



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Telma Filipa Lopes Oliveira

Estudo de Adaptação e Validação da *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (SSES-F) numa Amostra da População Portuguesa

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Cátia Oliveira

Fevereiro, 2023



Telma Filipa Lopes Oliveira

Estudo de Adaptação e Validação da *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (SSES-F) numa Amostra da População Portuguesa

Dissertação de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 13/02/2023, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof.^a. Doutora Inês Martins Jongenelen

Arguente: Prof. Doutor Tiago Miguel Pires Pinto

Orientadora: Prof.^a. Doutora Cátia Margarida dos Santos Pereira de Oliveira

fevereiro 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação,
mediante declaração escrita do interessado, a que tal se compromete.

Agradecimentos

A presente dissertação representa o culminar de um trabalho árduo, nitidamente encorajado por profissionais de excelência, familiares e amigos, que desde sempre impulsionaram o meu crescimento a nível pessoal e profissional. Como em todas as caminhadas, foram defrontados vários obstáculos, desafios, medos e frustrações, sempre encarados como necessários para o meu crescimento. Todo este percurso foi considerado como uma oportunidade única para desenvolver a minha aprendizagem e uma grande conquista vivida com muita felicidade e orgulho. O término apenas foi possível graças à orientação, apoio e afeto dado por diversas pessoas, às quais expresso aqui o meu grande agradecimento.

À Prof^a Dr^a Cátia Oliveira, que generosamente me acolheu e me apoiou sempre que necessário. A si, agradeço-lhe toda a disponibilidade, empenho, interesse e respeito, bem como todo o espaço dado para a discussão das minhas principais vitórias e frustrações. Agradeço por todas as palavras motivadoras que não me permitiram baixar os braços nos momentos mais difíceis e pelo reforço positivo que fazia sempre questão de oferecer. Mais do que orientadora, é hoje uma inspiração a quem agradeço por fazer parte do meu percurso.

Ao Prof. Ricardo Pinto, que mostrou sempre prontidão para auxiliar em qualquer questão relacionada com os procedimentos estatísticos e análise de dados. A si, agradeço-lhe toda a disponibilidade, interesse e dedicação, essenciais para o término deste percurso.

A todas as mulheres que participaram no estudo e contribuíram para o desenvolvimento da presente investigação. O meu muito obrigada pelo vosso contributo, empatia e esforço. Agradeço de igual forma a todos os profissionais que partilharam o estudo nas diversas redes sociais, possibilitando a participação de um maior número de mulheres. A vocês agradeço toda a paciência, empatia, curiosidade e simpatia. Assim, tornaram possível a evolução da presente dissertação, contribuindo para a ciência e para o desenvolvimento de mais estudos relacionados com a sexualidade.

Às colegas que compõem o meu grupo de dissertação, obrigada por todo o apoio, compreensão e ajuda nos momentos mais difíceis. Juntas tornamos tudo mais fácil e positivo.

À Universidade Lusófona do Porto, agradeço por me terem proporcionado a incrível experiência de desenvolver as minhas competências num local rico em conhecimento. Agradeço ainda pela seleção de profissionais de excelência que transmitiram os seus conhecimentos aos alunos de uma forma motivadora e exemplar.

Aos meus pais e à minha irmã, agradeço por estarem ao meu lado em todos os momentos bons e menos bons, pela vossa motivação, carinho, apoio incondicional e por me permitirem tomar sempre as minhas decisões ao vosso lado. Agradeço ainda por todos os esforços que vos exigi para terminar esta caminhada com o maior sucesso possível. A vocês, que sempre foram o meu colo, o meu porto seguro e a minha inspiração, agradeço-vos do fundo do coração por tudo o que fizeram por mim e pelo que ainda irão fazer. Todas as minhas conquistas devem-se muito a vocês.

Ao Pedro, meu namorado, companheiro e melhor amigo, agradeço por todo o humor que me presenteava nos momentos em que algo não corria da melhor forma. Por todo o apoio, amor e respeito que teve por mim. Agradeço por sempre confiar em mim e nas minhas capacidades, quando eu duvidava delas. Por me permitir ver as situações da melhor forma e por me incentivar a ser cada vez melhor. A ti, agradeço-te por me aceites com todas as minhas qualidades e defeitos, por nunca me deixares baixar os braços e por me fazeres sempre muito feliz.

À Micaela, minha melhor amiga, que me prestou todo o apoio emocional e foi também o meu porto seguro ao longo de todo o percurso académico. A ti, que compreendeste todas as minhas mágoas de uma forma diferente, porque também passaste por elas. Agradeço-te por toda a amizade, carinho e confiança. Por teres sempre acreditado em mim e por me dares a mão sempre que eu precisei. Juntas agradecemos à universidade por nos ter juntado e a ela devemos esta amizade verdadeira que irá perdurar para sempre.

Por fim, a todos os restantes familiares que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento e me deram sempre força para continuar. Obrigada a todos!

“O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia.”

Robert Collier

Foram 5 anos onde predominaram o esforço, dedicação e felicidade.

Estudo de Adaptação e Validação da *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (SSES-F) numa Amostra da População Portuguesa

Resumo

A autoeficácia sexual associa-se ao nível de confiança que os indivíduos apresentam durante as situações sexuais, contribuindo para o aumento da satisfação sexual e para o desenvolvimento de disfunções/dificuldades sexuais. O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar uma versão da *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* numa amostra de mulheres portuguesas. **Método:** A amostra incluiu 555 mulheres portuguesas com idades entre os 18 e os 57 anos ($M = 29.43$). As participantes responderam a um conjunto de questionários *online*, nomeadamente: Questionário Introdutório Geral; *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning*; Inventário de Satisfação Sexual de *Golombok Rust* e *Attitudes Related to Sexual Concerns Scale*. **Resultados:** Os resultados revelaram que a SSES-F é capaz de avaliar níveis de autoeficácia sexual feminina, sustentando-se a validade fatorial da escala. A SSES-F demonstrou bons níveis de consistência interna e uma confiabilidade teste-reteste moderada. Níveis elevados de autoeficácia sexual foram associados a maior satisfação sexual ($p < .001$). Em contrapartida, níveis baixos de autoeficácia sexual associaram-se a níveis mais elevados de disfunções/dificuldades sexuais ($p < .001$). Não foi encontrada uma associação com a idade ($p < .595$). No entanto, a autoeficácia sexual mostrou-se associada ao desenvolvimento de problemas/dificuldades sexuais ($p < .001$). **Conclusões:** Os resultados indicaram que a SSES-F apresenta boas propriedades psicométricas para a população feminina portuguesa, assemelhando-se ao estudo de validação original. Revelou assim ser capaz de discriminar os níveis de autoeficácia sexual presente em mulheres com e sem dificuldades sexuais. O presente estudo vem contribuir para o avanço da investigação científica, comprovando a importância da autoeficácia sexual na sexualidade feminina.

Palavras-chave: Autoeficácia sexual; Adaptação; Validação; *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning*.

Adaptation and Validation Study of the Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F) in a Sample of the Portuguese Population

Abstract

Sexual self-efficacy is associated with the level of confidence that individuals have during sexual situations, contributing to increased sexual satisfaction and to the development of sexual dysfunctions/difficulties. The present study aimed to adapt and validate a version of the Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning in a sample of Portuguese women.

Method: The sample included 555 Portuguese women aged between 18 and 57 years ($M = 29.43$). Participants answered a set of online questionnaires, namely: General Introductory Questionnaire; Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning; Golombok Rust

Inventory of Sexual Satisfaction and Attitudes Related to Sexual Concerns Scale. **Results:**

The results revealed that the Portuguese version of the SSES-F can assess levels of female sexual self-efficacy, supporting the factorial validity of the scale. The SSES-F

demonstrated good levels of internal consistency and moderate test-retest reliability. High

levels of sexual self-efficacy were associated with greater sexual satisfaction ($p < .001$). In

contrast, low levels of sexual self-efficacy were associated with higher levels of sexual

dysfunction/difficulties ($p < .001$). No association with age was found ($p < .595$). However,

sexual self-efficacy was shown to be associated with the development of sexual

problems/difficulties ($p < .001$). **Conclusion:** The results indicated that the SSES-F has

good psychometric properties for the Portuguese female population, like the original

validation study. It thus proved to be able to discriminate the levels of sexual self-efficacy

present in women with and without sexual difficulties. The present study contributes to the

advancement of scientific research, proving the importance of sexual self-efficacy in

female sexuality.

Keywords: Sexual self-efficacy; Adaptation; Validation; Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning.

Índice

Agradecimentos	iii
Enquadramento Teórico	10
Sexualidade e Saúde Sexual	10
Disfunção Sexual Feminina (DSF)	11
Autoeficácia Sexual	12
<i>Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)</i>	13
Método.....	14
Participantes.....	14
Procedimentos.....	17
Medidas.....	19
Questionário Introdutório Geral	19
<i>Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)</i>	19
Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust (GRISS)	19
<i>Attitudes Related to Sexual Concerns Scale (ASCS)</i>	20
Análise de dados	20
Resultados.....	22
Análise Fatorial Confirmatória	22
Consistência Interna.....	25
Confiabilidade Teste-reteste	25
Evidência de Validade Baseada nas Relações com Outras Variáveis	26
Discussão	28
Considerações Finais	33
Referências Bibliográficas.....	36
ANEXOS	1

ANEXO A. Documento Informativo	2
ANEXO B. Consentimento Informado	4
ANEXO C. Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011)	5
ANEXO D. Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F; Bailes et al., 2019)	17
ANEXO E. Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust (GRISS; Rust & Golombok, 1986; tradução e adaptação por Vilarinho, 2010)	21
ANEXO F. <i>Attitudes Related to Sexual Concerns Scale</i> (ASCS; Cowden & Koch, 1995)	22

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caraterísticas Sociodemográficas da População em Estudo (N = 555)</i>	15
Tabela 2. <i>Saturação entre Itens do Modelo Modificado</i>	23
Tabela 3. <i>Correlação entre os Fatores Latentes do Modelo Modificado</i>	24
Tabela 4. <i>Consistência Interna das Dimensões da SSES-F e da Escala Total</i>	25
Tabela 5. <i>Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC)</i>	26
Tabela 6. <i>Validade Convergente entre a SSES-F e o GRISS</i>	26
Tabela 7. <i>Validade Divergente entre a SSES-F e a ASCS</i>	27
Tabela 8. <i>Associação entre a Idade e a SSES-F</i>	27
Tabela 9. <i>Teste de Diferenças entre a SSES-F e a Presença de Dificuldade/Problema Sexual</i>	28

Enquadramento Teórico

Sexualidade e Saúde Sexual

A sexualidade é considerada uma componente vital da vida de cada pessoa, e uma parte essencial para o desenvolvimento da sua identidade (Kalra et al., 2015). Influenciada por componentes biológicas, psicológicas, físicas, sociais e religiosas, a sexualidade é vivenciada e manifestada através de comportamentos, pensamentos, crenças, atitudes, valores e práticas sexuais (Rathus et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), a saúde sexual não se restringe apenas a uma ausência de doença ou disfunção sexual, mas também ao bem-estar físico, mental, emocional e social em relação à sua própria sexualidade. Além disso, a saúde sexual requer uma abordagem positiva e atenciosa das relações e experiências sexuais seguras e prazerosas, com a garantia do respeito pelos direitos sexuais humanos (OMS, 2017).

Neste seguimento, surge o conceito de prazer sexual considerado uma componente essencial dos direitos sexuais, bem como da saúde e bem-estar sexual. Segundo a *World Association for Sexual Health* (WAS, 2021), o prazer sexual refere-se à satisfação e ao prazer psicológico e/ou físico resultante de situações eróticas compartilhadas com um parceiro ou vividas isoladamente. De facto, os direitos sexuais permitem que o prazer sexual se assuma como uma experiência positiva para todos os indivíduos, sendo por isso essencial a não violação dos direitos e bem-estar das pessoas envolvidas (WAS, 2021).

Klein e colaboradores (2022) destacaram que o prazer sexual tem sido negligenciado pelas políticas relacionadas com a saúde sexual. De facto, as vivências do prazer sexual parecem ser influenciadas pelo género, desfavorecendo o papel da mulher (Laan et al., 2021). Tal é verificado numa grande parte das sociedades contemporâneas, onde o prazer sexual da mulher é muitas vezes subordinado ao prazer sexual do homem (Hall, 2019). Deste modo, priorizar a aprendizagem de que não existem diferenças de género na capacidade e mecanismos de prazer sexual, é um fator essencial para o desenvolvimento da educação sexual na sociedade (Laan et al., 2021).

A par do conceito de prazer sexual, surge a satisfação sexual. Esta está associada a uma experiência multidimensional que abrange um conjunto de sentimentos, atitudes, crenças e pensamentos (McAlpine et al., 2007). A satisfação sexual é assim influenciada por

variáveis como a duração e satisfação face à relação sexual (Canel, 2012), presença de emoções negativas relativamente à sexualidade e existência de disfunções sexuais (Sánchez-Fuentes et al., 2014). Para além dos fatores referidos, a autoeficácia está também associada à satisfação sexual (Batmaz & Çelik, 2021). Este conceito será apresentado mais à frente.

