



Catarina da Silva Pereira

**Estilos de Personalidade e Padrões de Vinculação em Homens
com Ejaculação Prematura**

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Cátia Oliveira

fevereiro 2023



Catarina da Silva Pereira

**Estilos de Personalidade e Padrões de Vinculação
em Homens com Ejaculação Prematura**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
Para obtenção do Grau de Mestre em 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: Professor Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva,
Por delegação da Diretora do Ciclo de Estudos

Arguente: Professor Doutor Ricardo José Martins Pinto

Orientadora: Professora Doutora Cátia Margarida dos Santos Pereira de Oliveira

Fevereiro 2023

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

Agradecimentos

A presente dissertação representa o conjunto de esforços realizados tanto por mim como por várias pessoas à minha volta para que este estudo fosse possível e chegasse a esta fase.

À Professora Dr^a. Cátia Oliveira, por me apresentar este tema, que sendo desafiante agarrei desde o primeiro dia e, percebi que daqui ainda há muito mais por descobrir e aprender. Obrigada pela dedicação, empenho, pelas palavras de força que sempre me transmitiu ao longo de todo este percurso. Foi um gosto ter sido sua aluna e puder aprender consigo.

Aos meus pais e família, por todos os esforços e resiliência ao longo de todo o meu percurso académico. Pelos bons conselhos, pelas palavras de amizade, força e esperança de que sempre me transmitiram e que tornou possível a chegada até ao fim deste percurso.

Ao meu namorado, fonte inesgotável de carinho, o meu apoio incondicional desde o início, sempre presente ao meu lado em todos os momentos, e por me inspirares todos os dias a querer ser uma melhor versão de mim mesma.

Aos meus amigos por serem a minha “lufada de ar fresco”, pelo apoio, pela partilha, por ouvirem sempre os meus desabafos e me sossegarem com palavras de conforto e de que tudo iria correr bem.

Às minhas colegas de grupo de dissertação, o meu obrigada pelo apoio e dedicação de todas, “às minhas Joana’s” pelas tardes que passamos em videochamada, por serem as minhas companheiras desta fase que foi uma grande aventura.

Aos meus colegas de turma, ficará sempre a lembrança e boas memórias que passamos juntos.

Aos participantes deste estudo.

Resumo

O presente estudo aborda a temática da ejaculação prematura sendo esta uma das disfunções sexuais mais comuns. Contudo, apesar de um crescimento da investigação em torno desta temática, a sua definição e etiologia psicossocial ainda não são totalmente claras. Apesar de que a investigação que vai surgindo, demonstra que esta é uma disfunção influenciada por fatores biológicos mas também psicológicos.

O presente estudo tem como objetivo geral investigar a relação entre padrões de vinculação e fatores de personalidade em homens com ejaculação prematura. Foi avaliado as diferenças existentes ao nível das variáveis em estudo e homens com e sem ejaculação prematura. Foi ainda explorada a capacidade preditiva de determinadas dimensões das variáveis vinculação, personalidade, esquemas precoces mal-adaptativos de Young e esquemas sexuais, como preditores da satisfação e funcionamento sexual. O estudo foi realizado *online* e contou com a participação de 117 homens, subdividido em 30 com ejaculação prematura e 87 sem ejaculação prematura.

Os resultados demonstraram a existência de diferenças significativas ao nível das variáveis em estudo e homens com e sem ejaculação prematura. Foi possível observar-se que homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de neuroticismo e conscienciosidade, bem como dimensões da vinculação, a ansiedade e confiança nos outros, maiores níveis de esquemas precoces mal-adaptativos como vigilância excessiva e inibição, e esquemas sexuais de indesejabilidade/rejeição e incompetência, comparativamente com homens sem ejaculação prematura. Acrescenta-se ainda que homens com ejaculação demonstram níveis inferiores de satisfação sexual e satisfação geral. A personalidade e os esquemas sexuais (indesejabilidade/rejeição) foram preditores significativos da satisfação e funcionamento sexual.

Estes resultados confirmam, assim, a importância de diferentes variáveis psicológicas na experiência de ejaculação prematura, reforçando por sua vez, a necessidade de uma melhor compreensão e avaliação mais alargada deste problema e da sua natureza, levando assim à insistência no desenvolvimento de estudo longitudinais em homens com ejaculação prematura.

Palavras-chave: Ejaculação Prematura (EP); Vinculação; Vinculação no Adulto; Estilos de Personalidade; Esquemas de Young.

Abstract

The present study addresses the issue of premature ejaculation, which is one of the most common sexual dysfunctions. However, despite an increase in research on this topic, its definition and psychosocial etiology are still not entirely clear. Despite the emerging research, it shows that this is a dysfunction influenced by biological as well as psychological factors.

The present study aims to investigate the relationship between attachment patterns and personality factors in men with premature ejaculation. Differences in terms of the study variables and men with and without premature ejaculation were evaluated. The predictive capacity of certain dimensions of attachment variables, personality, early Young's maladaptive schemas and sexual schemas, as predictors of satisfaction and sexual functioning, was also explored. The study was conducted online and involved 117 men, subdivided into 30 with premature ejaculation and 87 without premature ejaculation.

The results showed the existence of significant differences in terms of the variables under study and men with and without premature ejaculation. It was possible to observe that men with premature ejaculation present higher levels of neuroticism and conscientiousness, as well as dimensions of attachment, anxiety and trust in others, higher levels of early maladaptive schemas such as excessive vigilance and inhibition, and sexual schemas of undesirability/rejection and incompetence, compared to men without premature ejaculation. In addition, men with ejaculation demonstrate lower levels of sexual satisfaction and general satisfaction. Personality and sexual schemas (undesirability/rejection) were significant predictors of sexual satisfaction and functioning.

These results thus confirm the importance of different psychological variables in the experience of premature ejaculation, reinforcing, in turn, the need for a better understanding and broader assessment of this problem and its nature, thus leading to the insistence on the development of longitudinal studies in men with premature ejaculation.

Keywords: Premature Ejaculation (PE); binding; Adult Binding; Personality Styles; Young's Schemes.

Índice

Enquadramento teórico.....	12
Ejaculação Prematura	12
Etiologia e prevalência	13
Vinculação.....	14
Vinculação no adulto e disfunções sexuais	15
Personalidade e Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young.....	16
Personalidade.....	16
Dimensões da personalidade e as disfunções sexuais	17
Esquemas precoces mal-adaptativos de Young.....	18
Objetivos e Hipóteses	19
Método.....	20
Participantes	20
Procedimentos	23
Instrumentos	24
Questionário Introdutório Geral	24
Questionário de Ativação de Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual (QAECCS)	24
Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-15)	25
Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI).....	25
Inventário de Esquemas de Young	26
Escala de Vinculação do Adulto.....	27

	10
Análise Estatística de Dados	28
Resultados.....	29
Diferenças nas variáveis em estudo em homens com e sem EP.....	29
Vinculação e Ejaculação Prematura	29
Personalidade e Ejaculação Prematura	30
Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e Ejaculação Prematura	31
Facetas dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e EP	32
Índice de Funcionamento Sexual Masculino e a EP.....	34
Esquemas sexuais	35
Preditores do Funcionamento Sexual de Homens com EP.....	36
Vinculação e funcionamento sexual	36
Personalidade e funcionamento sexual.....	36
Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e funcionamento sexual	36
Esquemas sexuais e funcionamento sexual	37
Preditores da Satisfação Sexual de Homens com EP	37
Vinculação e satisfação sexual	37
Personalidade e satisfação sexual	38
Esquemas Precoces Mal-adaptativos de Young e satisfação sexual	38
Esquemas Sexuais	38
Discussão.....	39
Limitações e conclusões finais	43
Referências	45
ANEXOS.....	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas do grupo com ejaculação prematura e da população geral (n = 117).....	21
Tabela 2. Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total da vinculação (n = 117).....	29
Tabela 3. Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total da personalidade (n = 117).....	30
Tabela 4. Diferenças entre os grupos e as dimensões e total dos esquemas precoces mal-adaptativos de Young (n = 117)	31
Tabela 5. Diferenças entre os grupos e as facetas correspondentes às dimensões dos esquemas de young (n = 117).....	33
Tabela 6. Diferenças entre grupos e as dimensões e total do funcionamento sexual masculino (n = 117).....	34
Tabela 7. Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total dos esquemas sexuais (n = 117).....	35
Tabela 8. Análise de regressão múltipla (método enter) para indesejabilidade/rejeição e incompetência como preditores do funcionamento sexual (n = 30).....	37
Tabela 9. Análise de regressão múltipla (método enter) para o neuroticismo e conscienciosidade como preditores da satisfação sexual (n = 30).....	38
Tabela 10. Análise de regressão múltipla (método enter) para a indesejabilidade/rejeição e incompetência, como preditores da satisfação sexual (n = 30)	39

Enquadramento teórico

Ejaculação Prematura

A ejaculação prematura (EP) é uma das disfunções sexuais mais comuns e complexas nos homens, sendo que a literatura ainda não esclarece quer a sua definição, quer a sua etiologia (El-Hamd, 2019). A falta de conhecimento sobre aquilo que constitui esta disfunção influencia negativamente a forma como é clinicamente avaliada e a forma como é tratada. (El-Hamd, 2019).

As diferentes definições que foram surgindo reconhecem que a EP inclui aspetos tanto de latência como de controle. É assim possível se identificar três principais ideias: “(1) latência ejaculatória curta; (2) falta de autoeficácia percebida ou controlo sobre a ejaculação; (3) dificuldade interpessoal” (McMahon et al, 2008 citado por Stanley, 2014, p. 61). Existem ainda outros autores que entendem a EP por relação ao orgasmo masculino acontecer 1 minuto após a penetração vaginal (Waldinger & Holstege, 1998). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) e a Associação Americana de Psicologia (APA, 2013) a EP é descrita como “um padrão persistente e recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com o parceiro até aproximadamente 1 minuto após a penetração vaginal e antes que o indivíduo deseje” (APA 2013, p. 531-534). As principais críticas que vão surgindo relativas às diferentes definições de EP, enquadram-se na falta de bases com evidências, falta de critérios operacionais específicos, dependência do julgamento subjetivo dos indivíduos e da pessoa que está a diagnosticar (McMahon et al, 2008).

A literatura tem vindo a identificar aspetos como a avaliação do paciente e dos parceiros, o uso de medidas quantitativas da relação sexual e o nível de incómodo e angústia percecionado pelos pacientes, como sendo tópicos que parecem estar presentes na grande maioria das definições de EP (El-Hamd, 2019).

Etiologia e prevalência

A ambiguidade que ainda hoje existe sobre o que pode estar na base desta disfunção leva a que existam uma grande variedade de possíveis fatores associados (Althof et al., 2010). Em estudos mais recentes, parece ser consensual que esta disfunção pode ser dividida em fatores psicológicos e fatores biológicos/genéticos (Williams, 1984; Waldinger, 2008; Stanley et al., 2014; El-Hamd, 2019).

Ao longo das décadas foram surgindo informações que associavam a ejaculação prematura como tendo uma etiologia neurobiológica. Assim, vários fatores biológicos foram sendo propostos como fatores de base para esta disfunção (Xin et al., 1997). São citadas várias causas como, hipersensibilidade peniana, reflexo de ejaculação excitável, entre outras (Williams, 1984; Donatucci, 2006; Lue & Broderick, 2007; Williams, 1984; Donatucci, 2006; Lue, 2007).

Os fatores psicológicos incluem o condicionamento sexual, a ansiedade e as competências e frequência da atividade sexual, bem como a experiência precoce do indivíduo (Williams, 1984; Waldinger, 2008). As principais causas psicogenéticas podem ser agrupadas em três grupos: (i) os fatores imediatos (ansiedade de desempenho), (ii) os antecedentes da vida e eventos da história mais recente do indivíduo e (iii) as vulnerabilidades do desenvolvimento desde a infância e adolescência (Hartmann, 1998 citado por El-Hamd 2019, p. 427).

