

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**O PAPEL DA EDUCAÇÃO SEXUAL E DA RELIGIOSIDADE NO
FUNCIONAMENTO SEXUAL**

Susana Grace Hawkins

Junho, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do
Porto, orientada pelo Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho
Nobre (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Este projecto apenas foi possível devido à contribuição, directa e indirecta, de inúmeras pessoas às quais gostaria de agradecer:

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Pedro Nobre pelo seu tempo, disponibilidade e orientação meticulosa, que permitiu tornar uma ideia inicial num projecto final.

Aos investigadores, colaboradores e alunos do Laboratório de Investigação em Sexualidade Humana que enriqueceram este trabalho com a sua experiência e conselhos.

Aos meus amigos por me permitirem ser eu própria, por partilharem os bons e maus momentos, e por me encorajarem mesmo quando não sabiam que o estavam a fazer.

Ao Gonçalo, obrigada por seres quem és e por tornares cada dia mais feliz.

Finalmente, à minha família, que me mostrou como ser forte e vulnerável, rir, chorar e depois rir novamente, e que estão sempre presentes mesmo na ausência.

“Se o sexo traz consigo tantos perigos, foi por ter estado durante muito tempo reduzido ao silêncio”

Michel Foucault

Resumo

As disfunções sexuais são consideradas um problema de saúde pública que afecta homens e mulheres por todo o país. Estas problemáticas são influenciadas por uma diversidade de factores, conhecidas e desconhecidas, que contribuem para a sua prevenção ou o seu agravamento. O presente estudo procurou analisar o papel da religiosidade e da educação sexual nas crenças sexuais e no funcionamento sexual dos portugueses. Contou com a contribuição de 594 indivíduos da população geral portuguesa, que preencheram um questionário *online* de auto-relato avaliando dimensões socio-demográficas, contextos e conteúdos de educação sexual, religiosidade, crenças sexuais e funcionamento sexual. Os resultados salientaram a relação da educação sexual e da religiosidade com as crenças sexuais e o funcionamento sexual, nomeadamente no sexo feminino. Estes resultados podem ter implicações no desenvolvimento de programas de educação sexual que visem promover crenças sexuais saudáveis e prevenir disfunções sexuais.

Palavras-chave: Religião, Educação Sexual, Crenças Sexuais, Funcionamento Sexual

Abstract

Sexual dysfunctions are considered a public health problem that affects men and women throughout the country. These issues are influenced by a diversity of known and unknown factors that contribute to their prevention or escalation. The present study sought to analyse the role of religiosity and sexual education on sexual beliefs and sexual functioning of the Portuguese population. It counted on the contribution of 594 individuals of the general Portuguese population that filled out an *online* self-report questionnaire evaluating sociodemographic dimensions, contexts and contents of sexual education, religiosity, sexual beliefs and sexual functioning. The results highlighted the relationship of sexual education and religiosity with sexual beliefs and sexual functioning, namely in relation to women. These results may have implications in the development of sexual education programs aiming to promote healthy sexual beliefs and prevent sexual dysfunction.

Keywords: Religion, Sexual Education, Sexual Beliefs, Sexual Functioning

Résumé

Les dysfonctionnements sexuels sont considérés comme un problème de santé publique qui affecte les hommes et les femmes dans tout le pays. Ces questions sont influencés par une diversité de facteurs connus et inconnus qui contribuent à leur prévention ou l'escalade. La présente étude visait à analyser le rôle de la religiosité et de l'éducation sexuelle sur les croyances sexuelles et le fonctionnement sexuel de la population portugaise. Il a compté sur la contribution de 594 individus de la population portugaise générale qui a rempli une auto-évaluation en ligne questionnaire évaluant dimensions sociodémographiques, les contextes et les contenus de l'éducation sexuelle, la religiosité, les croyances sexuelles et le fonctionnement sexuel. Les résultats ont mis en évidence la relation entre l'éducation sexuelle et la religiosité avec les croyances sexuelles et le fonctionnement sexuel, à savoir en ce qui concerne les femmes. Ces résultats pourraient avoir des implications dans le développement de programmes d'éducation sexuelle visant à promouvoir les croyances sexuelles saines et prévenir la dysfonction sexuelle.

Mots-Clés: Religion, Éducation Sexuelle, Croyances Sexuelles, Fonctionnement Sexuel

Índice

Introdução.....	1
1.1. Disfunções Sexuais	1
1.2. Educação Sexual.....	2
1.3. Religiosidade e Sexualidade.....	3
1.4. Crenças Sexuais	5
1.5. Objectivo e Hipóteses	7
Estudo Empírico	9
2. Método	9
2.1. Participantes	9
2.2. Procedimentos	10
2.3. Instrumentos	10
2.4. Procedimentos Estatísticos	13
3. Resultados	14
3.1. Características Relacionais e Psicosexuais	14
3.2. Educação Sexual.....	15
3.3. Religiosidade	23
3.4. Modelo Integrativo dos Papéis da Religiosidade e Educação Sexual nas Crenças Sexuais e no Funcionamento Sexual	26
4. Discussão.....	27
5. Conclusões.....	32
Referências	34
ANEXOS.....	42

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Tópicos Abordados no Contexto de Educação Sexual: Médias e Desvios Padrão</i> ..	16
Tabela 2. <i>Tópicos Abordados no Contexto de Educação Sexual: Médias e Desvios Padrões</i> .	17
Tabela 3. <i>Contextos de educação sexual como preditores das crenças sexuais disfuncionais nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter</i>	18
Tabela 4. <i>Correlações Lineares Simples – Contextos de Educação Sexual e Crenças Sexuais Disfuncionais</i>	19
Tabela 5. <i>Funcionamento Sexual em Função da Educação Sexual: Testes Univariados (ANOVA)</i>	21
Tabela 6. <i>Afecto, utilidade e enviesamento da educação sexual como preditores do funcionamento sexual nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter</i> ...	22
Tabela 7. <i>Crenças Sexuais Disfuncionais em Função da Religiosidade: Testes Univariados (ANOVA)</i>	23
Tabela 8. <i>Principais preditores das crenças sexuais disfuncionais nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter</i>	24

Siglas e Abreviaturas

B- Valor de Beta não estandardizado

df – graus de liberdade

DP – Desvio-padrão

DUREL - Índice de Religiosidade de Duke

F – F Statistics

FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

IIEF – Índice Internacional de Função Erétil

M – Média

MANOVA – Análise Multivariada da Variância

Max – Valor máximo da amplitude dos valores

Min – Valor mínimo da amplitude dos valores

n – Número de sujeitos

p – Nível de significância estatística (p value)

QCSD - Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais

r – Valor da correlação

R² – Coeficiente de determinação

β – Valor de Beta estandardizado

η²_p – Partial eta squared

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade. Não é meramente a ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos (OMS, 2012). Com o intuito de promover a saúde sexual e assegurar os seus direitos e liberdades, é imperativo a procura contínua de conhecimento que pode contribuir para este objectivo. Deste modo, o seguinte estudo aborda dois factores possivelmente envolvidos no bem-estar sexual dos indivíduos da população portuguesa, sendo estes a religiosidade e a educação sexual. O bem-estar sexual é ainda operacionalizado no funcionamento sexual, com o qual está relacionada a satisfação sexual (Henderson et al., 2009). Estes termos serão definidos e explicados ao longo deste trabalho, referindo o dinamismo das relações entre os mesmos, e procurando aprofundar o conhecimento disponível até ao momento.

1.1. Disfunções Sexuais

As disfunções sexuais envolvem a disrupção do ciclo de resposta sexual ou dor durante a actividade sexual, impedindo um estado de saúde sexual tal como é definida pela OMS (2012). Pode ser do tipo ao longo da vida ou adquirida, generalizada ou limitada a situações ou parceiros específicos, e pode ser o resultado de factores psicológicos, uso e abuso de substâncias, uma condição médica geral, ou a combinação de factores médicos e psicológicos (American Psychiatric Association, 2013). As disfunções sexuais incluem a ejaculação retardada, a disfunção eréctil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação feminino, a perturbação da dor genito-pélvica, a perturbação do desejo

sexual hipoactivo masculino, a ejaculação prematura, a disfunção sexual induzida por medicação/substância, outras disfunções sexuais especificadas e disfunções sexuais sem especificação (APA, 2013). Homens e mulheres com disfunções sexuais frequentemente experienciam uma redução da qualidade de vida (Laumann, Paik e Rosen, 1999), redução da auto-confiança e um aumento da preocupação relativa às relações íntimas (Symonds, Roblin, Hart e Althof, 2003).

A satisfação sexual é definida por Lawrance e Byers (1995) como a resposta afectiva que advém da avaliação positiva ou negativa das dimensões da relação sexual de um indivíduo. É uma componente importante da sexualidade humana que pode ser considerada a última etapa do ciclo de resposta sexual (Basson, 2001; Sierra e Buela-Casal, 2004), e um direito sexual (OMS, 2012), como é estabelecido pela sua definição de saúde sexual. É ainda um factor relevante na qualidade de vida geral dos indivíduos, na saúde psicológica e física (Scott, Sandberg, Harper e Miller, 2012) e no bem-estar global (Dundon e Rellini, 2010). A satisfação sexual está ainda associada à satisfação com a relação interpessoal (Henderson, Lehavot, & Simoni, 2009), à comunicação entre parceiros (MacNeil & Byers, 2009) e à assertividade sexual (Haavio-Manila & Kontula, 1997). Alguns estudos demonstraram uma relação entre funcionamento sexual e satisfação sexual (Henderson et al., 2009). A religião é outra dimensão que tem um papel importante no funcionamento e satisfação sexual. Alguns estudos indicam que baixos níveis de religiosidade estão associados a maior satisfação sexual (Higgins, Trussel, Moore e Davidson, 2010), apesar de outros estudos não encontrarem resultados significativos (Davidson, Darling e Norton, 1995). Estes resultados contraditórios indicam a necessidade de novos estudos que permitam clarificar melhor o papel da religiosidade no funcionamento e satisfação sexual.

1.2. Educação Sexual

Segundo o Grupo de Trabalho de Educação/Saúde (GTES), a educação sexual é um “processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual” (GTES, 2007, p.7). Através destas definições, é possível observar

a estreita ligação entre a saúde sexual e a educação sexual, sendo o segundo um meio de obtenção de informação e de transmissão de crenças acerca da sexualidade.

Os primeiros programas de educação sexual surgiram com o objectivo de reduzir taxas de gravidez na adolescência, tendo, posteriormente, incluído no plano a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Kippax e Stephenson, 2005). Adoptando um modelo de educação integral, complementa-se a transmissão de conhecimentos com o desenvolvimento de competências cognitivas, afectivas e sociais (Aquilino e Bragodottir, 2000; Alferes, 1996). Este modelo tem a perspectiva de que a educação sexual deverá promover o desenvolvimento do autoconceito, a resolução de problemas, a tomada de decisão e o treino de competências sociais (Evans e Tripp, 2006; Matos, 2002). Apesar da maior abrangência dos conteúdos dos projectos de educação sexual e da sua obrigatoriedade de implementação nas escolas públicas por lei em vários países, incluindo Portugal (lei n.º 60 de 2009; Portaria n.º 196-A de 2010), não se tem focalizado o estudo da eficácia destes programas em variáveis mais amplas. A maioria dos estudos de eficácia da educação sexual centram-se nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos indivíduos relativamente a métodos anticoncepcionais, prevenção de ISTs, e do vírus de imunodeficiência humana (HIV) e prevenção da gravidez na adolescência (Flora, Rodrigues e Paiva, 2013). Esta focalização estabelece uma lacuna na investigação científica, no sentido em que se desconhece o papel da educação sexual na saúde sexual geral, para além dos comportamentos sexuais de risco, no qual se inclui o funcionamento sexual. O papel da educação sexual na família também é de elevada importância, sendo um dos principais agentes do desenvolvimento global da pessoa (Marques, Prazeres, Pereira, Vilar, Forreta, Cadete, & Meneses, 2000). A influência que a educação sexual familiar tem na saúde sexual também é uma área a explorar. Devido à ausência de estudos encontrados que relacionem a educação sexual e o funcionamento sexual, considera-se essencial elaborar a relação entre estes tópicos.