De uma forma geral, estudos têm apontado que mulheres que relatam uma maior satisfação com a sua vida sexual, revelam níveis mais elevados de bem-estar e saúde geral (Gianotten et al., 2021; Laan et al., 2021). Pelo contrário, diminuída satisfação sexual tende a afetar os níveis de autoestima, contribuindo para o desenvolvimento de problemas interpessoais e para o impacto negativo na duração do relacionamento conjugal (Tavakol et al., 2011).

Disfunção Sexual Feminina (DSF)

Por DSF entende-se um conjunto de dificuldades que interferem não só com o próprio funcionamento sexual (Aydin et al., 2016), mas também com a capacidade de experienciar o prazer sexual (Wheeler & Guntupalli, 2020). Especificando, esta pode caracterizar-se por uma redução do interesse ou desejo sexual, mudanças ao nível da excitação sexual, dificuldades em atingir o orgasmo e experiência de dor (Aydin et al., 2016).

Uma DSF pode resultar de um conjunto de fatores físicos (Ribeiro et al., 2013), emocionais e sociais (Aydin et al., 2016; Sharma & Kalra, 2016; Wheeler & Guntupalli, 2020; Khademi et al., 2008). No que concerne aos fatores físicos, referimo-nos ao desenvolvimento de doenças, a cirurgias genitais, a toma de medicação e a alterações hormonais fisiológicas com o avanço da idade (Ribeiro et al., 2013). Os fatores emocionais aludem ao stress (Aydin et al., 2016; Sharma & Kalra, 2016; Wheeler & Guntupalli, 2020), aos sentimentos desenvolvidos pelo parceiro, a autoeficácia sexual, a imagem mental do próprio corpo, autoconfiança e atração sexual (Khademi et al., 2008). Por último, indicamos como fatores sociais o nível de escolaridade, cultura (Aydin et al., 2016; Sharma & Kalra, 2016; Wheeler & Guntupalli, 2020), profissão, duração do casamento, qualidade da relação conjugal e nível socioeconómico (Khademi et al., 2008).

Apesar do apelo para uma saúde sexual saudável, é conhecido que 40 a 74% das mulheres em Portugal sofre de disfunção sexual (Gomes et al., 1997 citado por Ribeiro et al., 2013; Nobre et al., 2006). Um estudo realizado a nível nacional por Peixoto e Nobre

(2015) revelou que a falta de desejo sexual foi a dificuldade mais apontada, com uma percentagem de 25.4% das mulheres a relatarem baixo desejo sexual. A esta, seguem-se as dificuldades ao nível do orgasmo, com uma percentagem de 16.8%, da excitação sexual com 15.1%, e da lubrificação, com uma percentagem de 12.9%. Quanto à dispareunia e vaginismo, os resultados revelaram uma percentagem de 9.8% e 6.6%, respetivamente (Peixoto & Nobre, 2015).

Segundo estudos realizados a nível internacional, a falta de desejo sexual tem sido também apontada como o problema que surge com maior frequência nas mulheres, com uma prevalência entre os 27 e os 70% (Abdo et al., 2004; Hassanin et al., 2010; Oksuz & Malhan, 2006; Sidi et al., 2007). As dificuldades em atingir o orgasmo são também comuns nesta população, tendo os estudos revelado uma prevalência que varia entre os 18 e os 61% (Abdo et al., 2004; Hassanin et al., 2010; Oksuz & Malhan, 2006; Ponholzer et al. al., 2005; Safarinejad, 2006).

Estudos comunitários sobre a dificuldade de excitação sexual revelaram que 6 a 36% das mulheres apresentam dificuldades de excitação sexual (Oksuz & Malhan, 2006; Ponholzer et al., 2005; Safarinejad, 2006). No que se refere ao vaginismo, estudos na população geral revelaram uma percentagem entre os 0.4 e os 6% (Christensen et al., 2011; Kadri et al., 2002). Já a dispareunia tendeu a variar entre os 3% (Heisterberg, 1993) e os 46% (Jamieson & Steege, 1996). Importa referir que todas as percentagens mencionadas variam conforme os critérios definidos pelos estudos.

Para além do referido, estudos têm indicado uma associação positiva entre o processo de envelhecimento e os diversos problemas sexuais (Derogatis & Burnett, 2008). De acordo com Aydin e colaboradores (2016), a prevalência de disfunção sexual tendeu a ser superior à medida que a idade ia aumentando, isto é, mulheres com uma idade compreendida entre os 20 e os 29 anos relataram uma percentagem de 22% para uma disfunção sexual, contrariamente às mulheres com uma idade entre os 60 e os 64 anos, revelando uma percentagem de 82.9%. Apesar disto, é importante salientar que as estimativas podem divergir de acordo com as populações, culturas (Derogatis & Burnett, 2008) e critérios utilizados (Shifren et al., 2008).

Autoeficácia Sexual

Como referido anteriormente, um dos fatores emocionais que influencia o aparecimento de uma disfunção sexual diz respeito à autoeficácia sexual. Generalizando, o conceito de autoeficácia assume-se como um processo que serve de mediador nas relações entre conhecimento e habilidade e o comportamento (Bandura, 1977). De acordo com Bandura (1977) e Miller (2008), este conceito refere-se à confiança que uma pessoa apresenta em relação à sua capacidade em alcançar um resultado específico. Para além disso, a autoeficácia pode ser direcionada para uma tarefa apenas ou pode estar relacionada com um traço de personalidade (Bandura, 1977; Miller, 2008).

O conceito de autoeficácia sexual emerge da confiança que os indivíduos apresentam durante as situações sexuais (Rostosky et al., 2008) e inclui a recusa em iniciar e realizar comportamentos sexuais, recusa em envolver-se na atividade sexual sem o uso de contraceção, comunicar com o parceiro acerca do risco e negociar o prazer sexual (Brar et al., 2020). Embora a autoeficácia sexual seja maioritariamente fortalecida pelo exercício individual de um comportamento, esta pode ser também influenciada pelo *feedback* de indivíduos que ocupam um lugar significativo na vida da pessoa (Zimmerman & Cleary, 2006 citado por Brar et al., 2020).

Segundo Atrian e colaboradores (2019), a autoeficácia sexual é essencial para a vivência de uma sexualidade adequada e positiva. Steinke et al., (2008) enfatizaram que a autoeficácia sexual pode contribuir para o desenvolvimento de relacionamentos sexuais desejáveis e atividades sexuais mais saudáveis, promovendo não só a saúde sexual, como a saúde em geral. Deste modo, aumentar a autoeficácia sexual é uma componente crucial para a promoção e adoção de comportamentos sexuais positivos e saudáveis (Lou et al., 2011; Reissing et al., 2005).

Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)

No seguimento do conceito de autoeficácia sexual, a SSES-F surgiu com o intuito de medir a competência percecionada pela mulher relativamente às dimensões comportamentais, cognitivas e afetivas presentes na sua resposta sexual (Bailes et al., 2019). Este é um instrumento recentemente utilizado com o objetivo de estudar a perceção de autoeficácia sexual das mulheres, cujo foco se centra no ajustamento sexual (Reissing et al., 2005), na satisfação conjugal (Oluwole, 2008) e no tratamento da dor genital (Sutton et al., 2009).

A SSES-F é uma escala composta por 37 itens divididos pelas quatro fases de resposta sexual (interesse, desejo, excitação e orgasmo). Inclui como subescalas o orgasmo interpessoal, interesse interpessoal/desejo, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação do corpo e recusa e pode ser preenchida por mulheres de todas as faixas etárias, solteiras ou que tenham um parceiro. É possível uma avaliação por parte do parceiro sobre a sua percepção relativamente aos recursos e níveis de confiança da parceira (Bailes et al., 2019).

A escala original resultou de um estudo a 131 mulheres, entre os 25 e os 68 anos, e obteve um elevado grau de consistência interna ($\alpha = 0.93$) para a totalidade do teste. Da mesma forma, as subescalas apresentadas anteriormente mostraram um resultado de $\alpha = .70$ a $\alpha = .87$. A correlação teste-reteste indicou uma boa estabilidade ao longo do tempo ($r = 0.83$, $p < .001$). A SSES-F foi administrada em conjunto com uma bateria de testes que incluem medidas psicológicas, conjugais e de ajustamento e funcionamento sexual. O resultado final revelou que as pontuações obtidas por mulheres com disfunção sexual e mais velhas eram significativamente mais baixas comparadas com mulheres sem disfunção sexual e mais novas (Bailes et al., 2019). Importa referir que, atualmente, a SSES-F encontra-se já traduzida e validada para a população iraniana, a partir de uma amostra de estudantes universitárias casadas (Rajabi & Jelodari, 2015), para a população alemã, validada a partir de uma amostra *online* (Villwock, 2018) e para a população francesa (Bailes et al., 2019). As validações referidas apresentaram boas propriedades psicométricas.

Dada a importância desta escala na análise de comportamentos sexuais e devido à escassez de instrumentos que avaliam aspetos da saúde sexual na população portuguesa, o presente estudo pretende proceder à validação da SSES-F para esta população.

Método

Participantes

Para o presente estudo, recorreu-se a uma amostra de mulheres portuguesas com uma idade superior a 18 anos, que soubessem ler e compreendessem a língua portuguesa. Foram incluídas mulheres que se encontravam num relacionamento sexual e mulheres solteiras, sendo definido como critério de inclusão que apenas poderiam participar no estudo as mulheres que já iniciaram a sua vida sexual com um parceiro. Os critérios de elegibilidade

foram definidos com o recurso a um questionário sociodemográfico introdutório, preenchido pelas participantes numa fase inicial.

Inicialmente, foi recolhida uma amostra de 562 participantes, tendo sido excluídas 7, após a verificação dos critérios de elegibilidade, por não apresentarem nacionalidade portuguesa e nunca se terem envolvido numa relação sexual com penetração vaginal. Assim, a amostra final foi constituída por 555 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos ($M = 29.43$; $DP = 7.51$).

No que se refere às características sociodemográficas, 97.5% das mulheres afirmaram ser de origem/etnia caucasiana ($N = 541$) e 40% ($N = 222$) referiram apresentar o grau de licenciatura ($Mdn = 6$; $IQQ = 1$). 37.1% ($N = 206$) das mulheres residem no norte do país ($Mo = 1$). Da totalidade da amostra, 73.5% ($N = 408$) das mulheres habitam no meio urbano ($Mo = 2$) e 69.4% ($N = 385$) referiram encontrar-se profissionalmente ativas.

Quanto ao estado civil, 54.2% ($N = 301$) afirmaram estar solteiras ($Mo = 2$). Da totalidade da amostra, destaca-se o namoro (43.1%; $N = 239$) como o tipo de relacionamento mais mencionado ($Mo = 3$). No que se refere à orientação sexual, 76.9% ($N = 425$) das mulheres referiram incluir-se no grupo exclusivamente heterossexual ($Mo = 1$). 64% ($N = 355$) das mulheres relataram não apresentar dificuldades/problemas sexuais. Resultados mais detalhados encontram-se apresentados de seguida (ver Tabela 1).

Tabela 1

Caraterísticas Sociodemográficas da População em Estudo ($N = 555$)

Características Sociodemográficas	Amostra ($N = 555$)	
Idade		
<i>M</i>	29.43	
<i>Min-Máx</i>	18-57	
<i>DP</i>	7.51	
	<i>N</i>	<i>%</i>
Origem		
Caucasiana/branca	541	97.5
Negra	3	0.5

Asiática	1	0.2
Latino-americana	4	0.7
Europeia	1	0.2
Ibérica	1	0.2
Habilitações Literárias		
Sem estudos	-	-
1º ciclo	1	0.2
2º ciclo	2	0.4
3º ciclo	4	0.7
Ensino secundário	109	19.6
Licenciatura	222	40.0
Pós-licenciatura	145	26.1
Ensino superior	1	0.2
Mestrado	64	11.7
Doutoramento	6	1.1
Curso nível V	1	0.2
Formação profissional	1	0.2
Profissão/Ocupação		
Ativa	385	69.4
Desempregada	22	4.0
Reformada	-	-
Estudante	148	26.7
Zona de Residência Atual		
Norte	206	37.1
Centro	118	21.3
Lisboa	166	29.9
Alentejo	9	1.6
Algarve	22	4.0
Açores	25	4.5
Madeira	4	0.7
Meio		
Rural	144	25.9
Urbano	408	73.5

Estado Civil		
Casada ou em união de facto	237	42.7
Solteira	301	54.2
Viúva	-	-
Casada ou divorciada	13	2.3
Tipo de Relacionamento		
Marital	111	20.0
União de facto	92	16.6
Namoro	239	43.1
Coabitação	73	13.2
Outra opção	10	2
Orientação Sexual		
Exclusivamente heterossexual	425	76.6
Exclusivamente homossexual	5	0.9
Dificuldade/problema sexual		
Sim	197	35.5
Não	355	64

Nota. *M* = média. *Min* = mínimo. *Máx* = máximo. *DP* = desvio padrão.