A ansiedade pode ser considerada como uma fonte primária na precipitação da ejaculação mais rápida, ainda que, na literatura não exista informação sobre o tipo e a forma como a ansiedade pode afetar esta disfunção (El-Hamd, 2019). A resposta de ansiedade pode assumir três formas: uma resposta de natureza fóbica (por exemplo medo da vagina escura, molhada e invisível), pode ser de natureza emocional (a resolução de conflitos onde existem dois impulsos contraditórios, o homem com raiva

da parceira, mas no entanto sentir-se culpado por expressar diretamente a sua hostilidade), e por fim representar uma resposta de ansiedade antecipatória, várias vezes mencionada como a ansiedade de desempenho (a preocupação com o fracasso sexual e o baixo desempenho, que podem levar à deterioração da função sexual e ao evitamento de futuras interações) (Althof, 2006).

Dentro dos fatores psicológicos e interpessoais, estes podem causar ou exacerbar a EP. A literatura sugere os designados como predisponentes (situações de abuso sexual, atitudes por relação ao sexo), os fatores individuais (imagem corporal, sintomatologia depressiva, e ansiedade de desempenho) e, por fim, fatores relacionais e na intimidade (Stanley, 2014). A literatura tem vindo a identificar uma prevalência de cerca de 75% de homens com ejaculação prematura em diversas partes do mundo (Athanasiadis & Loukas, 1998; Patrick et al, 2005; Laumann et al., 2005). Em 2003, um estudo de Hecner e colaboradores (2003) demonstrou que um terço dos homens, sexualmente ativos no ano anterior, demonstraram dificuldades sexuais, com uma prevalência de cerca de 10% dos homens que procuraram ajuda. Das diferentes dificuldades, a ejaculação prematura estava presente em cerca de 30% dos homens, com idades compreendidas entre os 40 e 80 anos (Laumann et al., 2005). A APA (2013) apresenta as disfunções sexuais de disfunção erétil e ejaculação prematura como as mais reportadas ao nível dos problemas sexuais masculinos (APA, 2013).

Vinculação

A vinculação tem por base a teoria de Bowlby (1973/1977/1988), que nos apresenta toda a sua investigação acerca dos vínculos criados, principalmente na infância, a vinculação da criança aos pais. Na década de 80, outros investigadores foram introduzindo os seus contributos para o estudo da vinculação, não só na fase da infância, mas também durante os períodos da adolescência e idade adulta (Canavarro, 2006).

Com a evolução da teoria, hoje é possível compreender como certas experiências em idades precoces influenciam o bem-estar físico e emocional, não apenas na infância, mas também na idade adulta. Da mesma forma que as crianças necessitam dos seus cuidadores primários através da procura de proteção e segurança, os adultos também necessitam de ter figuras de vinculação a quem possam recorrer numa situação de stress (Sable, 2008).

Vinculação no adulto e disfunções sexuais

A vinculação é um construto muito relevante para compreensão dos relacionamentos e a forma como estes se processam, estendendo-se também à sexualidade (Mikulincer & Goodman, 2006). Assim, é hoje definido que as interações formadas em idades precoces com figuras significativas, irão formar estruturas nucleares que por sua vez moldam as cognições, expectativas e pensamentos dos indivíduos nas suas relações com parceiros, na idade adulta (Butzer & Campbell, 2008; Bowlby, 1969). A teoria da vinculação postula que as experiências precoces na vida do indivíduo podem moldar diferentes padrões de vinculação, tal como o padrão seguro e o inseguro. A literatura tem assim demonstrado que crianças que crescem num ambiente abusivo e negligente, têm uma maior probabilidade de se adaptar a um padrão de vinculação inseguro (Davis et al., 2014).

No adulto, a vinculação surge concetualizada de três formas: “(1) vinculação como estado (situações de stress e necessidade da figura de vinculação); (2) vinculação como traço ou tendência para formar relações de vinculação similares ao longo da vida; (3) vinculação como um processo de interação no contexto de uma relação específica” (Canavarro 2006, p.6).

A vinculação e o comportamento sexual são sistemas extremamente importantes para o comportamento humano (Diamond et al., 2007). A literatura indica que estes dois

sistemas se relacionam na medida em que os estilos de vinculação moldam a forma como as interações sexuais são experienciadas (Birnbbaum, 2007). Em diferentes estudos o estilo de vinculação ansioso foi apontado como responsável pela presença de interpretações ambivalentes da experiência sexual em mulheres (Birnbbaum et al., 2006; Birnbbaum, 2007). Indivíduos com estilo de vinculação evitante experienciam mais problemas sexuais, por exemplo problemas de ereção ou lubrificação (Brassard et al., 2007)

Uma revisão sistemática realizada por Stefanou e McCabe (2012), revelou uma associação entre o padrão de vinculação ansioso com menor excitação sexual e problemas relacionados com a ereção, o mesmo não se verificando com o padrão de vinculação seguro. Num outro estudo realizado com homens com e sem disfunção sexual (Ciocca et al., 2014), foi possível observar-se que existem diferenças significativas entre os homens com disfunção sexual e homens da população geral. Nos homens com disfunção sexual, as diferenças surgem ao nível da confiança (que representa a vinculação segura), havendo níveis mais elevados em homens da população geral, comparativamente com homens com disfunção sexual. Estes últimos apresentaram níveis mais elevados de desconforto com a proximidade (que representa um padrão de vinculação inseguro e evitante).

No momento presente, a literatura é ainda escassa não fornecendo informação suficiente e esclarecedora acerca do papel que a vinculação pode ter na sexualidade, nomeadamente no desenvolvimento e/ou manutenção da ejaculação prematura.

Personalidade e Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young

Personalidade

Pouco ainda é conhecido sobre como as dimensões da personalidade se associam e contribuem para o desenvolvimento da ejaculação prematura. Os traços de

personalidade são descritos como predisposições globais, com consistência ao longo do tempo e que guiam o ser humano na forma como dão significado à sua experiência, influenciando o seu comportamento (John, 1990).

Dimensões da personalidade e as disfunções sexuais

O modelo dos cinco fatores da Personalidade de Costa & McCrae (1992) é um modelo descritivo baseado em adjetivos para caracterizar as pessoas ou os outros. De acordo com este modelo a personalidade é dividida em cinco amplos domínios ou dimensões. Incluem o neuroticismo, a extroversão, amabilidade, conscienciosidade, e abertura à experiência (Andersen & Bienvenu, 2011).

Alguns estudos têm vindo a demonstrar que traços de personalidade, nomeadamente o neuroticismo, podem ser equacionados como possíveis fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais (Peixoto, 2016). Em estudos realizados com recurso ao Modelo dos Cinco Fatores (Costa & McCrae, 1992), foi possível verificar a existência de uma associação entre homens com disfunções sexuais e maiores níveis de neuroticismo, sendo igualmente um fator de distinção entre homens com e sem disfunção sexual (Gomes & Nobre, 2011). Alguns estudos realizados com amostra não clínica, demonstraram que o neuroticismo e extroversão são as dimensões que seriam melhores preditores da atitude do indivíduo em relação à sexualidade (Heaven et al., 2000). Acrescenta-se ainda que as dimensões extroversão, abertura à experiência, e o neuroticismo seriam considerados fatores de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual (Crispa et al., 2015; Peixoto & Nobre, 2016).

Apesar destes resultados, existem dois estudos importantes, nos quais foram utilizados o Modelo dos Cinco Fatores (NEO-FFI) e o Questionário da Personalidade (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 1992), que apresentam resultados contraditórios.

Homens com disfunções sexuais apresentaram níveis mais elevados de neuroticismo comparativamente com homens sem estas dificuldades (Gomes & Nobre, 2011), sendo estes resultados distintos do segundo estudo, em que não se verificou a influência da personalidade na presença de disfunção sexual (Kennedy et al., 1999). Aliado a estes últimos resultados, um outro estudo com recurso ao *Temperament and Character Inventory-Revised* (TCI-R) (Cloninger et al., 1993), demonstrou a ausência de relação entre homens com ejaculação prematura e homens da população geral e características da personalidade (Kempeneers et al., 2013). E apesar dos resultados apresentados por Öztürk e Arkar (2018), é possível se afirmar, segundo estes autores que a disfunção sexual masculina e os traços de personalidade ainda não podem ser totalmente bem definidos. Desta forma é necessário o recurso a estudos longitudinais como forma de se recolher uma amostra maior de homens para se tecer comentários posteriores.

Esquemas precoces mal-adaptativos de Young

Os esquemas precoces mal-adaptativos são descritos por Young (1990, 1999) como sendo estruturas cognitivas que correspondem a temas extremamente estáveis e duradouros, que se desenvolvem ao longo da infância do indivíduo e são elaborados ao longo da vida adulta. Os esquemas influenciam a experiência do indivíduo interferindo na sua capacidade de satisfazer necessidades básicas, como por exemplo a autonomia, desejabilidade e expressão própria (Young, 2007).

Tem existido um esforço crescente para se explorar o papel das variáveis cognitivas no funcionamento sexual, ainda que não permita ter uma compreensão de como se relacionam os esquemas precoce mal-adaptativos e as disfunções sexuais masculinas (Andersen et al., 1999; Gomes & Nobre, 2012; Nobre & Pinto-Gouveia, 2009^a; Sbrocco & Barlow, 1996).

Nobre e Pinto-Gouveia (2010) demonstraram que homens com disfunção sexual apresentavam mais esquemas de incompetência, quando colocados numa potencial situação de insucesso sexual, reforçando a ideia de que as crenças atuam como fatores predisponentes para a ativação de esquemas cognitivos negativos em situações específicas relacionadas com o sexo (por exemplo uma falha esporádica de ereção). Quando os esquemas são ativados por uma situação sexual negativa, eles vão orientar as informações do processamento de informação para fontes irrelevantes, para pensamentos negativos (ansiedade antecipatória, demanda por desempenho, consequências negativas de fracasso), bem como emoções negativas (tristeza, desânimo ou medo) sendo que isto irá, por sua vez, interferir com a excitação sexual. Com a ativação dos esquemas negativos, poderá assim ser criado um ciclo negativo, pela constante interpretação distorcida das situações (Nobre, 2010; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a, 2008). Os resultados dos estudos vão sugerindo que a existência de esquemas cognitivos específicos podem estar na base das disfunções sexuais (Gomes & Nobre, 2012).

Na literatura mencionada anteriormente, observa-se ainda a falta de consistência nos resultados da investigação que aborda a relação entre os traços de personalidade e os esquemas precoces mal adaptativos de Young (Gomes & Nobre, 2012; Nobre & Pinto-Gouveia, 2010; Kennedy et al., 1999), em homens com ejaculação prematura.

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como principal objetivo explorar o papel dos diferentes padrões de vinculação e fatores de personalidade em homens com ejaculação prematura, comparando-os com homens sem estas dificuldades. Mais especificamente, pretende-se testar se os padrões de vinculação, estilos de personalidade e esquemas precoces mal-

adaptativos se associam à ejaculação prematura, e quais as diferenças que existem nestas variáveis na comparação entre homens com e sem esta disfunção.

Apresentamos como principais hipóteses:

H1 – Espera-se que homens com EP apresentem maiores níveis de ansiedade, comparativamente com homens sem estas dificuldades;

H2- Espera-se que homens com EP apresentem maiores níveis de neuroticismo e extroversão, comparativamente com os homens que não apresentem estas dificuldades;

H3 – Espera-se que homens com EP apresentem níveis mais altos de esquemas precoces mal-adaptativos comparativamente com homens sem estas dificuldades;

H4 – Espera-se que dimensões da personalidade como neuroticismo e conscienciosidade, bem como esquemas precoces mal-adaptativos sejam preditores significativos de menores níveis de satisfação e funcionamento sexual em homens com ejaculação prematura;

H5 – Espera-se que as dimensões da vinculação, ansiedade e confiança nos outros sejam preditores significativos de menores níveis de satisfação e funcionamento sexual em homens com ejaculação prematura;

H6 – Espera-se que as dimensões indesejabilidade/rejeição e incompetência sejam capazes de prever menores níveis de satisfação e funcionamento sexual em homens com ejaculação prematura.

Método

Participantes

No presente estudo participaram 121 homens, tendo sido excluídos 4 por preencherem os critérios de exclusão, nomeadamente não apresentarem a idade indicada para participação no estudo, bem como existir comorbilidade com outros quadros psicopatológicos. A comorbilidade foi avaliada com recurso ao Questionário

Introdutório Geral (Pereira & Oliveira, 2022). A amostra final é assim composta por 117 participantes: 30 homens com EP e 87 homens da população geral.