1.3. Religiosidade e Sexualidade

A religião pode ser definida como um sistema de crenças no divino ou sobrenatural, e as práticas e rituais associadas de uma comunidade (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997; Koenig,

2005; Oliveira, 2000). Crenças espirituais e religiosas têm provado moldar a vida e as decisões dos indivíduos (Haffner 2011; McManus 2006). A religiosidade é composta pela identidade, comportamentos, atitudes, percepção e prática (Gillen, Shearer & Boone, 2004). A família, através das atitudes parentais, também é uma das principais fontes de formação de crenças religiosas dos indivíduos (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997; Nelson, 2009), sendo a afiliação religiosa principalmente transmitida através da socialização na família e na comunidade (D'Onofrio, Eaves, Murrelle, Maes & Spilka, 1999). A relação entre a religiosidade e a saúde mental demonstram que frequentemente a religiosidade tem um efeito positivo na saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006). A religiosidade é habitualmente tratada como um factor de proteção contra o desenvolvimento de perturbações mentais e está associada a uma melhor qualidade de vida (Koenig, 2009; Moreira-Almeida et al., 2006; Lucchetti et al., 2011). Alguns dos factores que podem estar envolvidos no papel protector da religião para a saúde mental são: um estilo de vida mais saudável, o suporte social, um sistema de crenças que promovem uma maior aceitação de si e dos outros e a promoção de resiliência (Powell, Shahabi e Thoresen, 2003; Kaplan et al., 2005; Chatters et al., 2011). No entanto, a religiosidade ainda promove uma rígida disciplina comportamental, que pode levar ao desenvolvimento de estratégias comportamentais pouco adaptativas e a conflitos espirituais (Fitchett et al., 2004; Ramirez et al., 2012; Myin-Germeys, Nicolson & Delespaul, 2001).

No âmbito da sexualidade, estudos têm demonstrado efeitos positivos e negativos das crenças religiosas nos comportamentos sexuais de risco (Causarano, Pole, Flicker et al., 2010). Miller e Gur (2002) demonstraram que maior devoção pessoal estava positivamente associada a menos parceiros sexuais fora da relação romântica principal e que uma participação mais frequente nas actividades religiosas estava associada a uma maior percepção do risco de infeção HIV ou gravidez face a relações sexuais desprotegidas, e uma maior responsabilidade no uso de contraceptivos. No entanto, maior conservadorismo quanto à sexualidade parece estar associado a uma probabilidade acrescida de ter relações sexuais desprotegidas (Bruckner e Bearman, 2005). Outros estudos têm demonstrado que jovens mais religiosos são sexualmente menos activos, e adiam a sua actividade sexual até mais tarde comparativamente aos seus pares (Davidson, Moore e Ullstrup, 2004; Bruckner e Bearman, 2005). Manlove, Logan, Moore, e Ikramullah (2008) demonstraram uma associação negativa entre religiosidade familiar e a consistência de uso de contraceptivos, embora apenas em indivíduos do sexo

masculino. Crosby e Yarber (2001) encontraram que jovens religiosos também tinham maior probabilidade de ter mais desconhecimento acerca do uso correcto de preservativos. Um estudo de Coleman e Testa (2008) demonstrou a diferença entre adolescentes religiosos e não-religiosos quanto aos seus conhecimentos acerca da saúde sexual, sendo que os jovens religiosos tiveram piores pontuações em ambos os sexos. Outro factor que pode interferir nesta relação é que a maioria das religiões dominantes consideram que a finalidade da actividade sexual é meramente reprodutiva (Ägmo, Turi, Ellingsen e Kaspersen, 2004). Apesar de haver numerosos estudos relativamente ao efeito da religiosidade nos comportamentos sexuais de risco nos jovens, são escassos e contraditórios os estudos sobre o papel da religiosidade no funcionamento e satisfação sexual dos indivíduos. Enquanto alguns autores afirmam que a religiosidade está associada a uma menor satisfação sexual (Higgins, Trussel, Moore e Davidson, 2010), outros não encontraram resultados significativos (Davidson, Darling e Norton, 1995). Um estudo especialmente relevante no âmbito da relação entre religiosidade e funcionamento sexual foi realizado por Lopes (2010), que estudou a relação entre religião, crenças sexuais disfuncionais e a culpa. Verificou que a religiosidade não exercia um papel significativo no funcionamento sexual das mulheres, apesar de encontrar relações entre crenças sexuais disfuncionais e culpa e o funcionamento sexual. Estas crenças e a culpa tornaram-se, então, potenciais factores de vulnerabilidade para o funcionamento sexual feminino saudável.

1.4. Crenças Sexuais

As crenças são construídas ao longo do desenvolvimento através da aprendizagem resultante das experiências de vida (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1987). Desta forma, a informação sexual distorcida, por consequência de uma educação sexual inacessível, insuficiente ou pobre, poderá ter um impacto negativo no funcionamento sexual (Bach et al., 2001; Hawton, 2003; Heiman & LoPiccolo, 2008). Tem-se sugerido através de dados clínicos e empíricos que as crenças sexuais disfuncionais podem ser um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais. As crenças sexuais disfuncionais

centram-se principalmente, nos homens, na exigência de desempenho e ideias inadequadas acerca da satisfação sexual feminina e a sua reação ao insucesso masculino. Nas mulheres, é realçado o conservadorismo, visão do sexo como pecado, mitos do papel da idade e beleza física e exigências de desempenho. Zilbergeld (1999) foi o primeiro a definir mitos presentes em homens com disfunção erétil, sendo estes focados na exigência de desempenho dos homens e no falocentrismo (a ereção é central para a actividade sexual). Hawton (2003) acrescentou a esta lista os mitos femininos quanto à sexualidade, salientando a repressão sexual das mulheres. Heiman e LoPiccolo (2008) incluíram dimensões de conservadorismo sexual e relacionados com o papel da idade e da imagem corporal na sexualidade feminina. Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2003) desenvolveram medidas de avaliação de crenças sexuais disfuncionais de forma a averiguar o seu impacto como factores de vulnerabilidade e manutenção de disfunções sexuais nos homens e nas mulheres. Estudos utilizando este questionário (Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais) demonstraram que homens apresentam maiores crenças do mito do macho latino, que exige que o homem esteja sempre preparado para o sexo e capaz de satisfazer qualquer mulher, e crenças relacionadas com a satisfação sexual das mulheres e a sua reação ao insucesso masculino (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006). As mulheres com disfunção sexual apresentaram mais crenças relacionadas com o papel da idade no funcionamento sexual, crenças relacionadas com a imagem corporal e crenças sexuais conservadoras (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006). Crenças sexuais conservadoras nas mulheres foram associadas ao desejo sexual hipoactivo e perturbação do orgasmo (Carvalho e Nobre, 2010a; Nobre e Pinto-Gouveia, 2008b, Nobre, 2009). Mulheres com vaginismo demonstraram maiores pontuações em crenças relacionadas com a idade (Nobre e Pinto-Gouveia, 2008b) e mais crenças conservadoras (Borg, de Jong e Schultz, 2011). Morton e Gorzalka (2013) confirmaram o papel das crenças sexuais conservadoras como preditores do funcionamento sexual numa amostra de mulheres no Canadá. Outros estudos demonstraram que crenças sexuais conservadoras nas mulheres e restritivas sobre a sexualidade nos homens predizem menores níveis de pensamentos eróticos durante a actividade sexual, o que tem impacto no desejo sexual masculino (Carvalho e Nobre, 2010, 2011). Nobre (2010) ainda demonstrou que o mito do macho latino predizia o nível de funcionamento erétil devido a esquemas negativos e preocupação com a ereção durante a actividade sexual. Na população não heterossexual, foi demonstrando que homens homossexuais com disfunção sexual

apresentam mais crenças conservadoras e crenças relacionadas com a satisfação sexual do parceiro do que os controlos saudáveis. No entanto, não se verificaram diferenças significativas nas mulheres homossexuais (Peixoto e Nobre, 2014).

Ainda, diversos estudos têm indicado que as crenças sexuais disfuncionais são mais prevalentes em populações clínicas do que não-clínicas (Zilbergeld, 1992, 1999; Hawton, 2003; Heiman e LoPiccolo, 2008; Baker e de Silva, 1988; Nobre, 2003; Nobre e Pinto-Gouveia, no prelo; Nobre e Pinto-Gouveia e Gomes, 2003). Segundo o modelo cognitivo-emocional de Nobre e Pinto-Gouveia, os sujeitos com disfunção sexual têm maior tendência para apresentar um conjunto de crenças sexuais disfuncionais, que pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006).

1.5. Objectivo e Hipóteses

O objectivo deste estudo é o de explorar a relação entre a educação sexual, a religiosidade e as crenças sexuais e o funcionamento sexual em homens e mulheres. Estas três dimensões (educação sexual, religiosidade e crenças sexuais) têm uma relação funcional entre si mas pouco se sabe sobre a forma como se associam, e menos ainda sobre a forma como predizem a saúde sexual, nomeadamente no que se refere ao funcionamento sexual.

De acordo com a revisão, colocam-se as seguintes hipóteses:

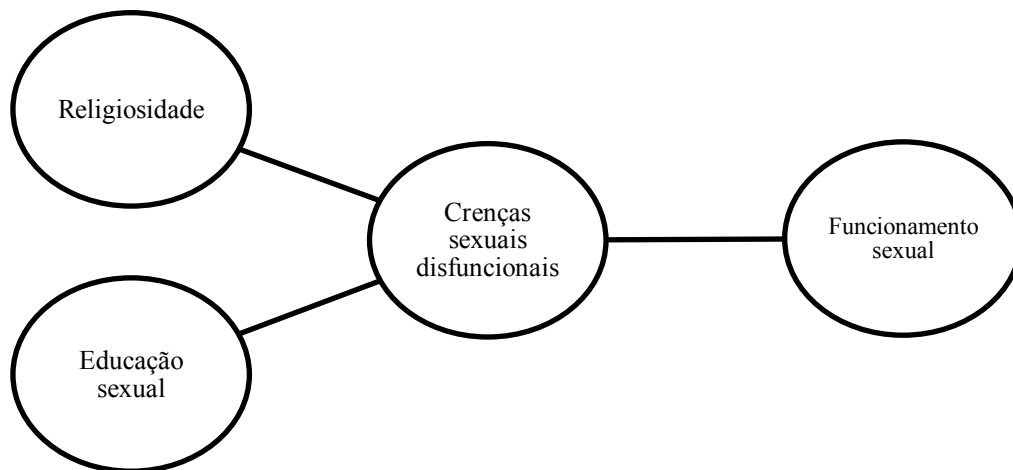
H1: A qualidade da educação sexual e a diversidade de conteúdos abordados estão associadas a menores níveis de crenças sexuais disfuncionais e maiores níveis de funcionamento sexual em homens e mulheres;

H2: Maiores níveis de religiosidade dos indivíduos estão associados a crenças sexuais mais conservadoras e menores níveis de funcionamento sexual;

H3: As crenças sexuais disfuncionais exercerão um papel mediador na relação entre a educação sexual e a religiosidade e o funcionamento sexual (ver figura1).

Figura 1

Modelo de Trajectória: o efeito mediador proposto das crenças sexuais disfuncionais na possível relação entre a religiosidade e a educação sexual e o funcionamento sexual.



Estudo Empírico

2. Método

2.1. Participantes

No total, 348 mulheres responderam de forma completa ao questionário feminino. As suas idades variavam entre 18 e 55 anos ($M=22.77$; $DP=5.78$). A maioria identificou-se como exclusivamente (75,3%) ou predominantemente (15,8%) heterossexual. Quanto às habilitações literárias, a maioria apresentava a licenciatura/bacharelato (37,6%), seguido pelos indivíduos com o 12º ano ou curso profissional (36,8%). A maioria da população feminina é ainda estudante (82,5%), havendo 48 indivíduos (13,8%) com ocupação activa, e é composta maioritariamente por indivíduos residentes no norte de Portugal (85,6%). 60,6% dos participantes femininos afirmaram que não pertenciam a nenhuma religião e 37,1% responderam que professavam uma religião. Destes, 29,6% pertenciam à religião Católica, e 6,0% pertenciam à religião Cristã (sem especificação). O grau de prática variava de 1 (muito pouco) a 7 (muitíssimo), e a média na população feminina é de ($M=2.36$; $DP=2.02$).