Procedimentos

Numa fase inicial do presente estudo, foi solicitado aos principais autores das escalas selecionadas a autorização para a tradução, adaptação e utilização das mesmas no estudo. Fornecidas todas as permissões, foram desenvolvidas as versões em português da *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (Bailes et al., 2019) e da *Attitudes Related to Sexual Concerns Scale* (Cowden & Koch, 1995). Primeiramente, todos os itens das escalas mencionadas foram devidamente traduzidos para português de Portugal, por um falante bilingue fluente. Numa fase seguinte, procedeu-se à retrotradução para o inglês, por uma investigadora independente com conhecimento da língua inglesa. Posteriormente, a tradução para a língua inglesa foi comparada às escalas originais, com o objetivo de serem identificadas possíveis diferenças no vocabulário utilizado. Numa fase final, obtiveram-se as versões finais das escalas selecionadas, devidamente traduzidas e adaptadas.

O presente estudo obteve a aprovação ética por parte da Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona do Porto. As

participantes foram selecionadas de forma aleatória e voluntária através de um processo de “bola de neve”, tratando-se assim de um método de recolha de dados não probabilístico com a utilização de uma amostra por conveniência ou accidental. Todo o procedimento de recolha de dados, bem como o respetivo preenchimento dos questionários e protocolo de estudos foi realizado exclusivamente *online* desde março a setembro de 2022.

Para o efeito, o estudo foi publicitado através das principais redes sociais bem como das diversas instituições de ensino e instituições referentes à área da psicologia, sexualidade e outras áreas não relacionadas com o tema, possibilitando o acesso por um maior número de mulheres.

No sentido de garantir o anonimato, confidencialidade e integridade das participantes do estudo, foi-lhes fornecido inicialmente um documento informativo, com informações relativas aos principais objetivos e finalidade do estudo, termos de confidencialidade dos dados recolhidos e questões associadas ao anonimato e participação voluntária. Foi ainda fornecido o *email* da investigadora principal do estudo, de forma a serem respondidas quaisquer dúvidas que surgissem durante a participação. A recolha de dados foi exclusivamente realizada através da plataforma *online Google Forms*, não sendo recolhidos dados que comprometessem a identidade das participantes, bem como os registos do IP.

Numa fase final do preenchimento, foi questionado às participantes a disponibilidade e interesse em participarem novamente no estudo 1 mês depois à data da primeira participação. Estando dispostas e interessadas em colaborar, foi-lhes solicitado que criassem um código individual acompanhado pelo endereço de *email* de forma a serem contactadas para a segunda participação. Os dados recolhidos foram armazenados separadamente das primeiras respostas dadas, num banco de dados seguro, tornando assim possível a avaliação teste-reteste. Um mês após a primeira participação, as participantes foram novamente contactadas via *email*, de forma a concluírem a pesquisa de reteste, utilizando para o efeito o código pessoal criado durante a primeira participação. Posteriormente, procedeu-se à verificação das repostas recolhidas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, eliminando as respostas que não correspondiam aos mesmos.

Não foi oferecida às participantes qualquer compensação financeira, no entanto foi disponibilizado o contacto do Serviço de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto, para o apoio a qualquer questão emocional negativa que surgisse durante o preenchimento.

Medidas

Questionário Introdutório Geral

O Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011) corresponde a um instrumento de autorresposta que permite a recolha de informações de natureza sociodemográfica. A estas informações acrescentam-se as questões relativas à história médica e biológica, histórico de medicação e cirurgias, história de saúde familiar, sexual, de menstruação, ginecológica, de gravidez e de contraceção bem como informações relacionadas com comportamentos e disfunções sexuais, que poderão interferir com a sexualidade feminina.

Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)

A SSES-F (Bailes et al., 2019) é uma escala composta por 37 itens divididos pelas 4 fases de resposta sexual. Ela encontra-se dividida por 8 subescalas que permitem recolher informações relativas ao orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeição, comunicação, aceitação do corpo e recusa. As respostas são dadas a partir do nível de confiança que a mulher percebe ter num conjunto de situações, caso as realize, atribuindo-lhes uma pontuação que pode variar numa escala de 10 (bastante incerto) a 100 (bastante certo). Através da SSES-F é possível obter-se uma pontuação geral de autoeficácia, sendo que percentagens mais elevadas estão associadas a um maior nível de autoeficácia sexual. A versão original da presente escala obteve um elevado grau de consistência interna ($\alpha = .93$) para a totalidade do teste. Da mesma forma, as suas subescalas mostraram um resultado de $\alpha = .70$ a $\alpha = .87$. A correlação teste-reteste indicou uma boa estabilidade ao longo do tempo ($r = .83, p < .001$) (Bailes et al., 2019). No presente estudo, confirmou-se uma consistência interna muito boa para o total da escala com $\alpha = .96$. No que se refere aos seus fatores, os valores variaram de $\alpha = .74$ a $\alpha = .96$.

Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust (GRISS)

O GRISS (Rust & Golombok, 1986) é um instrumento que permite avaliar a satisfação dos indivíduos no que se refere ao próprio funcionamento sexual no relacionamento. É composto por 28 itens que se dividem por 7 subescalas, permitindo o acesso a questões relativas ao evitamento sexual, anorgasmia, falta de sensualidade, vaginismo, insatisfação,

frequência do contacto sexual e falta de comunicação sexual. As repostas a cada item variam numa escala tipo *Likert* de 1 (nunca) a 5 (sempre), sendo que pontuações mais elevadas estão associadas a uma menor satisfação. Na sua versão original, o GRISS apresentou um α de *Cronbach* de .94 para a versão feminina no total do inventário e bons níveis de consistência interna nas suas subescalas com um α entre .61 e .83 (Rust & Golombok, 1986). Resultados preliminares da versão portuguesa confirmaram também bons níveis de consistência interna para o total do inventário ($\alpha = .89$) e valores aceitáveis de consistência interna nas suas subescalas com um α entre .53 e .75 (Vilarinho, 2010). No presente estudo, confirmou-se uma boa consistência interna para o total da escala com $\alpha = .87$.

Attitudes Related to Sexual Concerns Scale (ASCS)

A ASCS (Cowden & Koch, 1995) assume-se como uma medida que permite avaliar atitudes relacionadas com preocupações/disfunções sexuais específicas. É uma escala composta por 30 itens que se dividem por 8 subescalas, permitindo o acesso a informações relativas à imagem corporal, autocompreensão sexual, papéis de género, comunicação, culpa, compromisso, masturbação e desempenho sexual. As repostas a cada item variam numa escala tipo *Likert* de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente). Neste caso, pontuações mais elevadas indicam menores níveis de preocupações/disfunções sexuais específicas. Esta é uma escala com bons níveis de consistência interna na sua versão original, com $\alpha = .70$, para a sua totalidade, e valores aceitáveis de consistência interna nas suas subescalas com um α entre .64 e .91 (Cowden & Koch, 1995). No presente estudo, confirmou-se a presença de uma boa consistência interna para a totalidade da escala com $\alpha = .82$.

Análise de Dados

Análises preliminares foram efetuadas para examinar a adequação dos dados, com o recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics* versão 28, para *Windows* (IBM Corp, Armonk, NY, EUA). Foram verificados os valores de assimetria univariada e multivariada (SK) e curtose (KU), de forma a verificar a existência de algum indicador que viole o pressuposto de normalidade de distribuição.

De forma a eliminar a ambiguidade sobre a dimensionalidade da escala e verificar a sua validade interna, recorreu-se a uma análise fatorial confirmatória (AFC). A AFC foi

realizada através do *software* estatístico *Jamovi* (versão 1.6), de forma a testar a estrutura fatorial da escala.

Para avaliar a qualidade do ajuste do modelo, foram analisadas um conjunto de estatísticas de ajustamento, incluindo o índice de ajuste comparativo (CFI; Bentler, 1990); o índice Tucker-Lewis (TLI; Tucker & Lewis, 1973); o erro quadrático médio de aproximação de raiz (RMSEA; Steiger, 1990); a raiz quadrada média dos resíduos padronizada (SRMR; Jöreskog & Sörbom, 1996) e o teste de adequação do ajuste do qui-quadrado, sendo a hipótese nula um indicador de bom ajustamento do modelo. Apesar disso, o teste qui-quadrado é extremamente sensível ao tamanho da amostra, sendo que em amostras grandes (i.e., amostras superiores a 200 participantes), o resultado do teste tende a rejeitar a hipótese nula.

Tendo em consideração a restritividade do modelo qui-quadrado, autores têm mencionado índices alternativos para avaliar o ajustamento do modelo (Hooper et al., 2008). Assim, no presente estudo foi utilizado o teste do qui-quadrado relativo (i.e., χ^2/df ; Wheaton et al., 1977), no qual um valor inferior a 5 é indicador de bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999; Tabachnick & Fidell, 2012). De acordo com a literatura existente, sugere-se que valores de CFI e TLI próximos ou superiores a 0.90 apresentam um ajustamento apropriado. Valores de RMSEA e SRMR de ou abaixo de 0.08 indicam também um bom ajustamento. Todos os fatores padronizados (λ) devem apresentar-se estatisticamente significativos ($p < 0.05$; Schumacker & Lomax, 2004) com valores iguais ou superiores a 0.5 nos seus fatores latentes, para que se considerem apropriados.

Através dos testes de confiabilidade foi possível avaliar a consistência interna da escala. Os seus resultados foram obtidos através do *Alfa de Cronbach*, onde um coeficiente *alfa* superior a 0.70 foi considerado um bom indicador. Além do referido, optou-se por testar a confiabilidade teste-reteste, com o objetivo de medir a estabilidade temporal dos resultados obtidos no período de 1 mês. Assim, utilizaram-se coeficientes de correlação intraclass (ICC), em que valores inferiores a 0.5 indicam baixa confiabilidade; valores entre 0.5 e 0.75 representam uma confiabilidade moderada; valores entre 0.75 e 0.9 são indicadores de boa confiabilidade e valores superiores a 0.90 indicam uma excelente confiabilidade entre as avaliações (Koo & Li, 2016).

A validade convergente do presente estudo foi avaliada através da correlação entre as pontuações totais da SSES-F e do GRISS, assumindo que mulheres com níveis mais

elevados de autoeficácia sexual apresentaram níveis superiores de satisfação sexual. Por seu turno, a validade divergente foi avaliada através da correlação entre as pontuações totais da SSES-F e da ASCS, afirmando que mulheres com níveis superiores de autoeficácia sexual apresentaram níveis inferiores de preocupações/disfunções sexuais específicas. Ambas as validades foram testadas através do recurso às correlações de *Spearman* (ou seja, a alternativa paramétrica à correlação de *Pearson*), uma vez que não foram cumpridos os pressupostos de normalidade.

De modo a verificar-se se níveis de autoeficácia sexual estão associados à idade, foi realizada uma correlação de *Spearman*. Suplementarmente, com o intuito de verificar-se se existem diferenças entre mulheres que consideram ou não apresentar problemas/dificuldades sexuais e os níveis de autoeficácia sexual, recorreu-se a um teste *Mann-Whitney*.

Resultados

Análise Fatorial Confirmatória

Os valores univariados da assimetria e curtose não demonstraram uma violação dos pressupostos da distribuição normal, estando os seus valores dentro dos limites espectáveis (SK = - 3 e 3; KU = - 10 e 10). Não obstante, os testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk) rejeitaram a hipótese nula, indicando problemas ao nível da distribuição normal ($p < .001$). Deste modo, procedeu-se à realização de uma AFC.

Através do primeiro modelo obtido, foi possível verificar a existência de indicadores que o mesmo não seria ajustado ($\chi^2/df = 5.39$; CFI = 0.829; TLI = 0.811; RMSEA = 0.089). Procedeu-se então à verificação das estimativas com o objetivo de identificar se as saturações cumpriam os parâmetros expectáveis. Importa referir que alguns itens não apresentaram saturações apropriadas, sendo $\lambda < .5$. Assim, os índices de modificação foram verificados, indicando que a eliminação de determinados parâmetros melhorariam o ajustamento do modelo. Deste modo, procedeu-se à exclusão dos itens com um índice de modificação superior a 15, isto é, o item 4.1 do fator orgasmo interpessoal, 1.1 e 22.1 do fator interesse/desejo interpessoal, 27.1 do fator sensualidade, 31.1 do fator excitação individual e 35.1 do fator comunicação, considerando que estes foram carregados de uma forma cruzada em vários fatores latentes. Além disso, foram realizados 21 pares de correlações residuais, com o intuito de melhorar o ajustamento do modelo aos dados

recolhidos (isto é, item 28.1 com item 29.1; item 28.1 com item 30.1; item 28.1 com item 33.1; item 28.1 com item 34.1; item 29.1 com item 30.1; item 29.1 com item 36.1; item 30.1 com item 32.1; item 32.1 com item 33.1; item 33.1 com item 37.1; item 36.1 com item 37.1; item 5.1 com item 6.1; item 6.1 com item 7.1; item 17.1 com item 18.1; item 17.1 com item 19.1; item 17.1 com item 20.1; item 17.1 com item 21.1; item 18.1 com item 19.1; item 18.1 com item 21.1; item 20.1 com item 21.1; item 24.1 com item 25.1; item 12.1 com item 13.1).