No que concerne às características sociodemográficas da amostra de homens com ejaculação prematura, 43,3% (N = 13) dos homens apresentaram um grau de ensino de licenciatura. Cerca de 36,7% (N = 11) apresentaram um grau de ensino secundário, 16,7% (N = 5) para o grau de pós-licenciatura, os restantes, 3,3% para o 3º ciclo. Quanto ao estado civil, 18 (60,0%) participantes encontravam-se solteiros, sendo o namoro (N = 13) (43,3%) o tipo de relacionamento mais presente. “Exclusivamente heterossexual” (N = 24) (80,0%) seguido de “Exclusivamente homossexual” (N = 1) (3,3%), foram as orientações sexuais mais mencionadas. Já o grupo da população geral 42,5% (N = 37) apresentaram no nível de ensino secundário, 27,6% (N = 24) o grau de licenciatura, 23,0% (N = 20) grau de pós-licenciatura. Os restantes 3,4% (N = 3) para o 3º ciclo e 3,4% (N = 3) para o 2º ciclo. Quanto ao estado civil, 67,8% (N = 59) estavam solteiros, sendo o namoro (N = 38) 43,7% o tipo de relacionamento mais presente. “Exclusivamente heterossexual” (N = 70) (80,5%) seguido de “Exclusivamente homossexual” (N = 2) (2,3%).

Ao nível das variáveis sociodemográficas ambos os grupos apresentam equivalências, como a idade $T(115) = .967$, $p = .16$, habilitações literárias $U = 1$, $p = .20$, e estado civil $X^2(1) = .90$, $p = .63$.

Tabela 1.

Características Sociodemográficas do grupo com ejaculação prematura e da população geral (n = 117)

	Grupo Ejaculação Prematura (N=30)	Grupo População Geral (N=87)
Idade		
<i>M</i>	31,07	29,4
<i>Min-Máx</i>	18-50	18-50
<i>DP</i>	8,21	7,57

	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Habilitações				
literárias				
1º Ciclo	-	-		
2º Ciclo	-	-	3	3,4
3º Ciclo	1	3,3	3	3,4
Ensino secundário	11	36,7	37	42,5
Licenciatura	13	43,3	24	27,6
Pós-licenciatura	5	16,7	20	23,0
Estado civil				
Casado/UF	10	33,3	25	28,7
Solteiro	18	60,0	59	67,8
Divorciado/Separado	2	6,7	3	3,4

Tendo em conta o grupo de homens com ejaculação prematura, e ao nível da frequência, cerca de 20,0% indicaram que acontece “quase sempre”, 36,7% indicaram que esta dificuldade acontece “na maior parte das vezes”, e 27,7% indicaram que acontece “algumas vezes”. No que diz respeito à dificuldade em controlar a ejaculação, 33,4% destes homens apresentaram ter “extrema dificuldade”, 23,3% dos homens revelam “muita dificuldade”, e 26,7% indicaram ter uma “dificuldade moderada”. Ao nível da satisfação com a capacidade para controlar a ejaculação, 26,7%, indicam ter “nenhuma satisfação”, 46,7% dos homens revelam “pouca satisfação”, e 13,3% revelam “satisfação moderada”. Todas estas questões foram avaliadas tendo em conta a dimensão de “ejaculação prematura” do Índice de Funcionamento Erétil (IIEF-15; Gomes & Nobre, 2012).

O grupo da população geral não apresenta ejaculação prematura, ainda que tenham sido mencionadas outras dificuldades: 10,3% dos homens indicaram ainda a presença de outras disfunções sexuais, nomeadamente, disfunção do desejo (4,6%), disfunção erétil (2,3%), ejaculação retardada (1,1%) e aversão (1,1%).

Procedimentos

Para participar no presente estudo, os participantes tiveram que aceder ao protocolo através da plataforma “*Google Forms*”. Este foi partilhado pelas redes sociais, blogs e outros sites, direta ou indiretamente relacionados com o tema, sendo assim utilizado o método de recolha de dados “bola de neve”.

Antes de os participantes acederem aos questionários, foi facultado um documento informativo, onde se apresentaram os principais objetivos e finalidades do estudo, os termos de confidencialidade, informações relativas à possibilidade de desistência sem qualquer tipo de risco, bem como questões referentes ao anonimato e participação voluntária. Por fim, apresentou-se o endereço de email do investigador principal, caso os participantes necessitassem de qualquer esclarecimento.

Após o documento informativo, os participantes acediam a um consentimento informado, onde, novamente, foram explicitadas as questões relacionadas com a confidencialidade, bem como foi enfatizado o facto de o estudo ser aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica, da Universidade Lusófona do Porto. De seguida foi apresentado o protocolo, tendo este uma média de cerca de 30 minutos para o seu preenchimento. Os participantes não foram recompensados monetariamente pela sua participação.

No que diz respeito ao controlo da privacidade, não foram recolhidos os endereços de IP, sendo que apenas tiveram acesso à base de dados e plataforma, a autora de dissertação e respetiva orientadora. Todos os dados foram armazenados num suporte físico de armazenamento. O estudo teve em conta as normas da APA (7ª edição, 2020), correspondentes à investigação efetuada via online. Para controlar a qualidade das respostas estas foram respetivamente analisadas e os dados sociodemográficos confrontados.

Instrumentos

Questionário Introdutório Geral

O questionário introdutório geral (Pereira & Oliveira, 2022) é um questionário de autorresposta, que permite avaliar variáveis de natureza sociodemográfica, de natureza médica e biológica, além de permitir ainda avaliar variáveis correspondentes às características da ejaculação prematura. O questionário inclui igualmente questões relativas à história sexual dos participantes.

Questionário de Ativação de Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual (QAECCS)

O QAECCS (Nobre & Pinto- Gouveia, 2002) é um instrumento de auto-resposta composto por 28 itens que avaliam os esquemas cognitivos apresentados durante situações sexuais, estando estas relacionadas com as disfunções sexuais mais comuns. A primeira parte consiste em quatro situações sexuais, nomeadamente o Perturbação do Desejo, Disfunção Erétil, Ejaculação Prematura e Perturbação do Orgasmo, isto na versão masculina. Os participantes devem indicar o grau de semelhança que têm ao nível da situação apresentada, de 1 (nunca acontece) a 5 (acontece frequentemente). É ainda solicitado que indiquem as emoções sentidas perante as situações, através de uma lista de 10 emoções. Por fim, pretende-se avaliar através de uma escala de Likert de 5 pontos (1-5) o grau de concordância com 28 autoesquemas apresentados por Beck (1995). Este é um instrumento que apresenta ao nível da consistência interna (α de Cronbach de .59) para o fator 4, para o fator 1 (α de Cronbach de .91), e a escala no total (α de Cronbach de .94). Os restantes fatores o α de Cronbach foi superior a .71. Apresenta ainda boa estabilidade temporal ($r = .49$ e $r = .74$) (Nobre & Pinto- Gouveia, 2002).

No presente estudo, confirmou-se também uma consistência interna adequada para a totalidade da escala ($\alpha = .94$), bem como para as suas dimensões ($\alpha = .89$) para

indesejabilidade/rejeição, ($\alpha = .91$) para a incompetência, ($\alpha = .69$) para a auto-depreciação, ($\alpha = .75$) para a diferença/solidão e por fim ($\alpha = .82$) para o desamparo.

Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-15)

O IIEF-15 (Rosen, et al. 1997), é um questionário breve e multidimensional utilizado para avaliar a função sexual em homens. O questionário contém 15 itens que avaliam cinco domínios centrais da sexualidade nas últimas quatro semanas: função erétil; função orgástica; desejo sexual; satisfação sexual; satisfação geral. Na sua versão original, este instrumento revelou uma boa consistência interna para a função erétil e orgástica (α de *Cronbach* de 0.90), para os domínios da satisfação (α de *Cronbach* de 0.70) e por fim para o total da escala (α de *Cronbach* de 0.90). apresenta ainda uma boa estabilidade temporal ($r = 0.64$ e $r = 0.77$) (Rosen et al. 1997).

Na versão portuguesa, as características psicométricas revelam uma boa consistência interna para o desejo sexual (α de *Cronbach* de 0.72), para satisfação sexual (α de *Cronbach* de 0.74), para função erétil (α de *Cronbach* de 0.86), para a função orgástica (α de *Cronbach* de 0.79) e para satisfação geral (α de *Cronbach* de 0.86). apresenta ainda uma boa estabilidade temporal ($r = 0.69$ e $r = 0.90$) (Gomes & Nobre, 2012)

No presente estudo, confirmou-se também uma consistência interna adequada para a totalidade da escala ($\alpha = .93$), bem como para as suas dimensões ($\alpha = .75$) para o desejo sexual, ($\alpha = .92$) para a função erétil, ($\alpha = .91$) para a função orgástica, ($\alpha = .71$) para a satisfação sexual e por fim ($\alpha = .88$) para a satisfação geral.

Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI)

O NEO-FFI (Costa & McCrae, 1989; tradução e adaptação de Lima, et al. 2014), é um instrumento abreviado do NEO-PI-R, constituído por 60 itens que envolve uma representação dimensional ao nível das diferenças interpessoais que dizem respeito à

personalidade. É assim possível a junção de tendências comportamentais, emocionais e cognitivas dos indivíduos em cinco grandes categorias: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade. Este é um instrumento com boa consistência interna, com valores de (α de Cronbach de .82) para o neuroticismo, (α de Cronbach de .80) para a extroversão, de (α de Cronbach de .76) para a abertura à experiência, de (α de Cronbach de .75) para a amabilidade e por fim de (α de Cronbach de .81) para a conscienciosidade (McCrae & Costa, 2004).

Na sua versão portuguesa, este instrumento revelou uma boa consistência interna ao nível das dimensões conscienciosidade (α de Cronbach de .81), neuroticismo (α de Cronbach de .81), extroversão (α de Cronbach de .75), amabilidade (α de Cronbach de .72), e abertura à experiência (α de Cronbach de .71) (Magalhães et al., 2014).

No presente estudo, foi também verificada a consistência interna, ainda que esta não seja adequada para todas as dimensões da escala, valores de ($\alpha = .67$) para a totalidade da escala, bem como para as suas dimensões ($\alpha = .81$) para o neuroticismo, ($\alpha = .76$) para a extroversão, ($\alpha = .59$) para a abertura à experiência, ($\alpha = .48$) para a amabilidade e por fim ($\alpha = .82$) para a conscienciosidade.

Inventário de Esquemas de Young

O questionário dos Esquemas de Young (YSQ-S3; Young, 2005; tradução e adaptação de Pinto-Gouveia et al. 2005), este instrumento permite avaliar 18 esquemas precoces mal-adaptativos, propostos por Young no modelo da Terapia Focada nos Esquemas. Estes esquemas estão associados a níveis de psicopatologia severos, nomeadamente perturbações de personalidade. O instrumento pretende-se que seja respondido por adultos maiores de 18 anos. A validação portuguesa apresenta boa consistência interna, apresentando um (α de Cronbach de .84) para a privação emocional, de (α de Cronbach de .85) para o abandono, de (α de Cronbach de .86) para

a desconfiança/abuso, de (α de *Cronbach* de .89) para isolamento social/alienação, (α de *Cronbach* de .92) para defeito/vergonha, (α de *Cronbach* de .92) para fracasso, (α de *Cronbach* de .79) para dependência/incompetência funcional, (α de *Cronbach* de .78) para vulnerabilidade ao mal e à doença, e por fim (α de *Cronbach* de .75) para padrões excessivos de realização/hipercriticismo (Rijo, 2009).

No presente estudo, confirmou-se também uma consistência interna adequada para a totalidade da escala ($\alpha = .97$), bem como para as suas dimensões ($\alpha = .95$) para o distanciamento/rejeição, ($\alpha = .91$) para a autonomia e desempenho deteriorados, ($\alpha = .93$) para a influência dos outros, ($\alpha = .92$) para a vigilância excessiva e por fim ($\alpha = .87$) para os limites deteriorados.

Escala de Vinculação do Adulto

A EVA é um instrumento adaptado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (1997), da *Adult Attachment Scale* (AAS; Collins & Read 1990). É assim questionário de auto-resposta que pretende avaliar a vinculação no adulto. É composto por 18 itens que avaliam dimensões como a ansiedade, contacto com a proximidade e confiança nos outros. O questionário na sua versão original ao nível da consistência interna, (α de *Cronbach* de .51) para o estilo seguro, (α de *Cronbach* de .79) para o evitante e por fim (α de *Cronbach* de .59) para o ansioso (Collins & Read 1990).