Relativamente ao questionário masculino, no total, 246 indivíduos responderam de forma completa ao questionário. As suas idades variavam entre 18 e 55 anos ($M=24.34$; $DP=6.98$). A maioria identificou-se como exclusivamente heterossexual (81,3%). Quanto às habilitações literárias, a maioria dos homens apresentava o mestrado (32,1%), seguido de licenciatura/bacharelato (31,7%) e os indivíduos com o 12º ano ou curso profissional (31,7%). A maioria da população masculina é ainda estudante (76,0%), e 18,7% com ocupação activa. Tal como nas mulheres, a amostra masculina é composta maioritariamente por indivíduos residentes no norte de Portugal (85,4%). 65,9% dos participantes masculinos afirmaram que não professavam nenhuma religião e 32,5% responderam que professavam alguma religião. Destes, 24,0% pertenciam à religião Católica, 7,7% pertenciam à religião Cristã (sem

especificação) e 2 especificaram –se como Cristãos Evangélicos. O grau de prática variava de 1 (muito pouco) a 7 (muitíssimo), e a média na população masculina é de (M=2.36; DP=2.02).

2.2. Procedimentos

Os participantes foram recrutados usando uma metodologia não aleatória (amostra de conveniência com recurso ao método de bola de neve). Após a aprovação da comissão de ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, a recolha da amostra decorreu entre Setembro de 2015 e Fevereiro de 2016. Os indivíduos foram enviados o link do questionário *online* por e-mail e outras redes sociais, utilizando o programa informático LimeSurvey, onde estavam contidas as instruções iniciais, a informação quanto aos objectivos do estudo e o pedido de consentimento em que era assegurada a confidencialidade e o anonimato. O preenchimento pretendia ser realizado em privado e de forma anónima. Os participantes não foram remunerados pela sua colaboração. Após o preenchimento do questionário, os dados dos participantes foram guardados e, posteriormente, tratados utilizando a versão 21 do *IBM SPSS Statistics* para Windows.

2.3. Instrumentos

O inquérito *online* integrou um questionário introdutório com o objectivo de recolher dados referentes às variáveis demográficas, a religião, o comportamento sexual e a história médica dos participantes (Anexo B). Inclui uma secção relativa às experiências de educação sexual (Anexo C), o *Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)* (Koenig et al., 1997) (Anexo D), o *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)*; Nobre, Pinto-Gouveia, e Gomes, 2003) (Anexos E e F), o *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)*; Rosen e col.,

1997) (Anexo G) e o *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)*; Rosen e col., 2000) (Anexo H).

O questionário introdutório incluiu informação sócio-demográfica acerca dos participantes, questionando sobre o sexo, idade, orientação sexual, habilitações literárias, ocupação, local de residência e religiosidade.

O questionário relativo à educação sexual foi construído com base na literatura que aborda a educação sexual integrativa. Utilizaram-se os itens que foram referidos nos estudos, sendo estes considerados mais relevantes pelos jovens e que poderiam impactar significativamente a sua saúde sexual para além dos comportamentos sexuais de risco. Ainda foram colocadas questões que permitem compreender os conteúdos e contextos em que receberam a educação sexual, nomeadamente se foi vista como uma experiência positiva e quanto consideraram que foi útil para a sua própria vida sexual.

O *Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)* é uma escala de cinco itens desenvolvida por Koenig et al. (1997), traduzida por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada por Taunay et al. (2012). Mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas com a saúde (Koenig et al., 1997; Koenig et al., 2010). O instrumento traduzido para português foi validado para diversas populações no Brasil (Lucchetti et al., 2012; Taunay et al., 2012), sugerindo que a escala pode ser utilizada para a avaliação da religiosidade em amostras com características sociodemográficas diversas e com diferentes níveis de sofrimento psicológico (Taunay et al., 2012). A versão portuguesa demonstrou uma boa consistência interna, apresentando um alfa de Cronbach de 0.75. (Lucchetti et al., 2012). Ainda apresenta uma forte correlação com o Inventário de Religiosidade Intrínseca (Taunay et al., 2012). No presente estudo, demonstrou uma elevada consistência interna no questionário masculino $\alpha=.91$, e intermédia questionário feminino $\alpha=.76$.

O *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)*; Nobre, Pinto-Gouveia, e Gomes, 2003) é constituído por 40 itens que avaliam estereótipos e crenças sexuais frequentemente nomeadas na literatura clínica como factores predisponentes para o desenvolvimento de disfunções sexuais nos homens e nas mulheres (Nobre, 2006). Aos sujeitos é pedido que respondam num grau de concordância de 1 a 5, (“discordo completamente” a “concordo completamente”), para cada uma das afirmações acerca de várias

crenças sexuais. O questionário apresenta uma versão feminina e outra masculina, cada uma avaliando crenças específicas do género ao qual se destina. A validade e fidelidade foram confirmadas com estudos psicométricos (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003). A fidelidade teste-reteste em ambas as versões do questionário apresentaram correlações significativas ($p < .05$); ($r = .73$ para a versão masculina, e $r = .80$ para a versão feminina) entre duas administrações consecutivas com um intervalo de quatro semanas. A consistência interna é moderada a elevada, sendo $\alpha = .93$ para o questionário masculino e $\alpha = .81$ para o questionário feminino. A validade convergente demonstrou que o questionário correlaciona-se moderadamente com medidas que avaliam conceitos similares. Foram identificados seis factores em cada questionário que são responsáveis por 43% da variância total. Para as mulheres, os seis factores incluem conservadorismo sexual, a crença do desejo e prazer sexual como pecado, crenças relacionadas com a idade, crenças relacionadas com a imagem corporal, a primazia do afecto e a primazia da maternidade. Nos homens, os factores encontrados abrangem o conservadorismo sexual, o poder sexual feminino, o mito do “macho latino”, e atitudes restritivas face ao sexo e o sexo como abuso masculino. No presente estudo, demonstrou uma elevada consistência interna no questionário masculino $\alpha = .89$, e intermédia no questionário feminino $\alpha = .78$.

O *Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)* (Rosen et al., 1997; traduzido e adaptado por Nobre, 2001) é constituído por 15 itens cuja resposta é assinalada numa escala de Likert de cinco pontos. Recolhe informações quanto à função sexual masculina, incluindo cinco factores: a função erétil, a função orgásmica, o desejo sexual, a satisfação sexual e a satisfação geral. A sua validação mostrou que possui boas características psicométricas (alfa de Cronbach superior a 0.90 para a escala total; coeficiente teste-reteste = 0.82). Permite discriminar entre sujeitos sexualmente disfuncionais e sexualmente saudáveis (Rosen et al., 1997). A versão portuguesa do IIEF também apresenta boas características psicométricas (Nobre, 2008; Quinta-Gomes & Nobre, 2012). Ainda permite calcular índices específicos e um global, sendo que pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de funcionamento sexual. No presente estudo, demonstrou uma elevada consistência interna, $\alpha = .92$.

O *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)* (Rosen et al., 2000; traduzido e adaptado por Nobre, 2001) é constituído por 19 itens, com opções de resposta numa escala de tipo Likert com cinco pontos. Avalia a função sexual feminina, em seis factores: o

desejo/interesse sexual, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual e a dor sexual. Permite calcular índices específicos para cada dimensão, tal como um índice total de funcionalidade sexual (Rosen *et al.*, 2000). Na avaliação psicométrica inicial, realizaram-se estudos de validade convergente e discriminante, juntamente com estudos de confiabilidade. Verificou-se um bom coeficiente teste-reteste nos resultados para todas as dimensões ($r=.79$ e $r=.86$) e para a escala total ($r=.88$) (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009). Apresenta uma boa consistência interna, representado pelo alfa de Cronbach de 0.97 para a escala total e valores superiores a $\alpha=.86$ em cada dimensão. É capaz de diferenciar entre mulheres sexualmente disfuncionais e sexualmente saudáveis, apresentando diferenças significativas ($p<.001$) entre grupos clínicos e não-clínicos (Rosen *et al.*, 2000). Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de funcionamento sexual. A versão portuguesa apresenta bons valores de consistência interna, com valores de alfa de Cronbach de .93 para a Escala Total e iguais ou superiores a .88 em todas as dimensões (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009). No presente estudo, demonstrou uma elevada consistência interna na escala total $\alpha=.97$.

2.4. Procedimentos Estatísticos

O programa estatístico utilizado para a análise dos dados recolhidos foi a versão 21 do IBM SPSS Statistics para Windows. Os primeiros procedimentos estatísticos realizados foram análises descritivas, como a distribuições de frequências, com o objectivo de sintetizar e representar a informação contida nos dados. Foram utilizadas testes de diferenças para duas amostras independentes (*Teste T-Student*) de forma a verificar a existência de diferenças entre grupos quanto às variáveis em estudo. Ainda foram utilizadas análises multivariadas de variância (MANOVA), juntamente com análises de regressões múltiplas para analisar as relações entre as variáveis independentes (educação sexual e religiosidade) e as variáveis dependentes (crenças sexuais disfuncionais e funcionamento sexual). Para a terceira hipótese, um modelo recursivo permitiu testar a trajectória causal entre os preditores do funcionamento sexual encontrados nas análises de regressão múltipla (religiosidade e educação sexual) e o

funcionamento sexual dos participantes. Foi planeado um Path Analysis ou Análise de Trajectórias, considerando as variáveis da religiosidade e educação os factores preditores, as crenças sexuais disfuncionais como potencial variável mediadora e o funcionamento sexual como variável dependente. No entanto, tal não se efectuou por não se cumprir os requisitos para a análise.

3. Resultados

3.1. Características Relacionais e Psicosexuais

Relativamente à situação relacional, 62.9% das mulheres referiram uma relação de namoro e 29.9% eram solteiras.. A média de duração das relações apresentadas era de 42 meses (M=41.89; DP=55.49). A maioria das respondentes estavam na fase pré-menopausa (94.0%). O número de filhos mais frequente era 0 (90.5%). A satisfação com a imagem corporal variava de 1 (muito insatisfeita) e 7 (muito satisfeita) (M=4.68; DP=1.24).

Quanto às dificuldades ou disfunções sexuais, 73.6% mulheres responderam que não apresentavam qualquer dificuldade, 20.4% afirmaram não saber, e 4.0% referiram que apresentavam uma dificuldade ou disfunção sexual. O total que não sabia ou que respondeu afirmativamente à questão anterior foi encaminhada para um conjunto de questões adicionais para maior especificação (24.4%). Destes, 35.3% experienciaram dificuldades em atingir o orgasmo, causando um mal-estar significativo, nos últimos seis meses. 43.5% experienciaram ausência ou redução marcada de interesse/excitação/prazer na actividade sexual, causando um mal-estar significativo, nos últimos seis meses, e 42.4% sentiram dor vulvovaginal ou pélvica intensa ou dificuldade durante a penetração vaginal, causando um mal-estar significativo.

No questionário masculino, abordando a situação relacional, 64.6% dos homens colocaram que estavam numa relação de namoro e 24.4% eram solteiros. A média de duração das relações apresentadas era de 36 meses e meio (M=36.51; DP=42.41). O número de filhos mais frequente era 0 (217), havendo 6 indivíduos com um filho, 8 com dois filhos, e 1 pessoa com 4 filhos.

Quanto às dificuldades ou disfunções sexuais, 79.3% dos indivíduos masculinos responderam que não apresentavam, 16.3% indivíduos não sabiam, e 3.3% afirmavam que apresentavam uma dificuldade ou disfunção sexual. O total que não sabia ou que respondeu afirmativamente à questão anterior foi encaminhada para um conjunto de questões adicionais para maior especificidade (19.5%). Nestas questões adicionais, os indivíduos relataram sintomas que resultaram num mal-estar significativo, num período de 6 meses. Dentro destes, 16 ejacularam frequentemente logo após a penetração (menos de 1 minuto) e antes de o desejar, 11 experienciaram ausência ou redução marcada de interesse/excitação/prazer na actividade sexual, 11 experienciaram alguma dificuldade em atingir ou manter uma ereção durante a actividade sexual e 7 experienciaram algum atraso significativo na ejaculação ou incapacidade em ejacular durante a actividade sexual.