Após as modificações mencionadas, os índices de ajustamento melhoraram, garantindo um bom ajustamento do modelo em relação aos dados recolhidos ($\chi^2/df = 3.02$; RMSEA = 0.060; SRMR = 0.039; TLI = 0.933; CFI = 0.945), com todos os itens a conter saturações adequadas ($\lambda \geq .5$) (ver Tabela 2) e todos os fatores latentes correlacionados (ver Tabela 3).

Tabela 2

Saturação entre Itens do Modelo Modificado

Fator	Item	Estimativas (λ)	Estimativas Estandarizadas
Orgasmo Interpessoal	28.1	29.2	0.877***
	29.1	26.8	0.772***
	30.1	27.7	0.756***
	32.1	27.1	0.720***
	33.1	29.3	0.798***
	34.1	24.3	0.599***
	36.1	30.3	0.864***
	37.1	29.1	0.762***
Interesse/Desejo Interpessoal	5.1	20.5	0.709***
	6.1	21.7	0.800***
	7.1	19.1	0.707***
	9.1	24.8	0.769***
Sensualidade	17.1	26.5	0.895***
	18.1	28.6	0.898***
	19.1	27.2	0.833***
	20.1	28.3	0.935***

	21.1	28.9	0.923***
Excitação Individual	24.1	22.9	0.604***
	25.1	22.8	0.610***
	26.1	28.1	0.885***
Afeição	8.1	19.8	0.646***
	15.1	27.4	0.887***
	16.1	27.8	0.791***
Comunicação	12.1	22.7	0.657***
	13.1	23.8	0.806***
	14.1	26.2	0.721***
	23.1	24.8	0.684***
Aceitação do Corpo	2.1	26.5	0.912***
	3.1	24.9	0.783***
Recusa	10.1	28.0	0.730***
	11.1	31.2	0.811***

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

Tabela 3

Correlação entre os Fatores Latentes do Modelo Modificado

	1	2	3	4	5	6	7
1. Orgasmo Interpessoal	-						
2. Interesse/ Desejo Interpessoal	0.692***	-					
3. Sensualidade	0.826***	0.783***	-				
4. Excitação Individual	0.896***	0.682***	0.875***	-			
5. Afeição	0.785***	0.766***	0.926***	0.830***	-		
6. Comunicação	0.861***	0.847***	0.929***	0.904***	0.908***	-	
7. Aceitação do Corpo	0.466***	0.636***	0.427***	0.406***	0.443***	0.543***	-
8. Recusa	0.544***	0.572***	0.565***	0.552***	0.672***	0.754***	0.408***

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

Consistência Interna

Adicionalmente, de forma a proceder-se à medição da homogeneidade dos itens que pertencem à SSES-F, calculou-se a consistência interna através do *Alfa de Cronbach*. Todos os resultados mostraram uma boa ou muito boa consistência interna para os fatores latentes, nomeadamente para o orgasmo interpessoal ($\alpha = .90$), interesse/desejo interpessoal ($\alpha = .85$), sensualidade ($\alpha = .96$), excitação individual ($\alpha = .79$), afeição ($\alpha = .81$), comunicação ($\alpha = .82$), aceitação do corpo ($\alpha = .83$) e recusa ($\alpha = .74$). Os resultados indicaram ainda uma consistência interna muito boa para o total da escala ($\alpha = .97$) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Consistência Interna das Dimensões da SSES-F e da Escala Total

Dimensões	Nº de Itens	Alfa de Cronbach
Orgasmo Interpessoal	8	.903
Interesse/Desejo Interpessoal	4	.854
Sensualidade	5	.959
Excitação Individual	3	.790
Afeição	3	.810
Comunicação	4	.820
Aceitação do Corpo	2	.831
Recusa	2	.743
Escala Total	31	.964

Confiabilidade Teste-reteste

No presente estudo, a confiabilidade da SSES-F foi medida através do teste-reteste, após 1 mês da primeira participação, bem como do *Alfa de Cronbach*. O valor de confiabilidade teste-reteste foi determinado a partir de uma amostra de 150 participantes. O ICC indicou a existência de uma confiabilidade moderada entre as pontuações recolhidas na primeira e segunda participação (ICC = 0.524 [IC 95% = 0.397 – 0.630]; $F(149, 149) = 3.206$; $p < .001$) (ver Tabela 5). O *Alfa de Cronbach* correspondeu ao valor de .69 ($p < .001$), explicando uma consistência interna aceitável.

Tabela 5*Coeficiente de Correlação Intraclass (ICC)*

Correlação Intraclass	Intervalo de		Teste F				<i>Alfa de Cronbach</i>
	Confiança 95%		Valor	df1	df2	Sig	
	Limite Inferior	Limite Superior					
0.524	0.397	0.630	3.206	149	149	< .001	0.688

Evidência de Validade Baseada nas Relações com Outras Variáveis

De forma a ser determinada a validade convergente, os valores totais da SSES-F foram correlacionados com os valores totais do GRISS. Para o efeito, foi calculado o coeficiente de *Spearman* (i.e., a alternativa paramétrica à correlação de *Pearson*), dado que ambas as variáveis não cumpriram o pressuposto de normalidade, rejeitando-se assim a hipótese nula. Deste modo, os resultados do presente estudo indicaram que os valores totais de autoeficácia sexual feminina estão negativa e fortemente correlacionados com os valores totais de satisfação sexual ($r_s = .54, p < .001$) (ver Tabela 6). Tal resultado indica que níveis mais elevados de autoeficácia sexual estão associados a maiores níveis de satisfação sexual, indo ao encontro do que se revela teoricamente previsto. Deste modo, é possível verificar-se que a SSES-F apresenta uma boa validade convergente com o GRISS.

Tabela 6*Validade Convergente entre a SSES-F e o GRISS*

Variável	1	2
1. Autoeficácia Sexual	-	-.543***
2. Satisfação Sexual	-.543***	-

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

No que se refere à validade divergente, esta foi calculada através da correlação entre os valores totais da SSES-F e os valores totais da ASCS. Para o efeito, recorreu-se novamente ao coeficiente de *Spearman*, uma vez que ambas as variáveis violaram os pressupostos de normalidade. Deste modo, os resultados do presente estudo indicaram que os valores totais de autoeficácia sexual feminina estão positiva e moderadamente correlacionados com os

valores totais de preocupações/disfunções sexuais específicas ($r_s = .45, p < .001$) (ver Tabela 7). Tal resultado indica que níveis mais elevados de autoeficácia sexual estão associados a níveis inferiores de preocupações/disfunções sexuais, indo mais uma vez ao encontro do que é teoricamente espectável. Assim, é possível verificar-se que a SSES-F apresenta uma boa validade divergente com a ASCS.

Tabela 7

Validade Divergente entre a SSES-F e a ASCS

Variável	1	2
1. Autoeficácia Sexual	-	.446***
2. Preocupações/Disfunções Sexuais Específicas	.446***	-

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

Suplementarmente, de forma a verificar se existe uma associação entre a idade das participantes e os níveis de autoeficácia sexual, recorreu-se a uma correlação de *Spearman*, dado que não foram cumpridos os pressupostos de normalidade. Os resultados indicaram que não existe uma associação entre as duas variáveis. Assim, a idade não se encontra correlacionada com os níveis de autoeficácia sexual ($r_s = -.023, p = .595$) (ver tabela 8).

Tabela 8

Associação entre a Idade e a SSES-F

Variável	1	2
1. Idade	-	-.023
2. Autoeficácia Sexual	-.023	-

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

Finalmente, de modo a verificar-se se existem diferenças entre as mulheres que consideram apresentar ou não um problema/dificuldade sexual e os níveis de autoeficácia sexual, recorreu-se a um teste *Mann-Whitney* (i.e., a alternativa não paramétrica ao Teste-t), dado que as variáveis não cumprem o critério de normalidade de distribuição. Assim, foram encontradas diferenças significativas entre a presença de problemas/dificuldades sexuais e os níveis de autoeficácia sexual ($U = 22402.000, p < .001$). Neste caso, mulheres que não apresentam uma dificuldade sexual relataram maiores níveis de autoeficácia

sexual (Ordem Média = 312.57), comparativamente às que afirmam ter uma dificuldade sexual (Ordem Média = 212.72) (ver tabela 9).

Tabela 9

Teste de Diferenças entre a SSES-F e a Presença de Dificuldade/Problema Sexual

	Mulheres com dificuldade/problema sexual (n = 197) <i>Ordem Média</i>	Mulheres sem dificuldade/problema sexual (n = 356) <i>Ordem Média</i>	<i>U</i>
Autoeficácia Sexual	212.72	312.57	22402.000***

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

Discussão

Como referido ao longo da revisão da literatura, a sexualidade é considerada uma componente essencial à vida dos indivíduos (Kalra et al., 2015) e pode manifestar-se através de um conjunto de comportamentos, pensamentos, atitudes, valores e práticas sexuais (Rathus et al., 2014). Relacionado com o conceito de sexualidade, surge a saúde sexual que, de acordo com a OMS (2017), não se restringe apenas à ausência de uma disfunção sexual, mas também ao bem-estar físico, mental, emocional e social relacionado com a sexualidade individual. Além disso, uma outra componente crucial à saúde sexual diz respeito à satisfação sexual, que pode ser influenciada por variáveis como a satisfação face à relação sexual e conjugal (Canel, 2012), a presença disfunções sexuais (Sánchez-Fuentes et al., 2014) e o nível de autoeficácia sexual (Batmaz & Çelik, 2021).

Sendo a autoeficácia sexual o tema central do presente estudo, importa enfatizar que esta emerge da confiança apresentada pelos indivíduos durante um conjunto de situações sexuais (Rostosky et al., 2008), sendo essencial para a vivência de uma sexualidade positiva e adequada (Atrian et al., 2019). Steinke e colaboradores (2008) destacam ainda o papel da autoeficácia sexual na contribuição para o desenvolvimento de relações sexuais desejáveis e saudáveis, tendo impacto tanto na saúde sexual como na saúde em geral. Assim, aumentar os níveis de autoeficácia sexual é crucial para a promoção e adoção de comportamentos sexuais positivos e saudáveis (Lou et al., 2011; Reissing et al., 2005).

A acrescentar, apesar da autoeficácia sexual influenciar o nível de satisfação sexual, importa referir que é um dos fatores emocionais que interfere com o desenvolvimento de uma disfunção sexual. Particularmente no caso das mulheres, uma DSF corresponde a um conjunto de dificuldades que interferem com o funcionamento sexual (Aydin et al., 2016) e com a capacidade de experienciar o prazer sexual (Wheeler & Guntupalli, 2020). Mais especificamente, a DSF caracteriza-se por mudanças ao nível da excitação sexual, redução do desejo sexual, dificuldades em atingir o orgasmo e experiência de dor (Aydin et al., 2016).

Neste sentido, dada a influência da autoeficácia sexual nos níveis de satisfação sexual bem como no desenvolvimento de disfunções sexuais, e face à ausência de instrumentos sobre esta temática validados para a nossa população, o presente estudo teve como objetivo validar a SSES-F numa amostra de mulheres portuguesas. Desta forma, espera-se possibilitar o acesso a aspetos da expressão individual e interpessoal da sexualidade feminina, como o orgasmo interpessoal, desejo, sensualidade, excitação e comunicação (Bailes et al., 2019). Atualmente, a SSES-F é uma medida que conta com diversas validações em países e culturas distintas, tendo sempre demonstrado boas propriedades psicométricas (Rajabi & Jelodari, 2015; Villwock, 2018; Bailes et al., 2019).

No presente estudo, recorreu-se a uma AFC (i.e., uma técnica que permite verificar o ajustamento que existe entre as variáveis observadas e os seus fatores latentes (Brown, 2015)) de forma a determinar se o modelo multifatorial adotado pelo autor original da SSES-F (Bailes et al., 2019) se replicava à amostra retirada na atual investigação. Deste modo, a AFC veio a confirmar que as medidas de ajustamento do modelo aos dados recolhidos corroboraram a presença de uma estrutura multifatorial para a amostra feminina portuguesa, sendo, no entanto, necessário excluir seis itens do instrumento. Ainda assim, os resultados obtidos são suportados pelos valores atingidos nos índices de adequabilidade, que se situam dentro dos critérios de referência ou bastante próximos destes. Estes resultados foram comparados aos obtidos nos restantes estudos de validações em diferentes países, demonstrando uma semelhança entre eles e indicando um bom ajustamento para os dados recolhidos (Rajabi & Jelodari, 2015; Villwock, 2018; Bailes et al., 2019).