Na sua versão portuguesa, este é um instrumento que se considera adequado (α de *Cronbach* de .81) para o total da escala e (α de *Cronbach* de .84) para a dimensão ansiedade, (α de *Cronbach* de .67) para conforto com a proximidade e por fim (α de *Cronbach* de .54) para confiança nos outros (Canavarro et al. 1997).

No presente estudo, foi também verificada a consistência interna, ainda que esta não seja adequada para todas as dimensões da escala, para a totalidade da escala ($\alpha =$

.50), para as suas dimensões ($\alpha = .88$) para a ansiedade, ($\alpha = .61$) para o conforto com a proximidade, e ($\alpha = .60$) para a confiança nos outros.

Análise Estatística de Dados

Considerando a natureza quantitativa do estudo, o procedimento de análise de dados teve como recurso o software IBM SPSS *Statistic* para *Windows*, versão 29.

De forma a realizar uma caracterização da amostra foram realizadas análises de frequências. No que diz respeito à normalidade de distribuição, esta não é cumprida, ainda que se tenha verificado homogeneidade entre os grupos em estudo. De forma a avaliar a existência de diferenças entre os grupos ao nível de algumas variáveis sociodemográficas, dos padrões de vinculação (medido pela EVA), dos estilos de personalidade (medido pelo NEO-FFI), dos esquemas precoces mal-adaptativos de Young e respetivas facetas (medido pelo YSQ), e esquemas sexuais (medido pelo QAECCS) procedeu-se à realização do Teste t de *Student*. Nos casos em que o pressuposto da homogeneidade das matrizes de variância não foi verificado, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

Por fim, para avaliar a capacidade preditiva das variáveis satisfação sexual e funcionamento sexual foram realizadas análises de regressão múltipla (método ENTER). Em cada análise de regressão as variáveis psicossociais foram medidas pelas dimensões específicas de cada questionário, nomeadamente, neuroticismo e conscienciosidade (medidas pelo NEO-FFI), ansiedade e confiança nos outros (medidas pelo EVA), vigilância excessiva e inibição e influência dos outros (medido pelo YSQ), indesejabilidade/rejeição e incompetência (medido pelo QAECCS).

Em todas as análises de regressão os preditores foram compostos por uma amostra mínima de 30 participantes. Não existiram valores de correlação que ultrapassaram -80 e +80, o que revelou a ausência de multicolinearidade. Acrescenta-se

ainda que esta ausência foi também confirmada pelos valores VIF, estando abaixo de 4 para cada preditor, e de tolerância superiores a -1.

Resultados

Diferenças nas variáveis em estudo em homens com e sem EP

Vinculação e Ejaculação Prematura

Procedeu-se à realização do Teste t de *student* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das dimensões da vinculação, bem como o total do questionário de forma independente.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade e confiança nos outros, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $T(115) = 3.04, p = .001$; $T(115) = -1.69, p = .047$. Homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de ansiedade ($M = 2.81$; $DP = .83$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 2.22$; $DP = .94$). Acrescenta-se ainda que homens sem ejaculação prematura revelam níveis mais elevados de confiança nos outros ($M = 3.45$; $DP = .66$), do que homens com ejaculação prematura ($M = 3.22$; $DP = .55$).

Tabela 2.

Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total da vinculação ($n = 117$)

	Homens com EP		Homens sem EP			
	(n = 30)		(n = 87)			
	M	DP	M	DP	t	p
Ansiedade	2.81	.83	2.22	.94	3.04***	.001
Conforto com a proximidade	3.33	.65	3.32	.71	.052	.47

Confiança nos outros	3.22	.55	3.45	.66	-1.69*	.04
EVA	9.37	1.21	9.00	1.10	1.54	.80

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

Personalidade e Ejaculação Prematura

Procedeu-se à realização do Teste t de *student* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das dimensões da personalidade, bem como o total do questionário de forma independente.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível do neuroticismo e conscienciosidade, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $T(115) = 2.68$, $p = .004$; $T(115) = -1.78$, $p = .038$. Homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de neuroticismo ($M = 27.4$; $DP = 8.81$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 22.72$; $DP = 8.00$). Homens sem ejaculação prematura demonstram ter níveis mais elevados de conscienciosidade ($M = 31.04$; $DP = 7.66$), do que homens com ejaculação prematura ($M = 28.23$; $DP = 6.70$).

Tabela 3.

Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total da personalidade (n = 117)

	Homens com EP		Homens sem EP			
	(n = 30)		(n = 87)			
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Neuroticismo	27.4	8.81	22.7	8.00	2.68**	.004
Extroversão	27.4	5.97	27.8	7.33	-.258	.39

Abertura à						
experiência	27.7	5.46	27.1	5.84	.442	.33
Amabilidade	31.6	4.94	31.4	4.65	.195	.42
Conscienciosidade	28.2	6.70	31.0	7.66	-1.78*	.038
NEO-FFI	142.4	14.71	140.2	14.80	.707	.51

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

Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e Ejaculação Prematura

Procedeu-se à realização do Teste t de *student* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das dimensões dos esquemas precoces mal-adaptativos de Young, bem como o total do questionário de forma independente.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos esquemas vigilância excessiva e inibição e influência dos outros, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $T(115) = 1.72$, $p = .044$; $T(115) = 2.46$, $p = .008$. Homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de vigilância excessiva e inibição ($M = 103.67$; $DP = 30.35$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 91.99$; $DP = 32.64$). Acrescenta-se ainda que homens com ejaculação prematura revelam níveis mais elevados de influência dos outros ($M = 63.84$; $DP = 20.62$), do que homens sem ejaculação prematura ($M = 53.34$; $DP = 19.97$).

Tabela 4.

Diferenças entre os grupos e as dimensões e total dos esquemas precoces mal-adaptativos de Young (n = 117)

Homens com EP		Homens sem EP			
(n = 30)		(n = 87)			
M	DP	M	DP	t	p

Distanciamento/rejeição	54.70	19.62	52.20	23.94	.515	.30
Autonomia/desempenho deteriorados	38.94	16.74	37.05	14.50	.590	.27
Vigilância excessiva/inibição	103.67	30.35	91.99	32.64	1.72*	.04
Limites deteriorados	24.10	8.56	21.33	9.12	1.45	.07
Influência outros	63.84	20.62	53.34	19.97	2.46**	.008
YSQ	45.16	12.61	40.83	13.88	1.50	.27

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

Facetas dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e EP

Procedeu-se à realização do Teste t de *student* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das facetas dos esquemas precoces mal-adaptativos de Young.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível da subjugação, autossacrifício, inibição emocional, autocontrolo/autodisciplina, procura de aprovação e reconhecimento e por fim negatividade e pessimismo, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $T(115) = 2.12, p = .018$; $T(115) = 1.93, p = .024$; $T(115) = 2.17, p = .016$; $T(115) = 2.37, p = .010$; $T(115) = 3.06, p = .021$; $T(115) = 1.71, p = .044$. Homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de subjugação ($M = 2.20$; $DP = 1.00$), de autossacrifício ($M = 3.06$; $DP = 1.24$), de inibição emocional ($M = 2.96$; $DP = 1.15$), de autocontrolo/autodisciplina ($M = 2.84$; $DP = 1.03$), de autossacrifício ($M = 3.06$; $DP = 1.24$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 1.78$; $DP = .90$), ($M = 2.56$; $DP = 1.16$), ($M = 2.37$; $DP = 1.31$), ($M = 2.30$; $DP = 1.09$), ($M = 2.56$; $DP = 1.16$). Acrescenta-se ainda que homens com ejaculação prematura revelam níveis superiores de procura de aprovação e reconhecimento ($M = 2.92$; $DP = .99$), bem como níveis superiores de

negatividade e pessimismo ($M = 3.08$; $DP = 1.25$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 2.46$; $DP = 1.06$), ($M = 2.65$; $DP = 1.15$).

Tabela 5.

Diferenças entre os grupos e as facetas correspondentes às dimensões dos esquemas de young ($n = 117$)

	Homens com EP		Homens sem EP			
	(n = 30)		(n = 87)			
	M	DP	M	DP	t	p
Privação emocional	2.14	1.24	2.28	1.34	-.479	.31
Abandono	2.64	1.22	2.40	1.26	.910	.18
Desconfiança e abuso	2.36	1.28	2.24	1.14	.482	.31
Isolamento social	2.37	1.12	2.16	1.18	.858	.19
Defeito e vergonha	1.73	1.09	1.65	.98	.352	.36
Fracasso	2.14	1.43	1.89	1.15	.975	.16
Dependência/incompetência emocional	1.69	.83	1.63	.86	.299	.38
Vulnerabilidade a dano ou doenças	2.58	1.22	2.40	1.02	.786	.21
Emaranhamento/eu subdesenvolvido	1.64	.72	1.77	.79	-.764	.22
Subjugação	2.20	1.00	1.78	.90	2.129*	.018
Autossacrifício	3.06	1.24	2.56	1.16	1.993*	.024
Inibição emocional	2.96	1.15	2.37	1.31	2.170*	.016
Padrões excessivos de realização/hipercriticismo	3.51	1.19	3.35	1.40	.556	.29
Grandiosidade/superioridade	2.46	1.08	2.33	1.10	.536	.29

Autocontrolo/autodisciplina	2.84	1.03	2.30	1.09	2.375*	.01
Procura de aprovação/reconhecimento	2.92	.99	2.46	1.06	2.064*	.021
Negatividade/pessimismo	3.08	1.25	2.65	1.15	1.715*	.04
Autopunição	2.78	.90	2.54	1.04	1.094	.13

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

Índice de Funcionamento Sexual Masculino e a EP

Procedeu-se à realização do Teste t de *student* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das dimensões do índice de funcionamento sexual masculino, bem como o total do questionário de forma independente.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões satisfação sexual e satisfação geral, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $T(115) = -2.40$, $p = .009$; $T(115) = -3.45$, $p < .001$. Homens sem ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de satisfação sexual ($M = 11.68$; $DP = 3.63$), comparativamente com homens com ejaculação prematura ($M = 9.80$; $DP = 3.89$). Acrescenta-se ainda que homens sem ejaculação prematura revelam níveis mais elevados de satisfação geral ($M = 7.93$; $DP = 2.08$), do que homens com ejaculação prematura ($M = 6.33$; $DP = 2.45$). Homens sem ejaculação prematura revelam níveis superiores de funcionamento sexual ($M = 62.8$; $DP = 13.04$), comparativamente com homens com ejaculação prematura ($M = 56.6$; $DP = 16.8$).

Tabela 6.

Diferenças entre grupos e as dimensões e total do funcionamento sexual masculino (n = 117)

Homens com EP	Homens sem EP
(n = 30)	(n = 87)

	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Desejo sexual	8.26	1.43	8.34	1.54	-.243	.40
Função Erétil	24.16	8.65	26.27	6.00	-1.47	.11
Função orgástica	8.10	3.06	8.59	2.25	-.945	.17
Satisfação sexual	9.80	3.89	11.68	3.63	-2.40**	.009
Satisfação geral	6.33	2.45	7.93	2.08	-3.45***	<.001
IIEF	56.6	16.8	62.8	13.04	-2.06	.07

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

Esquemas sexuais

Procedeu-se à realização do teste não paramétrico *Mann-Whitney* de forma a verificar as diferenças nos grupos ao nível das dimensões dos esquemas sexuais, bem como o total do questionário de forma independente.

As análises demonstram diferenças estatisticamente significativas ao nível da indesejabilidade/rejeição e incompetência, entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura, $U = 841.5$, $p = .003$; $U = 684.5$, $p < .001$. Homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de indesejabilidade/rejeição ($M = 74.45$), comparativamente com homens sem ejaculação prematura ($M = 53.67$). Homens com ejaculação prematura revelam níveis mais elevados de incompetência ($M = 79.68$), do que homens sem ejaculação prematura ($M = 51.87$).

Tabela 7.