3.2. Educação Sexual

A maioria das mulheres experienciou alguma forma de educação sexual (84.2%). De forma a averiguar qual o contexto no qual a sexualidade foi mais extensamente abordada, realizou-se uma análise de variância com um factor (ANOVA medidas repetidas). Este teste revelou diferenças significativas entre as variáveis em estudo, $F(6,1416)=189.32$; $p<.001$. Verificou-se que o contexto no qual as respondentes indicaram ter maior extensão de educação sexual, numa escala de 1 – “De forma muito pouco extensiva” a 7 – “De forma muito extensiva”, foi entre pares ($M=4.57$, $DP=1.84$), seguido dos media ($M=4.43$; $DP=1.58$), do escolar/académico ($M=4.38$; $DP=1.46$) e dos profissionais de saúde ($M=4.09$; $DP=1.72$). Os contextos nos quais a sexualidade foi menos abordada foram o dos grupos religiosos ($M=1.33$; $DP=.98$), dos familiares alargados ($M=2.06$; $DP=1.52$), e o parental ($M=3.46$; $DP=1.84$).

De forma a averiguar os tópicos mais abordados nestes contextos, realizou-se novamente uma ANOVA de medidas repetidas. Verificaram-se diferenças significativas entre as variáveis referentes aos tópicos, $F(17,4250)=147.60$; $p<.001$. Os tópicos mais abordados foram: práticas sexuais seguras ($M=5.98$; $DP=1.13$), o sistema reprodutor ($M=5.91$; $DP=1.18$) e o uso e funcionamento de contraceptivos ($M=5.86$; $DP=1.28$). Os tópicos menos abordados foram: masturbação ($M=2.90$; $DP=1.81$) e abstinência sexual ($M=2.93$; $DP=1.82$).

Tabela 1. *Tópicos Abordados no Contexto de Educação Sexual: Médias e Desvios Padrão*

	Média	Desvio Padrão
[Práticas sexuais seguras (prevenção de gravidez e ISTs)]	5.98	1.128
[Uso e funcionamento de contraceptivos]	5.86	1.279
[O sistema reprodutivo]	5.91	1.177
[Questões de género e poder]	3.75	1.903
[Imagem corporal]	3.63	1.712
[Relações de intimidade/amorosos]	4.26	1.733
[Representação da sexualidade nos media]	3.66	1.868
[Comunicação, negociação e tomada de decisão]	3.53	1.847
[Orientação sexual]	3.72	1.879
[Sentimentos, cognições, emoções e expressividade sexual]	3.67	1.845
[Diversidade e preferências sexuais]	3.51	1.907
[Abuso, violência e assédio sexual]	4.52	1.814
[Masturbação]	2.90	1.811
[Sexo com penetração vaginal/oral/anal/masturbação mútua]	3.46	1.939
[Prazer sexual]	3.43	1.963
[Disfunções sexuais]	3.38	1.845
[Abstinência sexual]	2.93	1.822
[Valores associados à sexualidade]	3.48	1.864

A maioria dos homens experienciou alguma forma de educação sexual (74.8%). De forma a averiguar qual o contexto no qual a sexualidade foi mais extensamente abordada, realizou-se uma análise de variância com um factor (ANOVA medidas repetidas). Este teste revelou diferenças significativas entre as variáveis em estudo, $F(6,876)=89.29$; $p<.001$. Averiguou-se que o contexto no qual os respondentes indicaram ter maior extensão de educação sexual foi entre pares ($M=4.31$, $DP=1.78$), os media ($M=4.16$; $DP=1.60$), o escolar/académico ($M=4.22$; $DP=1.60$). Os profissionais de saúde ($M=3.14$; $DP=1.78$) e o contexto parental ($M=3.20$; $DP=1.70$) apresentaram uma extensão média. Os contextos nos quais a sexualidade foi menos abordada foram o dos grupos religiosos ($M=1.47$; $DP=1.21$) e dos familiares alargados ($M=2.19$; $DP=1.48$).

De forma a averiguar os tópicos mais abordados nestes contextos, realizou-se novamente uma ANOVA de medidas repetidas. Verificaram-se diferenças significativas entre

as variáveis referentes aos tópicos, $F(17,2618)=66.68$; $p<.001$. Os tópicos mais abordados foram: práticas sexuais seguras ($M=5.85$; $DP=1.28$), o sistema reprodutor ($M=5.65$; $DP=1.52$) e o uso e funcionamento de contraceptivos ($M=5.69$; $DP=1.35$). O tópico menos abordado foi a abstinência sexual ($M=2.94$; $DP=1.61$).

Tabela 2. *Tópicos Abordados no Contexto de Educação Sexual: Médias e Desvios Padrões*

Conteúdos	Média	Desvio Padrão
[Práticas sexuais seguras (prevenção de gravidez e ISTs)]	5.85	1.128
[Uso e funcionamento de contraceptivos]	5.69	1.351
[O sistema reprodutivo]	5.65	1.523
[Questões de gênero e poder]	3.72	1.823
[Imagem corporal]	3.68	1.772
[Relações de intimidade/amorosos]	4.10	1.721
[Representação da sexualidade nos media]	3.61	1.771
[Comunicação, negociação e tomada de decisão]	3.37	1.736
[Orientação sexual]	3.63	1.813
[Sentimentos, cognições, emoções e expressividade sexual]	3.78	1.817
[Diversidade e preferências sexuais]	3.64	1.830
[Abuso, violência e assédio sexual]	4.22	1.803
[Masturbação]	3.53	1.781
[Sexo com penetração vaginal/oral/anal/masturbação mútua]	4.03	1.952
[Prazer sexual]	3.86	1.843
[Disfunções sexuais]	3.49	1.741
[Abstinência sexual]	2.94	1.615
[Valores associados à sexualidade]	3.65	1.844

Educação Sexual e Crenças Sexuais Disfuncionais

Para investigar a existência de diferenças relativamente às crenças sexuais disfuncionais em função da educação sexual, nas mulheres, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (Nobre et al., 2003) e como

variável independente a experiência de educação sexual (1 = teve, 2 = não teve). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não tiveram efeito significativo sobre as variáveis dependentes: idade (Lambda de *Wilks* =.543, $F(168, 1596)=1.01$, $p=.470$, $\eta_p^2 = .097$); habilitações literárias (Lambda de *Wilks* =.909, $F(30, 1046)=.839$, $p=.715$, $\eta_p^2 = .019$) pelo que não foram incluídas como covariáveis. O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.979, $F(6, 325)=1.17$, $p=.323$, $\eta_p^2 = .021$). No entanto, os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças significativas entre os grupos na dimensão do desejo sexual como pecado ($F(1,330)=4.65$, $p=.032$, $\eta_p^2 = .014$). Verificou-se que as mulheres que tiveram alguma experiência de educação sexual apresentaram menos crenças do desejo como um pecado ($M=5.13$; $DP=.46$) do que as que não tiveram nenhuma experiência de educação sexual ($M=5.31$; $DP=.97$).

De modo a avaliar o papel das dimensões da educação sexual nas crenças sexuais, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes o afecto, a utilidade e o enviesamento e como variável dependente as crenças sexuais disfuncionais. Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(3,284)=1.05$; $p=.369$, $R^2 = .011$. Quando se utilizou o mesmo método para verificar o papel dos contextos de educação sexual (VI) nas crenças sexuais disfuncionais (VD), o modelo demonstrou-se significativo: $F(7,224)=2.48$; $p=.018$, $R^2 = .072$, explicando 7,2% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostraram que o contexto escolar/académico ($\beta=1.58$, $t(231)=2.32$, $p=.021$) e os pares ($\beta=0.97$, $t(231)=-2.62$, $p=.009$) foram preditores significativos das crenças sexuais.

Tabela 3. *Contextos de educação sexual como preditores das crenças sexuais disfuncionais nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter*

Preditores	B	Std. Error	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
[Escolar/académico]	.696	.300	.158*	2.321	.021
[Parental]	-.076	.251	-.022	-.303	.762
[Familiars alargados]	-.301	.302	-.071	-.995	.321
[Pares]	-.653	.249	-.186*	-2.624	.009
[Media]	.396	.291	.097	1.362	.175

[Profissionais de saúde]	.134	.273	.036	.491	.624
[Grupo religioso]	.494	.434	.074	1.138	.256

* $p < .05$

Neste sentido, quanto maior é a extensão da educação sexual no contexto escolar/académico, mais elevados são os níveis de crenças sexuais. Pelo contrário, quanto maior a extensão entre os pares, mais baixos são os níveis de crenças sexuais disfuncionais. De modo a aprofundar esta análise, realizou-se uma análise de correlações lineares simples, entre o contexto escolar/académico, o contexto de pares e as variáveis relativas às crenças sexuais disfuncionais. Os resultados mostraram que a relação entre o contexto escolar/académico e as crenças sexuais se encontrava apenas ao nível das crenças relativamente à primazia do afecto. Ainda verificou-se que a relação entre o contexto de pares e as crenças sexuais disfuncionais encontrava-se maioritariamente ao nível das crenças de conservadorismo sexual e de desejo como um pecado.

Tabela 4. *Correlações Lineares Simples – Contextos de Educação Sexual e Crenças Sexuais Disfuncionais*

		Conservadorismo Sexual	Desejo como pecado	Idade	Corpo	Primazia do afecto	Materinidade	SDBQ total
Escolar/académico	Correlação de Pearson	-.055	-.034	.073	.042	.253**	.025	.131*
	Sig. (2-tailed)	.351	.565	.223	.480	.000	.677	.028
Pares	Correlação de Pearson	-.204**	-.196**	-.059	-.015	.034	-.106	-.131*
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	.349	.815	.586	.088	.036

* $p < .05$, ** $p < .001$

Do mesmo modo, analisou-se o papel dos conteúdos abordados na educação sexual (VI) nas crenças sexuais disfuncionais (VD). Os resultados desta análise não mostraram um modelo significativo: $F(18,226)=1.35$; $p=.157$, $R^2=.097$.

De forma a investigar, nos homens, a existência de diferenças relativamente às crenças sexuais disfuncionais em função da educação sexual, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (Nobre et al., 2003) e como variável independente a experiência de educação sexual (1 = teve, 2 = não teve). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não foram introduzidas como covariáveis, pois não tinham efeito sobre as variáveis dependentes: idade (Lambda de *Wilks* =.997, $F(5, 227)=.115$, $p=.989$, $\eta_p^2 = .003$); habilitações literárias (Lambda de *Wilks* =.966, $F(5, 227)=1.58$, $p=.165$, $\eta_p^2 = .034$). O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.957, $F(5, 233)=2.08$, $p=.068$, $\eta_p^2 = .043$).

De modo a avaliar o papel das dimensões da educação sexual nas crenças sexuais, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes o afecto, a utilidade e o enviesamento e como variável dependente as crenças sexuais disfuncionais. Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(3,177)=1.06$; $p=.367$, $R^2 =.018$. Quando se utilizou o mesmo método para verificar o papel dos contextos de educação sexual (VI) nas crenças sexuais disfuncionais (VD), o modelo não se demonstrou significativo: $F(7,143)=1.47$; $p=.183$, $R^2 =.070$. Do mesmo modo, analisou-se o papel dos conteúdos abordados na educação sexual (VI) nas crenças sexuais disfuncionais (VD). Os resultados desta análise não mostraram um modelo significativo: $F(18,152)=.943$; $p=.529$, $R^2 =.112$.

Educação Sexual e Funcionamento Sexual

De forma a investigar, nas mulheres, a existência de diferenças relativamente ao funcionamento sexual em função da educação sexual, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões relativas ao funcionamento sexual (medidas pelo FSFI) e como variável independente a experiência de educação sexual (1 = teve, 2 = não teve). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não foram introduzidas como covariáveis, pois não têm efeito sobre as variáveis dependentes: idade (Lambda de *Wilks* =.491, $F(162, 1418)=1.13$, $p=.142$, $\eta_p^2 = .112$); habilitações literárias (Lambda de *Wilks* =.917, $F(30, 962)=.702$, $p=.884$, $\eta_p^2 = .017$). O teste

multivariado mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.954, $F(6, 300)=2.43$., $p=.026$, $\eta_p^2 = .046$). Os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças significativas entre os grupos em todas as dimensões, excepto a excitação e o orgasmo.