Os resultados da presente investigação revelaram ainda que a SSES-F apresentou bons níveis de consistência interna, com uma grande parte dos seus valores superiores ao estudo de validação original e outros estudos de validação em diferentes países (Rajabi & Jelodari,

2015; Villwock, 2018; Bailes et al., 2019). Justificando, os valores superiores obtidos podem estar a ser influenciados pelo tamanho da amostra que é bastante superior aos restantes estudos de validação. Segundo Bland e Altman (1997), quanto maior o tamanho da amostra de um estudo, maior probabilidade haverá de se obter um nível de consistência interna superior. Além disso, apesar de terem sido eliminados itens da escala, de forma a serem obtidos bons índices de adequabilidade, os valores podem mesmo assim ter sido influenciados pela presença de itens que medem os mesmos construtos, contribuindo para o aumento dos valores de consistência interna (Streiner, 2003).

Para se verificar que o presente questionário é capaz de proporcionar medidas estáveis ao longo do tempo, optou-se pela utilização do teste-reteste 1 mês após a primeira participação, tal como selecionado pelo estudo de validação original (Bailes et al., 2019). Apesar da seleção do mesmo intervalo de tempo nos dois estudos, os resultados da presente investigação demonstraram valores menos significativos. Tal poderá estar relacionado com a eventual diferenciação do tamanho do protocolo utilizado e/ou as condições de preenchimento que não são homogêneas e controladas, podendo aumentar os níveis de distração e cansaço, aumentando o viés de recordação. Assim, poderá justificar-se a presença de uma estabilidade temporal moderada no presente estudo, que contrapõe a boa estabilidade temporal do estudo original (Bailes et al., 2019).

Adicionalmente, foram realizadas correlações entre a SSES-F e o GRISS, tendo sido demonstrados bons índices de validade convergente. Mais especificamente, os resultados indicaram que as pontuações da SSES-F estão negativa e fortemente correlacionadas com os valores da satisfação sexual, sendo consistente com as evidências encontradas na validação original da escala (Bailes et al., 2019). Importa referir que, sendo a pontuação do GRISS realizada de uma forma invertida, justifica o facto de ser encontrada uma correlação negativa entre os dois instrumentos. Neste caso, significa que pontuações mais elevadas no GRISS estão associadas a menor satisfação sexual. Pelo contrário, pontuações mais elevadas na SSES-F estão associadas a maiores níveis de autoeficácia sexual. Deste modo, o presente estudo vem inferir que níveis mais elevados de autoeficácia sexual estão associados a maiores níveis de satisfação sexual. Estes resultados corroboram a literatura previamente mencionada, que correlaciona os níveis de autoeficácia sexual com a satisfação sexual (Batmaz & Çelik, 2021).

De acordo com Batmaz & Celik (2021) a satisfação sexual pode ser influenciada por um conjunto de fatores, onde se destaca o papel da autoeficácia como uma componente essencial para o seu aumento e qualidade. Estudos realizados por Rossi e colaboradores (2020), corroboram também a correlação existente entre o conceito de autoeficácia e satisfação sexual. Segundo os autores, mulheres que expõem crenças adaptativas de autoeficácia apresentam uma maior probabilidade de melhorarem o próprio funcionamento e satisfação sexual face à atividade sexual, tendo ainda demonstrado resultados positivos no tratamento da dor sexual (Rossi et al., 2020).

A análise da validade divergente demonstrou uma correlação positiva e moderada entre a SSES-F e a ASCS. Importa referir que, tendo sido a pontuação da ASCS realizada de uma forma invertida, justifica o facto de ser encontrada uma correlação positiva entre os dois instrumentos. Neste caso, significa que pontuações mais elevadas na ASCS estão associadas a menores níveis de preocupações/disfunções sexuais específicas. Deste modo, o presente estudo vem inferir que níveis mais elevados de autoeficácia sexual estão associados a menores níveis de preocupações/disfunções sexuais. Estes resultados corroboram mais uma vez a literatura previamente mencionada, que correlaciona níveis baixos de autoeficácia sexual com a presença de disfunções sexuais (Khademi et al., 2008).

Rowland e colaboradores (2015) especificamente, demonstraram que em disfunções sexuais relacionadas com o orgasmo e o desejo sexual, a autoeficácia desempenha um papel central. Embora a autoeficácia sexual não seja propriamente a causa da disfunção, esta pode apresentar-se como um construto que explica e prediz estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais (como evitar a relação sexual) e motivacionais relevantes para o desenvolvimento de uma disfunção. Neste caso, independentemente do problema sexual, é comum o indivíduo sentir-se incapaz de lidar com a situação sexual, que se traduz numa baixa autoeficácia, procurando a ajuda de um profissional de saúde ou de uma medicação que atenua o problema (Rowland et al., 2015). Além disso, estando uma baixa autoeficácia sexual associada a crenças individuais negativas sobre a capacidade de ser sexualmente eficiente, poderá ter repercussões na forma como o indivíduo vai responder sexualmente, influenciando o aparecimento de disfunções ou problemas sexuais (Tavakol et al., 2011).

Assim, perante os resultados obtidos e a literatura que os corroboram, é possível confirmar que a SSES-F apresenta bons índices de validade convergente e divergente para a população portuguesa.

Para finalizar, de forma a compreender se variáveis como a idade e a presença de dificuldades sexuais podem influenciar os níveis de autoeficácia sexual, considerou-se essencial estabelecer associações entre elas e o conceito de autoeficácia.

Apesar da literatura não referir uma associação entre a idade e os níveis de autoeficácia sexual, os resultados recolhidos na validação original indicaram que a idade se constituiu como um preditor da autoeficácia sexual (i.e., mulheres mais velhas apresentaram menores níveis de autoeficácia sexual (Bailes et al., 2019)). Na tentativa de se verificar se estes dados coincidem com os resultados obtidos no presente estudo, optou-se por estabelecer uma associação entre a idade e a autoeficácia sexual na amostra recolhida. Os resultados indicaram que não há uma associação estatisticamente significativa entre ambas, concluindo-se que a idade das mulheres em estudo não está correlacionada com os níveis de autoeficácia sexual ($r_s = -.023$, $p = .595$).

A contradição dos resultados obtidos poderá estar relacionada com as características da amostra utilizada em ambos os estudos, ou seja, enquanto a validação original optou por discriminar mulheres com e sem DSF, na atual investigação não foi realizada essa discriminação. Assim, não é possível perceber se existe uma associação entre a idade e a autoeficácia sexual, sendo que os resultados poderão estar a ser condicionados pela existência de uma amostra de mulheres com DSF. De facto, segundo Ribeiro e colaboradores (2013), um dos fatores que influencia o aparecimento de uma DSF diz respeito a alterações hormonais fisiológicas com o avanço da idade. Este facto poderá indicar que a associação entre a idade e a autoeficácia sexual poderá estar a ser influenciada pela existência de uma DSF. Assim, parece que a presença de DSF se constitui um preditor mais significativo na presença de autoeficácia sexual do que a idade das participantes.

Tendo a autoeficácia sexual um papel influenciador na presença de disfunções/dificuldades sexuais, optou-se por associar também as duas variáveis na amostra recolhida para a presente investigação. Primeiramente, recorrendo à validação original da escala, mulheres com dificuldades sexuais apresentaram níveis mais baixos de autoeficácia sexual (Bailes et al., 2019). Na tentativa de se verificar se o mesmo se comprova no presente estudo, foram realizadas associações entre as disfunções/dificuldades sexuais e a autoeficácia sexual ($U = 22402.000$, $p < .001$). Os resultados indicaram que mulheres portuguesas que afirmaram não ter qualquer problema

sexual relataram níveis mais elevados de autoeficácia sexual (Ordem Média = 312.57), contrariamente às que indicaram apresentar algum problema sexual (Ordem Média = 212.72). Assim, os resultados recolhidos corroboraram os dados da validação original, estando as dificuldades sexuais associadas a níveis mais baixos de autoeficácia sexual. Além disso, estes dados comprovam novamente a literatura recolhida, que demonstra que menores níveis de autoeficácia sexual estão correlacionados com o desenvolvimento de disfunções sexuais (Lemieux et al., 2013).

De acordo com os dados recolhidos, o presente estudo demonstrou boas propriedades psicométricas para a SSES-F, tornando-a uma medida confiável, válida e de fácil compreensão. Assim, pode inferir-se que este é um instrumento que contribui para a avaliação da autoeficácia sexual feminina na população portuguesa, auxiliando na compreensão dos níveis de satisfação sexual bem como da presença de disfunções sexuais específicas que interferem com a qualidade de vida destas mulheres.

Considerações Finais

Considerando os resultados obtidos no presente estudo e a revisão de literatura, a autoeficácia sexual constitui-se como uma variável essencial para uma vida sexual satisfatória, e para ajudar no diagnóstico de uma DSF ou de outra dificuldade sexual. Mais especificamente, a autoeficácia sexual é uma componente essencial para a experiência de uma sexualidade positiva, adequada e saudável. Deste modo, o aumento dos níveis de autoeficácia, resultará na adoção de comportamentos sexuais positivos e saudáveis, prevenindo o aparecimento de dificuldades sexuais.

De um modo geral, os resultados indicaram que a SSES-F apresenta boas propriedades psicométricas para a população portuguesa, assemelhando-se aos resultados encontrados na validação original (Bailes et al., 2019) e outros estudos (Rajabi & Jelodari, 2015; Villwock, 2018). Assim, é possível concluir-se que a SSES-F é uma medida essencial na avaliação da autoeficácia sexual nas mulheres portuguesas. A presença deste instrumento permitirá aos investigadores portugueses da área da sexualidade humana utilizarem uma versão adaptada da SSES-F, auxiliando na realização de estudos interculturais e transnacionais e, acima de tudo, na melhor compreensão sobre como a autoeficácia sexual pode interferir na qualidade de vida e bem-estar da população feminina portuguesa.

Apesar dos resultados apresentados serem promissores, é essencial interpretá-los com precaução devido às limitações que lhe são características. Em primeiro lugar, destaca-se um tamanho da amostra que não permite que os resultados sejam generalizados a toda a população feminina portuguesa. Além disso, tendo a amostra sido recolhida por conveniência e através do recurso a procedimentos de amostragem não probabilísticos, pode indicar falta de representatividade, impossibilitando a determinação das conclusões sobre os resultados sem se ter em conta os riscos associados.

Tratando-se, igualmente, de um estudo realizado exclusivamente *online*, este contribuiu para que a amostra recolhida pertença maioritariamente a uma faixa etária jovem e apresente um nível de escolaridade médio-alto. Por consequência, o método utilizado não possibilitou a participação de mulheres mais velhas, com um baixo nível socioeconómico e de escolaridade e sem o acesso a recursos tecnológicos, dificultando a recolha de uma amostra com características diversificadas.

Acrescenta-se às limitações referidas o próprio tema do estudo que poderá ter implicado uma maior adesão por parte de mulheres mais jovens, com maior desinibição e maior escolaridade (Trivedi & Sabini, 1998), contribuindo novamente para um viés de seleção do estudo, menor diferenciação de idades e maior semelhança nas suas características. Além disso, não foram abrangidas escalas de validade para a monitorização da desejabilidade social, podendo os resultados recolhidos terem sido influenciados por distorções no seu conteúdo, ainda que as respostas fornecidas estivessem sujeitas ao anonimato.

Não foi igualmente possível assegurar formalmente a presença de disfunções/dificuldades sexuais nas participantes. As informações recolhidas basearam-se apenas na avaliação pessoal e subjetiva das principais dificuldades e problemáticas e respetiva autorresposta, pelas mesmas. Além disso, não foram controladas questões relacionadas com doenças crónicas, problemas ao nível psicológico e toma de medicação que podem de alguma forma interferir com os níveis de autoeficácia e satisfação sexual mencionados.

Por fim, destaca-se o carácter extenso do questionário introdutório geral, que pode ter causado algum cansaço às participantes, contribuindo para a existência de respostas em branco ou pouco coerentes.

Apesar das limitações, o presente estudo vem desempenhar um papel crucial na investigação nacional e internacional, ao contribuir para o avanço da investigação científica na área da sexualidade e ao comprovar a importância da autoeficácia sexual na sexualidade feminina. É crucial que os resultados recolhidos estimulem o desenvolvimento de mais estudos com menos limitações que possibilitem compreender a contribuição real da SSES-F na população portuguesa. Desta forma, será também promovido um maior entendimento do conceito de autoeficácia sexual e a forma como este influencia a vida de cada indivíduo. Por outro lado, espera-se que o presente estudo sensibilize os profissionais da psicologia a incluírem nos protocolos de avaliação e intervenção a perceção de autoeficácia sexual feminina, contribuindo para aumentar a satisfação sexual e eventualmente diminuir os níveis de dificuldades sexuais sentidas. Finalmente, espera-se que a contribuição de todas as participantes para o presente estudo promova uma desmistificação de temas relacionados com a sexualidade feminina, e motive a procura ativa de ajuda face a dificuldades sexuais que possam surgir relacionadas com uma autoeficácia sexual diminuída ou com outras temáticas da sexualidade.