Diferenças entre os grupos e as dimensões e o total dos esquemas sexuais (n = 117)

	Homens com EP	Homens sem EP		
	M	M	<i>U</i>	<i>p</i>
Indesejabilidade/rejeição	74.45	53.67	-2.99**	.003
Incompetência	79.68	51.87	-3.96***	.001
Auto-depreciação	65.98	56.59	-1.46	.14
Diferença/solidão	68.15	55.84	-1.78	.07
Desamparado	62.02	57.96	-.604	.54
QAECCS	75.05	53.47	-3.01**	.003

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

Preditores do Funcionamento Sexual de Homens com EP

Vinculação e funcionamento sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões ansiedade e confiança nos outros no funcionamento sexual. Os resultados indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo ($F [2,27] = .937$, $p = .40$) (ver Anexo A, tabela I).

Personalidade e funcionamento sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões neuroticismo e conscienciosidade no funcionamento sexual. Os resultados indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo ($F [2,27] = 2,38$, $p = .11$) (ver Anexo A, tabela II).

Esquemas Precoces Mal-Adaptativos de Young e funcionamento sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões vigilância excessiva e inibição e influência dos outros na satisfação sexual. Os resultados indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo ($F [2,27] = 1,37$, $p = .26$) (ver Anexo A, tabela III).

Esquemas sexuais e funcionamento sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões indesejabilidade/rejeição e incompetência no funcionamento sexual.

No que diz respeito ao grupo de homens com ejaculação prematura, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [2,27] = 11.64$, $p < .001$), sugerindo que no seu conjunto as dimensões indesejabilidade/rejeição e incompetência predizem significativamente o funcionamento sexual, explicando cerca de 46% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .42). Apenas um preditor foi estatisticamente significativo, sendo este a indesejabilidade/rejeição $\beta = -.548$, $p = .003$. Isto indica que níveis superiores de funcionamento sexual estão associados a níveis inferiores de indesejabilidade/rejeição. O tamanho do efeito da variância explicada é grande, $f^2 = .072$.

Tabela 8.

Análise de regressão múltipla (método enter) para indesejabilidade/rejeição e incompetência como preditores do funcionamento sexual (n = 30)

Preditores	Beta	t	p
Indesejabilidade/rejeição	-.548	-3.23*	.003
Incompetência	-.201	-1.19	.245

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

Preditores da Satisfação Sexual de Homens com EP

Vinculação e satisfação sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões ansiedade e confiança nos outros na satisfação sexual. Os resultados indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo ($F [2,27] = 1,190$, $p = .32$) (ver Anexo A, tabela IV).

Personalidade e satisfação sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões neuroticismo e conscienciosidade na satisfação sexual.

No que diz respeito ao grupo de homens com ejaculação prematura, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [2,27] = 3,50$, $p = .044$), sugerindo que no seu conjunto o neuroticismo e a conscienciosidade predizem significativamente a satisfação sexual, explicando cerca de 20,6% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .14). Não foram encontrados preditores estatisticamente significativos.

Tabela 9.

Análise de regressão múltipla (método enter) para o neuroticismo e conscienciosidade como preditores da satisfação sexual (n = 30).

Preditores	Beta	t	p
Neuroticismo	-.383	-1,87	.07
Conscienciosidade	.112	.547	.58

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

Esquemas Precoces Mal-adaptativos de Young e satisfação sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões vigilância excessiva e inibição e influência dos outros na satisfação sexual. Os resultados indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo ($F [2,27] = 2,85$, $p = .075$) (ver Anexo A, tabela V).

Esquemas Sexuais

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões indesejabilidade/rejeição e incompetência na satisfação sexual.

No que diz respeito ao homens com ejaculação prematura, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [2,27] = 10.20$, $p < .001$), sugerindo que no seu conjunto as dimensões indesejabilidade/rejeição e incompetência

predizem significativamente a satisfação sexual, explicando cerca de 43% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .38). Apenas um preditor foi estatisticamente significativo, sendo este a indesejabilidade/rejeição $\beta = -.46$, $p = .013$. Assim, níveis superiores de satisfação sexual estão associados a níveis inferiores de indesejabilidade/rejeição. A satisfação sexual é explicada pelo indesejabilidade/rejeição em 45,4%. O tamanho do efeito da variância explicada é grande, $f^2 = .061$.

Tabela 10.

Análise de regressão múltipla (método enter) para a indesejabilidade/rejeição e incompetência, como preditores da satisfação sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p
Indesejabilidade/rejeição	-.462	-2.65*	.013*
Incompetência	-.275	-1.58	.126

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

Discussão

O objetivo deste estudo consistiu em explorar as diferenças entre os grupos em estudo e as dimensões da vinculação, personalidade e esquemas precoces mal-adaptativos de Young, do funcionamento sexual masculino e esquemas sexuais. Adicionalmente foi testada a capacidade preditiva destas mesmas dimensões acima mencionadas, ainda que tenham sido apenas testadas aquelas que revelam diferenças significativas.

Relativamente à comparação entre os grupos, os resultados confirmaram as hipóteses do estudo, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível das diferentes variáveis em estudo. No que diz respeito à capacidade preditiva destas mesmas variáveis, os resultados confirmaram parcialmente as hipóteses, uma vez que nem todos os modelos previstos tiveram um efeito significativo.

No que diz respeito à vinculação, verificaram-se diferenças significativas ao nível da ansiedade e confiança nos outros, ainda que nenhuma destas dimensões tenha sido um preditor significativo da satisfação e funcionamento sexual. Ao nível da literatura existente, é descrita uma associação entre padrões de ansiedade e padrões de vinculação ansiosos em homens com ejaculação prematura (Ayribas & Toprak, 2020). Stefanou (2012) relatou que existe uma associação de padrões de vinculação ansiosos com menor excitação sexual e problemas relacionados com a ereção, comparativamente com homens que tinham estabelecido um padrão de vinculação seguro (Stefanou & McCabe, 2012). Já ao nível da dimensão confiança nos outros, não existe na literatura nada que corrobore este dados, podendo-se especular que maiores níveis de ansiedade nestes homens levem igualmente a uma menor confiança nos outros, ainda que seja meramente exploratório. Quanto à capacidade preditiva destas dimensões, nenhuma delas parece explicar a influência que a vinculação possa exercer sobre a satisfação e o funcionamento sexual masculino. Quando se fala em vinculação no adulto, os trabalhos de Marris (1982) e colaboradores, revelaram que a separação ou perda de figuras afetivas importantes indica um conjunto de respostas emocionais e comportamentais de protesto, desespero e distanciamento, similar aquilo que Bowlby (1969) havia identificado com crianças. É assim possível se levantar a hipótese da criação de estilos de vinculação inseguros em momentos chave na infância, possam por sua vez influenciar o surgimento da EP. Ainda assim, são necessários mais estudos que venham confirmar este efeito.

Ao nível da personalidade, as dimensões neuroticismo e a conscienciosidade diferenciaram os grupos. A personalidade demonstra ainda ser um preditor significativo, explicando em 20,6% a satisfação sexual nos homens com EP. Isto é corroborado pela literatura, no que diz respeito à dimensão do neuroticismo, que tem surgido como sendo

um possível fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais (Peixoto, 2016). Em diversos estudos realizados com recurso ao Modelo dos Cinco Fatores (Lima et al., 2014), é possível se verificar que o neuroticismo revela ser o melhor fator de distinção entre os homens com e sem disfunção sexual (Gomes, Nobre, 2011). Na literatura é mencionado que altos níveis de neuroticismo surgem associados e predizem várias perturbações mentais (Barlow et al., 2014), ainda que não tenham surgido diferenças ao nível da dimensão extroversão. No entanto, surgiram diferenças associadas à conscienciosidade, podendo assim levantar-se a hipótese de que homens com ejaculação prematura tendem a ser mais rígidos, e a apresentar comportamentos menos espontâneos, muito devido ao sofrimento psicológico experienciado.

Os esquemas precoces mal-adaptativos de Young também se mostraram significativos, quer ao nível das dimensões, quer ao nível das facetas de cada dimensão. Isto pode ser corroborado com a informação que surge na literatura, nomeadamente, Nobre e Pinto-Gouveia (2010) demonstraram que, homens com disfunção sexual apresentavam perceções mais negativas acerca de si próprios (esquemas de incompetência) do que ter a capacidade de um controlo sexual mais saudável, quando colocados numa potencial situação de insucesso sexual. No entanto, neste estudo os esquemas precoces mal-adaptativos não surgem como preditores significativos da satisfação e funcionamento sexual de homens com ejaculação prematura. Devido à falta de conhecimento sobre o papel que os esquemas precoces mal-adaptativos têm na satisfação e funcionamento sexual de homens com EP torna-se difícil tecer comentário acerca deste feito. Ainda que se possa especular, que devido à criação de esquemas de incompetência, isto tenha um impacto negativo tanto na satisfação como no funcionamento de homens com EP. Associado ainda aos esquemas, Sbrocco e Barlow

(1996) como forma de tentar explicar a etiologia das disfunções sexuais, destacam os esquemas que são criados relativamente à sexualidade. No presente estudo, os esquemas sexuais demonstraram ser também estes significativos na comparação de grupos, indicando que homens com ejaculação prematura apresentam níveis mais elevados de indesejabilidade/rejeição e incompetência. Os esquemas sexuais englobam uma ativação de um conjunto de pensamentos, emoções e comportamentos durante a atividade sexual. Todo este conjunto de pensamentos e emoções provocam no indivíduo uma maior rigidez e inflexibilidade, e um conjunto de crenças e expectativas negativas relacionadas com o desempenho, sendo estas facilitadoras de autoavaliações negativas (Gomes 2012).

A Vinculação e a personalidade demonstram ser construtos importantes no desenvolvimento sexual de um indivíduo. Bowlby (1969, 1973) destaca os modelos internos dinâmicos, ou seja, as primeiras experiências de vinculação seriam concetualizadas em representações mentais das figuras de vinculação e a relação com o self, em todo o percurso do indivíduo até à formação da personalidade adulta (Grossmann et al., 2005). Desta forma é possível se compreender que o desenvolvimento da vinculação irá influenciar a forma como o temperamento e a personalidade são posteriormente formados. Os esquemas são contruídos desde idades precoces na relação com figuras de vinculação significativas. Aliado à formação da vinculação e da personalidade, são igualmente construídos os esquemas (Obegi & Berant, 2009). Os esquemas tal como já mencionado, demonstram ter um impacto na forma como o indivíduo interpreta a sua sexualidade (Nobre & Pinto-Gouveia, 2010), o que por sua vez, afeta a satisfação e funcionamento sexual destes homens com EP.

Isto pode ter implicações no desenvolvimento e/ou manutenção das disfunções sexuais, nomeadamente na EP. Tal como indicam os resultados existem maiores níveis

de ansiedade e menores níveis de confiança em homens com EP, sugerindo-se que estilos de vinculação ansiosos possivelmente terão um impacto no desenvolvimento e/ou manutenção da EP. Os indivíduos desenvolvem assim representações cognitivas das suas experiências, os quais se intitulam de esquemas, um construto importante para a personalidade. Neste estudo, e tendo em conta a personalidade, o neuroticismo e conscienciosidade foram as dimensões significativas em homens com EP, bem como os esquemas precoces mal-adaptativos, nomeadamente a vigilância excessiva, inibição e influência dos outros. Isto demonstra a importância que a formação não adaptativa destas dimensões pode potenciar o desenvolvimento de determinadas disfunções sexuais, nomeadamente a EP.

Limitações e conclusões finais

O presente estudo acarreta um conjunto de limitações, o que implica que os resultados sejam interpretados com especial cautela, devendo as mesmas ser consideradas em investigações futuras. Destaca-se primeiro a possibilidade de enviesamento das respostas tendo em conta os fatores como a desejabilidade social, pela natureza sensível da temática. Existe igualmente a possibilidade de maior adesão de homens mais jovens e com mais habilitações literárias, não sendo a amostra representativa da população geral. Devido ao formato online deste questionário, não permite que o investigador tenha um controle sobre as respostas dos participantes. Não foi ainda possível se assegurar que os homens com EP apresentam um diagnóstico de EP, não tendo sido realizada uma entrevista por um psicólogo como forma de avaliar, estando assim dependentes do relato dos participantes. Existem ainda baixas consistências internas em algumas dimensões das escalas neste estudo, possivelmente devido a um conjunto de fatores como as características da amostra, o tipo de instrumento, e o método de administração. Existe ainda um tamanho reduzido da

amostra indicando uma disparidade entre os grupos, condicionando os resultados que são meramente de natureza exploratória.