Tabela 5. *Funcionamento Sexual em Função da Educação Sexual: Testes Univariados (ANOVA)*

Dependent Variable		M	DP	F	Sig.	Partial Eta Squared
desejo	Sim	4.62	0.90	12.49*	<.001	.039
	Não	4.07	1.13			
excitação	Sim	4.80	1.46	3.54	.061	.011
	Não	4.25	1.91			
lubrificação	Sim	5.02	1.54	4.32*	.038	.014
	Não	4.46	1.98			
orgasmo	Sim	4.34	1.73	2.13	.145	.007
	Não	3.90	1.97			
satisfação	Sim	4.95	1.63	4.57*	.033	.015
	Não	4.34	2.03			
dor	Sim	4.56	1.66	4.37*	.037	.014
	Não	3.96	1.92			

* $p<.05$

Nota: valores mais baixos indicam níveis mais baixos de funcionamento sexual.

No sentido de avaliar o papel das dimensões da educação sexual no funcionamento sexual, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes o afecto, a utilidade e o enviesamento e como variável dependente o funcionamento sexual (medido pelo FSFI). Os resultados demonstraram um modelo significativo: $F(3,264)=3.44$; $p=.017$, $R^2 = .038$, explicando 3,8% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que apenas a dimensão dos afectos se constituiu como um preditor significativo e positivo do funcionamento sexual ($\beta = .238$, $t(264)=3.19$, $p=.002$).

Tabela 6. *Afecto, utilidade e enviesamento da educação sexual como preditores do funcionamento sexual nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter*

Preditores	B	Std. Error	Beta	t	p
Afecto	.1521	.477	.238*	3.188	.002
Utilidade	-.498	.355	-.103	-1.404	.162
Enviesamento	-.196	.277	-.044	-.705	.481

* $p < .05$

Quando se utilizou o mesmo método para verificar o papel dos contextos de educação sexual (VI) no funcionamento sexual (VD), o modelo não se demonstrou significativo: $F(7,205)=1.72$; $p=.106$, $R^2=.055$. Do mesmo modo, analisou-se o papel dos conteúdos abordados na educação sexual (VI) no funcionamento sexual (VD). Os resultados desta análise não mostraram um modelo significativo: $F(18,208)=1.103$; $p=.351$, $R^2=.087$.

Relativamente aos homens, de forma a investigar a existência de diferenças no funcionamento sexual em função da educação sexual, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões relativas ao funcionamento sexual (medidas pelo IIEF) e como variável independente a experiência de educação sexual (1 = teve, 2 = não teve). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não foram introduzidas como covariáveis, pois não têm efeito sobre as variáveis dependentes: idade (Lambda de *Wilks* =.960, $F(7, 215)=1.29$, $p=.257$, $\eta_p^2=.040$); habilitações literárias (Lambda de *Wilks* =.971, $F(7, 215)=.932$, $p=.483$, $\eta_p^2=.029$). O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.979, $F(6, 221)=.774$, $p=.591$, $\eta_p^2=.021$).

Para avaliar o papel das dimensões da educação sexual no funcionamento sexual, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes o afecto, a utilidade e o enviesamento e como variável dependente o funcionamento sexual (medido pelo IIEF). Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(3,171)=1.36$; $p=.258$, $R^2=.024$. Quando se utilizou o mesmo método para verificar o papel dos contextos de educação sexual (VI) no funcionamento sexual (VD), o modelo não se demonstrou significativo: $F(7,139)=1.33$; $p=.242$, $R^2=.066$. Do mesmo modo, analisou-se o papel dos conteúdos abordados na educação sexual (VI) no funcionamento

sexual (VD). Os resultados desta análise não mostraram um modelo significativo: $F(18,147)=.442$; $p=.976$, $R^2=.058$.

3.3. Religiosidade

Religiosidade e Crenças Sexuais Disfuncionais

De forma a investigar a existência de diferenças nas mulheres relativamente às crenças sexuais disfuncionais em função da religiosidade, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais e como variável independente a religiosidade (1 = professa, 2 = não professa). As variáveis relativas às habilitações literárias e à idade não foram introduzida como covariáveis, pois não tiveram efeito sobre as variáveis dependentes. O teste multivariado mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* = .905, $F(6, 326)=5.710$, $p<.001$, $\eta_p^2 = .095$). Os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças significativas entre os grupos na dimensão do conservadorismo sexual ($F(1,331)=9.62$, $p=.002$, $\eta_p^2 = .028$), das crenças relativamente à idade ($F(1,331)=5.59$, $p=.019$, $\eta_p^2 = .017$) e das crenças relativamente ao afecto ($F(1,331)=22.28$, $p<.001$, $\eta_p^2 = .063$).

Tabela 7. *Crenças Sexuais Disfuncionais em Função da Religiosidade: Testes Univariados (ANOVA)*

Dependent Variable	Professa alguma religião?	M	DP	F	Sig.	Partial Eta Squared
Conservadorismo sexual	Sim	11.53	2.95	9.62**	.002	.028
	Não	10.65	2.20			
Crenças relativamente à idade	Sim	6.16	2.13	5.59*	.019	.017
	Não	5.61	2.06			
Primazia do afecto	Sim	22.67	2.05	22.28***	.000	.063

	Não	21.32	1.79			
--	-----	-------	------	--	--	--

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Nota: valores mais elevados correspondem a maiores níveis de crenças sexuais disfuncionais.

Verificou-se que os indivíduos que professam uma religião apresentam mais crenças sexuais disfuncionais do que indivíduos que não professam nenhuma religião.

De forma a avaliar o papel das dimensões religiosidade nas crenças sexuais, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes a dedicação, frequência, sentimento da presença de Deus, influência das crenças religiosas, vivência da religiosidade, papel na sexualidade, e como variável dependente as crenças sexuais disfuncionais. Os resultados demonstraram um modelo significativo: $F(6,334)=6.01$; $p<.001$, $R^2 =.097$, explicando 9.7% da variância. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostrou que apenas as dimensões da presença de Deus na vida ($\beta=-.166$, $t(334)=-2.07$, $p=.039$) e o papel da religiosidade na sexualidade ($\beta=-.230$, $t(334)=-3.34$, $p=.001$) se constituíram como preditores significativos das crenças sexuais disfuncionais.

Tabela 8. Principais preditores das crenças sexuais disfuncionais nas mulheres: Análise da Regressão Linear Múltipla, método Enter

Preditores	B	Std. Error	Beta	t	p
dedicação	-.044	.325	-.012	-.137	.891
frequencia	-.488	.411	-.087	-1.186	.236
presença	-.796	.384	-.166*	-2.069	.039
vidas	.486	.518	.090	.938	.349
esforço	.312	.571	.051	.547	.585
sexualidade	.134	.542	-.230**	-3.344	.001

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Nota: quanto menor o valor da religiosidade, maior a sua magnitude (escala inversa).

Relativamente à amostra masculina, procurou-se investigar a existência de diferenças relativamente às crenças sexuais disfuncionais em função da religiosidade, foi realizada uma

análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais e como variável independente a religiosidade (1 = professa, 2 = não professa). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não foram introduzidas como covariáveis, pois não tinham efeito sobre as variáveis dependentes. O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.974, $F(5, 231)=1.24$, $p=.293$, $\eta_p^2 = .026$).

Religiosidade e Funcionamento Sexual

De forma a investigar a existência de diferenças relativamente ao funcionamento sexual feminino em função da religiosidade, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões relativas ao funcionamento sexual (medidas pelo FSFI) e como variável independente a religiosidade (1 = professa, 2 = não professa). As variáveis relativas às habilitações literárias e à idade não foram introduzidas como covariáveis, por não terem efeito sobre as variáveis dependentes. O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.980, $F(6, 301)=1.03$., $p=.408$, $\eta_p^2 = .020$).

De forma a avaliar o papel das dimensões da religiosidade no funcionamento sexual feminino, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes dedicação, frequência, sentimento da presença de Deus, influência das crenças religiosas, vivência da religiosidade, papel na sexualidade, e como variável dependente o funcionamento sexual (medido pelo FSFI). Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(6,334)=.746$; $p=.613$, $R^2=.013$.

De forma a investigar, nos homens, existência de diferenças relativamente ao funcionamento sexual em função da religiosidade, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA), considerando como variáveis dependentes as dimensões relativas ao funcionamento sexual (medidas pelo IIEF) e como variável independente a religiosidade (1 = professa, 2 = não professa). As variáveis relativas à idade e às habilitações literárias não tiveram efeito sobre as variáveis dependentes. O teste multivariado não mostrou ser estatisticamente significativo (Lambda de *Wilks* =.953, $F(5, 219)=1.80$., $p=.101$, $\eta_p^2 = .047$). No entanto, os testes univariados (ANOVA) detectaram diferenças significativas entre os

grupos na dimensão do orgasmo ($F(1,224)=4.11$, $p=.044$, $\eta_p^2=.018$). Verificou-se que os indivíduos que professam alguma religião apresentaram maiores níveis de funcionamento sexual na dimensão do orgasmo ($M=17.69$; $DP=3.26$) do que os indivíduos que não professam nenhuma religião ($M=16.73$; $DP=3.37$).

Para avaliar o papel das dimensões religiosidade no funcionamento sexual, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes dedicação, frequência, sentimento da presença de Deus, influência das crenças religiosas, vivência da religiosidade, papel na sexualidade, e como variável dependente o funcionamento sexual (medido pelo IIEF). Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(6,227)=1.99$; $p=.068$, $R^2=.026$.

3.4. Modelo Integrativo dos Papéis da Religiosidade e Educação Sexual nas Crenças Sexuais e no Funcionamento Sexual

O modelo hipotetizado propunha uma relação entre as variáveis de educação sexual e religiosidade e o funcionamento sexual, mediado pelas crenças sexuais disfuncionais. Um Path Analysis ou Análise de Trajectórias, permitiria testar a trajectória causal entre a religiosidade e a educação sexual e o funcionamento sexual dos participantes. Deste modo, considerar-se-iam as variáveis da religiosidade e educação como factores preditores, as crenças sexuais disfuncionais como potencial variável mediadora e o funcionamento sexual como variável dependente. No entanto, para realizar esta análise, é necessário cumprir 3 condições:

1. A religiosidade e a educação sexual (VIs) predizem significativamente o funcionamento sexual (VD);
2. A religiosidade e a educação sexual (VIs) predizem significativamente as crenças sexuais disfuncionais (variável mediadora);
3. As crenças sexuais disfuncionais predizem significativamente o funcionamento sexual (VD).

De forma a testar o primeiro critério, nas mulheres, realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), usando como variáveis independentes as dimensões do QCSD e como variável dependente o total do funcionamento sexual (total FSFI). Os resultados demonstraram um modelo significativo: $\beta = -.259$; $F(6,297) = 4.90$; $p < .001$, $R^2 = .090$, explicando 9% da variância. No caso dos homens, realizou-se a mesma análise, usando como variáveis independentes as dimensões do QCSD e como variável dependente o total do funcionamento sexual (total IIEF). Os resultados não demonstraram um modelo significativo: $F(5,224) = 2.05$; $p = .073$; $R^2 = .044$.

Estes critérios enumerados não se verificaram na sua totalidade em nenhum dos casos (homens e mulheres). Como os requisitos para uma análise de mediação não foram cumpridas não é possível realizar este teste.

4. Discussão

A presente investigação teve como objectivo analisar a relação entre a religiosidade, a educação sexual, as crenças sexuais e o funcionamento sexual numa amostra de homens e mulheres portuguesas. Algumas das variáveis avaliadas neste estudo têm sido implicadas nas dificuldades sexuais em geral. Este estudo permitiu acrescentar evidência e ainda desafiar alguns pressupostos apresentados por diferentes estudos na área.