Referências Bibliográficas

- Abdo, C., Oliveira, W., Moreira, E., & Fittipaldi, J. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women - results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research*, 16, 160–166. <https://www.nature.com/articles/3901198>
- Atrian, M. K., Dehnavi, Z. M., & Kamali, Z. (2019). The Relationship between Sexual Self-Efficacy and Sexual Function in Married Women. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 7(2), 1703-1710. <https://dx.doi.org/10.22038/jmrh.2018.30672.1333>
- Aydin, S., Onaran, Ö. I., Topalan, K., Aydın, Ç. A., & Dansuk, R. (2016). Development and Validation of Turkish Version of The Female Sexual Distress Scale-Revised. *Sexual Medicine*, 4(1), 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2015.12.003>
- Bailes, S., Creti, L., Fichten, C. S., Libman, E., Brender, W., & Amsel, R. (2019). Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F). In R. Milhausem, J. Sakauluk, C. M. Davis, W. L. Yarber, & T. Fisher (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (4^a ed., pp. 582-584). Routledge.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Batmaz, H., & Çelik, E. (2021). Sexual dissatisfaction and sexual self-efficacy: an examination of the role of sexual self-confidence as a mediator. *Journal of Men's Health*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.067>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 314, 572. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572>
- Brar, P., Dworkin, J., & Brady, S. S. (2020). Adolescent Women's Sexual Self-Efficacy: Associations with Personal and Perceived Partner Beliefs That Condoms Interfere with Pleasure. *American Journal of Sexuality Education*, 15(3), 336-356. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1763882>

- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Guilford Publications.
- Canel, A. N. (2012). *Evlilik ve Aile Hayatı*. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132.
<https://dx.doi.org/10.1007/s10508-010-9599-y>
- Cowden, C. R., & Koch, P. B. (1995). Attitudes Related to Sexual Concerns: Gender and Orientation Comparisons. *Journal of Sex Education and Therapy*, 21(2), 78–87.
<http://dx.doi.org/10.1080/01614576.1995.11074139>
- DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 289-300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x>
- Gianotten, W. L., Alley, J. C., & Diamond, L. M. (2021). The Health Benefits of Sexual Expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478–493.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1966564>
- Hall, K. S. K. (2019). Cultural Differences in the Treatment of Sex Problems. *Current Sexual Health Reports*, 11, 29-34. <https://dx.doi.org/10.1007/s11930-019-00189-9>
- Hassanin, I. M. A., Helmy, Y. A., Fathalla, M. M. F., & Shahin, A. Y. (2010). Prevalence and characteristics of female sexual dysfunction in a sample of women from Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108(3), 219–223.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.09.031>
- Heisterberg, L. (1993). Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 81(4), 594-597.
<https://europepmc.org/article/med/8459974>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60. <https://academic-publishing.org/index.php/ejbrm/article/view/1224>

- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
<https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jamieson, D. J., & Steege, J. F. (1996). The Prevalence of Dysmenorrheal, Dyspareunia, Pelvic Pain, and Irritable Bowel Syndrome in Primary Care Practices. *Obstetrics & Gynecology*, 87(1), 55-58. [https://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00360-6](https://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(95)00360-6)
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *LISREL 8: User's Reference Guide*. Scientific Software International.
- Kadri, N., Alami, K. H. M., & Tahiri, S. M. (2002). Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 59-63.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00737-002-0141-7>
- Kalra, G., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2015). Sexuality and mental health: Issues and what next? *International Review of Psychiatry*, 27(5), 463–469.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1094032>
- Khademi, A., Alleyasin, A., Amini M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of Sexual Dysfunction Prevalence in Infertile Couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(6), 1402-1410. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x>
- Klein, V., Laan, E., Brunner, F., & Briken, P. (2022). Sexual Pleasure Matters (Especially for Women) - Data from the German Sexuality and Health Survey (GeSiD). *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 1879-1887. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00694-y>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Laan, E. T. M, Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W., & Janssen, E. (2021). In Pursuit of Pleasure: A Biopsychosocial Perspective on Sexual Pleasure and Gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516-536.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- Lemieux, A. J., Bergeron, S., Steben, M., & Lambert, B. (2013). Do Romantic Partners'

- Responses to Entry Dyspareunia Affect Women's Experience of Pain? The Roles of Catastrophizing and Self-Efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2274-2284. <https://doi.org/10.1111/jsm.12252>
- Lou, J. H., Chen, S. H., Li, R. H., & Yu, H. Y. (2011). Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1696-1704. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03358.x>
- McAlpine, C., Gill, A., & Hegarty, P. (2007). Why criminalize forced marriage? Islamophobia and assimilation-based justifications. *Psychology of Women Section Review*, 9(2), 15-28. <https://openresearch.surrey.ac.uk/esploro/outputs/journalArticle/Why-criminalize-forced-marriage-Islamophobia-and-assimilation-based-justifications/99512879102346>
- Miller, S. A. (2008). *TRAINING PSYCHOLOGISTS TO ADDRESS CLIENTS' SEXUAL CONCERNS AND PROBLEMS* (Doctoral dissertation). https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR69332.PDF?is_thesis=1&oclc_number=801165847
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006). Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), 173-182. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230500442334>
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. *The Journal of Urology*, 175(2), 654-658. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)00149-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7)
- Oluwole, D. A. (2008). Marital Satisfaction: Connections of Self-Disclosure, Sexual Self-Efficacy and Spirituality among Nigerian Women. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 5(5), 464-469. <https://medwelljournals.com/abstract/?doi=pjssci.2008.464.469>
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and Sociodemographic Predictors of Sexual Problems in Portugal: A Population-Based Study With Women Aged 18 to 79 Years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(2), 169-180. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.842195>

- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female Sexual Dysfunction in a Healthy Austrian Cohort: Prevalence and Risk Factors. *European Urology*, 47(3), 366–375. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.005>
- Rajabi, G., & Jelodari, A. (2015). Validity and Reliability of the Persian Sexual Self-Efficacy Scale Functioning in Female. *Practice in Clinical Psychology*, 3(4), 267–272. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-292-en.html>
- Rathus S. A., Nevid, J. S., & Fichner-Rathus, L. (2014). *Human Sexuality in a World of Diversity* (9^a ed.). Pearson.
- Reissing, E. D., Laliberté, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14(3), 77–85. https://www.researchgate.net/publication/285963814_Young_women's_sexual_adjustment_The_role_of_sexual_self-schema_sexual_self-efficacy_sexual_aversion_and_body_attitudes
- Ribeiro, B., Magalhães, A. T., & Mota, I. (2013). Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(1), 16-24. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v29i1.11044>
- Rossi, M. A., Maxwell, J. A., & Rosen, N. O. (2020). Biased Partner Perceptions of Women's Pain Self-Efficacy in Postpartum Pain During Intercourse: A Dyadic Longitudinal Examination. *The Journal of Pain*, 21(9), 1047-1059. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.01.006>
- Rostosky, S. S., Dekhtyar, O., Cupp, P. K., & Anderman, E. M. (2008). Sexual Self-Concept and Sexual Self-Efficacy in Adolescents: A Possible Clue to Promoting Sexual Health? *Journal of Sex Research*, 45(3), 277-286. <https://doi.org/10.1080/00224490802204480>
- Rowland, D. L., Adamski, B. A., Neal, C. J., Myers, A. L., & Burnett, A. L. (2015). Self-Efficacy as a Relevant Construct in Understanding Sexual Response and Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 60-71. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811453>

- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A Psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157-165. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01542223>
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382-395. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901440>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67-75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2^a ed.). Psychology Press.
- Sharma, J. B., & Kalra, B. (2016). Female sexual dysfunction: Assessment. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(5), 623-626. <https://europepmc.org/article/med/27183952>
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181898cdb>
- Sidi, H., Puteh, S. E. W, Abdullah, N., & Midin, M. (2007). The Prevalence of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women. *Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 311–321. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00319.x>
- Steiger, J. H. (1990). Structural Model Evaluation and Modification: An Interval Estimation Approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173–180. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_4
- Steinke, E. E., Wright, D. W., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & Lung*, 37(5), 323–333. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.09.004>

- Streiner, D. L. (2003). Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha Does and Doesn't Matter. *Journal of Personality Assessment*, 80(3), 217-222.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_01
- Sutton, K. S., Pukall, C. F., & Chamberlain, S. (2009). Pain Ratings, Sensory Thresholds, and Psychosocial Functioning in Women with Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35(4), 262–281. <https://doi.org/10.1080/00926230902851256>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2012). *Using Multivariate Statistics* (6^a ed.). Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tavakol, Z., Mirmolaei, S. T., & Movahed, Z. M. (2011). The survey of sexual function relationship with sexual satisfaction in referred to Tehran South City health centers. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 19(2), 50-60.
<https://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1100-en.html>
- Trivedi, N., & Sabini, J. (1998). Volunteer Bias, Sexuality, and Personality. *Archives of Sexual Behavior*, 27(2), 181–195. <https://doi.org/10.1023/A:1018634614590>
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/bf02291170>
- Vilarinho, S. M. C. S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais* (Doctoral dissertation). <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18484>
- Villwock, P. (2018). *Erfassung der sexuellen Selbstwirksamkeit von Männern und Frauen: Evaluation der deutschen Versionen der Sexual Self-Efficacy Scale Erectile Functioning (Sexuelle Selbstwirksamkeitsskala für erektile Funktionsfähigkeit SSES-E-D) und der Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (Sexuelle Selbstwirksamkeitsskala für weibliche Funktionsfähigkeit SSES-F-D)* (Doctoral dissertation). <https://doi.org/10.22032/dbt.35491>
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8, 84–136.
<https://doi.org/10.2307/270754>
- World Health Organization (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach* [PDF].

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886eng.pdf;jsessionid=ABAB594E261E31AAAF96F2381%20B09A746?sequence=1>

World Association for Sexual Health (2021). Retirado a 23/05/2022, acessado em <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-on-sexual-pleasure/>

Wheeler, L. J., & Guntupalli, S. R. (2020). Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. *Obstetrics & Gynecology*, 136(1), 174-186.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003941>

ANEXOS

ANEXO A. Documento Informativo

O presente estudo tem como principal objetivo adaptar e validar a *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (SSES-F) na população portuguesa. Com a validação e a adaptação bem-sucedida da SSES-F pretende-se estabelecer comparações entre a perspetiva de autoeficácia sexual das mulheres em diferentes culturas, bem como avaliar dificuldades sexuais que possam estar associadas a baixos níveis de autoeficácia sexual, em mulheres que procuram ajuda no contexto da Psicologia Clínica.

Estando consciente do conteúdo e da natureza pessoal deste estudo, o preenchimento do questionário é **ANÓNIMO** e não serão pedidas informações que possam identificar a participante.

A participação neste estudo é **VOLUNTÁRIA** e será sempre garantida a **possibilidade de DESISTÊNCIA** durante todo o preenchimento do questionário, caso a participante assim o deseje.

Pedimos-lhe que as respostas às questões que lhe forem colocadas sejam realizadas de uma forma **espontânea e honesta**, de modo a garantir o cumprimento do principal objetivo do estudo.

O preenchimento do questionário demora cerca de 25 minutos. Para o efeito, solicitamos o contributo de mulheres com mais de 18 anos que **já tenham iniciado a sua vida sexual**.

Ao longo do preenchimento do questionário poderá sentir dificuldade em responder a algumas das questões colocadas, contudo seria essencial que respondesse a todas as questões de acordo com o que lhe parece ser mais apropriado. Agradecemos que **tente responder a todas as questões, certificando-se que não existem questões em branco**. Apesar disso, as respostas não são de carácter obrigatório.

Para podermos fazer uma completa validação do instrumento, solicitamos a sua participação, e **novo preenchimento do protocolo daqui a um mês**. Esta segunda participação é **totalmente voluntária**. Caso decida participar pedimos-lhe que, no final do protocolo, indique um *email* de contacto e crie um código que nos permitirá associar os questionários no futuro, sem o uso de qualquer dado que o identifique. Por favor, tente criar um código que se consiga lembrar.

Todos os dados recolhidos serão mantidos confidenciais e, após a finalização da investigação, serão eliminados.

Este é um questionário individual, pelo que deve ser respondido de forma autónoma. Sendo esta uma temática de natureza sensível, existe a disponibilidade do serviço de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto para apoio a qualquer questão emocional negativa que surja durante o preenchimento.

Salienta-se que o presente estudo foi aprovado pela *Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica* da Universidade Lusófona do Porto.

Para qualquer esclarecimento, dúvidas ou pedido de informações adicionais, poderá entrar em contacto através do a22001092@mso365.ulp.pt e/ou p901895@ulp.pt.