A ejaculação prematura sendo uma disfunção sexual complexa ainda se torna difícil esclarecer quanto à sua definição, muito menos o impacto de variáveis psicológicas no seu desenvolvimento e/ou manutenção. No entanto definições mais recentes através das sociedades científicas fornecem uma base mais sólida para que novas pesquisas sejam realizadas. Embora surja na literatura fatores psicológicos como a ansiedade associados à EP, não é conhecida a forma como afeta o desenvolvimento e/ou manutenção da ejaculação prematura nos homens. Outros fatores como a personalidade e a vinculação, vão sendo apresentados alguns resultados sobre o impacto destas variáveis na EP, no entanto nem todos os resultados são congruentes e específicos. Existe ainda uma escassez de estudos que sejam direcionados especificamente para cada disfunção sexual, nomeadamente estudos que explorem o impacto das variáveis psicológicas como a vinculação e a personalidade em amostras de homens com EP. Desta forma é importante o investimento em estudos em homens com EP, de forma a serem exploradas diferentes variáveis psicológicas com o intuito de serem criadas definições mais claras. Compreender os fatores psicológicos e biológicos da EP permite delinear melhores definições, bem como ajudar os clínicos em tratamentos adequados e eficazes para a EP.

Referências

- Althof S. Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *J Mens Health Gend* 2006; 3: 180–6. doi:10.1016/j.jmhg.2006.04.001
- Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 2010; 7: 2947–69. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x.
- Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, *et al.* Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 2006; 3: 465–75. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00239.x.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text rev.). Washington, DC: Author.
- Andersen, B., & Cyranowski, J. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079–1100.
- Andersen, B., Cyranowski, J., & Espindle, D. (1999). Men's sexual selfschema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 645–661. doi: 10.1037//0022-3514.76.4.645.
- Andersen, B., Cyranowski, J., & Espindle, D. (1999). Men's sexual selfschema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 645–661. doi: 10.1037/0022-3514.76.4.645
- Ana Luísa Quinta Gomes; Pedro Nobre (2012). Early Maladaptive Schemas and Sexual Dysfunction in Men. , 41(1), 311–320. doi:10.1007/s10508-011-9853-y
- Araujo, A., Durante, R., Feldman, H., Goldstein, I. & McKinlay, J. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-

- sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458-465. doi: 10.1097/00006842-199807000-00011.
- Athanasiadis, Loukas (1998). Premature ejaculation: Is it a biogenic or a psychogenic disorder?. *Sexual and Marital Therapy*, 13(3), 241–255.
doi:10.1080/02674659808406567
- Ayribas, B., & Toprak, T. (2020). *New approach to patients with premature ejaculation: Do social cognition and attachment profiles play a role in premature ejaculation? Andrologia*. doi:10.1111/and.13882
- Barlow, D. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148. doi: 10.1037/0022-006X.54.2.140
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. doi: 10.1177/1745691614544528
- Birnbaum GE, Reis HT, Mikulincer M, Gillath O, Orpaz A. When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *J Pers Soc Psychol* 2006;91:929–43. doi: 10.1037/0022-3514.91.5.929
- Brassard A, Shaver PR, Lussier Y. Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Pers Relatsh* 2007;14:475–93. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00166.x
- Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Butzer B, Campbell L. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Pers Relatsh* 2008;15:141–54.
doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x

- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186. doi: 10.17575/rpsicol.v20i1.381
- Ciocca, G; Limoncin, E; Di Tommaso, S; Mollaioli, D; Gravina, G L; Marcozzi, A; Tullii, A; Carosa, E; Di Sante, S; Gianfrilli, D; Lenzi, A; Jannini, E A (2015). Attachment styles and sexual dysfunctions: a case–control study of female and male sexuality. *International Journal of Impotence Research*, 27(3), 81–85. doi:10.1038/ijir.2014.33
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cove, J., & Petrak, J. (2004). Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 732736. doi: 10.1258/0956462042395221
- Crisp C, Vaccaro C, Fellner A, Kleeman S, Pauls R. The influence of personality and coping on female sexual function: A population survey. *J Sex Med* 2015; 12: 109-115. doi: 10.1111/jsm.12735
- Davis, J. S., Fani, N., Ressler, K., Jovanovic, T., Tone, E. B., & Bradley, B. (2014). Attachment anxiety moderates the relationship between childhood maltreatment and attention bias for emotion in adults. *Psychiatry Research*, 217(1–2), 79–85. doi:10.1016/j.psych res.2014.03.010
- Diamond D, Blatt SJ, Lichtenberg JD. Attachment and sexuality. New York: The Analytic Press/Taylor & Francis Group; 2007.

- El-Hamd, M. A., Saleh, R., & Majzoub, A. (2019). Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian journal of andrology*, 21(5), 425. doi: 10.4103/aja.aja_122_18
- Gebhard PH. Factors in marital orgasm. *J Soc Issues* 1966; 22: 88–95. doi: 10.1111/j.1540-4560.1966.tb00537.x
- Giuliano F, Clement P. Physiology of ejaculation: emphasis on serotonergic control. *Eur Urol* 2005; 48: 408–17. doi: 10.1016/j.eururo.2005.05.017.
- Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 311-320. doi: 10.1007/s10508-011-9853-y
- Hartmann U. [Psychological stress factors in erectile dysfunctions. Causal models and empirical results]. *Urologe A* 1998; 37: 487–94. [Article in German]. doi:10.1007/978-3-540-34719-4_7
- Heaven PCL, Fitzpatrick J, Craig FL, Kelly P, Sebar G. Five personality factors and sex: Preliminary findings. *Personality and Individual Differences* 2000; 28: 1133-1141. doi:10.1016/S0191-8869(99)00163-4
- Hercer CM, Fenton KA, Johnson MA, et al. Sexual function problems and helpseeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* 2003;327:426–7. doi: 10.1136/bmj.327.7412.426
- John, O. P. (1990). The “Big Five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66–100). New York, NY: Guilford Press
- Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56: 201-8. doi: 10.1016/s0165-0327(99)00050-6.

- Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux JF, Blairy S. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Arch Sex Behav* 2013; 42: 51-66. doi: 10.1007/s10508-012-9958-y.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, I. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 years: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39–57. doi: 10.1038/sj.ijir.3901250.
- Mathew, R., & Weinman, M. (1982). Sexual dysfunctions in depression. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 323-328. doi:10.1007/BF01541593
- McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, Adaikan PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabees K, Giraldi A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5: 1590–606. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00901.x
- Mikulincer M, Goodman GS. Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex. New York: Guilford Press; 2006.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 171–204. doi:10.1080/1468199031000061281

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Emotions during sexual activity: Differences between sexually dysfunctional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 491–499. doi: 10.1007/s10508-006-9047-1.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68–75. doi: 10.1080/00224490609552300.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37–49. doi:10.1007/s10608-007-9165-7
- Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429–1437. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x
- Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.). (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. The Guilford Press.
- Öztürk, C. P., & Arkar, H. (2018). Temperament and character dimensions, marital adjustment, and sexual satisfaction in couples with sexual dysfunction. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 21, 231-244. doi: 10.5505/kpd.2018.86548
- Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005; 2: 358–67. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20353.x.
- Peixoto, M., & Nobre, P. (2012). Trait-affect, depressed mood, and male sexual functioning: A preliminary study. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2001-2008. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02779.x

- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence of sexual problems and associated distress among gay and heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 211-225. doi: 10.1080/14681994.2014.986084
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2016). Personality traits, sexual problems, and sexual orientation: An empirical study. *Journal of sex & marital therapy*, 42(3), 199-213. doi:10.1080/0092623X.2014.985352
- Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: an empirical study. *J Sex Med* 2011; 8: 461-469. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric Properties of the Portuguese Version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 180–187. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick HN, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment Erectile Dysfunction. *Urology* 1997;49:822–30. doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0.
- Rijo, D. (2017). O questionário de esquemas de Young (YSQ-S3). In M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Eds), *Psicologia clínica e da saúde: instrumentos de avaliação* (159-173). Lisboa: PACTOR.
- Sable, P. (2008). What is adult attachment?. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 21-30. doi:10.1007/s10615-007-0110-8
- Sbrocco, T., & Barlow, D. H. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 419–449). New York: Guilford Press.

- Stefanou, C., & McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2499–2507. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x
- Stanley E. Althof, P., Chris G. McMahon, M., Marcel D. Waldinger, M., PhD, Ege Can Serefoglu, M., Alan W. Shindel, M., P. Ganesan Adaikan, P. Ds., Edgardo Becher, M., PhD, John Dean, M., Francois Giuliano, M., PhD, Wayne J.G. Hellstrom, M., Annamaria Giralaldi, M., PhD, Sidney Glina, M., PhD, Luca Incrocci, M., PhD, Emmanuele Jannini, M., Marita McCabe, P., Sharon Parish, M., David Rowland, P., R. Taylor Segraves, M., PhD, Ira Sharlip, M., & Luiz Otavio Torres, M. (2014). An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sexual Medicine*, 2(2), 60–90. doi:10.1002/sm2.28
- Waldinger MD, Berendsen HH, Blok BF, Olivier B, Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behav Brain Res* 1998; 92: 111–8. doi: 10.1016/s0166-4328(97)00183-6.
- Waldinger MD, Rietschel M, Nothen MM, Hengeveld MW, Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Genet* 1998; 8: 37–40. doi: 10.1097/00041444-199800810-00007.
- Waldinger MD. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation. *Adv Psychosom Med* 2008; 29: 50–69. doi: 10.1159/000126624.
- Williams W. Secondary premature ejaculation. *Aust N Z J Psychiatry* 1984; 18:333–40. doi: 10.3109/00048678409158795.
- Young, J (2007). *Schema Therapy: a practitioner's guide*. The Guilford Press.

ANEXOS

Anexo A. Tabelas regressões, modelos não significativos

Tabela I.

Análise de regressão múltipla (método enter) para a ansiedade e confiança nos outros, como preditores da satisfação sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p	R	R ²	F	Sig.
Constante				.285	.013	1.190	.320
Ansiedade	-.228	-1,17	.25				
Confiança nos outros	.114	.586	.56				

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

Tabela II.

Análise de regressão múltipla (método enter) para a vigilância excessiva e inibição e influência dos outros, como preditores da satisfação sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p	R	R ²	F	Sig.
Constante				.418	.11	2.851	.075
Vigilância excessiva e inibição	-.500	-2.36	.025*				
Influência dos outros	.338	1.59	.121				

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

Tabela III.

Análise de regressão múltipla (método enter) para o neuroticismo e conscienciosidade, como preditores do funcionamento sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p	R	R ²	F	Sig.
Constante				.387	.087	2.381	.112
Neuroticismo	-.339	-1.59	.122				
Conscienciosidade	.079	.372	.713				

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

Tabela IV.

Análise de regressão múltipla (método enter) na ansiedade e confiança nos outros, como preditores do funcionamento sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p	R	R ²	F	Sig.
Constante				.255	-.004	.937	.404
Ansiedade	-.239	-1.21	.234				
Confiança nos outros	.042	.213	.833				

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

Tabela V.

Análise de regressão múltipla (método enter) para a vigilância excessiva e inibição e influência dos outros, como preditores do funcionamento sexual (n = 30)

Variáveis	Beta	t	p	R	R ²	F	Sig.
Constante				.304	.025	1.377	.269
Vigilância excessiva e inibição	-.364	-1.63	.11				
Influência dos outros	.252	1.13	.26				

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

ANEXO B. Documento Informativo

O presente estudo tem como principal objetivo explorar o papel de diferentes padrões de vinculação e fatores de personalidade em homens com ejaculação prematura, comparando-os com homens sem estas dificuldades. Mais especificamente, pretende-se testar se os estilos de vinculação se associam ao desenvolvimento da ejaculação prematura, que estilos de personalidade e esquemas precoces mal adaptativos se associam a homens com ejaculação prematura e quais as diferenças que existem nestas variáveis na comparação entre homens com ejaculação prematura e homens sem ejaculação prematura.

Tendo em conta o conteúdo e a dimensão de natureza pessoal deste estudo, **o questionário é inteiramente ANÓNIMO**, não sendo pedido qualquer tipo de informação que identifique o participante. Desta forma, a participação é totalmente voluntária, para além de ser garantida a **possibilidade de DESISTÊNCIA**, em qualquer momento do preenchimento do questionário. Destaca-se ainda a possibilidade de acesso ao serviço de psicologia da Universidade Lusófona do Porto caso o participante o necessite, através do contacto de email servpsicologia@ulp.pt.

