51.4%)
Desempregado/a	6 (2.7%)	2 (4.3%)	1 (0.9%)
Reformado/a	3 (1.4%)	0 (0%)	0 (0%)
Habilitações Literárias			
Ensino Básico	5 (2.3%)	0 (0%)	1 (0.9%)
Ensino Secundário	69 (31.5%)	16 (34%)	49 (45%)
Bacharelato	6 (2.7%)	0 (0%)	2 (1.8%)
Licenciatura	105 (47.9%)	25 (53.2%)	49 (45%)
Mestrado	32 (14.6%)	6 (12.8)	8 (7.3%)
Doutoramento	2 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Estado Civil			
Solteira	177 (80.8%)	40 (85.1%)	82 (75.2%)
Casada	34 (15.5%)	6 (12.8%)	21 (19.3%)
Divorciada	8 (3.7%)	1 (2.1%)	6 (5.5%)
Viúva	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Relações Sexuais nas últimas 4 semanas			
Sim	145 (66.2%)	24 (51.1%)	66 (60.6%)
Não	74 (33.8%)	23 (48.9%)	43 (39.4%)
Parceiro sexual regular			
Sim	154 (70.3%)	26 (55.3%)	78 (71.6%)
Não	65 (29.7%)	21 (44.7%)	29 (26.6%)

DP = Desvio Padrão

Tabela 3. Estatísticas descritivas - subamostra de consumo de tabaco no sexo masculino

	Homens		
	N(%); Média (DP)		
	Não Fumadores	Fumadores ocasionais	Fumadores regulares
N	76	12	31
Idade	29.84 (12.15)	31.50 (9.89)	33.26 (13.54)
Profissão			
Estudante	29 (38.2%)	3 (25%)	16 (51.6%)
Trabalhador/a- Estudante	3 (3.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Empregado/a	40 (52.6%)	9 (75%)	15 (48.4%)
Desempregado/a	3 (3.9%)	0 (0%)	0 (0%)
Reformado/a	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)
Habilitações Literárias			
Ensino Básico	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ensino Secundário	39 (51.3%)	4 (33.3%)	14 (45.2%)
Bacharelato	1 (1.3%)	1 (8.3%)	2 (6.5%)
Licenciatura	21 (27.6%)	5 (41.7%)	12 (38.7%)
Mestrado	14 (18.4%)	2 (16.7%)	3 (9.7%)
Doutoramento	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)
Estado Civil			
Solteiro	56 (73.7%)	10 (83.3%)	21 (67.7%)
Casado	17 (22.4%)	2 (16.7%)	5 (16.1%)
Divorciado	3 (3.9%)	0 (0%)	4 (12.9%)
Viúvo	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.2%)
Relações Sexuais nas últimas 4 semanas			
Sim	48 (63.2%)	10 (83.3%)	25 (80.6%)
Não	28 (36.8%)	2 (16.7%)	6 (19.4%)
Parceira sexual regular			
Sim	57 (75%)	9 (75%)	22 (71%)
Não	18 (23.7%)	3 (25%)	9 (29%)

DP = Desvio Padrão

Como se pode observar na tabela 4, obteve-se uma diferença marginal ($t = 1.88$; $p = .06$) no sentido de as participantes fumadoras ocasionais relatarem menos satisfação sexual e pior funcionamento sexual (pontuação total do FSFI) quando comparadas com as não fumadoras. Relativamente às restantes dimensões e ao *distress* não se registaram diferenças. Controlando a variável idade, permaneceu a diferença marginal entre as não fumadoras e as fumadoras ocasionais na dimensão da satisfação ($F = 3.56$; $p = .06$) e no funcionamento sexual (FSFI) ($F = 3.60$; $p = .06$), e surgiu uma diferença marginal quanto à excitação ($F = 3.74$; $p = .06$) que não existia antes de controlar a influência da idade.

Tabela 4. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras ocasionais relativamente ao funcionamento sexual feminino

	Mulheres		<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>) Variável de controle: idade
	Não fumadoras	Fumadoras ocasionais		
N	139	23		
	Média (DP)			
Desejo	4.76 (.94)	4.68 (1.09)	.41 (.68)	.91 (.34)
Excitação	5.09 (.78)	4.78 (1.13)	1.68 (.10)	3.74 (.06)
Lubrificação	5.43 (.79)	5.14 (1.07)	1.56 (.12)	2.32 (.13)
Orgasmo	4.71 (1.29)	4.28 (1.22)	1.52 (.13)	1.71 (.19)
Satisfação	5.42 (.76)	5.10 (.75)	1.88 (.06)	3.56 (.06)
Dor	5.01 (1.04)	4.83 (1.25)	.72 (.47)	.42 (.52)
FSFI Total	30.45 (3.82)	28.76 (4.95)	1.88 (.06)	3.60 (.06)
FSDS-R	8.03 (8.89)	11.65 (12.78)	-1.50 (.14)	2.22 (.14)

DP = Desvio Padrão

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Como apresentado na tabela 5, não existiram diferenças significativas nas médias entre as não fumadoras e as fumadoras regulares quanto ao funcionamento sexual geral (FSFI e escala de *Distress*). Controlando a variável idade, continuaram a não existir diferenças significativas.

Tabela 5. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras regulares relativamente ao funcionamento sexual feminino

Mulheres				
	Não fumadoras	Fumadoras regulares	<i>t</i> (p)	<i>F</i> (p)
			Variável de controle: idade	
N	139	63		
Média (DP)				
Desejo	4.76 (.94)	4.65 (.79)	.81 (.42)	.15 (.70)
Excitação	5.09 (.78)	5.17 (.64)	-.74 (.46)	.94 (.33)
Lubrificação	5.43 (.79)	5.52 (.59)	-.81 (.42)	.69 (.41)
Orgasmo	4.71 (1.29)	4.81 (1.19)	-.49 (.63)	.11 (.75)
Satisfação	5.42 (.76)	5.31 (.81)	.90 (.37)	.61 (.44)
Dor	5.01 (1.04)	4.83 (1.25)	-.99 (.32)	.72 (.40)
FSFI Total	30.45 (3.82)	30.60 (3.10)	-.27 (.79)	.11 (.74)
FSDS-R	8.03 (8.89)	6.78 (7.42)	.98 (.33)	.78 (.38)

DP = Desvio Padrão

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Como apresentado na tabela 6, não se verificou diferenças significativas nas médias entre as fumadoras ocasionais e as fumadoras regulares quanto ao funcionamento sexual geral (FSFI e escala de *Distress*). Ao controlar a variável idade, surgiram diferenças significativas quanto à excitação ($F = 5.56; p = .02$) e ao funcionamento sexual (pontuação total do FSFI) ($F = 4.65; p = .03$), e diferenças marginais quanto à lubrificação ($F = 4.41; p = .06$) e ao *distress* ($F = 3.71; p = .06$), no sentido das fumadoras ocasionais terem maior níveis de *distress*, pior funcionamento sexual total e menor lubrificação e excitação em comparação com as fumadoras regulares.

Tabela 6. Teste-t comparando fumadoras ocasionais e fumadoras regulares relativamente ao funcionamento sexual feminino

Mulheres				
	Fumadoras ocasionais	Fumadoras regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
				Variável de controle: idade
N	23	63		
Média (DP)				
Desejo	4.68 (1.09)	4.65 (.79)	.11 (.91)	.30 (.59)
Excitação	4.78 (1.13)	5.17 (.64)	-1.62 (.12)	5.56 (.02)
Lubrificação	5.14 (1.07)	5.52 (.59)	-1.64 (.11)	4.14 (.06)
Orgasmo	4.28 (1.22)	4.81 (1.19)	-1.82 (.07)	2.21 (.14)
Satisfação	5.10 (.75)	5.31 (.81)	-1.11 (.27)	2.41 (.12)
Dor	4.83 (1.25)	5.17 (1.25)	-1.09 (.28)	.82 (.37)
FSFI Total	28.76 (4.95)	30.60 (3.10)	-1.67 (.11)	4.65 (.03)
FSDS-R	11.65 (12.78)	6.78 (7.42)	1.50 (.15)	3.71 (.06)

DP = Desvio Padrão

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Quanto aos homens e como apresentado na tabela 7, obteve-se uma diferença significativa ($p = .03$) no sentido de os fumadores ocasionais relatarem um melhor funcionamento orgástico, mas esta relação não se manteve uma vez controlada a idade. Relativamente às restantes dimensões do IIEF e à escala de ejaculação precoce não se registaram diferenças. Controlando a variável idade, não houve diferenças significativas.

