

BÁRBARA BRAGA DE LUCENA

***Fatores cognitivos na função sexual: adaptação transcultural e estudo  
psicométrico de instrumentos de medida em sexualidade***

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Doutora em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientadora: Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo

São Paulo

2018

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lucena, Bárbara Braga de  
Fatores cognitivos na função sexual : adaptação  
transcultural e estudo psicométrico de instrumentos  
de medida em sexualidade / Bárbara Braga de Lucena.  
-- São Paulo, 2018.  
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Psiquiatria.  
Orientadora: Carmita Helena Najjar Abdo.

Descritores: 1.Sexualidade 2.Disfunções sexuais  
psicogênicas 3.Terapia cognitiva 4.Estudos de  
validação 5.Inquéritos e questionários 6.Psicometria

USP/FM/DBD-519/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

**DEDICATÓRIA**

*Ao meu pai, Macílio, e a minha mãe, Penha.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo, pelo suporte nesta caminhada que começou antes mesmo do mestrado. Todo meu carinho, admiração e gratidão por ela tanto contribuir com meu desenvolvimento acadêmico, profissional e pessoal; pela confiança em mim depositada e pelos ensinamentos e oportunidades ao longo dos últimos oito anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado (Código de Financiamento 001).

As 1.001 pessoas que participaram da pesquisa, sem as quais a realização desta não seria possível.

À Profa. PhD Cindy Meston, pela valiosa oportunidade de estar em seu laboratório, *The Sexual Psychophysiology Lab*, na Universidade do Texas, para realização de período de estágio.

Aos Professores Dra. Renata Eloah de Lucena, Dr. Francisco Lotufo Neto e Dr. Arthur Guerra, pelas ricas sugestões durante o exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Luis Anunciação, pelo fundamental auxílio em psicometria e estatística.

Ao Luiz, pelo incentivo, auxílio na elaboração da plataforma *online* e outros ajustes referentes à coleta de dados.

Aos meus pais, Penha e Macílio, que sempre foram meus entusiastas, demonstrando orgulho e incentivo para com as minhas realizações.

Ao Gustavo, pelo apoio, compreensão e companheirismo nesta reta final.

Às minhas irmãs, Rebeca e Victoria, pelo encorajamento constante.

Aos colegas de profissão e do ProSex que compuseram o Comitê de Especialistas na etapa de adaptação transcultural deste trabalho.

Aos queridos amigos que contribuíram com a divulgação da pesquisa em suas redes sociais, viabilizando o recrutamento dos participantes.

Às secretárias do Departamento de Psiquiatria, Isabel e Eliza, pelo suporte logístico ao longo destes quatro anos.

*“Você precisa saber o que passa aqui dentro  
Eu vou falar pra você  
Você vai entender a força de um pensamento  
Pra nunca mais esquecer  
Pensamento é um momento que nos leva a emoção  
Pensamento positivo que faz bem ao coração  
O mal não  
Sendo que para você chegar terá  
Que atravessar a fronteira do pensar  
E o pensamento é o fundamento  
Eu ganho o mundo sem sair do lugar  
Eu fui para o Japão com a força do pensar  
Passei pelas ruínas e parei no Canadá  
Subi o Hímalaiá pra do alto cantar  
Com a imaginação que faz você viajar...”  
**Pensamento - Cidade Negra***

# SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. <b>Introdução</b> .....	10
1.1 Modelos de resposta sexual.....	10
1.2 Disfunção sexual.....	14
1.3 Fatores cognitivos enquanto fatores de risco.....	18
1.4 Instrumentos de medida em sexualidade.....	26
2. <b>Objetivos</b> .....	28
3. <b>Métodos</b> .....	29
3.1 Referencial teórico-metodológico.....	29
3.2 Instrumentos.....	32
3.3 Participantes.....	41
3.4 Procedimentos.....	41
4. <b>Resultados</b> .....	46
4.1 Adaptação transcultural.....	46
4.2 Caracterização da amostra.....	47
4.3 Análise psicométrica: QCSD.....	50
4.4 Análise psicométrica: EPA.....	62
4.5 Análise psicométrica: SSSS.....	74
5. <b>Discussão</b> .....	79
6. <b>Conclusões</b> .....	88