No que se refere à educação sexual, a hipótese formulada inicialmente antevia que a experiência de educação sexual teria um impacto significativo e positivo nas crenças sexuais dos indivíduos e no seu nível de funcionamento sexual (controlando a interferência de variáveis sociodemográficas como idade e habilitações literárias). Os resultados obtidos variaram de acordo com o sexo dos respondentes. Para as mulheres, a educação sexual mostrou ter uma relação com as crenças sexuais disfuncionais, ao nível da visão do desejo sexual como pecado. As mulheres que tiveram alguma experiência de educação sexual tiveram menos crenças sexuais disfuncionais. Estes resultados vão ao encontro das observações anteriores de que a ausência ou distorção da informação sexual poderá ter um impacto negativo na saúde sexual (Bach et al., 2001; Hawton, 2003; Heiman & LoPiccolo, 2008). A

educação sexual, ao fornecer informação sexual, contribuirá para uma vida sexual mais saudável. Quando analisado com maior pormenor, os contextos de educação sexual que demonstraram ter maior relação com as crenças sexuais foram o contexto escolar/académico e o contexto de pares, que também são os contextos nos quais a educação sexual foi abordada mais extensivamente. A frequência de educação sexual em contexto escolar demonstrou ter uma significativa capacidade para predizer as crenças sexuais disfuncionais, enquanto o contexto entre pares aparentou ter um efeito preventivo destas crenças. No entanto, através de uma análise mais detalhada da relação entre os contextos de educação sexual e as diferentes crenças sexuais, verificou-se que este efeito significativo da educação sexual em contexto escolar na verdade verificava-se apenas relativamente às crenças da primazia do afecto. Estas crenças referem-se às atitudes acerca da intimidade, afecto e ligação emocional como aspectos de grande importância para a actividade sexual (por exemplo, “Sexo sem amor é como comida sem sal” ou “A atenção e o carinho do parceiro são essenciais para uma boa relação sexual”). Estudos anteriores mostraram que estas crenças não têm um efeito negativo no funcionamento sexual, e não são consideradas em si mesmas como crenças sexuais disfuncionais (Nobre, 2003). Coloca-se como hipótese que os profissionais nos contextos escolares/académicos incentivam os alunos a valorizarem os aspectos íntimos e românticos nas relações sexuais, considerando que será benéfico para a sua saúde sexual. Apesar desta análise assegurar que a educação sexual em contexto escolar ou académico não tem uma relação positiva com as crenças sexuais disfuncionais, o facto deste contexto não parecer oferecer nenhuma característica preventiva ao desenvolvimento de crenças sexuais disfuncionais é preocupante. Será importante enfatizar conteúdos e contextos de ensino de modo a influenciar positivamente o desenvolvimento de crenças sexuais mais flexíveis e saudáveis. Isto poderia promover um bom funcionamento e satisfação sexual, que são questões de saúde pública tal como os comportamentos sexuais de risco. A educação sexual em contexto de pares, no entanto, demonstrou predizer um menor nível de crenças sexuais disfuncionais. Através de uma análise mais detalhada, verificou-se que as crenças que tiveram uma relação significativa com a educação sexual entre pares eram acerca do conservadorismo sexual e do desejo sexual como pecado. Coloca-se a questão do sentido da causalidade destas variáveis, pois as mulheres que partilham mais informações com os seus pares acerca da sexualidade podem já ter menos crenças sexuais conservadoras, ou ser a própria partilha de informações *interpares* a

desafiar estas crenças. De modo a esclarecer esta questão, seria necessário realizar uma análise longitudinal, avaliando as crenças sexuais disfuncionais antes e após a partilha de informação sexual entre pares. Por sua vez, os conteúdos abordados não mostraram ter um efeito significativo nas crenças sexuais disfuncionais. O relato dos respondentes demonstrou que os conteúdos abordados de forma mais extensiva mantiveram-se de acordo com os programas tradicionais de educação sexual. Ou seja, focaram principalmente conteúdos que promovem a prevenção de gravidez e infeções sexualmente transmissíveis (Kippax & Stephenson, 2005). A falta de impacto que os conteúdos tiveram nas crenças sexuais disfuncionais poderá dever-se à ausência de transmissão de informação focalizada na prevenção de crenças sexuais disfuncionais.

Ainda se verifica uma relação da educação sexual com o funcionamento sexual feminino, sendo que mulheres que usufruíram de educação sexual apresentaram maior funcionamento sexual, a vários níveis (desejo, lubrificação, satisfação, dor). Este impacto não se verificou ao nível da excitação e do orgasmo. Novamente, estes resultados aparentam salientar a relação entre a partilha de informação e a saúde sexual já proposta anteriormente (Bach et al., 2001; Hawton, 2003; Heiman & LoPiccolo, 2008). Por outro lado, as emoções associadas à experiência de educação sexual mostraram-se também relacionadas com o funcionamento sexual, sendo que as emoções mais positivas estavam associadas a um funcionamento sexual mais saudável. Os conteúdos da educação sexual e os contextos nos quais foram abordados não tiveram uma relação significativa com o funcionamento sexual feminino. Estes resultados, em parte, desafiaram a hipótese formulada, havendo, no entanto, algum impacto nas crenças sexuais femininas.

Quanto aos homens, não se verificou nenhum dos efeitos esperados. A educação sexual não mostrou ter uma relação significativa com as crenças sexuais disfuncionais, nem com o funcionamento sexual. Causarano, Pole e Flicker (2010) verificaram que homens eram menos prováveis de querer mais informação acerca de um grande número de tópicos de educação sexual. Desenvolveram que este fenómeno poderá reflectir a percepção de uma necessidade acrescida de informação sexual no caso das mulheres e uma menor motivação por parte dos homens de comunicar acerca da sexualidade. De acordo com esta reflexão, o facto de se verificarem relações entre a educação sexual e as crenças sexuais disfuncionais e o funcionamento sexual nas mulheres, e não nos homens, poder-se-á dever ao facto das

mulheres serem mais incentivadas a procurar e partilhar informação acerca da sexualidade do que os homens.

A hipótese inicial avançada para a religiosidade formulava que a religiosidade teria um impacto negativo ao nível do funcionamento sexual e crenças sexuais dos indivíduos. Nas mulheres, o impacto desta variável verificou-se ao nível das crenças sexuais disfuncionais nas dimensões do conservadorismo sexual, das crenças relativamente à idade e das crenças relativamente ao afecto. Deste modo, a religiosidade encontrou-se associada a crenças sexuais mais disfuncionais, nomeadamente quando as mulheres sentem a presença de Deus na sua vida e consideram que as suas crenças religiosas têm um papel importante na sua atitude face à sexualidade. Coleman e Testa (2008) verificaram que estudantes com alguma afiliação religiosa tinham uma tendência a ter menores scores de resposta em testes de conhecimentos acerca de tópicos de saúde sexual do que indivíduos sem afiliação religiosa. Tal como foi referido anteriormente, a ausência ou distorção da informação sexual poderá ter um impacto negativo na saúde sexual (Bach et al., 2001; Hawton, 2003; Heiman & LoPiccolo, 2008). No entanto, não se verificou o mesmo impacto ao nível do funcionamento sexual. Nos homens, a religiosidade não demonstrou ter uma relação significativa com as crenças sexuais disfuncionais nem com o funcionamento sexual, excepto no que se refere ao orgasmo. Verificou-se que indivíduos que professam uma religião apresentam maiores níveis de funcionamento sexual relativamente ao orgasmo do que indivíduos que não professam nenhuma religião. Verifica-se que a religião pode fomentar a qualidade de vida (Koenig, 2009; Moreira-Almeida et al., 2006; Lucchetti et al., 2011) e ter um papel protector na saúde mental, através da promoção de um estilo de vida mais saudável, o suporte social, um sistema de crenças que salienta uma maior aceitação de si e dos outros e resiliência (Powell, Shahabi e Thoresen, 2003; Kaplan et al., 2005; Chatters et al., 2011). Os mesmos efeitos poderão explicar a relação positiva entre o funcionamento orgásmico e a religiosidade nos homens. Os dados obtidos neste estudo reflectem a inconsistência encontrada por outros investigadores nesta área. Por um lado, estes resultados vão ao encontro da literatura que demonstra uma relação de independência da religiosidade face a algumas vertentes do funcionamento e satisfação sexual. Davidson et al. (1995) e Davidson et al. (2004) não obtiveram relações estatisticamente significativas entre a religiosidade e a satisfação sexual. Young et al. (1998) também verificaram que as crenças religiosas das mulheres (religiosidade, visão de Deus sobre

o sexo, entre outras variáveis) não exerciam um impacto significativo na sua satisfação sexual. No entanto, Higgins, Trussel, Moore e Davidson (2010) mostraram que a religiosidade estava associada a uma menor satisfação sexual, que vai ao encontro dos resultados obtidos quanto às crenças sexuais disfuncionais nas mulheres, mas desafia os resultados encontrados quanto ao funcionamento orgásmico nos homens. Estes resultados promovem a necessidade de um estudo mais aprofundado, de forma a averiguar os mecanismos associados a esta relação. Por outro lado, tendo em conta a idade média dos respondentes masculinos, a ausência de resultados significativos nos homens ainda poderá reflectir a prevalência reduzida de dificuldades sexuais nas idades inferiores a 40 anos (1-9%) acentuando-se com o avanço da idade, tal como foi encontrado por Lewis et al. (2004). Isto é confirmado pelo facto de apenas 3.3% dos respondentes masculinos afirmarem que apresentam uma disfunção sexuais.

Quanto ao modelo integrativo proposto inicialmente, em ambos os sexos, não se verificaram as condições necessárias para analisar se as crenças sexuais disfuncionais medeiam a relação entre a educação sexual e a religiosidade e o funcionamento sexual. Para cumprir as primeiras duas condições, seria necessário que a religiosidade e a educação sexual predissessem significativamente o funcionamento sexual (condição 1) e as crenças sexuais disfuncionais (condição 2). Apesar de se estabelecerem relações entre estas variáveis a diferentes níveis, nomeadamente nas mulheres, não se verificou um factor preditivo significativo em ambas estas condições. A terceira condição era que as crenças sexuais disfuncionais predissessem significativamente o funcionamento sexual. Isto apenas se verificou no caso das mulheres. Nobre e Pinto-Gouveia (2006) enfatizaram que a existência de crenças sexuais disfuncionais não garante problemas de funcionamento sexual. O desenvolvimento de disfunções sexuais não está dependente das crenças sexuais disfuncionais, sendo necessário a exposição a situações sexuais para as quais o sistema de crenças promove uma interpretação negativa e catastrófica. Tal como referido anteriormente, devido à idade dos participantes, a amostra masculina poderá ainda não ter sido exposta a dificuldades sexuais que activassem as suas crenças sexuais disfuncionais, promovendo esquemas cognitivos negativos. As dificuldades sexuais das mulheres, no entanto, não são tão dependentes da idade, sendo mais prevalentes ao longo de todo o seu desenvolvimento (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). DeGraaf, Meijer, Poelman e Vanwesenbeeck (2005) enfrentaram a mesma situação ao estudarem a saúde sexual de 4821 jovens holandeses entre os 12 e 25 anos.

Verificaram que uma porção significativa das raparigas (57%) reportaram dificuldades ao nível da dor, uma em seis reportou uma redução do desejo sexual e uma em 4 relatou ausência de orgasmo durante a actividade sexual. Rapazes reportaram menos problemas. A dificuldade de cumprimento das 3 condições poder-se-á dever a diversos factores, desde o facto da educação sexual não estar direccionada para a promoção do funcionamento sexual (Kippax & Stephenson, 2005), até às limitações da amostra (falta de variabilidade).

Os resultados do presente estudo devem ser analisados com precaução, tendo em conta as limitações que apresenta. A amostragem por conveniência impossibilita a sua generalização para a população geral. A análise da amostra mostrou que a mesma é constituída principalmente por jovens universitários, que deixa muitas lacunas no conhecimento do funcionamento sexual da população mais velha e com diferentes níveis de habilitações literárias. Ainda, a ausência de variabilidade quanto às religiões afirmadas impediu uma análise diferenciada entre religiões. A baixa variabilidade da amostra masculina relativamente à idade, ao funcionamento sexual e às crenças sexuais disfuncionais ainda poderá estar relacionado com a ausência de resultados significativos. A média de idade da amostra masculina era de, aproximadamente, 24 anos não variando muito a partir dessa idade (DP=6.98). Já foi comprovado que a prevalência das disfunções sexuais aumenta com a idade, sendo mais frequente acima dos 40 anos (Lewis et al., 2004). Quanto às crenças sexuais disfuncionais, os desvios padrões variavam entre DP=5.23 e DP=1.36, demonstrando que os respondentes masculinos tiveram uma grande homogeneidade de crenças sexuais disfuncionais. Ainda se verificou o mesmo quanto às escalas de funcionamento sexual, apresentando desvios padrões entre DP=5.44 a DP=1.47. Esta homogeneidade quanto às variáveis centrais dificulta a existência de associações significativas.

A utilização de instrumentos de auto-resposta poderá levar a algum enviesamento, no sentido de os participantes por vezes adequarem as suas respostas ao que consideram ser socialmente desejável.