Tabela 7. Teste-t comparando não fumadores e fumadores ocasionais relativamente ao funcionamento sexual masculino

Homens				
	Não fumadores	Fumadores ocasionais	<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
			Variável de controlo: idade	
N	48	10		
	Média (DP)			
Função erétil	29.19 (1.61)	28.90 (1.45)	.52 (.60)	.18 (.68)
Desejo sexual	9.04 (1)	9.30 (1.06)	-.73(.47)	.46 (.50)
Satisfação com a relação sexual	8.85 (1.22)	9.50 (.85)	-1.59 (.12)	2.47 (.12)
Satisfação geral	8.94 (1.06)	9.50 (.71)	-1.60 (.12)	2.48 (.12)
Funcionamento orgástico	9.48 (1.15)	9.90 (.32)	-2.17 (.03)	1.12 (.29)
IIEF total	65.72 (3.32)	67.10 (3.48)	-1.18 (.24)	1.26 (.27)
Ejaculação precoce (PEDT)	5.30 (3.61)	3.40 (3.78)	1.50 (.14)	2.11 (.15)

DP = Desvio Padrão

IIEF = International Index of Erectile Function; PEDT = *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

Como apresentado na tabela 8, não existiram diferenças significativas nas médias entre os não fumadores e os fumadores regulares quanto ao funcionamento sexual geral (IIEF e escala de ejaculação precoce- PEDT). Surgiu uma diferença marginal ($F = 3.81$; $p = .06$), ao controlar a variável idade quanto ao IIEF (pontuação total), no sentido de os não fumadores relatarem melhor função sexual do que os fumadores regulares.

Tabela 8. Teste-t comparando não fumadores e fumadores regulares relativamente ao funcionamento sexual masculino

Homens				
	Não fumadores	Fumadores regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
				Variável de controle: idade
N	48	25		
	Média (DP)			
Função erétil	29.19 (1.61)	28.42 (2.06)	1.60 (.12)	2.67 (.11)
Desejo sexual	9.04 (1)	8.80 (1.15)	.93 (.36)	1.04 (.31)
Satisfação com a relação sexual	8.85 (1.22)	8.42 (1.06)	1.50 (.14)	2.18 (.14)
Satisfação geral	8.94 (1.06)	9.12 (.93)	-.73 (.47)	.60 (.44)
Funcionamento orgástico	9.48 (1.15)	9.36 (1.08)	.43 (.67)	.27 (.61)
IIEF total	65.72 (3.32)	63.87 (4.61)	1.72 (.10)	3.81 (.06)
Ejaculação precoce (PEDT)	5.30 (3.61)	4.83 (3.03)	.54 (.59)	.25 (.62)

DP = Desvio Padrão

IIEF = International Index of Erectile Function; PEDT = *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

Como se pode observar na tabela 9, existiram diferenças significativas quanto à satisfação com a relação sexual ($t = 2.86$; $p = .01$) e o funcionamento orgástico ($t = 2.28$; $p = .03$) no sentido de os fumadores ocasionais relatarem mais satisfação com a relação sexual e um melhor funcionamento orgástico. E surgiu uma diferença marginal ($t = 1.98$; $p = .06$) entre os dois grupos quanto IIEF, no sentido dos fumadores ocasionais relatarem melhor função sexual masculina. Tendo em conta as restantes dimensões do IIEF e à escala de ejaculação precoce

não se registaram diferenças. Controlando a variável idade, permaneceu a diferença significativa quanto à satisfação com a relação sexual ($F = 7.94$; $p = .01$) e a diferença marginal quanto ao IIEF ($F = 3.81$; $p = .06$), com os fumadores ocasionais a apresentarem melhor função sexual do que os fumadores regulares.

Tabela 9. Teste-t comparando fumadores ocasionais e fumadores regulares relativamente ao funcionamento sexual masculino

Homens				
	Fumadores Ocasionais	Fumadores regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)	<i>F</i> (<i>p</i>)
	Variável de controlo: idade			
N	10	25		
	Média (DP)			
Função erétil	28.90 (1.45)	28.42 (2.06)	.67 (.51)	.45 (.51)
Desejo sexual	9.30 (1.06)	8.80 (1.15)	1.18 (.25)	1.37 (.25)
Satisfação com a relação sexual	9.50 (.85)	8.42 (1.06)	2.86 (.01)	7.94 (.01)
Satisfação geral	9.50 (.71)	9.12 (.93)	1.16 (.25)	1.44 (.24)
Funcionamento orgástico	9.90 (.32)	9.36 (1.08)	2.28 (.03)	2.32 (.14)
IIEF total	67.10 (3.48)	63.87 (4.62)	1.98 (.06)	3.81 (.06)
Ejaculação precoce (PEDT)	3.40 (3.78)	4.83 (3.03)	-1.17 (.25)	1.41 (.24)

DP = Desvio Padrão

IIEF = International Index of Erectile Function; PEDT = *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

Na tabela 10 são apresentadas as correlações entre idade e o funcionamento sexual em ambos os sexos, para os subgrupos com relações sexuais nas últimas quatro semanas. Não existiram correlações, no sexo feminino e no sexo masculino, entre a idade e o funcionamento sexual.

Tabela 10. Matriz de correlações entre idade e funcionamento sexual em ambos os sexos

	Homens		Mulheres	
	IIEF	PEDT	FSFI	FSDS-R
	<i>r (p)</i>			
Idade	-.09 (.40)	.05 (.66)	-.03 (.71)	-.05 (.49)

IIEF = International Index of Erectile Function; PEDT = *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Na tabela 11 são apresentadas as correlações entre a dependência da nicotina e a funcionamento sexual feminino. Como se pode observar, a dependência da nicotina não se correlacionou com o funcionamento sexual feminino.

Tabela 11. Matriz de correlações entre dependência da nicotina e dimensões do funcionamento sexual feminino

	Dependência da nicotina (TFDN)
N	141
	<i>r (p)</i>
Desejo	-.15 (.17)
Excitação	-.06 (.61)
Lubrificação	-.05 (.65)
Orgasmo	-.04 (.75)
Satisfação	-.08 (.48)
Dor	.07 (.54)
FSFI total	-.06 (.57)
Distress (FSDS-R)	-.13 (.26)

TFDN = Fagerström Test for Nicotine Dependence

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Na tabela 12 são apresentadas as correlações entre a dependência da nicotina e o funcionamento sexual feminino, controlando a influência da variável idade, para o subgrupo de mulheres com relações sexuais nas últimas quatro semanas. Não existiram correlações entre a dependência da nicotina e o funcionamento sexual feminino.