7. ANEXOS.....	89
8. <b>Referências</b> .....	118

## LISTA DE SIGLAS

- AF: Análise fatorial
- AFC: Análise fatorial confirmatória
- AFE: Análise fatorial exploratória
- APA: Associação Psiquiátrica Americana
- CFI: *Comparative Fit Index C*
- CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> edição
- DP: Desvio padrão
- DS: Disfunção sexual
- DSM: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais
- EPA: Escala de Pensamentos Automáticos
- FSFI: *Female Sexual Function Index*
- IIEF: *International Index of Erectile Function*
- KMO: Teste de Kaiser-Meyer-Olkin
- M: Média
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PCA: *Principal Component Analysis* (Análise de Componentes Principais)
- RMSEA: *Root Mean Square Error of Approximation*
- QCSD: Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais
- QS-F: Quociente Sexual Feminino
- QMS: Questionário de Modos Sexuais
- QS-M: Quociente Sexual Masculino
- SSSS: *Sexual Self-Schema Scale*
- TCC: Terapia Cognitivo Comportamental

## RESUMO

Lucena BB. *Fatores cognitivos na função sexual: adaptação transcultural e estudo psicométrico de instrumentos de medida em sexualidade* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

**INTRODUÇÃO:** As disfunções sexuais (DS) são um grupo heterogêneo de transtornos que têm em comum um prejuízo clinicamente significativo na capacidade do indivíduo responder sexualmente ou experimentar o prazer sexual, causando sofrimento psíquico. Porque há crescente evidência de que as DS são bastante frequentes e que estão relacionadas a crenças disfuncionais acerca da sexualidade (pensamentos e crenças sexuais), torna-se essencial a identificação destas crenças, a fim de contribuir com o tratamento de indivíduos que têm dificuldades sexuais. **OBJETIVO:** Desenvolver versões com evidências de validade e confiabilidade dos instrumentos: Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD), Escala de Pensamentos Automáticos (EPA) e *Sexual Self-Schema Scale* (SSSS) para uso da população brasileira. **MÉTODOS:** Após a etapa de adaptação transcultural, os questionários em processo de validação foram disponibilizados em uma plataforma *online*, juntamente com Questionário de dados Sociodemográficos Clínico e Sexual, Quociente Sexual Feminino (QS-F) e Quociente Sexual Masculino (QS-M). Foram convidados a participar do estudo homens e mulheres maiores de 18 anos, com vida sexual ativa. A análise exploratória dos dados foi realizada por Análise de Componentes Principais (PCA). O Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Bartlett foram conduzidos para assegurar as condições mínimas de fatoração. Como medida de validade convergente, foram testadas as correlações entre os escores obtidos no QCSD, EPA e SSSS com os escores do QS-M e QS-F. Como medidas de confiabilidade, o *alpha Cronbach* ( $\alpha$ ) foi utilizado para a análise de consistência interna dos instrumentos como um todo, bem como seus domínios, e o reteste foi realizado em parte da amostra após um intervalo de quatro semanas. **RESULTADOS:** Um total de 590 mulheres (M = 34,6, DP = 8,8) e 411 homens (M= 35,2, DP = 9,8) respondeu a todos os questionários. As análises psicométricas revelaram que, para a amostra brasileira, a versão feminina do QCSD é composta por 5 fatores, tendo  $\alpha = 0,86$ . A versão masculina, 3 fatores, sendo  $\alpha = 0,94$ . A versão feminina da EPA apresenta 6 fatores, tendo  $\alpha = 0,92$ . A versão masculina, 5 fatores, com  $\alpha = 0,90$ . O SSSS é composto por 3 fatores com  $\alpha = 0,8$ . Os instrumentos tiveram correlação negativa com o QS-M e QS-F, evidenciando que quanto mais crenças disfuncionais, pior a função sexual. O teste reteste mostrou que todos os questionários apresentam boa estabilidade ao longo do tempo. **CONCLUSÕES:** As versões brasileiras dos questionários QCSD, EPA e SSSS apresentam evidências de validade e de confiabilidade e são recomendadas tanto no contexto clínico, quanto acadêmico/científico para identificação de crenças, pensamentos e autoesquema sexual que estão relacionados às disfunções sexuais.

Descritores: sexualidade; disfunções sexuais psicogênicas; terapia cognitiva; estudos de validação; inquéritos e questionários; psicometria.