ANEXO B. Consentimento Informado

Concordo em participar no “**Estudo de adaptação e validação da Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F) na População Portuguesa**”, integrado na dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Telma Oliveira, da Universidade Lusófona do Porto. O presente estudo está sob a orientação da Prof. Dra. Cátia Oliveira.

Foram-me explicados o objetivo principal do estudo e a sua natureza, bem como a garantia da possibilidade de **desistência** a qualquer momento, sem qualquer tipo de risco acarretado. A participação no estudo não será iniciada sem o seu consentimento de forma livre, informada e autodeterminada. A minha identidade **nunca será revelada** e os dados fornecidos serão confidenciais.

Foi-me ainda informado que este estudo foi aprovado pela *Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica* da Universidade Lusófona do Porto.

Concordo e autorizo que os dados fornecidos no questionário sejam utilizados para fins de investigação pelos dois investigadores principais.

- ☐ Sim, concordo em participar.
- ☐ Sim, concordo com o tratamento dos meus dados pessoais.

ANEXO C. Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011)

Data ____ / ____ / ____ Idade: _____ (Data de nascimento: ____ / ____ / ____)	
Habilitações literárias (nível mais alto atingido): ☐ Sem estudos ☐ 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano) ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano) ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano) ☐ Ensino Secundário (10º, 11º, 12º) ☐ Licenciatura ☐ Pós-Licenciatura ☐ Outros estudos (por favor, especifique _____)	Profissão/ ocupação: ☐ Ativa (especifique, por favor _____) ☐ Desempregada ☐ Reformada ☐ Estudante
Rendimento médio anual ilíquido (por pessoa): ☐ Menos de 5.000€ ☐ Entre 5.000€ e 12.000€ ☐ Entre 12.000€ e 18.000€ ☐ Entre 18.000€ e 24.000€ ☐ Mais de 24.000€	
Zona de residência atual: ☐ Norte ☐ Centro ☐ Lisboa ☐ Alentejo ☐ Algarve ☐ Açores ☐ Madeira Meio: ☐ Rural ☐ Urbano	
Estado civil: ☐ Casada ou em união de facto ☐ Solteira ☐ Viúva ☐ Separada ou divorciada	
Há quanto tempo dura a relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)? _____	
Especifique, por favor, o tipo de relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (assinale uma ou mais opções): ☐ Marital ☐ União de facto ☐ Namoro ☐ Coabitação ☐ Outra (por favor, especifique? _____)	
Orientação sexual (por favor, coloque um círculo no número correspondente à sua escolha): Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5 Exclusivamente homossexual	
Religião: Professa alguma religião? ☐ Não ☐ Sim Se respondeu sim, por favor especifique qual: _____ Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha): Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo	

Origem ou etnia:

☐ Caucasiana/ branca ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Latino-americana ☐ Outra

Saúde

Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta

De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?

Muito bom

Bom

Razoável

Mau

Muito mau

1

2

3

4

5

De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?

1

2

3

4

5

Problemas de Saúde

De entre os problemas médicos seguintes, assinale com uma cruz, por favor, a(s) que tem ou já teve no passado e a partir de quando se iniciou(aram). Se apresentar outros problemas médicos, indique-os, por favor, no espaço correspondente. Caso não tenha nenhum problema médico, assinale com uma cruz em “nunca”.

Condição médica	Nunca	Atualmente	No passado	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral				
Alergias				
Arteriosclerose				
Ansiedade				
Depressão				
Diabetes				
Doença cardiovascular				
Doença neurológica				
Doença oncológica (cancro)				
Doenças dos ossos/ articulações				
Infeções sexualmente transmissíveis (link 1)				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor Crónica				
Outros problemas de saúde (por favor, especifique): _____ _____				

Link 1- Por favor indique se alguma vez contraiu alguma das seguintes infeções:

- ☐ Vaginose bacteriana (corrimento e odor anormal)
- ☐ Clamídia
- ☐ Verrugas Genitais
- ☐ Herpes Genital
- ☐ HIV
- ☐ HPV
- ☐ Doença Inflamatória Pélvica
- ☐ Sífilis
- ☐ Candidíase

- ☐ Tricomoníase
☐ Nenhuma

Medicação

De entre os medicamentos seguintes, assinale, por favor qual ou quais deles toma atualmente e quando se iniciou a sua toma. Caso não tome nenhum medicamento, não assinale nada.

Medicação	Sim	Data de início (aproximadamente há...)
Anorexiantes	☐	
Antidepressivos	☐	
Antihipertensores	☐	
Antipsicóticos/ Neurolépticos	☐	
Benzodiazepinas	☐	
Cardiotónicos	☐	
Diuréticos	☐	
Sedativos	☐	
Terapêutica de substituição hormonal (TSH)	☐	
Vasodilatadores	☐	
Outra medicação (por favor, especifique): _____ _____		

Cirurgias

Alguma vez foi alvo de intervenções cirúrgicas ou procedimentos ginecológicos? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual dos seguintes:

- ☐ Remoção do útero
- ☐ Remoção de um ovário
- ☐ Remoção dos dois ovários
- ☐ Laqueação de uma trompa
- ☐ Laqueação das duas trompas
- ☐ Cirurgia uterina, do colo, vaginal ou outra intervenção ginecológica
- ☐ Outra intervenção. Descreva brevemente, por favor: _____

Indique (caso se aplique) outras cirurgias a que tenha sido sujeita e inclua as respetivas datas.

Tipo de Cirurgia	Data
------------------	------

História Familiar	
Indique se alguém da sua família (avós, pais ou irmãos) alguma vez sofreu das seguintes doenças.	
Doença	Grau de Parentesco
Cancro (indique o tipo):	
Hipertensão	
Doenças Cardíacas	
Diabetes	
Acidente Vascular Cerebral	
Doença Mental (indique o tipo):	
Abuso de álcool/drogas	
Glaucoma	
Doença sanguínea	
Dor Crónica	
Outra (por favor, especifique):	

História Sexual
1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não
2. Alguma vez experienciou penetração vaginal sem dor? ☐ Sim ☐ Não
3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.
4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? ☐ Sim ☐ Não
5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não
6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto: ☐ não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso ☐ não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo ☐ Não tentei porque de momento não tenho parceiro ☐ Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)
7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.
8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____ %
9. No momento presente sofre de dor no decorrer da penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não
10. A dor surge com a penetração na vagina? ☐ Sim ☐ Não

11. A dor ocorre em profundidade na zona pélvica? ☐ Sim ☐ Não										
12. Acontece, por vezes, a penetração vaginal não ser possível? ☐ Sim ☐ Não										
13. Quando os meus sintomas impedem a atividade sexual, você e o seu/sua companheiro/a: (assinale todas as que se aplicarem): ☐ Ambos evitam intimidade sexual ☐ São fisicamente próximos, mas evitam o estado de excitação sexual ☐ São sexualmente próximos, mas evitam a penetração sexual ☐ Focam-se no prazer do seu/sua companheiro/a ☐ Têm relações sexuais como habitualmente ☐ Não tem um/a parceiro/a sexual.										
14. Se se encontra numa relação, o (a) seu (sua) parceiro (a) tem noção do seu problema? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho companheiro										
15. Se se encontra numa relação, como classifica o suporte do seu companheiro(a) no que diz respeito à sua condição? 0=Inexistente 10 = completo										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Considera que tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não <u>Se respondeu sim</u> , a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Aversão										
17. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
18. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
19. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
20. O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes) ☐ Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra ☐ Falou com o/a seu/sua parceiro/a ☐ Procurou informação ☐ Não fez nada ☐ Outra (especifique, por favor)										
21. Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não										

Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)

(opções no caso de um parceiro sexual)

☐ Desejo ☐ Disfunção erétil ☐ Ejaculação prematura ☐ Ejaculação retardada ou diminuída ☐ Dor ☐ Aversão

(opções no caso de uma parceira sexual)

☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Vaginismo ☐ Dor ☐ Aversão

22. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

23. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

24. Caso se aplique, indique quais os tratamentos que já recebeu para dificuldades sexuais. Caso não tenha recebido nenhum tratamento medicamentoso, não assinale nada.

Tratamento	Sim
Injeções Vasodilatadoras (companheiro)	
Viagra (companheiro)	
Medicação oral (para além do Viagra – companheiro)	
Lubrificantes vaginais	
MUSE (medicação Intra-uterina - companheiro)	
Dispositivos de Vácuo (companheiro)	
Psicoterapia	
Terapia Sexual	
Implante Peniano (companheiro)	
Terapia de casal	

Outros:

25. Alguma vez foi alvo de abuso sexual?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)?

☐ criança ☐ adolescente ☐ jovem adulto ☐ meia-idade ☐ terceira idade

26. Atualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento?

☐ Não ☐ Sim

27. Alguma vez se envolveu em atividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, por favor, explique:

História da Menstruação e Ginecológica

1. Idade da primeira menstruação: _____ anos

2. Indique, por favor, em que fase se encontra atualmente:

☐ Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente)

☐ Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses)

☐ Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)

3. O seu período menstrual é regular? ☐ Sim ☐ Não

4. Qual foi a data da sua última menstruação? _____

5. Habitualmente a hemorragia menstrual tem a duração de quantos dias? _____

6. Que tipo de produto sanitário usa para a sua higiene íntima? _____

7. Sofre de algum problema de pele, couro cabeludo e /ou unhas (p. ex. eczema)? ☐ Sim ☐ Não

8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? ☐ Sim ☐ Não

9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? ☐ Sim ☐ Não

10. Experiência dor com o seu ciclo menstrual? ☐ Sim ☐ Não

11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não

12. Apresenta atualmente algum corrimento vaginal fora do normal? ☐ Sim ☐ Não

13. Notou algum tipo de lesão física (cortes, prurido, bolhas, etc) na vulva (órgão genitais externos)? ☐ Sim ☐ Não

16. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____ / _____ (mês/ano)

17. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? ☐ Sim ☐ Não

História da Gravidez

1. Encontra-se atualmente grávida? ☐ Sim ☐ Não

2. Já alguma vez esteve grávida? ☐ Sim ☐ Não

3. Se já esteve grávida, por favor indique o número de:

☐ Gravidezes _____ ☐ Cesarianas planeadas _____ ☐ cesarianas de emergência _____ ☐ Partos vaginais _____

☐ Número de nados vivos _____ ☐ Abortos espontâneos _____ ☐ Interrupções Voluntárias da Gravidez _____

4. Alguma vez teve dificuldades em engravidar (infertilidade) quando assim o desejou? ☐ Sim ☐ Não

5. Especifique eventuais complicações que possam ter surgido na gravidez e parto:

História da Contraceção		
	Usei no passado	Uso no presente
Pílula Contraceptiva	☐	☐ Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	☐	☐
Preservativo Feminino	☐	☐
DIU	☐	☐
Anel vaginal	☐	☐
Implante subdérmico	☐	☐
Espermicidas	☐	☐
Métodos naturais (calendário, temperatura)	☐	☐
Outro: _____	☐	☐
Não uso nenhum método contraceptivo ☐		

Comportamento Sexual
Com que frequência se envolve em atividade sexual com o seu parceiro? ☐ Menos de 1 vez por ano ☐ Entre 3 a 5 vezes por semana ☐ Menos de 1 vez por mês ☐ Todos ou quase todos os dias ☐ Entre 1 a 3 vezes por mês ☐ Mais do que 1 vez por dia ☐ Entre 1 a 2 vezes por semana Está satisfeita com essa frequência? ☐ Sim ☐ Não Se não, qual seria para si a frequência ideal de atividade sexual? _____ Qual o número de parceiros sexuais que teve ao longo da vida? _____ Além do/da atual parceiro/a, tem mais algum/a parceiro/a sexual? ☐ Sim ☐ Não 4.1. Se sim, quanto/as? _____ Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada?

- ☐ Sim
- ☐ Não (Avance para a pergunta 7)

Se sim, em que fase(s) do seu desenvolvimento?

- ☐ Criança
- ☐ Adolescente
- ☐ Jovem Adulto
- ☐ Meia-Idade
- ☐ Terceira Idade

Atualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrara o acontecimento?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Alguma vez se envolveu em atividade que o pusesse em risco de contrair SIDA?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, por favor explique _____

Habitualmente, nas suas experiências sexuais com o seu parceiro, com que frequência estão incluídas as atividades sexuais seguintes:

a) masturbação							
b) fantasias ou pensamentos sexuais							
c) material erótico/ pornográfico (revistas, vídeos, internet)							
d) recurso a roupas exóticas							
e) recurso a outros auxiliares de prazer (ex. vibradores, cremes exóticos, preservativos com sabor, etc.)							
f) outra(s) atividade(s)							
Qual/ais: _____							

Seguidamente encontram-se listadas algumas afirmações relativas a fantasias sexuais ou pensamentos acerca de sexo:

a) Durante a atividade sexual vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais							
--	--	--	--	--	--	--	--

b) Durante a masturbação vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais								
c) O meu envolvimento na atividade sexual aumenta com as minhas fantasias ou pensamentos sexuais								
d) O meu prazer aumenta com as minhas fantasias ou pensamentos sexuais								
e) No meu dia a dia, fora do contexto sexual, vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais								

Em que medida as seguintes circunstâncias caracterizam o contexto em que habitualmente tem relações sexuais com o/a seu/sua parceiro/a:

a) Contexto apropriado							
b) Contexto com privacidade							
c) Contexto erótico							
d) Horário adequado							
e) Falta de tempo							
f) Cansaço							
g) Stress							
h) Preocupações							

Normalmente, quando tem relações sexuais com o seu/sua parceiro/a, em que medida se preocupa com as seguintes situações:

a) risco de gravidez não desejada							
b) risco de doenças sexualmente transmissíveis							
c) receio de dor ou desconforto físico							
d) medo de perder o controlo							
e) medo de ser abandonada e/ou rejeitada							

f) medo de ser abusada física e/ou emocionalmente								
g) Outro(s)? Por favor, descreva:								

ANEXO D. *Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning* (SSES-F; Bailes et al., 2019)

Instruções:

O formulário anexado lista as atividades sexuais praticadas pelas mulheres.