Tabela 12. Matriz de correlações parciais entre dependência da nicotina e dimensões do funcionamento sexual feminino controlando a variável idade

Variável de controle: idade	Dependência da nicotina (TFDN)
N	141
	<i>r</i> (<i>p</i>)
Desejo	-.04 (.74)
Excitação	-.01 (.96)
Lubrificação	-.06 (.58)
Orgasmo	-.10 (.38)
Satisfação	-.06 (.62)
Dor	.04 (.70)
FSFI total	-.06 (.60)
Distress (FSDS-R)	-.12 (.30)

TFDN = Fagerström Test for Nicotine Dependence

FSFI = Female Sexual Function Index; FSDS-R = Female Sexual Distress Scale-Revised

Na tabela 13 são apresentadas as correlações entre a dependência da nicotina e funcionamento sexual masculino, para o subgrupo de homens com relações sexuais nas últimas quatro semanas. Verificou-se uma correlação negativa moderada ($r = -.46$, $p = .01$) entre a dependência da nicotina e a satisfação geral. Não se verificam correlações entre a dependência da nicotina e as restantes dimensões do funcionamento sexual masculino.

Tabela 13. Matriz de correlações entre dependência da nicotina e funcionamento sexual masculino

	Dependência da nicotina (TFDN)
N	40
	<i>r</i> (<i>p</i>)
Função erétil	-.06 (.72)
Desejo sexual	-.11 (.54)
Satisfação com a relação sexual	-.23 (.20)
Satisfação geral	-.46* (.01)
Funcionamento orgástico	-.16 (.37)
IIEF total	-.22 (.23)
Ejaculação precoce (PEDT)	.11 (.54)

TFDN = TFDN = Fagerström Test for Nicotine Dependence

IIEF = International Index of Erectile Function; PEDT= *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

**p* = 0.01 (2 extremidades)

Na tabela 14 são apresentadas as correlações entre a dependência da nicotina e o funcionamento sexual masculino, controlando a influência da variável idade, para o subgrupo de homens com relações sexuais nas últimas quatro semanas. Permaneceu a existência de uma correlação negativa moderada ($r = -.46$, $p = .01$) entre a dependência da nicotina e a satisfação geral. Relativamente às restantes dimensões do funcionamento sexual masculino não se verificou correlações com a dependência da nicotina.

Tabela 14. Matriz de correlações parciais entre consumo de tabaco e funcionamento sexual masculino, controlando a variável idade

Dependência da nicotina (TFDN)	
Variável de controle: idade	
N	40
	r (p)
Função erétil	-0.04 (.82)
Desejo sexual	-.13 (.48)
Satisfação com a relação sexual	-.23 (.20)
Satisfação geral	-.46 (.01)
Funcionamento orgástico	-.19 (.30)
IEEF total	-.23 (.21)
Ejaculação precoce (PEDT)	.13 (.49)

TFDN = TFDN = Fagerström Test for Nicotine Dependence

IEEF = International Index of Erectile Function; PEDT= *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

Como apresentado na tabela 15, não se verificou diferenças significativas nas médias entre as não fumadoras e as fumadoras regulares quanto às relações sexuais com coito vaginal, relações sexuais sem coito vaginal e à masturbação.

Tabela 15. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Mulheres			
	Não fumadoras	Fumadoras regulares	t (p)
N	195	98	
	Média (DP)		
Relações sexuais com coito	7.36 (8.15)	7.42 (8.85)	-0.06 (.95)
Relações sexuais sem coito	3.69 (6.13)	4.85 (6.95)	-1.39 (.17)
Masturbação	3.26 (6.17)	3.35 (4.97)	-.14 (.89)

DP = Desvio Padrão

Como apresentado na tabela 16, não existiram diferenças significativas nas médias entre as não fumadoras e as fumadoras ocasionais quanto às relações sexuais com coito, relações sexuais sem coito e à masturbação.

Tabela 16. Teste-t comparando não fumadoras e fumadoras ocasionais relativamente à frequência de atividades sexuais

Mulheres			
	Não fumadoras	Fumadoras ocasionais	<i>t</i> (<i>p</i>)
N	195	44	
Média (DP)			
Relações sexuais com coito	7.36 (8.15)	5.84 (6.86)	1.15 (.25)
Relações sexuais sem coito	3.69 (6.13)	3.68 (6.09)	.01 (.99)
Masturbação	3.26 (6.17)	3.11 (4.06)	.15 (.88)

DP = Desvio Padrão

Como se pode observar na tabela 17, não existiram diferenças significativas nas médias entre as não fumadoras e as fumadoras ocasionais quanto às relações sexuais com coito, relações sexuais sem coito e à masturbação.

Tabela 17. Teste-t comparando fumadoras ocasionais e fumadoras regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Mulheres			
	Fumadoras ocasionais	Fumadoras regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)
N	44	98	
Média (DP)			
Relações sexuais com coito	5.84 (6.86)	7.42 (8.85)	-1.05 (.30)
Relações sexuais sem coito	3.68 (6.09)	4.85 (6.95)	-.96 (.34)
Masturbação	3.11 (4.06)	3.35 (4.97)	-.29 (.78)

DP = Desvio Padrão

Como apresentado na tabela 18, não se verificou diferenças significativas nas médias entre os não fumadores e os fumadores regulares quanto às relações sexuais com coito, relações sexuais sem coito e à masturbação.

Tabela 18. Teste-t comparando não fumadores e fumadores regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Homens			
	Não fumadores	Fumadores regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)
N		29	
Média (DP)			
Relações sexuais com coito	7.65 (7.74)	9.90 (8.99)	-1.26 (.21)
Relações sexuais sem coito	4.01 (6.19)	5.41 (7.95)	-.92 (.36)
Masturbação	6.03 (7.82)	8.71 (10.72)	-1.20 (.24)

DP = Desvio Padrão

Como se pode observar na tabela 19, não existiram diferenças significativas nas médias entre os não fumadores e os fumadores ocasionais quanto às relações sexuais com coito e relações sexuais sem coito. Quanto à masturbação, verificou-se diferenças significativas entre os dois grupos ($t = 2.29$; $p = .04$), no sentido dos fumadores ocasionais a apresentarem maior frequência de masturbação do que os não fumadores.

Tabela 19. Teste-t comparando não fumadores e fumadores ocasionais relativamente à frequência de atividades sexuais

Homens			
	Não fumadores	Fumadores ocasionais	<i>t</i> (<i>p</i>)
N		12	
Média (DP)			
Relações sexuais com coito	7.65 (7.74)	10.75 (9.32)	-1.25 (.22)
Relações sexuais sem coito	4.01 (6.19)	6.42 (9.45)	-.82 (.43)
Masturbação	6.03 (7.82)	13.92 (11.48)	-2.29 (.04)

DP = Desvio Padrão

Como se pode observar na tabela 20, não se verificaram diferenças significativas nas médias entre os não fumadores e os fumadores ocasionais quanto às relações sexuais com coito, relações sexuais sem coito e à masturbação.

Tabela 20. Teste-t comparando fumadores ocasionais e fumadores regulares relativamente à frequência de atividades sexuais

Homens			
	Fumadores ocasionais	Fumadores regulares	<i>t</i> (<i>p</i>)
N	12	29	
Média (DP)			
Relações sexuais com coito	10.75 (9.32)	9.90 (8.99)	.27 (.79)
Relações sexuais sem coito	6.42 (9.45)	5.41 (7.95)	.34 (.74)
Masturbação	13.92 (11.48)	8.71 (10.72)	1.38 (.18)

DP = Desvio Padrão

Em correlações parciais, controlando a idade, a frequência de atividades sexuais continuou a não ser diferente entre os três grupos em ambas as amostras, com uma única exceção no sexo masculino entre os grupos de não fumadores e fumadores ocasionais quanto à masturbação com a variável idade controlada ($F = 9.50$; $p = .003$).

Discussão

O presente estudo visou explorar as relações entre os hábitos tabágicos e o funcionamento sexual numa amostra com uma média de idades jovem, controlando a idade e avaliando a dependência da nicotina.