## ABSTRACT

Lucena BB. *Cognitive factors in sexual the function: cross-cultural adaptation and psychometric study of measurement instruments in sexuality* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

**INTRODUCTION:** Sexual dysfunction (DS) is a heterogeneous group of disorders that have in common a clinically significant impairment in the individual's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure, causing psychological distress. Because there is growing evidence that DS are quite frequent and are related to dysfunctional cognitions about sexuality (sexual thoughts and beliefs), it becomes essential to identify these cognitions in order to contribute to the treatment of individuals who have sexual difficulties. **OBJECTIVE:** To develop versions with evidence of validity and reliability of the instruments: Dysfunctional Sexual Beliefs Questionnaire (QCSD), Automatic Thinking Scale (EPA) and Sexual Self-Schema Scale (SSSS) for use by the Brazilian population. **METHODS:** After the cross-cultural adaptation procedure, the questionnaires were available on an online platform, along with the Clinical and Sexual Sociodemographic Questionnaire, Female Sexual Quotient (QS-F), and Male Sexual Quotient (QS-M). Men and women over 18 years of age with an active sex life were invited to participate in the study. The exploratory analysis of the data was performed by Principal Component Analysis (PCA). The Kaiser-Meyer-Olkin Test (KMO) and the Bartlett Test were conducted to ensure the minimum conditions of factorization. As a measure of convergent validity, we tested the correlations between the scores obtained in the QCSD, EPA and SSSS with the QS-M and QS-F scores. As reliability measures, the Cronbach alpha ( $\alpha$ ) was used for the internal consistency analysis of the instruments as a whole, as well as their domains, and the retest was performed in part of the sample after an interval of four weeks. **RESULTS:** A total of 590 women ( $M = 34.6$ ,  $SD = 8.8$ ) and 411 men ( $M = 35.2$ ,  $SD = 9.8$ ) responded to all the questionnaires. The psychometric analysis revealed that, for the Brazilian sample, the female version of the QCSD is composed of 5 factors, with  $\alpha = 0.86$ . The male version, 3 factors, where  $\alpha = 0.94$ . The female version of the EPA has 6 factors, with  $\alpha = 0.92$ . The male version, 5 factors, with  $\alpha = 0.90$ . The SSSS consists of 3 factors with  $\alpha = 0,8$ . The instruments had negative correlation with the QS-M and the QS-F, showing that the more dysfunctional cognitions, the worse the sexual function. The retesting test showed that all questionnaires have good stability over time. **CONCLUSIONS:** The Brazilian versions of the QCSD, EPA and SSSS questionnaires present evidence of validity and reliability and are recommended for both clinical and academic/scientific context in order to identify sexual beliefs, thoughts and self-schema that are related to sexual dysfunctions.

**Descriptors:** sexuality; psychogenic sexual dysfunction; cognitive therapy; validation studies; surveys and questionnaires; psychometrics.

## **1. Introdução**

As questões relativas à sexualidade se articulam de formas diferentes em cada contexto social e histórico. Embora o sofrimento frente às questões sexuais e seus modos de expressão tenham contornos específicos em cada cultura (Weeks, 1999), há evidência de que as dificuldades sexuais são bastante frequentes e prejudicam a saúde mental e a qualidade de vida em indivíduos do mundo todo (McCabe et al., 2016).

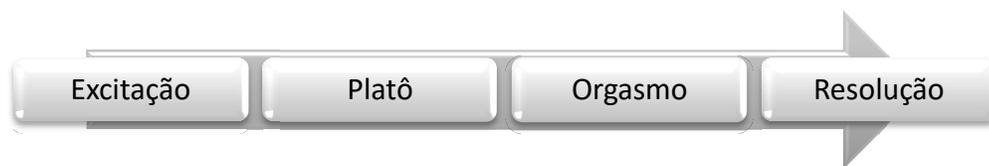
Por este motivo, nas últimas décadas, o interesse em medicina sexual e em psicoterapia para as demandas sexuais têm crescido significativamente. Mudanças no campo da sexologia têm ocorrido nos paradigmas teóricos, metodológicos, diagnósticos e terapêuticos. As contribuições das diversas especialidades médicas, das teorias psicológicas modernas e do construcionismo social permitem uma visão mais ampla e integrada, porém ainda insuficiente, dos problemas sexuais (Lucena e Abdo, 2016).