5. Conclusões

Apesar das limitações enumeradas, espera-se, com este estudo, estabelecer um interesse para a realização de novas investigações acerca dos factores de risco para o

funcionamento sexual saudável, dotando os profissionais de saúde de conhecimentos científicos que auxiliem a intervenção preventiva e psicoterapêutica neste problema de saúde pública. Seria de especial relevância estudar o impacto da intervenção ao nível da prevenção de problemas de satisfação e funcionamento sexual, de modo a estabelecer relações de causa-efeito entre as informações e dinâmicas promotoras de uma saúde sexual global. A realização de estudos longitudinais com programas de educação sexual que promovam crenças sexuais mais flexíveis e saudáveis permitiria estudar o seu impacto na satisfação e funcionamento sexual. Verificando os contextos e conteúdos que fomentam uma vida sexual mais satisfatória e saudável possibilitaria a implementação de estratégias de intervenção na comunidade.

Referências

- Ägmo, A., Turi, A., Ellingsen, E., Kaspersen, H. (2004). Preclinical models of sexual desire: conceptual and behavioral analyses. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 78, 379-404.
- Alferes, V. R. (1996). A pedagogia do sexo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 30, 91-96.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aquilino, M. & Bragadottir, H. (2000). Adolescent pregnancy: Teen perspective on prevention. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25, 192-197.
- Bach, A. K., Wincze, J. P. & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (pp. 562-608). New York: The Guilford Press.
- Baker, C. & De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 229-238.
- Basson, R. (2001). Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. *American College of Obstetrics and Gynecology*, 98, 350-352.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Routledge.
- Beit-Hallahmi, B. & Argyle, M. (1997). *The Psychology of religious behavior, belief and experience*. New York: Routledge.
- Borg, C., de Jong, P. J., & Weijmar Schultz, W. (2011). Vaginismus and Dyspareunia: Relationship with General and Sex-Related Moral Standards. *The journal of sexual medicine*, 8(1), 223-231.

- Bruckner, H., & Bearman, P (2005). After the promise: The STD consequences of adolescent virginity pledges. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 36, 271-278.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of Psychopathology, Cognitive-Emotional Determinants, Relationship Dimensions, and Medical Factors. *The journal of sexual medicine*, 7, 928-937.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *The journal of sexual medicine*,8(3), 754-763.
- Causarano, N., Pole, J. D., Flicker, S. (2010). Exposure to and desire for sexual health education among, urban youth: Associations with religion and other factors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 19, 4
- Chatters, L. M., Taylor, R. J., Lincoln, K. D., Nguyen, A., & Joe, S. (2011). Church-based social support and suicidality among African Americans and Black Caribbeans. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 337-353.
- Coleman, L.M., & Testa, A. (2008). Sexual health information, attitudes and behaviors: Variations among a religiously diverse sample of young people in London, UK. *Ethnicity & Health*, 13, 55-72.
- Crosby, R.A., & Yarber, W.L. (2001). Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: Results from a national study. *Journal of Adolescent Health*, 28, 415-420.
- Davidson, J. K., Darling, C. A., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32, 235-243.
- Davidson, J.K., Moore, N. B., & Ullstrup, K. M. (2004). Religiosity and sexual responsibility: Relationships of choice. *American Journal of Health Behavior*, 28(4), 335-346.
- DeGraaf, H., Meijer, S., Vanwesenbeeck, I., & Poelman, J. (2005). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005* [Sex under the age of 25: Sexual health of young people in the Netherlands in 2005]. Delft: Eburon.

- D'Onofrio, B. M., Eaves, L. J., Murrelle, L., Maes, H. H., & Spilka, B. (1999). Understanding biological and social influences on religious affiliation, attitudes and behaviors: a behavior genetic perspective. *Journal of Personality, 67* (6), 953-984.
- Dundon, C. M., & Rellini, A. H. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 896-904.
- Evans, D. & Tripp, J. (2006). Sex Education: The case for primary prevention and peer education. *Current Pediatric, 16*, 95-99.
- Fitchett, G., Murphy, P. E., Kim, J., Gibbons, J. L., Cameron, J. R., & Davis, J. A. (2004). Religious struggle: Prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure, and oncology patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 34*(2), 179-196.
- Flora, M. C., Rodrigues, R. F. F., & Paiva, H. M. C. G. D. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, 10*, 125-134.
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. Disponível em www.dgidic.min-edu.pt. Acedido em: jun.2015.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 399-419.
- Haffner, D. (2011). Dearly beloved: Sexuality education in faith communities. *American Journal of Sexuality Education, 6*, 1-6.
- Hawton, K. (2003). *Sex therapy: a practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (2008). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. London: Piatkus Books.
- Henderson, A. W., Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 50-65.

- Higgins, J. A., Trussell, J., Moore, N. B., & Davidson, J. K. (2010). Virginitly lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of Sex Research, 47*, 384-394.
- Kaplan, Z., Matar, M. A., Kamin, R., Sadan, T., & Cohen, H. (2005). Stress-related responses after 3 years of exposure to terror in Israel: are ideological-religious factors associated with resilience? *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(9), 1146-1154.
- Kippax, S. & Stephenson, N. (2005). How to conduct meaningful evaluations of sex and relationship education. *Sex education, 5*, 359-373.
- Koenig, H. G. (2005). *Faith and mental health: religious resources for healing*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*(5), 283-291.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The duke university religion index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions, 1*(1), 78-85.
- Koenig H. G., Meador, K. & Parkerson, G. (1997). Religion Index for Psychiatric Research: A 5-item measure for use in health outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 154*, 885–886.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association, 281*, 537-544.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships, 2*, 267-285.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E. & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk factors of sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 1*, 35-39.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. G. L., Badan-Neto, A. M., Peres, P. T., Peres, M. F., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2011). Religiousness affects mental health, pain and

- quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(4), 316-322.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Peres, M. F., Leão, F. C., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2012). Validation of the duke religion index: DUREL (Portuguese version). *Journal of religion and health*, 51(2), 579-586.
- MacNeil, S., & Byers, E. S. (2009). Role of sexual self-disclosure in the sexual satisfaction of long-term heterosexual couples. *Journal of Sex Research*, 46, 3-14.
- Manlove, J., Logan, C, Moore, K.A. & Ikramullah, E. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 40, 105-117.
- Matos, M. (2002). Prevenir o desajustamento pessoal e social: Que competências de vida. Cidade solidária. *Revista da Santa Casa de Misericórdia*, V, 38-44.
- McManus, J. (2006). *Spirituality and health. Nursing Management*, 13(6), 24–27.
- Marques, A. M., Prazeres, V., Pereira, A., Vilar, D., Forreta, F., Cadete, J., & Meneses, P. F. (2000). *Educação sexual em meio escolar: linhas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Saúde. Ministério da Educação.
- Miller, L., & Gur, M. (2002). Religiousness and sexual responsibility in adolescent girls. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 31, 401-406.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke–DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 31-32.
- Morton, H., & Gorzalka, B. B. (2013). Cognitive aspects of sexual functioning: Differences between East Asian-Canadian and Euro-Canadian women. *Archives of sexual behavior*, 42(8), 1615-1625.

- Myin-Germeys, I., Nicolson, N. A., & Delespaul, P. A. (2001). The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychological medicine*, 31(03), 489-498.
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, religion and spirituality*. New York: Springer.
- Ninomiya, M. M. (2010) Sexual health education in Newfoundland and Labrador schools: Junior high school teachers' experiences, coverage of topics, comfort levels and views about professional practice. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 19, 1-2.
- Nobre, P. J. (2003). *Sexual dysfunction: Contributions for the construction of a comprehensive model based on cognitive theory*. Unpublished doctoral dissertation. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Nobre, P. J. (2006). *Disfunções sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.
- Nobre, P.J. (2008). Índice Internacional de Função Erétil: características psicométricas da versão portuguesa. Manuscrito enviado para publicação.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive–Emotional Model. *The journal of sexual medicine*, 7, 1429-1437.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (in press). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*.
- Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 68-75.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 325-342.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 171-204.
- Oliveira, J. H. B. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.

- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Prevalence of sexual problems and associated distress among gay and heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(2), 211-225.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist, 58*(1), 36.
- Quinta Gomes, A. L. & Nobre, P. J. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sexual Medicine, 9*, 180-187.
- Ramirez, S. P., Macêdo, D. S., Sales, P. M. G., Figueiredo, S. M., Daher, E. F., Araújo, S. M., ... & Carvalho, A. F. (2012). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research, 72*(2), 129-135.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, 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.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology, 49*(6), 822-830.
- Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy, 34*, 376-390.
- Sierra, J.C. y Suela-Casal, G. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(5), 361-370.
- Taunay, T. C., Cristino, E. D., Machado, M. O., Rola, F. H., Lima, J. W., Macêdo, D. S., & Carvalho, A. F. (2012). Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(1), 76-81.

Taunay, T. C., Gondim, F. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A. , Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(4), 130-135.

WHO (2012). *Health Topics: Sexual Health*. Disponível em http://www.who.int/topics/sexual_health/en/. Acedido em: jun. 2015.

Young, M., Denny, G., Young, T. & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16(2), 73-84.

Zilbergeld, B. (1992). *The New Male Sexuality*. New York: Bantam Books.

Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality: (rev. ed)*. New York: Batam Books.

ANEXOS

Anexo A

Informação Inicial e Consentimento Informado

O seguinte questionário foi formulado no âmbito da dissertação de mestrado de estudantes da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação do investigador principal Professor Doutor Pedro Nobre da mesma Faculdade. Este estudo tem como objectivos analisar os papéis da educação sexual e da religiosidade no funcionamento e satisfação sexual dos portugueses.

Este questionário é destinado a indivíduos residentes em Portugal, cuja idade se encontra acima dos 18 anos. Adverte-se para a inadequação de algumas questões para indivíduos não heterossexuais, mas pede-se ainda a sua colaboração, e que respondam da forma que acharem mais adequada.

No caso de ter o desejo de esclarecer dúvidas ou informar-se mais permonorizadamente antes, durante ou depois da realização do questionário, poderá contactar por e-mail susana_hawkins@hotmail.com.

Ao seleccionar para prosseguir para o questionário, estou a afirmar que estou de acordo em participar no estudo “Papéis da Educação Sexual e da Religiosidade no Funcionamento e Satisfação Sexual dos Portugueses”, sob a orientação do investigador principal Professor Doutor Pedro Nobre da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Foi-me dado uma explicação integral da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspectos que me permaneceram pertinentes. Sei que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento, se for esse o meu desejo. Os meus dados individuais não serão revelados, permanecendo confidenciais. Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal. Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Declaro ainda que sou maior de idade e que li o formulário de consentimento, pretendendo prosseguir e participar no presente estudo.

Sim, li o consentimento informado e pretendo participar no estudo.

Anexo B

Questionário Introdutório

1. Sexo

Homem	Mulher	Outro
-------	--------	-------

2. Género

Masculino	Feminino	Transgénero	Dois de espírito	Outro
-----------	----------	-------------	------------------	-------

3. Idade

4. Habilitações literárias

4º ano	6º ano	9º ano (ou antigo 5º ano dos liceus)	12º ano (ou antigo 7º ano dos liceus)	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado/ Doutoramento
--------	--------	--------------------------------------	---------------------------------------	-------------	--------------	---------------------------

5. Profissão

6. Residência (Meio rural; Meio urbano)

7. Região de residência

Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma da Madeira
-------	--------	--------	----------	---------	----------------------------	----------------------------

8. Etnia

Caucasiano	Negro	Asiático	Latino-americano	Ilhas do Pacífico	Outra
------------	-------	----------	------------------	-------------------	-------

9. Religião

10. Frequência de Serviço

Nunca	Raramente	Uma vez por	Duas a três	Uma a três vezes	Todos ou quase
-------	-----------	-------------	-------------	------------------	----------------

		mês ou menos	vezes por mês	por semana	todos os dias
--	--	--------------	---------------	------------	---------------

11. Estado civil

Solteiro/a	Solteiro/a em relação de namoro	Co-habitação	Casado/a	Separado/a	Divorciado/a	Viúvo/a	Outro
------------	---------------------------------	--------------	----------	------------	--------------	---------	-------

12. Orientação sexual

Exclusivamente heterossexual	Predominantemente heterossexual	Igualmente heterossexual e homossexual	Predominantemente homossexual	Exclusivamente homossexual
------------------------------	---------------------------------	--	-------------------------------	----------------------------

13. Parceiro sexual actual

Nenhum	Namorado/a	Marido	Esposa	Múltiplos parceiros femininos	Múltiplos parceiros masculinos
--------	------------	--------	--------	-------------------------------	--------------------------------

14. Quanto tempo tem a relação com o/a seu/sua actual parceiro/a (anos e meses)

15. Grau de satisfação com a relação estabelecida com o/a seu/sua parceiro/a (likert 7 – muito baixo a muito alto)

16. Com que frequência se envolve em actividade sexual com o/a seu/sua parceiro/a

Nunca	Raramente	Uma vez por mês ou menos	Duas a três vezes por mês	Uma a três vezes por semana	Todos ou quase todos os dias
-------	-----------	--------------------------	---------------------------	-----------------------------	------------------------------

17. Número de parceiros sexuais anteriores

18. Teve ou tem algum problema físico, emocional ou psicológico?

Se sim, quais?