Os resultados na amostra feminina foram alargadamente congruentes com a noção de que fumar não é um factor de risco para os problemas sexuais femininos, como é verificado na literatura (Abu Ali et al., 2008; Amidu et al., 2010; Avellanet et al., 2009; Chedraui et al., 2012; Chedraui et al., 2009; Avis et al., 2009; Avis et al., 2005; Cayan et al., 2016; Christensen et al., 2011; Costa & Peres, 2014; Elsamra et al., 2010; Esposito et al., 2007; Esposito et al., 2010; Jaafarpour et al., 2013; Laumann et al., 2009; Lutfey et al., 2009; Moreira et al., 2006; Ponholze, et al., 2005; Safarinejad, 2006; Shaeer et al., 2012b; Valadares et al., 2008; Wallwiener et al., 2010; West et al., 2008). Assim, não se verificaram diferenças no funcionamento sexual entre não fumadoras e fumadoras regulares.

No subgrupo da amostra feminina com relações sexuais nas últimas quatro semanas, comparando as fumadoras ocasionais com não fumadoras, verificou-se que, mesmo controlando a idade, as fumadoras ocasionais apresentaram pior funcionamento sexual, avaliado pelo FSFI, e menos satisfação sexual em comparação com as não fumadoras, ainda que tenham sido diferenças marginais. Controlando a idade, as fumadoras ocasionais relataram menos excitação do que as não fumadoras. Não há razão nem sustentação teórica para explicar estes resultados, provavelmente tendo sido resultados aleatórios.

Tendo em conta as fumadoras ocasionais e fumadoras regulares, ao controlar a variável idade, verificou-se a existência de diferenças significativas quanto à dimensão excitação e ao funcionamento sexual total do FSFI, assim como diferenças marginais quanto à dimensão de lubrificação e ao *distress*, avaliado pelo FSDS-R, ou seja, as fumadoras ocasionais apresentaram um pior funcionamento sexual, menos lubrificação e excitação e mais *distress*. Não há nenhuma razão conhecida para estes resultados, sendo possível que se tenham tratado de resultados aleatórios.

Quanto à dependência da nicotina avaliada no subgrupo de fumadoras ocasionais e regulares, não se verificaram correlações com as dimensões do funcionamento sexual nem com o *distress*, mesmo controlando a idade. Da mesma forma, num estudo português que avaliou a dependência da nicotina em amostras femininas, não se verificou a existência de correlação entre a dependência de nicotina e o risco de disfunção sexual (Costa & Peres, 2015). Outros estudos portugueses verificaram que as fumadoras tinham mais relações sexuais (Costa & Peres, 2015; Costa et al., 2019). No presente estudo, não se verificaram

diferenças significativas quanto à frequência de atividades sexuais nos três grupos (não fumadoras, fumadoras ocasionais e fumadoras regulares).

No subgrupo masculino com relações sexuais nas últimas quatro semanas, verificaram-se diferenças significativas. Quando comparados os não fumadores e os fumadores ocasionais com os fumadores regulares, verificou-se que os fumadores regulares apresentaram (marginalmente; $p = .06$) pior funcionamento sexual através do total do IIEF. A associação marginal entre consumo de tabaco e pior funcionamento sexual para os fumadores regulares, foi essencialmente devida à combinação de pontuações superiores, não significativas, nas dimensões da função erétil e satisfação com a relação sexual, por parte dos não fumadores. Estes resultados sugerem que em grupos mais jovens, o tabaco pode ser um factor de risco para dificuldades que não se manifestam claramente em queixas de disfunção erétil. Mais investigação em grupos jovens é necessária para confirmar esta possibilidade.

Resultados obtidos em estudos prévios apontam para uma relação dose-resposta entre a quantidade e/ou duração do consumo (*pack-years*) e um maior risco de disfunção erétil (Allen & Walter, 2019; Bacon et al., 2006; Cao et al., 2014; Chew et al., 2009; Christensen et al., 2011; Gades et al., 2005; He et al., 2007; Kupelian, Link, & McKinlay, 2007; Shaeer & Shaeer, 2012b; Wu et al., 2012), uma vez que quanto maior o consumo de cigarros, maior o risco irregularidades fisiológicas vasculares (Celermajer et al., 1993). No presente estudo, verificou-se, no grupo masculino, que quanto maior a dependência da nicotina maior a insatisfação com a vida sexual ($r = -.46$), mas não com a função erétil em particular, o que reforça a ideia de que o consumo de tabaco se pode associar a queixas sexuais em grupos masculinos mais jovens por outras razões que não queixas de dificuldades eréteis. Há a possibilidade de a insatisfação poder reflectir problemas eréteis subclínicos, que ainda não conscientemente identificados como tal, mas somente investigação futura poderá elucidar esta questão.

Contudo ainda não é claro se a quantidade e a duração do consumo são factores independentes ou se juntos têm um impacto mais nocivo no funcionamento sexual. Ainda que em alguns estudos surgem ambos como factores de risco (Cao et al., 2014; Chew et al., 2009; Wu et al., 2012), há outros estudos em que apenas uma destas variáveis surge como factor de risco (He et al., 2007; Shaeer & Shaeer, 2012a).

Quando comparados os grupos de fumadores regulares e fumadores ocasionais, verificou-se diferenças significativas no sentido de os fumadores ocasionais apresentarem mais satisfação com a relação sexual e uma diferença marginal com os fumadores ocasionais a relatarem melhor função sexual através do IIEF comparativamente aos fumadores regulares, após controlada a idade.

Quanto à frequência de atividades sexuais verificou-se diferenças significativas quanto à masturbação, com os fumadores ocasionais relatarem maior frequência da mesma, em comparação com os não fumadores. Como em outras diferenças obtidas na comparação com os fumadores ocasionais, não há nenhuma razão que a explique, devendo-se provavelmente a efeito aleatório.

Desta forma, as diferenças de resultados do presente estudo tendo em conta os dois sexos são consistentes com as diferenças encontradas na literatura e espelham que o tabaco é um factor de risco maior para a função sexual masculina do que feminina. Os níveis de estradiol são mais elevados nas mulheres, o que se torna uma possível explicação para as diferenças encontradas, uma vez que o mesmo tem um papel protetor em relação ao efeito da nicotina. A nicotina regula e promove o aumento dos níveis de ADMA, um inibidor de óxido nítrico, o que consequentemente pode prejudicar a função endotelial (Jiang et al., 2006; Verze et al., 2015), uma vez que não há disponível a quantidade de óxido nítrico que é necessária (Biebel, Burnett, & Sadeghi-Najed, 2016). O óxido nítrico é importante em ambos os sexos, nomeadamente a nível da manutenção da resposta erétil masculina e como principal estimulador da ereção peniana (Bivalacqua et al., 2005; Burnett, 2006) e no sexo feminino controla o aumento do fluxo sanguíneo vaginal e do clitóris durante a excitação sexual, sendo que o estradiol estimula a produção de óxido nítrico (Giuliano, 2002). Contudo, em muitos estudos com mulheres na menopausa, também não se verificaram associações entre tabagismo e funcionamento sexual.

A nível das limitações do estudo salienta-se o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, com uma subamostra masculina sexualmente ativa nas últimas quatro semanas de apenas 88 homens e com subamostra de consumo de tabaco no sexo masculino de apenas 43 fumadores, tendo desta forma, menor poder estatístico. Estudos futuros poderão avaliar o grau de dependência em amostras mais jovens e representativas, avaliar a duração e a quantidade do consumo de tabaco e a sua relação com o funcionamento sexual e avaliar a relação entre hábitos tabágicos e o funcionamento sexual com metodologias longitudinais. Outra limitação que se poderá pôr são as múltiplas comparações efectuadas, o que pode gerar resultados aleatórios não replicáveis: talvez isso tenha explicado os resultados referentes aos fumadores ocasionais, curiosamente em sentidos opostos em homens e mulheres. Contudo, os restantes resultados significativos (obtidos em homens) vão num sentido congruente com investigação anterior, e provavelmente não serão resultados aleatórios, mas só a investigação posterior o poderá confirmar.