O preenchimento do questionário tem um tempo estimado de cerca de 25/30 minutos.

Para o efeito, solicitamos a colaboração de homens entre os 18 e 50 anos de idade que **experienciem, ou eventualmente tenham** ejaculação prematura.

No decorrer do preenchimento do questionário poderá sentir dificuldade em algumas questões. Contudo, seria importante que respondesse às mesmas, fornecendo sempre a resposta que lhe pareça ser a mais adequada. Agradecemos que **tente responder a todas as questões, assegurando-se de que não deixa nenhuma questão em branco**. Para que este estudo seja o mais fiel possível à realidade atual, pedimos-lhe que responda ao questionário com **genuinidade e veracidade**.

O questionário é individual e deve ser preenchido de forma autónoma.

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 tipo de dúvidas, esclarecimento ou pedido de informações adicionais acerca do estudo ou até dos resultados obtidos, pode entrar em contacto através do contacto de email a22001106@mso365.ulp.pt e/ou catia.oliveira@ulp.pt.

ANEXO C. Consentimento Informado

Concordo em participar no estudo acerca dos “**Fatores de Personalidade e Estilos de Vinculação em Homens com Ejaculação Prematura**”, integrado na dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Catarina Pereira, da Universidade Lusófona do Porto. O presente estudo encontra-se sob a orientação da Prof. Dra. Cátia Oliveira.

Foram-me explicados os principais objetivos e a natureza deste estudo, além de me ter sido garantida a possibilidade de **desistência** a qualquer momento, sem qualquer tipo de risco. Este estudo pretende contribuir para o estudo científico da sexualidade humana. A informação recolhida e analisada após o preenchimento dos questionários permitirá contribuir para progressos ao nível do conhecimento científico acerca deste tópico, permitindo assim um desenho de ações de prevenção e intervenção mais eficazes na área da sexualidade humana.

A minha identidade **nunca será revelada** e os dados fornecidos se manterão confidenciais. Concordo que os mesmos sejam analisados pelos investigadores responsáveis pelo estudo.

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 do questionário preenchido sejam utilizados para fins de investigação pelos dois investigadores principais.

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

Idade: _____ (Ano de nascimento: _____)	
Habilitações literárias (nível mais alto) ☐ 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 e 12º ano) ☐ Licenciatura ☐ Pós licenciatura ☐ Outros estudos (Por favor, especifique: _____)	Profissão/Ocupação: ☐ Ativo (Por favor, especifique: _____) ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ 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: ☐ Casado ou em união de fato ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado ou divorciado	Há quanto tempo dura a relação com a/o sua/seu companheira/o atual (por favor, especifique a duração em anos e/ou meses)? _____ Especifique, por favor, o tipo de relação com a/o sua/seu companheira/o atual (assinale uma ou mais opções): ☐ Marital ☐ União de fato ☐ Namoro ☐ Coabitação ☐ Outra (Por favor, especifique: _____)
Orientação sexual (por favor, assinale o número correspondente à sua escolha): Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5 6 Exclusivamente homossexual	
Origem ou Etnia: ☐ Caucasiana ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Latino-americana ☐ Outra: _____	
Religião: Professa alguma religião ☐ Não ☐ Sim Se respondeu sim:	

- ☐ Por favor, especifique qual: _____
- ☐ Qual o grau em que considera ser praticante (assinale o número correspondente à sua escolha)?
Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo

Saúde	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
Assinale o número correspondente à sua escolha:					
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?					
De um modo geral, como avalia o estado de saúde da/o sua/seu companheira/o?					
Problemas de saúde					
De entre os problemas médicos seguintes, assinale, por favor, o(s) que tem ou já teve no passado, e a partir de quando se iniciou(aram). Se apresentar outros problemas médicos, indique-os no espaço correspondente. Caso não tenha nenhum problema médico, assinale a opção “nunca”.					
Condição médica:	Nunca	Atualmente	No passado	Data de início (aprox. há...)	
Acidente vascular cerebral					
Alergias					
Arteriosclerose					
Ansiedade					
Depressão					
Diabetes					
Doença cardiovascular					
Doença neurológica					
Doença oncológica (cancro)					
Doenças dos ossos/articulações					
Infeções sexualmente transmissíveis					
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas					
Epilepsia					
Excesso de colesterol					

Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome de cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Abuso de cafeína				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor crónica				
Outros problemas de saúde (Por favor, especifique: _____)				

Se assinalou a opção “Infeções sexualmente transmissíveis”, por favor indique a(s) que se aplique(m) a si. Caso contrário, siga para a próxima questão:

- ☐ Clamídia
- ☐ Verrugas genitais
- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorreia
- ☐ HIV
- ☐ HPV
- ☐ Hepatite B
- ☐ Doença Inflamatória Pélvica
- ☐ Sífilis
- ☐ Candidíase
- ☐ Tricomoníase

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.

Sim

**Data de início
(aprox. há...):**

Anorexiantes		
Antidepressivos		
Antihipertensores		
Antipsicóticos/Neurolépticos		
Benzodiazepinas		
Cardiotónicos		
Diuréticos		
Sedativos		
Terapêutica de substituição hormonal (TSH)		
Vasodilatadores		
Outra medicação (por favor, especifique: _____)		

Procedimentos médicos:

Alguma vez foi alvo dos seguintes exames urológicos/andrológicos? Por favor, assinale a(s) opção(ões) que correspondam ao seu caso. Se realizou outro procedimento, por favor, indique qual foi. Se nunca realizou nenhum exame, assinale a opção “Nenhum”.

- ☐ Ecografia peniana
- ☐ Ecografia com doppler peniana
- ☐ Cavernosografia (ecografia que permite detectar fugas venosas)
- ☐ Toque retal
- ☐ Exame e cultura de urina
- ☐ Urodinâmica (estudo da capacidade de retenção e expulsão de urina)
- ☐ Imagiologia do pavimento pélvico
- ☐ Outro (Indique qual: _____)
- ☐ Nenhum

Indique, caso se aplique, cirurgias urológicas ou andrológicas a que tenha sido sujeito e as respectivas 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	Idade do Diagnóstico
Cancro (indique o tipo: _____)		
Hipertensão		
Doenças Cardíacas		
Diabetes		
Acidente Vascular Cerebral		
Doença Mental (indique qual: _____)		
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 3 meses?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não. Assinale, no seu caso, a melhor razão para este fato:
 - ☐ Não tentei porque a minha expectativa é a de que ia ser muito doloroso
 - ☐ Não tentei porque fui aconselhado a não fazê-lo
 - ☐ Não tentei porque de momento não tenho parceiro/a
 - ☐ Não tentei por outras razões (Indique, por favor: _____)

_____)	
6.	Se sim, quantas vezes por mês têm relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês
7.	Considera que tem mais algum tipo de problema ou dificuldade a nível sexual? ☐ Não (<i>avance para a questão 13</i>) ☐ Sim. Se sim, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, apenas uma das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Disfunção erétil ☐ Ejaculação prematura ☐ Ejaculação retardada ☐ Aversão
8.	Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente
9.	Em que medida esse problema interfere na sua vida (e.g. qualidade de vida em geral, relacionamento com a/o parceira/o, relacionamento com os familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente
10.	Além da dificuldade referida anteriormente, considera que tem mais algum problema ou dificuldade a nível sexual? ☐ Não (<i>avance para a questão 13</i>) ☐ Sim. Se sim, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, apenas uma das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Disfunção erétil ☐ Ejaculação prematura ☐ Ejaculação retardada ☐ Aversão
11.	Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente
12.	Em que medida esse problema interfere na sua vida (e.g. qualidade de vida em geral,

relacionamento com a/o parceira/o, relacionamento com os familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)?

- ☐ Nada
- ☐ Alguma coisa
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Extremamente

13. As seguintes questões dizem respeito à severidade de alguns problemas que pode experimentar durante a penetração vaginal. Para cada questão, assinale, por favor, o número que melhor descreve a severidade do problema da última vez que teve **relações sexuais com penetração vaginal**. Se não experienciou o problema, por favor assinale “Nenhuma”

Problema	Nenhuma	Suave	Moderada	Severa	Muito severa
Preocupação em danificar o pênis durante a penetração vaginal					
Flexão ou colapso do pênis durante a penetração vaginal					
Problemas em inserir o pênis ereto na vagina da companheira					
Dificuldade com algumas posições das quais costumava gostar durante a penetração vaginal					
Sentimento de embaraço com algumas posições das quais costumava gostar durante a penetração vaginal					
Desconforto com algumas posições das quais costumava gostar durante a penetração vaginal					

14. Alguma vez foi alvo de abuso sexual?

- ☐ Não (*avance para a questão 16*)
- ☐ Sim.

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

- ☐ Criança
- ☐ Adolescente
- ☐ Jovem adulto
- ☐ Meia-idade
- ☐ Terceira idade

15. Atualmente tem sido incomodado com situações tais como pensamentos e emoções acerca do(s) acontecimento(s), ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que o faz lembrar o(s) acontecimento(s)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

16. Alguma vez se envolveu em atividades que o pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não Em caso afirmativo, por favor, explique: _____		
Contraceção 17. Assinale em que medida você e a(o) sua/seu parceira(o) utilizam os seguintes métodos contraceptivos?		
	No passado	No presente
Pílula contraceptiva (Idade da 1ª toma: ____ anos)		
Preservativo masculino		
Preservativo feminino		
DIU		
Anel vaginal		
Implante subdérmico		
Espermicidas		
Métodos naturais (ex: método das temperaturas)		
Outro: _____		
Não usamos nenhum método contraceptivo		

ANEXO E. Questionário de Ativação de Esquemas Cognitivos em Contexto Sexual (QAECCS – versão masculina; P. Nobre & Pinto-Gouveia, 2002)

Leia atentamente cada um dos episódios abaixo apresentados. Assinale a frequência em que cada um dos episódios ocorre habitualmente, colocando um círculo no número mais indicado (1-nunca a 5-sempre)

Estou com a minha companheira no quarto. Ela parece estar com vontade de ter relações sexuais, utiliza todas as artimanhas para me seduzir, mas eu não tenho desejo nenhum. Procuro disfarçar e mostrar-me
--

cansado, mudar de assunto, mas ela insiste, começa a mostrar-se desiludida e acaba por me dizer que eu já não gosto dela como dantes.

nunca acontece 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 acontece frequentemente

Estou a acariciar a minha companheira, ela está a gostar e parece pedir mais, penso que está na altura de a penetrar e começo a tentar, mas inesperadamente o pénis não reage como é habitual, parece que não está tão rijo como devia e a penetração torna-se impossível. Quanto mais tento mais difícil se torna e acabo por desistir.

nunca acontece 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 acontece frequentemente

A minha parceira está a seduzir-me, os seus gestos são sexualmente provocantes, começo a ficar louco e tento penetrá-la logo nesse momento. Estou completamente descontrolado e atinjo o orgasmo de seguida, caindo para o lado. Ela olha-me desconsolada, parecendo dizer que esperava mais de mim.

nunca acontece 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 acontece frequentemente

Estou em plena actividade sexual e começo a penetrar a minha parceira. No início tudo corria bem, mas o tempo começa a passar e nunca mais atinjo o orgasmo, ela começa a dar sinais de cansaço e quanto maior o esforço mais distante parece o orgasmo.

nunca acontece 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 acontece frequentemente

Assinale as emoções que mais se assemelham àquilo que sentiu enquanto imaginou o episódio que mais frequentemente acontece

Preocupação Tristeza Desilusão Medo Culpa Vergonha Irritação Mágoa Prazer Satisfação

Tentando ter presente o episódio que mais frequentemente acontece, analise as afirmações apresentadas nos quadros seguintes e indique em que grau elas descrevem o que sente ou pensa acerca de si próprio.