Tensão arterial elevada/baixa	Diabetes	Problemas cardíacos	Doença neurológica	Prostatectomia
Problemas sanguíneos	Cancro	Perturbação de ansiedade	Depressão	Problemas ginecológicos
Acidente vascular cerebral	Endometriose	Problemas urológicos	Problemas na coluna	Doenças venéreas
Abuso de álcool	Abuso de drogas	Outro		

19. Toma medicamentos decorrentes da sua doença?

Se sim, quais?

Anti-depressivos	Anti-hipertensores	Anti-psicóticos	Anti-epilépticos	Outros. Quais?
------------------	--------------------	-----------------	------------------	----------------

20. Relativamente à menopausa, em que fase se encontra?

Pré-menopausa (ainda não entrou na menopausa)	Peri-menopausa (está a entrar na menopausa)	Pós-menopausa (já está na menopausa)
---	---	--------------------------------------

Anexo C

Questionário de Educação Sexual

1. Teve alguma experiência de educação sexual? (Sim/Não)

2. Se sim, em que contextos (escalas de likert de 7 pontos, desde 1- não abordei a 7 – foi abordado de forma exaustiva) (Referência 3)
 - a. Escolar/académico;
 - b. Parental;
 - c. Familiares alargados;
 - d. Pares;
 - e. Media;
 - f. Profissionais de saúde;
 - g. Grupo religioso
 - h. Outros.

3. Que tópicos abordou? (escalas de likert de 7 pontos, desde 1- não abordei a 7 – foi abordado de forma exaustiva) (Referência 1, 2, 3)
 - a. Práticas sexuais seguras (prevenção de gravidez e ISTs);
 - b. Uso e funcionamento de contraceptivos;
 - c. Opções para gravidez não planeada;
 - d. O sistema reprodutivo;
 - e. Questões de género e poder;
 - f. Imagem corporal;
 - g. Relações de intimidade/amorosos;
 - h. Comunicação, negociação e tomada de decisão;

- i. Orientação sexual;
- j. Sentimentos, cognições, emoções e expressividade sexual;
- k. Diversidade e preferências sexuais;
- l. Abuso, violência e assédio sexual;
- m. Masturbação;
- n. Sexo com penetração vaginal/oral/anal/masturbação mútua;
- o. Prazer sexual;
- p. Disfunções sexuais;
- q. Abstinência sexual;
- r. Valores associados à sexualidade;
- s. Representação da sexualidade nos media;
- t. Satisfação sexual.

4. Afecto/sentimentos/emoções associadas à experiência de educação sexual? (escala de likert 1 a 7, sendo 1 extremamente negativo e 7 extremamente positivo).

5. Grau de correspondência/adequação/utilidade da informação/competências que adquiriu para a prática sexual (escala de likert de 1 a 7, sendo 1 – extremamente útil e 7 - extremamente inútil).

6. Grau em que sente que a educação que recebeu foi enviesada por valores culturais ou religiosos (escala de likert de 1 a 7, sendo 1 – nada enviesado e 7 – totalmente enviesado).

Anexo D

Duke Religion Index: versão portuguesa adaptado por Moreira-Almeida et al. (2008)

1. Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

2. Com que frequência dedica o seu tempo a actividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A secção seguinte contém três (**alteração para quatro**) frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a si.

3. Na minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não sei
4. Em geral não é verdade

5. Não é verdade
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não sei
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
5. Eu esforço-me muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não sei
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

Item adicional:

6. As minhas crenças religiosas têm um papel importante na minha atitude face ao sexo e no meu comportamento sexual.
 1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não sei
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

Anexo E

Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – Versão masculina (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003)

QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD - versão masculina; P. Nobre, Pinto-Gouveia, & A. Gomes, 2003)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. Para cada uma das afirmações, faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente). Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

CRENÇAS SEXUAIS					
	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. "Um verdadeiro homem" tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A erecção do pénis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra hipótese senão subjugar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. "Um verdadeiro homem" deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5
7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando este não consegue a erecção durante o acto sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5
11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só ligam a homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. É errado ter fantasias eróticas durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
14. Existem certas regras universais acerca do que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
15. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem pelo facto deste não ser capaz de a satisfazer sexualmente	1	2	3	4	5
21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Os preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é abusado pelos outros	1	2	3	4	5
28. "Um verdadeiro homem" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos da parceira	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
31. Os homens devem ser capazes de manter o pénis erecto e rijo até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violentação do corpo da mulher	1	2	3	4	5
35. Um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um verdadeiro homem deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. O sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um verdadeiro homem não necessita de muita estimulação para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual faz dos homens tudo o que quer	1	2	3	4	5
40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	1	2	3	4	5

Anexo F

Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – versão feminina (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003)

QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD - versão feminina; P. Nobre, Pinto-Gouveia, & A. Gomes, 2003)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. Para cada uma das afirmações, faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente). Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

CRENÇAS SEXUAIS					
	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. A atenção e o carinho do parceiro são essenciais para uma boa relação sexual	1	2	3	4	5
2. A masturbação é um acto errado e pecaminoso	1	2	3	4	5
3. O mais importante no sexo é o afecto entre os parceiros	1	2	3	4	5
4. A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
5. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
6. As fantasias sexuais são próprias de mulheres perversas	1	2	3	4	5
7. A masturbação não é própria de uma mulher respeitada	1	2	3	4	5
8. Depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
9. Existem várias formas de ter prazer e atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
10. Mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes	1	2	3	4	5
11. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
12. Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente activa	1	2	3	4	5
13. O clímax / orgasmo é próprio dos homens e não das mulheres	1	2	3	4	5
14. O homem é que deve iniciar qualquer actividade sexual	1	2	3	4	5
15. O sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5
16. O orgasmo simultâneo (ao mesmo tempo) dos parceiros é essencial para o bom desempenho sexual	1	2	3	4	5
17. O orgasmo só é possível através do coito vaginal	1	2	3	4	5
18. O sexo serve só para satisfazer os homens	1	2	3	4	5
19. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
20. Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo	1	2	3	4	5
21. Os homens só ligam a mulheres jovens e bonitas	1	2	3	4	5
22. O sexo é uma actividade pura e bonita	1	2	3	4	5
23. Sexo sem amor é como comida sem sal	1	2	3	4	5
24. No sexo tudo é permitido desde de que os parceiros estejam de acordo	1	2	3	4	5
25. Qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral	1	2	3	4	5
26. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
27. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
28. Sexo oral é uma das maiores perversões	1	2	3	4	5
29. Se a mulher se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos do parceiro	1	2	3	4	5
30. Ser sorridente e simpática para os homens pode ser perigoso	1	2	3	4	5
31. O mais importante para as mulheres são os prazeres da maternidade	1	2	3	4	5
32. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
33. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
34. Sexo só deve acontecer por decisão do homem	1	2	3	4	5
35. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
36. Ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem	1	2	3	4	5
37. Uma boa mãe deve controlar os seus impulsos sexuais	1	2	3	4	5
38. Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o companheiro	1	2	3	4	5
39. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris é doente ou perversa	1	2	3	4	5
40. Uma rapariga pura não tem relações sexuais	1	2	3	4	5

Anexo G

Índice Internacional de Função Erétil (Rosen et al., 1997) – traduzido e adaptado por Nobre (2002)

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL (IIEF; Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)

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

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	11. Com que frequência sentiu desejo sexual ? <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre
2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	12. Como classifica o seu desejo sexual ? <input type="checkbox"/> 1-Muito baixo/nenhum <input type="checkbox"/> 2-Baixo <input type="checkbox"/> 3-Moderado <input type="checkbox"/> 4-Elevado <input type="checkbox"/> 5-Muito elevado
3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ? <input type="checkbox"/> 0-Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ? <input type="checkbox"/> 1-Grande insatisfação <input type="checkbox"/> 2-Insatisfação moderada <input type="checkbox"/> 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito <input type="checkbox"/> 4-Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 5-Grande satisfação
4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ? <input type="checkbox"/> 1-Grande insatisfação <input type="checkbox"/> 2-Insatisfação moderada <input type="checkbox"/> 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito <input type="checkbox"/> 4-Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 5-Grande satisfação
5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade <input type="checkbox"/> 3-Dificuldade moderada <input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade <input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade	15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ? <input type="checkbox"/> 1-Muito baixa <input type="checkbox"/> 2-Baixa <input type="checkbox"/> 3-Moderada <input type="checkbox"/> 4-Elevada <input type="checkbox"/> 5-Muito elevada
6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ? <input type="checkbox"/> 0-Não tentei <input type="checkbox"/> 1-Uma a duas tentativas <input type="checkbox"/> 2-Três a quatro tentativas <input type="checkbox"/> 3-Cinco a seis tentativas <input type="checkbox"/> 4-Sete a dez tentativas <input type="checkbox"/> 5-Onze ou mais tentativas	16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade <input type="checkbox"/> 3-Dificuldade moderada <input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade <input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade
7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito <input type="checkbox"/> 0-Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ? <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação <input type="checkbox"/> 2-Pouca satisfação <input type="checkbox"/> 3-Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação <input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação
8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação <input type="checkbox"/> 2-Pouca satisfação <input type="checkbox"/> 3-Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação <input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação	18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre
9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve estimulação/relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Extrema dificuldade <input type="checkbox"/> 2-Muita dificuldade <input type="checkbox"/> 3-Dificuldade moderada <input type="checkbox"/> 4-Ligeira dificuldade <input type="checkbox"/> 5-Nenhuma dificuldade
10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou climax ? <input type="checkbox"/> 0-Não teve estimulação/relações sexuais <input type="checkbox"/> 1-Quase nunca/nunca <input type="checkbox"/> 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> 5-Quase sempre/sempre	20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual? <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma satisfação <input type="checkbox"/> 2-Pouca satisfação <input type="checkbox"/> 3-Satisfação moderada <input type="checkbox"/> 4-Grande satisfação <input type="checkbox"/> 5-Muito grande satisfação

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

Anexo H

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (Rosen et al., 2000) – traduzido e adaptado por Nobre (2002)

ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI; Rosen et al., 2000 – tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)

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

<p>1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>	<p>11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>
<p>2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo/nenhum</p>	<p>12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>
<p>3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>	<p>13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo/nenhum</p>	<p>14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Confiança muito elevada <input type="checkbox"/> Confiança elevada <input type="checkbox"/> Confiança moderada <input type="checkbox"/> Confiança baixa <input type="checkbox"/> Confiança muito baixa/nenhuma</p>	<p>15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>	<p>16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeita <input type="checkbox"/> Igualmente satisfeita e insatisfeita <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeita <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita</p>
<p>7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>	<p>17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>
<p>8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>	<p>18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>
<p>9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>	<p>19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> Muito elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito baixo/nenhum</p>
<p>10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não teve actividade sexual <input type="checkbox"/> Extremamente difícil ou impossível <input type="checkbox"/> Muito difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Ligeiramente difícil <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade</p>	<p>20. Com que frequência a contração dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis durante qualquer relação sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> Não tentei ter relações sexuais <input type="checkbox"/> Quase sempre/sempre <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Algumas vezes (cerca de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Poucas vezes (menos de metade das vezes) <input type="checkbox"/> Quase nunca/nunca</p>