Conclusão

Pode-se concluir, do presente estudo com uma amostra de média de idades jovem, que os resultados são congruentes com a literatura, no sentido de que fumar não se revelou factor de risco para dificuldades sexuais femininas, mas relevou-se um factor de risco relativamente às masculinas, sendo que o grau de dependência se correlacionou com a insatisfação sexual masculina. Estas correlações mantiveram-se após se ter controlada a idade.

Referências

- Abu Ali, R. M., Al Hajeri, R. M., Khader, Y. S., Shegem, N. S., & Ajlouni, K. M. (2008). Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care*, *31*, 1580-1581. doi: 10.2337/dc08-0081.
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2018). Health-related lifestyle factors and sexual dysfunction: A meta-analysis of population-based research. *Journal of sexual medicine*, *15*, 458-475. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.02.008.
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2019). Erectile Dysfunction: An Umbrella Review of Meta-Analyses of Risk-Factors, Treatment, and Prevalence Outcomes. *Journal of sexual medicine*. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.01.314.
- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) Washington, D. C.: American Psychiatric Press
- Amidu, N., Owiredo, W. K., Woode, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan, A., & Tagoe, E. A. (2010). Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *8*, 106. doi: 10.1186/1477-7827-8-106.
- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university Hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 2044-2052. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x
- Avellanet, Y. R., Ortiz, A. P., Pando, J. R., & Romaguera, J. (2009). Dyspareunia in Puerto Rican middle-aged women. *Menopause* (New York, NY), *16*, 742. doi: 10.1097/gme.0b013e31819724f0.
- Avis, N. E., Brockwell, S., Randolph Jr, J. F., Shen, S., Cain, V. S., Ory, M., & Greendale, G. A. (2009). Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* (New York, NY), *16*, 442. doi: 10.1097/gme.0b013e3181948dd0.
- Avis, N. E., Zhao, X., Johannes, C. B., Ory, M., Brockwell, S., & Greendale, G. A. (2005). Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*, *12*, 385-398. doi: 10.1097/01.GME.0000151656.92317.A9

- Bacon, C. G., Mittleman, M. A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D. B., & Rimm, E. B. (2006). A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *Journal of urology*, 176, 217-221. doi: 10.1016/S0022-5347(06)00589-1.
- Balsa, C., Vital C., Urbano C. (2018). Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. L. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco Factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.
- Biebel, M. G., Burnett, A. L., & Sadeghi-Nejad, H. (2016). Male sexual function and smoking. *Sexual medicine reviews*, 4, 366-375. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.05.001
- Bivalacqua, T. J., Musicki, B., Usta, M. F., Champion, H. C., Kadowitz, P. J., Burnett, A. L., & Hellstrom, W. J. (2005). Endothelial nitric oxide synthase gene therapy for erectile dysfunction. *Current pharmaceutical design*, 11(31), 4059-4067. doi: 10.2174/138161205774913345
- Burnett, A. L. (2006). Presentations and Reports: Oxide in the Penis—Science and Therapeutic Implications from Erectile Dysfunction to Priapism. *Journal of sexual medicine*, 3, 578-582. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00270.x.
- Cao, S., Gan, Y., Dong, X., Liu, J., & Lu, Z. (2014). Association of Quantity and Duration of Smoking with Erectile Dysfunction: A Dose–Response Meta-Analysis. *Journal of sexual medicine*, 11, 2376-2384. doi: 10.1111/jsm.12641
- Cao, S., Yin, X., Wang, Y., Zhou, H., Song, F., & Lu, Z. (2013). Smoking and risk of erectile dysfunction: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *PloS One*, 8, e60443. doi: 10.1371/journal.pone.0060443
- Çayan, S., Yaman, Ö., Orhan, İ., Usta, M., Başar, M., Resim, S., ... & Kadioğlu, A. (2016). Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 203, 303-308. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.06.030
- Celermajer, D. S., Sorensen, K. E., Georgakopoulos, D., Bull, C., Thomas, O., Robinson, J., & Deanfield, J. E. (1993). Cigarette smoking is associated with dose-related and potentially reversible impairment of endothelium-dependent dilation in healthy young adults. *Circulation*, 88, 2149-2155. doi: 10.1161/01.cir.88.5.2149
- Chedraui, P., Perez-Lopez, F. R., San Miguel, G., & Avila, C. (2009). Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*, 12, 213-221. doi: 10.1080/13697130802607727

- Chedraui, P., Pérez-López, F. R., Sánchez, H., Aguirre, W., Martínez, N., Miranda, O., Plaza, M. S., Schwager, G., Narváez, J., Quintero, J. C. & Zambrano, B. (2012). Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas*, 71, 407-412. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.01.013
- Chew, K. K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C., & Jamrozik, K. (2009). Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *Journal of sexual medicine*, 6, 222-231. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00971.x
- Choi, J., Shin, D. W., Lee, S., Jeon, M. J., Kim, S. M., Cho, B., & Lee, S. M. (2015). Dose-response relationship between cigarette smoking and female sexual dysfunction. *Obstetrics & gynecology science*, 58, 302-308. doi: 10.5468/ogs.2015.58.4.302
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in denmark. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1903-1916. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02291.x
- Costa, R. M., & Peres, L. (2015). Smoking is unrelated to female sexual function. *Substance use & misuse*, 50, 189-194. doi: 10.3109/10826084.2014.962054
- Costa, R. M., Pestana, J., Mangia, P., Correia, C., Pinto Coelho M., Duarte, R., & Rolo Santos, A. (2019). Nicotine and sexual desire. To be presented as a poster at Lisbon Addictions 2019, Lisbon.
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of sexual medicine*, 5, doi: 357-364. 10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x
- Diehl, A., Silva, R. L. D., & Laranjeira, R. (2013). Female sexual dysfunction in patients with sub-stance-related disorders. *Clinics*, 68, 205-212. doi.org/10.6061/clinics/2013(02)OA14
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Elsamra, S., Nazmy, M., Shin, D., Fisch, H., Sawczuk, I., & Fromer, D. (2010). Female sexual dysfunction in urological patients: findings from a major metropolitan area in the USA. *BJU international*, 106, 524-526. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.09091.x

- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., ... & Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19, 353. doi: 10.1038/sj.ijir.3901548
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179. doi: 10.1038/ijir.2010.6
- Ferreira, P.L., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [online]. 27, 37-56.
- Gades, N. M., Nehra, A., Jacobson, D. J., McGree, M. E., Girman, C. J., Rhodes, T., ... & Jacobsen, S. J. (2005). Association between smoking and erectile dysfunction: a population-based study. *American journal of epidemiology*, 161, 346-351. doi: 10.1093/aje/kwi052
- Giuliano, F., Rampin, O., & Allard, J. (2002). Neurophysiology and pharmacology of female genital sexual response. *Journal of sex & marital therapy*, 28, 101-121. doi: 10.1080/00926230252851230
- Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of sexual medicine*, 9(1), 180-187. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008a). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of sexual medicine*, 5, 110-121. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00637.x
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Journal of sexual medicine*, 5, 1184-1197. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00778.x.
- He, J., Reynolds, K., Chen, J., Chen, C. S., Wu, X., Duan, X., ... & Gu, D. (2007). Cigarette smoking and erectile dysfunction among Chinese men without clinical vascular disease. *American journal of epidemiology*, 166, 803-809. doi: 0.1093/aje/kwm154
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & FAGERSTROM, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86, 1119-1127.

- Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7, 2877. doi: 10.7860/JCDR/2013/6813.3822
- Jiang, D. J., Jia, S. J., Yan, J., Zhou, Z., Yuan, Q., & Li, Y. J. (2006). Involvement of DDAH/ADMA/NOS pathway in nicotine-induced endothelial dysfunction. *Biochemical and biophysical research communications*, 349, 683-693. doi: 0.1016/j.bbrc.2006.08.115
- Kim, Y. H., Kim, S. M., Kim, J. J., Cho, I. S., & Jeon, M. J. (2011). Does metabolic syndrome impair sexual function in middle-to old-aged women? *Journal of sexual medicine*, 8, 1123-1130. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02174.x.
- Kupelian, V., Link, C. L., & McKinlay, J. B. (2007). Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *European urology*, 52, 416-422. doi: 10.1016/j.eururo.2007.03.015
- Laumann, E. O., Glasser, D. B., Neves, R. C. S., & Moreira Jr, E. D. (2009). A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *International Journal of Impotence Research*, 21, 171. doi: 10.1038/ijir.2009.7.
- Liu, T., Jia, C., Y. F. P., Zhong, W., & Fang, X. (2019). Correlation between premature ejaculation and psychological disorders in 270 Chinese outpatients. *Psychiatry research*, 272, 69-72. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.038.
- Lutfey, K. E., Link, C. L., Rosen, R. C., Wiegel, M., & McKinlay, J. B. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston area community health (BACH) survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 514-527. doi: 10.1007/s10508-007-9290-0.
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC women's health*, 18(1), 108. doi: 10.1186/s12905-018-0602-4.
- Millett, C., Wen, L. M., Rissel, C., Smith, A., Richters, J., Grulich, A., & De Visser, R. (2006). Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tobacco control*, 15(2), 136-139. doi: 10.1136/tc.2005.015545
- Moreira, E. D., Kim, S. C., Glasser, D., & Gingell, C. (2006). Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80

- years in Korea: Data from the global study of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *Journal of Sexual Medicine*, 3, 201-211. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00210.x
- Musicki, B., Liu, T., Lagoda, G. A., Bivalacqua, T. J., Strong, T. D., & Burnett, A. L. (2009). Endothelial nitric oxide synthase regulation in female genital tract structures. *The journal of sexual medicine*, 6, 247-253. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01122.x
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7, 33-44.
- Polland, A. R., Davis, M., Zeymo, A., & Iglesia, C. B. (2018). Association between comorbidities and female sexual dysfunction: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *International urogynecology journal*, 1-7. doi: 10.1007/s00192-018-3739-7.
- Polsky, J. Y., Aronson, K. J., Heaton, J. P., & Adams, M. A. (2005). Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. *BJU international*, 96, 1355-1359. doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05820.x
- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy austrian cohort: Prevalence and risk factors. *European Urology*, 47, 366-374; discussion 374-375. doi: 10.1016/j.eururo.2004.10.005
- Pozzi, E., Capogrosso, P., Chierigo, F., Pederzoli, F., Ventimiglia, E., Boeri, L., Frego, N., Moretti, D., Dehò, F., Montorsi, F., & Salonia, A. (2018). Clinical Profile of Young Patients with Erectile Dysfunction: Preliminary Findings of a Real-life Cross-sectional Study. *European urology focus*. doi: 10.1016/j.euf.2018.10.003.
- Rosen, R. C., Connor, M. K., Miyasato, G., Link, C., Shifren, J. L., Fisher, W. A., ... & Schobelock, M. J. (2012). Sexual desire problems in women seeking healthcare: a novel study design for ascertaining prevalence of hypoactive sexual desire disorder in clinic-based samples of US women. *Journal of Women's Health*, 21, 505-515. doi: 10.1089/jwh.2011.3002.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208. doi: 10.1080/009262300278597
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382-395. doi: 10.1038/sj.ijir.3901440

- Shaeer, O., & Shaeer, K. (2012). The global online sexuality survey (GOSS): The United States of America in 2011. Chapter I: erectile dysfunction among english-speakers. *Journal of sexual medicine*, 9, 3018-3027. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02976.x.
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The global online sexuality survey (GOSS): Female sexual dysfunction among internet users in the reproductive age group in the Middle East. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 411-424. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02552.x.
- Shiri R., Koskimaki J., Hakama M., Hakkinen J., Huhtala H., Tammela T.L., Auvinen, A. (2004). Effect of life-style factors on incidence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2004;16, 389–94. doi: 10.1038/sj.ijir.3901196
- Song, W. H., Park, J., Yoo, S., Oh, S., Cho, S. Y., Cho, M. C., ... & Son, H. (2018). Changes in the Prevalence and Risk Factors of Erectile Dysfunction during a Decade: The Korean Internet Sexuality Survey (KISS), a 10-Year-Interval Web-Based Survey. *The world journal of men's health*, 36. doi: 10.5534/wjmh.180054.
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., ... & Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, 52, 565-573. doi: 10.1016/j.eururo.2007.01.028
- Tostes, R. C., Carneiro, F. S., Lee, A. J., Giachini, F. R., Leite, R., Osawa, Y., & Webb, R. C. (2008). Cigarette smoking and erectile dysfunction: focus on NO bioavailability and ROS generation. *Journal of sexual medicine*, 5(6), 1284-1295. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00804.x.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of Progress. A Report of the Surgeon General. 1 ed. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., Osis, M. J., Sousa, M. H., Costa-Paiva, L., & Conde, D. M. (2008). Prevalence of sexual dysfunction and its associated factors in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. *Clinics*, 63, 775-782. doi: 10.1590/S1807-59322008000600012
- Verze, P., Margreiter, M., Esposito, K., Montorsi, P., & Mulhall, J. (2015). The link between cigarette smoking and erectile dysfunction: a systematic review. *European Urology Focus*, 1, 39-46. doi: 10.1016/j.euf.2015.01.003.

- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2139-2148. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01742.x.
- Weber, M. F., Smith, D. P., O'Connell, D. L., Patel, M. I., de Souza, P. L., Sitas, F., & Banks, E. (2013). Risk factors for erectile dysfunction in a cohort of 108 477 Australian men. *Medical Journal of Australia*, 199, 107-111.
- Wen, L. M., Rissel, C., Cheng, Y., Richters, J., & de Visser, R. O. (2017). Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: a cross-sectional study. *Sexual health*, 14, 313-319. doi: 10.1071/SH17005.
- West, S. L., D'Aloisio, A. A., Agans, R. P., Kalsbeek, W. D., Borisov, N. N., & Thorp, J. M. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of internal medicine*, 168, 1441-1449. doi: 10.1001/archinte.168.13.1441.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*, 31(1), 1-20. doi: 10.1080/00926230590475206
- World Health Organization. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e de diagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Wu, C., Zhang, H., Gao, Y., Tan, A., Yang, X., Lu, Z., ... & Mo, Z. (2012). The association of smoking and erectile dysfunction: results from the Fangchenggang Area Male Health and Examination Survey (FAMHES). *Journal of andrology*, 33, 59-65. doi: 10.2164/jandrol.110.012542

ANEXOS

Anexo A- Questionário online (Versão feminina)

Hábitos tabágicos e o funcionamento heterossexual.

Este estudo enquadra-se num projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde no ISPA - Instituto Universitário e tem como objetivo compreender as relações entre os hábitos tabágicos e o funcionamento heterossexual.

As suas respostas serão anónimas e confidenciais. Não preencha este questionário na presença de outras pessoas, pois há questões sobre intimidade sexual. É importante que responda a todas as perguntas com honestidade. Contudo, se não se sentir confortável a responder a alguma questão, sinta-se à vontade para não responder à mesma em particular.

Este questionário demorará cerca de 10 a 15 minutos. Caso surja alguma dúvida ou questão por favor contacte o professor orientador Rui Miguel Costa para rcosta@ispa.pt.

Questionário a ser preenchido pelo sexo feminino.

Idade

Profissão

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva

Assinale a opção que melhor o descreve.