Apenas para as mulheres questionadas:

Na coluna I (Posso Fazer), sinalize as atividades que acha que poderia realizar se fosse convidada a fazê-las hoje. Apenas para as atividades que marcou na coluna I, avalie o grau de confiança com que poderia realizá-las selecionando um número de 10 a 100, usando a escala fornecida abaixo. Escreva esse número na coluna II (Confiança).

Apenas para parceiros:

Na coluna I (Posso Fazer), sinalize as atividades que acha que a sua parceira poderia realizar se fosse convidada a fazê-las hoje. Apenas para as atividades que marcou na coluna I, avalie o seu grau de confiança de que a sua parceira poderia realizá-las, selecionando um número de 10 a 100, usando a escala fornecida abaixo. Escreva esse número na coluna II (Confiança).

Se achar que a sua parceira não é capaz de realizar uma determinada atividade, deixe as respectivas colunas I e II em branco.

	I.	II.
	Verifique se a mulher realizaria	Grau de confiança (10 = Bastante Incerto – 100 = Bastante Certo)
1. Antecipar (pensar em) ter relações sexuais sem medo ou ansiedade.	☐	_____
2. Sentir-se confortável com a sua nudez perante o seu parceiro.	☐	_____
3. Sentir-se confortável com o seu corpo.	☐	_____
4. Em geral, sentir-se bem com a sua capacidade de responder sexualmente.	☐	_____
5. Ser interessada em sexo.	☐	_____
6. Sentir desejo sexual pelo parceiro.	☐	_____

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 7. Sentir-se desejada sexualmente pelo parceiro. | ☐ | _____ |
| 8. Iniciar uma troca de afeto sem se sentir obrigada a ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 9. Iniciar atividades sexuais. | ☐ | _____ |
| 10. Recusar um avanço sexual do parceiro. | ☐ | _____ |
| 11. Lidar com a recusa do parceiro em relação ao seu avanço sexual. | ☐ | _____ |
| 12. Pedir ao parceiro para fornecer o tipo e a quantidade de estimulação sexual necessária. | ☐ | _____ |
| 13. Fornecer ao parceiro o tipo e a quantidade de estimulação sexual solicitada. | ☐ | _____ |
| 14. Lidar com as discrepâncias relativas às preferências sexuais entre si e o seu parceiro. | ☐ | _____ |
| 15. Desfrutar da troca de afeto sem ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 16. Desfrutar de um encontro sexual com o parceiro, sem ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 17. Desfrutar de carícias no seu corpo pelo parceiro (com exceção dos órgãos genitais e seios). | ☐ | _____ |
| 18. Desfrutar de carícias nos seus órgãos genitais pelo parceiro. | ☐ | _____ |
| 19. Desfrutar de carícias nos seus seios pelo parceiro. | ☐ | _____ |
| 20. Desfrutar de quando acaricia o corpo do parceiro (com exceção dos genitais). | ☐ | _____ |
| 21. Desfrutar de quando acaricia os órgãos genitais do parceiro. | ☐ | _____ |
| 22. Desfrutar da relação sexual. | ☐ | _____ |

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 23. Desfrutar de uma atividade sexual em que não alcança o orgasmo. | ☐ | _____ |
| 24. Sentir-se sexualmente excitada em resposta a estímulos eróticos (fotos, livros, filmes, etc.). | ☐ | _____ |
| 25. Ficar sexualmente excitada quando se masturba sozinha. | ☐ | _____ |
| 26. Ficar sexualmente excitada durante os preliminares, quando ambos os parceiros estão vestidos. | ☐ | _____ |
| 27. Ficar sexualmente excitada durante os preliminares, quando ambos os parceiros estão nus. | ☐ | _____ |
| 28. Manter a excitação sexual durante o encontro sexual. | ☐ | _____ |
| 29. Tornar-se suficientemente lubrificada para ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 30. Praticar relações sexuais sem dor ou desconforto. | ☐ | _____ |
| 31. Ter um orgasmo enquanto se masturba quando está sozinha. | ☐ | _____ |
| 32. Ter um orgasmo enquanto o parceiro a estimula por outros meios que não a relação sexual com penetração. | ☐ | _____ |
| 33. Ter um orgasmo durante a relação sexual com penetração e com estimulação simultânea do clitóris. | ☐ | _____ |
| 34. Ter um orgasmo durante a relação sexual com penetração e sem estimulação simultânea do clitóris. | ☐ | _____ |
| 35. Estimular o parceiro ao orgasmo por outros meios que não a relação sexual com penetração. | ☐ | _____ |

36. Estimular o parceiro ao orgasmo por meio da relação sexual com penetração. ☐ _____
37. Alcançar o orgasmo dentro de um período de tempo razoável. ☐ _____
-

ANEXO E. Inventário de Satisfação Sexual de Golombok Rust (GRISS; Rust & Golombok, 1986; tradução e adaptação por Vilarinho, 2010)

INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO SEXUAL GOLOMBOK RUST

(GRISS; Rust & Golombok, 1986)

(versão feminina)

(Tradução e adaptação de Sandra Vilarinho e Pedro Nobre, 2006)

INSTRUÇÕES:

Cada uma das questões abaixo listadas, é seguida por uma série de respostas possíveis:

1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = ocasionalmente; 4 = habitualmente; 5 = sempre

Leia cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como as coisas têm acontecido consigo recentemente; seguidamente, assinale o número correspondente. Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver a certeza em relação à resposta mais precisa, assinale a que considerar mais apropriada. Não demore muito tempo em cada questão. Por favor, responda a este questionário sem discutir qualquer das questões com o seu parceiro. Para que se consiga obter informação válida, é importante que responda de modo tão honesto e preciso quanto possível a cada uma das questões.

TODA A INFORMAÇÃO SERÁ TRATADA COM ESTRITA CONFIDENCIALIDADE.

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Sempre
1. Sente-se desinteressada em sexo?	1	2	3	4	5
2. Pergunta ao seu parceiro o que é que ele gosta ou não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
3. Há semanas em que não existe qualquer actividade sexual?	1	2	3	4	5
4. Excita-se sexualmente com facilidade?	1	2	3	4	5
5. Está satisfeita com o tempo que demora com o seu parceiro em preliminares?	1	2	3	4	5
6. Considera a sua vagina tão apertada que o pénis do seu parceiro não consegue entrar?	1	2	3	4	5
7. Tenta evitar praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
8. Consegue atingir um orgasmo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
9. Tem prazer em abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?	1	2	3	4	5
10. Considera satisfatório o relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
11. É-lhe possível inserir o seu dedo na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
12. Desagrada-lhe tocar e acariciar o pénis do seu parceiro?	1	2	3	4	5
13. Fica tensa e ansiosa quando o seu parceiro quer praticar sexo?	1	2	3	4	5
14. Considera impossível atingir um orgasmo?	1	2	3	4	5
15. Tem relações sexuais mais do que duas vezes por semana?	1	2	3	4	5
16. É-lhe difícil dizer ao seu parceiro o que gosta e não gosta no vosso relacionamento sexual?	1	2	3	4	5
17. É possível o pénis do seu parceiro entrar na sua vagina sem desconforto?	1	2	3	4	5
18. Sente que existe falta de amor e afecto no relacionamento sexual com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
19. Tem prazer em que os seus genitais sejam tocados e acariciados pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
20. Recusa-se a praticar sexo com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
21. Consegue atingir o orgasmo quando o seu parceiro estimula o seu clítoris durante os preliminares?	1	2	3	4	5
22. Sente-se insatisfeita com o tempo que o seu parceiro demora no acto sexual em si mesmo?	1	2	3	4	5
23. Sente nojo em relação ao que faz enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
24. Considera a sua vagina de tal modo apertada que o pénis do seu parceiro não consegue penetrar com profundidade?	1	2	3	4	5
25. Desagrada-lhe ser abraçada e acariciada pelo seu parceiro?	1	2	3	4	5
26. A sua vagina fica húmida enquanto faz amor?	1	2	3	4	5
27. Tem prazer em ter relações sexuais com o seu parceiro?	1	2	3	4	5
28. Não consegue atingir o orgasmo durante o acto sexual?	1	2	3	4	5

ANEXO F. *Attitudes Related to Sexual Concerns Scale* (ASCS; Cowden & Koch, 1995)**Instruções:**

Responda às seguintes afirmações selecionando a opção que melhor representa as suas atitudes. As afirmações representam sentimentos que podem ser vividos numa variedade de situações. Se ainda não passou por essa situação, imagine-se nela e pense como se sentiria. O termo “parceiro” refere-se a quem você escolhe para compartilhar a sua sexualidade.

1 = Concordo totalmente

2 = Concordo

3 = Incerto

4 = Discordo

5 = Discordo totalmente

1. No geral, sinto que o meu corpo é sexualmente atraente.
2. É difícil para mim explicar os meus pensamentos, atitudes e sentimentos sexuais a outra pessoa porque eu próprio não os compreendo.
3. Quando um homem e uma mulher estão num relacionamento sexual, sinto que é da responsabilidade da mulher definir os limites sexuais, já que o homem tentará obter o máximo possível.
4. Sinto-me muito desconfortável em expressar os meus sentimentos negativos ao meu parceiro sobre a nossa atividade sexual.
5. Sentir-me-ia culpada se não seguisse regras de natureza religiosa relativas ao comportamento sexual.
6. Não teria medo de me envolver num relacionamento sério neste momento.
7. Não teria vergonha de usar a masturbação como uma forma de libertação sexual.
8. Preocupar-me-ia se o meu parceiro me caso eu não fizesse o que ele/ela gostaria que eu fizesse na cama.
9. Sinto que um parceiro se sentiria sexualmente atraído pelo meu corpo nu.
10. Não estou confusa sobre os meus sentimentos sexuais.

11. É mais aceitável para mim que um homem tenha um caso de uma noite, do que uma mulher.
12. Não seria difícil para mim fazer sugestões a um parceiro sobre maneiras de melhorar as suas técnicas sexuais.
13. Sentir-me-ia culpada se não seguisse a educação dada pela minha família sobre o comportamento sexual.
14. Sentir-me-ia presa se estivesse num relacionamento sério neste momento.
15. Sentir-me-ia bem em explorar e aprender sobre o meu próprio corpo através da masturbação.
16. Se o meu parceiro não atingisse o orgasmo, sentir-me-ia um fracasso.
17. Devido à aparência do meu corpo, sentir-me-ia desconfortável nua com um parceiro sexual.
18. Incomoda-me o facto de realmente não entender porque me comporto sexualmente desta maneira.
19. Não acredito que os homens geralmente usam o amor para obter sexo e as mulheres geralmente usam o sexo para obter amor.
20. Ficaria magoada se um parceiro sexual me dissesse que algo que faço durante o ato sexual faz com que o mesmo perca a excitação.
21. Não me sentiria culpada se tivesse relações sexuais genitais (como relações sexuais com penetração) com um parceiro.
22. Neste momento da minha vida, tenho medo de confiar em qualquer pessoa com quem me envolva num relacionamento sexual.
23. Sentir-me-ia culpada por me masturbar.
24. Preocupar-me-ia com o facto de o meu parceiro procurar outra pessoa, caso eu não tivesse um bom desempenho sexual.
25. Não é difícil para mim classificar os meus sentimentos, valores e comportamentos sexuais.

- 26. Provavelmente haveriam alguns aspetos do nosso relacionamento sexual, que eu simplesmente não conseguiria falar com o meu parceiro.
- 27. Não me sentiria culpada por fantasiar com experiências sexuais.
- 28. Sentir-me-ia um fracasso se descobrisse que o meu parceiro sexual também pratica masturbação solitária.

Apenas mulheres

- 29. Sentir-me-ia inadequada se não pudesse atingir o orgasmo durante a penetração vaginal e precisasse de outros tipos de estimulação para chegar ao orgasmo.

Apenas homens

- 30. Sentir-me-ia humilhado se não conseguisse ter uma ereção durante um encontro sexual.