A fim de uma maior compreensão acerca do estado da arte das dificuldades sexuais, contemplamos neste capítulo introdutório uma revisão sobre os modelos de resposta sexual, conceito e classificação das disfunções sexuais (DS) e abordamos os fatores cognitivos associados a estas, à luz da terapia cognitiva de Aaron Beck (1996).

### **1.1 Modelos de resposta sexual**

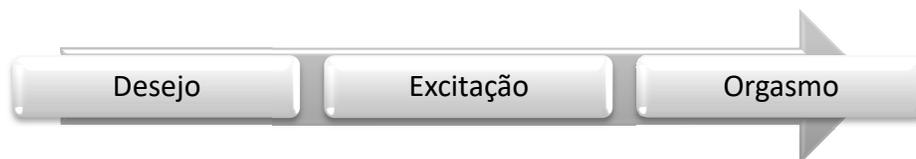
Na década de 1960, após vasto estudo laboratorial acerca fisiologia da resposta sexual humana, Masters e Johnson formularam um modelo científico para a compreensão desta, caracterizado por um ciclo de quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução,

que seria comum aos homens e mulheres (Masters e Johnson, 1970). De acordo com esse modelo, indicado na Figura 1, o estímulo sexual interno (provocado por pensamentos e fantasias), assim como o externo (desencadeado por tato, olfato, audição e visão), promoveria a excitação, identificada pela vasocongestão genital. A continuidade do estímulo aumentaria o nível de tensão sexual, conduzindo à fase de platô e, em seguida, à fase de orgasmo. Na sequência, haveria um período refratário (resolução) – mais definido no homem que na mulher –, quando o organismo retornaria às condições normais de respiração, batimentos cardíacos, pressão arterial, circulação periférica, sudorese, entre outras manifestações do organismo (Abdo, 2005).



**Figura 1: Modelo de resposta sexual de Masters e Johnson (1970)**

Contestando o modelo então vigente, Kaplan (1977) incluiu a fase de desejo antes da fase de excitação e eliminou a fase de platô, em vista de esta ser excitação crescente que conduz ao orgasmo. A autora então propôs um novo modelo de resposta sexual, ilustrado pela Figura 2, que seria trifásico, composto por: desejo, excitação e orgasmo. Esse modelo também seria comum a homens e mulheres. O desejo resultaria de mudanças neurológicas, enquanto a excitação, de mudanças vasogênicas.



**Figura 2: Modelo trifásico de resposta sexual de Kaplan (1977)**

Os modelos de Masters e Johnson e de Kaplan foram associados, como representado na Figura 3, e serviram de base à conceituação de ciclo de resposta sexual humana, apresentados na *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)* (OMS, 1993) e no *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-IV-TR)* (APA, 2002). Composto por quatro fases: desejo (marcado por fantasias sexuais e interesse pela prática sexual); excitação (sensação de prazer sexual, acompanhada de mudanças fisiológicas, caracterizadas na mulher por vasoconstrição pélvica, lubrificação e expansão vaginal e turgescência genital externa); orgasmo (clímax do prazer sexual, caracterizado pelo relaxamento e contrações rítmicas e involuntárias da musculatura perineal e dos órgãos envolvidos); resolução (bem-estar e relaxamento muscular, sendo possível à mulher responder à nova estimulação sexual).



**Figura 3: Modelo linear de resposta sexual**

Nas últimas duas décadas, em função de crescente evidência acerca do comportamento sexual masculino e feminino, defende-se que homens e mulheres têm modelos distintos de resposta sexual (Tiefer, Hall e Tavis, 2002; Meston e Buss, 2007; Basson, 2008). De acordo com os autores, a excitação sexual na mulher é mais subjetiva e complexa que no homem, podendo ou não ser acompanhada de alterações fisiológicas (Tiefer, Hall e Tavis, 2002; Basson et al., 2004). Soma-se a isto o fato de que o desejo sexual é apenas um dos inúmeros fatores que motivam a mulher para a atividade sexual (Meston e Buss, 2007). Para Basson (2008), mesmo que inicialmente ausente, o desejo

surge durante a experiência sexual, desde que a mulher se torne subjetivamente/sexualmente excitada. Deste modo, desejo e excitação coincidem e se mesclam, sendo difícil a distinção entre um e outro. Além disso, na ausência de orgasmo, a sensação de satisfação sexual é mais frequente na mulher do que no homem (Basson, Leiblum, Brotto, e Derogatis, 2004).