1. Raramente estou triste ou deprimida.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

2. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

3. A poesia pouco ou nada me diz.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

6. Sinto-me, muitas vezes, desamparada, desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

10. Sou uma pessoa muito competente.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

11. Raramente me sinto só ou abatida.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

12. Sou uma pessoa muito ativa.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

14. Algumas pessoas consideram-me fria e calculista.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

17. Sou dominadora, cheia de força e combativa.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

1. Assinale a opção que melhor descreve o seu consumo de álcool.

- Não costumo beber álcool.
- Menos de 3 bebidas por semana.
- Entre 3 e 7 bebidas por semana.
- Entre 8 e 14 bebidas por semana.
- Mais 14 bebidas por semana.

Preencha o seguinte questionário tendo em conta o ano que passou, durante o mesmo consumiu algumas destas classes de substâncias?

1. Cannabis ou canabinóides sintéticos

- Sim
- Não

2. Cocaína ou outros estimulantes

- Sim
- Não

3. MDMA ou ecstasy

- Sim
- Não

4. Heroína ou outros opiáceos

- Sim
- Não

5. “Ácidos”, ayahuasca ou outros psicadélicos (“alucinogéneos”)

- Sim
- Não

Responda às seguintes questões relacionadas com a sua saúde.

1. Consome antidepressivos?

- Sim
- Não

2. Tem outros problemas de saúde?

Se sim, quais

3. Toma outros medicamentos (incluindo suplementos nutricionais)?

Se sim, quais?

Nesta secção encontrará questões relacionadas com a sua vida sexual.

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

- Só com o sexo oposto.
- Principalmente com o sexo oposto.
- Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo.
- Principalmente com o mesmo sexo.
- Só com o mesmo sexo.

2. Tem parceiro sexual regular?

- Sim
- Não

3. Se sim, coabitam?

- Sim
- Não

4. Qual a duração do relacionamento?

As seguintes questões referem-se ao número de dias (não vezes) que determinadas atividades sexuais ocorreram **durante o último mês**.

Por favor responda de 0 a 30.

1.Quantos dias (não vezes) teve relações sexuais que envolveram o coito (pénis na vagina)?

2.Quantos dias teve relações sexuais que não envolveram o coito (pénis na vagina), como sexo oral, sexo anal, ou masturbação pelo/a parceiro/a? (Não considere cibersexo uma relação sexual)

3.Quantos dias se masturbou a sós?

Responda à seguinte questão. Caso consuma tabaco ocasionalmente ou regularmente irá ser encaminhada para a secção seguinte.

Se não consume tabaco irá ser encaminhada para uma secção à frente.

Como descreve o seu consumo de tabaco?

- Não fumo.
- Fumo ocasionalmente.
- Fumo regularmente.

Uma vez que consume tabaco por favor responda à seguinte questão.

Com que frequência fuma após as relações sexuais?

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

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

- ≤5 minutos.
- 6-30 minutos.
- 31-60 minutos
- 60 minutos.

2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?

- Sim.
- Não.

3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?

- O primeiro da manhã.
- Qualquer outro.

4. Quantos cigarros fuma por dia?

- 10 ou menos
- 11-20.
- 21-30.
- 31 ou mais.

5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?

- Nas primeiras horas depois de acordar.
- No resto do dia.

6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?

- Sim.
- Não.

Indique numa escala de 1 (Nunca ou quase nunca) a 5 (Sempre ou quase sempre), qual o motivo principal que a leva a fumar?

	Nunca ou quase nunca.	Poucas vezes	Algumas vezes	Maior parte das vezes	Sempre ou quase sempre
1. Para tirar a ansiedade e o stress.					
2. Para esquecer problemas e preocupações.					
3. Para lidar melhor com a tensão.					
4. Porque após ficar algum tempo sem fumar, começo a ficar tensa.					
5. Quando estou numa situação em que não posso fumar fico ansiosamente desejosa de ir fumar.					

6. Dou por mim a pensar muito em ir fumar.					
7. Para intensificar um prazer que não o fumar.					
8. Para intensificar um desejo por algo.					
9. Estar em situações em que estou contente ou descontraída dá-me vontade de fumar.					
10. Fumo para não sentir o tempo quando estou à espera de alguma coisa.					
11. Fumo para sentir mais o meu corpo.					
12. Fumo para ter ideias.					
13. Fumo para me ajudar a trabalhar.					
14. Fumo para me ajudar a conhecer pessoas novas.					

15. Fumo para me ajudar a socializar com pessoas que conheço pouco.					
16. Fumo para me ajudar a socializar com os meus amigos.					
17. Fumo para aumentar a minha atenção.					
18. Fumo para lidar com o cansaço.					
19. Para ficar “em alta”.					
20. Fumo para não me sentir sozinha vendo os outros à minha volta a fumar.					
21. Raramente fumo sozinha.					
22. Ao fumar sinto-me mais integrada no meu grupo de amigos.					

Se teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas, vai ser encaminhada para a seguinte secção e prosseguir no preenchimento do questionário. Não considere cibersexo uma relação sexual.

Caso não tenha tido relações sexuais com o sexo oposto durante este período, responda à questão selecionando a opção e pode submeter e dar por concluído o preenchimento do questionário. Muito obrigada pela sua participação.

Teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas?

- Sim.
- Não.

Coloque uma cruz na resposta mais adequada às suas relações com o sexo oposto nas últimas quatro semanas.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

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

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

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

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

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

4. Como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual?

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

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

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

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a relação sexual?

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

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a relação sexual?

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

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a relação sexual?

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

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da relação sexual?

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

10. Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim das relações sexuais?

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

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

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

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

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

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

- Muito satisfeita.
- Moderadamente satisfeita.
- Igualmente satisfeita e insatisfeita.
- Moderadamente insatisfeita.
- Muito insatisfeita.

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

- Muito satisfeita.
- Moderadamente satisfeita.
- Igualmente satisfeita e insatisfeita.
- Moderadamente insatisfeita.
- Muito insatisfeita.

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

- Muito satisfeita.
- Moderadamente satisfeita.
- Igualmente satisfeita e insatisfeita.
- Moderadamente insatisfeita.
- Muito insatisfeita.

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

- Muito satisfeita.
- Moderadamente satisfeita.
- Igualmente satisfeita e insatisfeita.
- Moderadamente insatisfeita.
- Muito insatisfeita.

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

- Não tive penetração vaginal.
- Quase sempre/sempr.
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes).
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes).
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes).
- Quase nunca/nunca.

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

- Não tive penetração vaginal.
- Quase sempre/sempr.
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes).
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes).
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes).
- Quase nunca/nunca.

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

- Não tive penetração vaginal.
- Muito elevado.
- Elevado.
- Moderado.
- Baixo.
- Muito baixo/ nenhum.

20. Durante a penetração vaginal, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax) sem estimulação direta do clitóris?

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

21. Durante a penetração vaginal, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax) sem estimulação direta do clitóris?

- Não tive penetração vaginal.
- Extremamente difícil ou impossível.
- Muito difícil.
- Difícil.
- Ligeiramente difícil.
- Nenhuma dificuldade.

22. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a penetração vaginal sem estimulação direta do clitóris?

- Não tive penetração vaginal.
- Muito satisfeita.
- Moderadamente satisfeita.
- Igualmente satisfeita e insatisfeita.
- Moderadamente insatisfeita.
- Muito insatisfeita.

Abaixo esta uma lista de sentimentos e problemas que as mulheres às vezes têm sobre a sua sexualidade. Assinale a opção que melhor descreve nas últimas quatro semanas.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1. Angustiada com a sua vida sexual.					
2. Infeliz como o seu relacionamento sexual.					
3. Culpada pelas suas dificuldades sexuais.					
4. Frustrada pelos seus problemas sexuais.					
5. Stressada com o sexo.					
6. Inferior por causa dos seus problemas sexuais.					

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

Anexo B- Questionário online (versão masculina)

Hábitos tabágicos e o funcionamento heterossexual.