ESQUEMAS	Completamente falso	Falso	Verdadeiro e falso	Verdadeiro	Completamente verdadeiro
1. Sou desamparado	1	2	3	4	5
2. Sou incapaz	1	2	3	4	5
3. Sou descontrolado	1	2	3	4	5
4. Sou fraco	1	2	3	4	5
5. Sou vulnerável	1	2	3	4	5
6. Sou necessitado	1	2	3	4	5
7. Sou enganado	1	2	3	4	5
8. Sou inadequado	1	2	3	4	5
9. Sou ineficaz	1	2	3	4	5
10. Sou incompetente	1	2	3	4	5
11. Sou falhado	1	2	3	4	5
12. Sou desrespeitado	1	2	3	4	5
13. Sou inferior aos outros	1	2	3	4	5
14. Não sou suficientemente bom	1	2	3	4	5

ESQUEMAS	Completamente falso	Falso	Verdadeiro e falso	Verdadeiro	Completamente verdadeiro
15. Sou mal amado	1	2	3	4	5
16. Sou pouco simpático	1	2	3	4	5
17. Sou indesejado	1	2	3	4	5
18. Sou pouco atractivo	1	2	3	4	5
19. Sou desnecessário	1	2	3	4	5
20. Ninguém se preocupa comigo	1	2	3	4	5
21. Sou mau	1	2	3	4	5
22. Não tenho valor	1	2	3	4	5
23. Sou diferente	1	2	3	4	5
24. Sou inferior(os outros não me amam)	1	2	3	4	5
25. Não sou suficientemente bom	1	2	3	4	5
26. Sou rejeitado	1	2	3	4	5
27. Sou abandonado	1	2	3	4	5
28. Sou solitário	1	2	3	4	5

ANEXO F. Índice Internacional de Função Erétil (IIEF-15; Rose net al., 1997, traduzido e adaptado por Pedro Nobre, 2001)

Por favor preencha com uma cruz a resposta que mais se adequa a cada uma das questões.

As seguintes definições aplicam-se às questões colocadas:

- **Ereção** define-se como o aumento e endurecimento do pénis
- **Estimulação sexual** inclui situações como preliminares sexuais, imagens eróticas, etc.
- **Penetração** define-se como o ato de introdução do pénis na vagina, ânus, boca, etc.
- **Relações sexuais** definem-se como penetração sexual da(o) sua(seu) parceira(o)
- **Atividade sexual** inclui penetração, carícias, preliminares e masturbação

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

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

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

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

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

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

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

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca

- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum
- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

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

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

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

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

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

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

ANEXO G. Neo-FF NEO-Five Factory Inventory (Lima, Magalhães, Salgueira, Gonzalez, Costa, Costa & Costa, 2000)

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor representa a sua opinião. Responda a todas as questões.

Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
--	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--

	0	1	2	3	4
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.					
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.					
7. Rio facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.					
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero uma pessoa alegre.					
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, de as deixarmos.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					

Discordo Fortemente 0	Discordo 1	Neutro 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
--	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--

	0	1	2	3	4
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gostam de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o cumpra.					
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um(a) grande optimista.					
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					

ANEXO H. *Questionário de Esquemas de Young (Pinto-Gouveia, Rijo & Salvador, 2003)*

INSTRUÇÕES: Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podemos utilizar quando nos queremos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela o/a descreve a si. Quando tiver dificuldade, responda baseando-se no que sente emocionalmente e não no que pensa ser verdade.

Para responder até que ponto a afirmação o descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso, colocando depois o número dessa resposta no respetivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

- 1 = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
- 2 = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
- 3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
- 4 = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
- 5 = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
- 6 = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

1. ____ Na maior parte do tempo, não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.
2. ____ Em geral, as pessoas não têm estado disponíveis para me dar carinho, suporte e afecto.
3. ____ Na maior parte da minha vida, tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
4. ____ De uma maneira geral, não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
5. ____ Raramente tenho tido uma pessoa forte para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho a certeza da atitude que devo tomar.

*pe

6. ___ Costumo apegar-me demasiado às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo que elas me abandonem.
7. ___ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o facto de os poder perder.
8. ___ Preocupa-me que as pessoas que estão perto de mim me deixem ou me abandonem.
9. ___ Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim fico desesperado.
10. ___ Por vezes, a preocupação que tenho com o facto de as pessoas me poderem deixar é tão grande, que acabo por as afastar.

*ab

11. ___ Sinto que as pessoas se vão aproveitar de mim.
12. ___ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles magoar-me-ão intencionalmente.
13. ___ Mais tarde ou mais cedo, acabarei por ser traído(a).
14. ___ Desconfio bastante das intenções das outras pessoas.
15. ___ Estou sempre à procura de segundas intenções.

*da

16. ___ Sou um(a) desajustado(a).
17. ___ Sou fundamentalmente diferente dos outros.
18. ___ Sinto que estou a mais; sou um solitário.
19. ___ Sinto-me afastado(a) dos outros.
20. ___ Em grupo, sinto sempre que estou de fora.

*ia

21. ___ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos.
22. ___ Ninguém que me agrada gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou.
23. ___ Não mereço o amor, nem a atenção, nem o respeito dos outros.
24. ___ Nunca poderei ser amado por ninguém.
25. ___ Sou demasiado inaceitável para me poder mostrar tal como sou às outras pessoas.

*dv

26. ____ Quase nada do que faço no trabalho (ou escola) é tão bom como o que os outros fazem.

27. ____ Sou um(a) incompetente quando se trata de realizar algo ou levar a cabo uma tarefa.

28. ____ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho e realização.

29. ____ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.

30. ____ No que diz respeito ao trabalho (ou escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.

*fr

31. ____ Não me sinto capaz de me desenvencilhar sozinho(a) no dia-a-dia.

32. ____ Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia-a-dia.

33. ____ Não tenho bom senso.

34. ____ Não posso confiar no meu julgamento nas situações do quotidiano.

35. ____ Não tenho confiança na minha capacidade para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.

*di

36. ____ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer.

37. ____ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.

38. ____ Preocupa-me poder ser atacado.

39. ____ Preocupa-me perder todo o dinheiro que tenho e ficar na miséria.

40. ____ Preocupa-me poder ter uma doença grave, apesar de o médico me ter dito que estava bem.

*vu

41. ____ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas da minha idade.

42. ____ Eu e os meus pais temos tendência a envolvermo-nos demasiado na vida e nos problemas uns dos outros.

43. ____ É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.

44. ____ Frequentemente sinto que é como se os meus pais vivessem através de mim — não tenho uma vida própria.

45. ____ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou
companheiro(a).

*em

46. ____ Sinto que, se fizer o que quero, vou arranjar sarilhos.

47. ____ Sinto que não tenho outro remédio senão fazer a vontade dos outros; caso contrário, eles poderão, de alguma maneira, vingar-se ou rejeitar-me.

48. ____ Nas minhas relações com os outros deixo que estes me dominem.

49. ____ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei realmente aquilo que quero.

50. ____ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tomados em
consideração e os meus direitos sejam respeitados.

*sb

51. ____ Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais
chegadas.

52. ____ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.

53. ____ Estou tão ocupado(a) com aqueles de quem eu gosto que tenho pouco tempo
para mim.

54. ____ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.

55. ____ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o
suficiente por mim.

*as

56. ____ Sou demasiado inibido(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros
(por ex., afecto, mostrar que me preocupo).

57. ____ Considero embaraçoso exprimir os meus sentimentos aos outros.

58. ____ Para mim é difícil ser caloroso(a) e espontâneo(a).

59. ____ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que tenho um coração de pedra.

60. ____ As pessoas acham que tenho dificuldade em exprimir o que sinto.

*ie

61. ____ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em
segundo lugar.

62. ____ Esforço-me por fazer o melhor; não chega ser suficientemente bom.

63. ____ Tenho de estar à altura de todas as minhas responsabilidades.

64. ____ Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos.
65. ____ Não posso descuidar as minhas obrigações nem desculpar-me pelos meus erros.
- *pr
66. ____ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" por resposta quando quero alguma coisa dos outros.
67. ____ Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros.
68. ____ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
69. ____ Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas seguem.
70. ____ Sinto que o que tenho para oferecer vale mais do que aquilo que os outros podem dar.
- *gr
71. ____ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou aborrecidas.
72. ____ Quando não consigo atingir um objectivo fico facilmente frustrado(a) e desisto.
73. ____ Custa-me muito abdicar de uma recompensa imediata em favor de um objectivo a longo prazo.
74. ____ Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo que saiba que é para meu bem.
75. ____ Raramente sou capaz de levar as minhas decisões até ao fim.
- *ai
76. ____ Para mim, é importante que quase todas as pessoas que conheço gostem de mim.
77. ____ Sou capaz de mudar dependendo das pessoas com quem estou, para que elas gostem mais de mim.
78. ____ Esforço-me bastante para me adaptar às circunstâncias.
79. ____ A minha auto-estima baseia-se, sobretudo, na visão que os outros têm de mim.
80. ____ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz-me sentir uma pessoa com valor.
81. ____ Gasto muito tempo a cuidar do meu aspecto físico, para que as pessoas me valorizem.

82. ____ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se isso for visível para os outros.
83. ____ Estou tão preocupado em me adaptar às circunstâncias que, por vezes, não sei quem sou na realidade.
84. ____ Tenho dificuldade em estabelecer os meus objectivos, sem ter em conta a maneira como os outros reagirão às minhas escolhas.
85. ____ Quando olho para as decisões que tomei na vida, vejo que tomei a maior parte delas a pensar na aprovação que teria por parte dos outros.
86. ____ Mesmo que não goste de alguém, quero, ainda assim, que essa pessoa goste de mim.
87. ____ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
88. ____ Quando faço qualquer intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, anseio por reconhecimento e admiração.
89. ____ Receber muitos elogios faz-me sentir uma pessoa com valor.
- *par
90. ____ Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, sinto que isso é apenas temporário.
91. ____ Se algo de bom acontecer, preocupa-me que esteja para acontecer algo de mau a seguir.
92. ____ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.
93. ____ Por muito que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria.
94. ____ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
95. ____ Fico muitas vezes obcecado com pequenas decisões porque as consequências de cometer um erro podem ser demasiado graves.
96. ____ Sinto-me melhor se assumir que as coisas não vão correr bem, porque assim não me sinto desapontado se correrem mal.
97. ____ Dou mais atenção aos aspectos e acontecimentos negativos da vida do que aos positivos.
98. ____ Tenho tendência para se pessimista.
99. ____ Quem me conhece bem, considera-me uma pessoa preocupada.
100. ____ Se as pessoas ficarem muito entusiasmadas com alguma coisa, sinto-me desconfortável e apetece-me avisá-las acerca do que pode correr mal.

*np

101. ____ Quando cometo um erro, mereço ser castigado.
102. ____ Se não me esforçar ao máximo, as coisas irão correr mal.
103. ____ Não há desculpa possível se eu cometer um erro.
104. ____ As pessoas que não fazem o que lhes compete deveriam ser punidas por isso de alguma maneira.
105. ____ A maior parte das vezes, não aceito as desculpas dos outros. O que eles não querem é assumir a responsabilidade e acatar as consequências.
106. ____ Se não fizer o que me compete, mereço sofrer as consequências.
107. ____ Penso muitas vezes nos erros que cometi e fico zangado comigo mesmo.
108. ____ Quando as pessoas fazem algo de mal, tenho dificuldade em “perdoar e esquecer”.
109. ____ Guardo ressentimentos, mesmo depois de me terem pedido desculpa.
110. ____ Fico irritado quando acho que alguém “se safou” com demasiada facilidade.
111. ____ Fico irritado quando as pessoas arranjam desculpas ou culpam os outros pelos seus problemas.
112. ____ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, há que pagar por isso.
113. ____ Massacro-me por uma série de coisas em que “fiz asneira”.
114. ____ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.

*pu

ANEXO I. (EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; Collins & Read, 1990)

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afetivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo F. Aprovação do formulário pelo CEDIC

**REUNIÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DEONTOLOGIA PARA A INVESTIGAÇÃO
CIENTÍFICA (CEDIC_FPED) DA FPED/ULP**

Ata n.º 20

24 de Novembro de 2021

Ano letivo 2021/2022

ANEXO

PARECER 4

Título de Projecto: FATORES DE PERSONALIDADE E ESTILOS DE VINCULAÇÃO EM HOMENS
COM EJACULAÇÃO PREMATURA

Autor/a: Catarina Pereira

Supervisão:

Revisor 1:

Favorável com Recomendações (Consultar Grelha 1)

Revisor 2:

Favorável com Recomendações (Consultar Grelha 2)

Decisão Final CEDIC/FPED:

- A Comissão de Ética assume por unanimidade ambos o pareceres. O parecer deve ser considerado pelos autores como “Favorável com Recomendações”.