Este estudo enquadra-se num projeto de dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde no ISPA - Instituto Universitário e tem como objetivo compreender as relações entre os hábitos tabágicos e o funcionamento heterossexual.

As suas respostas serão anónimas e confidenciais. Não preencha este questionário na presença de outras pessoas, pois há questões sobre intimidade sexual. É importante que responda a todas as perguntas com honestidade. Contudo, se não se sentir confortável a responder a alguma questão, sinta-se à vontade para não responder à mesma em particular.

Este questionário demorará cerca de 10 a 15 minutos. Caso surja alguma dúvida ou questão por favor contacte o professor orientador Rui Miguel Costa para rcosta@ispa.pt.

Questionário a ser preenchido pelo sexo masculino.

Idade

Profissão

Habilitações Literárias:

- Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Estado Civil

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

Assinale a opção que melhor o descreve.

1. Raramente estou triste ou deprimido.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

2. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

3. A poesia pouco ou nada me diz.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado, desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

10. Sou uma pessoa muito competente.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

11. Raramente me sinto só ou abatida.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

12. Sou uma pessoa muito ativa.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

14. Algumas pessoas consideram-me fria e calculista.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

17. Sou dominador, cheio de força e combativo.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Neutro
- Concordo
- Concordo fortemente

1. Assinale a opção que melhor descreve o seu consumo de álcool.

- Não costumo beber álcool
- Menos de 3 bebidas por semana
- Entre 3 e 10 bebidas por semana.
- Entre 11 e 21 bebidas por semana.
- Mais de 21 bebidas por semana.

Preencha o seguinte questionário tendo em conta o ano que passou, durante o mesmo consumiu algumas destas classes de substâncias?

1. Cannabis ou canabinóides sintéticos

- Sim
- Não

2. Cocaína ou outros estimulantes

- Sim
- Não

3. MDMA ou ecstasy

- Sim
- Não

4. Heroína ou outros opiáceos

- Sim
- Não

5. “Ácidos”, ayahuasca ou outros psicadélicos (“alucinogéneos”)

- Sim
- Não

Responda às seguintes questões relacionadas com a sua saúde.

1. Consome antidepressivos?

- Sim
- Não

2. Tem outros problemas de saúde?

Se sim, quais

5. Toma outros medicamentos (incluindo suplementos nutricionais)?

Se sim, quais?

Nesta secção encontrará questões relacionadas com a sua vida sexual.

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

- Só com o sexo oposto.
- Principalmente com o sexo oposto.
- Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo.
- Principalmente com o mesmo sexo.
- Só com o mesmo sexo.

2. Tem parceira sexual regular?

- Sim
- Não

3. Se sim, coabitam?

- Sim
- Não

6. Qual a duração do relacionamento?

As seguintes questões referem-se ao número de dias (não vezes) que determinadas atividades sexuais ocorreram **durante o último mês**.

Por favor responda de 0 a 30.

1. Quantos dias (não vezes) teve relações sexuais que envolveram o coito (pénis na vagina)?

2. Quantos dias teve relações sexuais que não envolveram o coito (pénis na vagina), como sexo oral, sexo anal, ou masturbação pelo/a parceiro/a? (Não considere cibersexo uma relação sexual)?

3. Quantos dias se masturbou a sós?

Responda à seguinte questão. Caso consuma tabaco ocasionalmente ou regularmente irá ser encaminhado para a secção seguinte.

Se não consume tabaco irá ser encaminhado para uma secção à frente.

Como descreve o seu consumo de tabaco?

- Não fumo.
- Fumo ocasionalmente.
- Fumo regularmente.

Uma vez que consume tabaco por favor responda à seguinte questão.

Com que frequência fuma após as relações sexuais?

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

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

- ≤5 minutos. 3
- 6-30 minutos. 2
- 31-60 minutos. 1
- 60 minutos. 0

2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?

- Sim.
- Não.

3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?

- O primeiro da manhã.
- Qualquer outro.

4. Quantos cigarros fuma por dia?

- 10 ou menos
- 11-20.
- 21-30.
- 31 ou mais.

5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?

- Nas primeiras horas depois de acordar.
- No resto do dia.

6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?

- Sim.
- Não.

Indique numa escala de 1 (Nunca ou quase nunca) a 5 (Sempre ou quase sempre), qual o motivo principal que a leva a fumar?

	Nunca ou quase nunca.	Poucas vezes	Algumas vezes	Maior parte das vezes	Sempre ou quase sempre
1. Para tirar a ansiedade e o stress.					
2. Para esquecer problemas e preocupações.					
3. Para lidar melhor com a tensão.					
4. Porque após ficar algum tempo sem fumar, começo a ficar tensa.					
5. Quando estou numa situação em que não posso fumar fico ansiosamente desejosa de ir fumar.					
6. Dou por mim a pensar muito em ir fumar.					
7. Para intensificar um prazer que não o fumar.					
8. Para intensificar um					

desejo por algo.					
9. Estar em situações em que estou contente ou descontraída dá-me vontade de fumar.					
10. Fumo para não sentir o tempo quando estou à espera de alguma coisa.					
11. Fumo para sentir mais o meu corpo.					
12. Fumo para ter ideias.					
13. Fumo para me ajudar a trabalhar.					
14. Fumo para me ajudar a conhecer pessoas novas.					
15. Fumo para me ajudar a socializar com pessoas que conheço pouco.					
16. Fumo para me ajudar a socializar com					

os meus amigos.					
17. Fumo para aumentar a minha atenção.					
18. Fumo para lidar com o cansaço.					
19. Para ficar “em alta”.					
20. Fumo para não me sentir sozinha vendo os outros à minha volta a fumar.					
21. Raramente fumo sozinha.					
22. Ao fumar sinto-me mais integrada no meu grupo de amigos.					

Se teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas, vai ser encaminhada para a seguinte secção e prosseguir no preenchimento do questionário. Não considere cibersexo uma relação sexual.

Caso não tenha tido relações sexuais com o sexo oposto durante este período, responda à questão seleccionando a opção e pode submeter e dar por concluído o preenchimento do questionário. Muito obrigada pela sua participação.

Teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas?

- Sim.
- Não.

Coloque uma cruz na resposta mais adequada às suas relações com o sexo oposto nas últimas quatro semanas.

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

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

2. Quando teve ereções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas ereções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração?

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

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

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

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

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

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

- Extrema dificuldade.
- Muita dificuldade.
- Dificuldade moderada.
- Ligeira dificuldade.
- Nenhuma dificuldade.

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Com que frequência sentiu desejo sexual?

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

12. Como classifica o seu desejo sexual?

- Muito baixo.
- Baixo.
- Moderado.
- Elevado.
- Muito elevado.

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Grande insatisfação.
- Insatisfação moderada.
- Igualmente satisfeito e insatisfeito.
- Satisfação moderada.
- Grande satisfação.

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?

- Grande insatisfação.
- Insatisfação moderada.
- Igualmente satisfeito e insatisfeito.
- Satisfação moderada.
- Grande satisfação.

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma ereção?

- Muito baixo.
- Baixo.
- Moderado.
- Elevado.
- Muito elevado.

	Não é difícil	Um pouco difícil	Moderadamente difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1. Até que ponto é difícil para si atrasar a sua ejaculação (libertação do sémen)?					

	Quase nunca ou nunca 0%	Menos da metade das vezes 25%	Cerca de metade das vezes 50%	Mais que metade das vezes 75%	Quase sempre ou sempre 100%
2. Ejacula antes de querer?					
3. A sua ejaculação acontece com pouco estímulo?					

	De modo nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
4. Sente-se frustrado porque ejacula antes de querer?					
5. Até que ponto fica preocupado por achar que o tempo que demora a ejacular poderá deixar a sua parceira sexual insatisfeita?					