Diante dessas observações, Basson (2008) defendeu um modelo circular de resposta sexual feminina, dividido em cinco fases, conforme apresentado na Figura 4 e descrito a seguir:

1ª Fase: início da atividade sexual com motivação não necessariamente sexual, podendo não haver consciência de desejo sexual.

2ª. Fase: Excitação subjetiva com respectiva resposta física, desencadeadas pela receptividade ao estímulo erótico.

3ª. Fase: vivência da excitação subjetiva, desencadeando a consciência de desejo sexual.

4ª. Fase: aumento gradativo da intensidade da excitação e do desejo responsivo, podendo ou não ocorrer orgasmo.

5ª Fase: satisfação física e emocional, com aumento da receptividade para futuros encontros sexuais

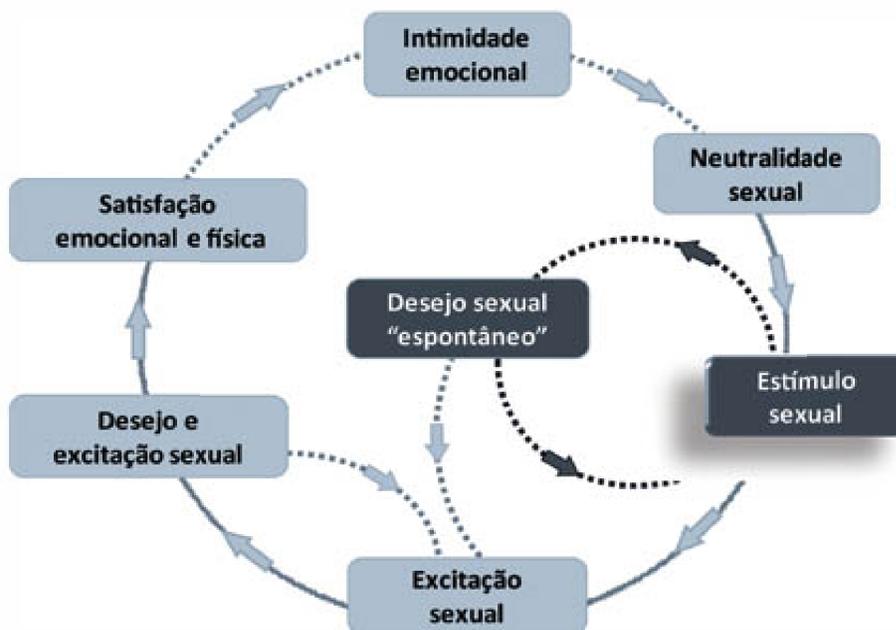


Figura 4: Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina (Adaptado de Basson, 2008)

## 1.2 Disfunção sexual

É a partir da concepção de resposta sexual apresentada na Figura 3 que a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2002) definem as disfunções sexuais (DS) como alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo), ou dor associada ao ato, que se manifesta de forma recorrente ou persistente (por pelo menos 06 meses), resultando em sofrimento para o indivíduo.

Mais recentemente, a diferenciação do ciclo de resposta sexual masculino e feminino foi contemplada pela 5ª edição do DSM, que considera o modelo linear (Figura 3) mais característico da resposta sexual dos homens e o modelo circular (Figura 4) mais característico da resposta sexual das mulheres (APA, 2013).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), as DS são um grupo heterogêneo de transtornos que têm em comum um prejuízo clinicamente significativo na capacidade do indivíduo responder sexualmente ou experimentar o prazer sexual. Para fins diagnósticos, a queixa deve satisfazer as seguintes condições:

- *Critério A*: ocorre em 75% a 100% das tentativas sexuais;
- *Critério B*: os sintomas do critério A persistem por pelo menos 06 meses;
- *Critério C*: os sintomas do critério A causam sofrimento (*distress*) clinicamente importante;
- *Critério D*: a queixa sexual não é melhor explicada por um transtorno não-sexual ou uso de medicação.

Para cada DS, deve-se especificar se a condição é:

- Ao longo da vida (presente desde o início da vida sexual) ou adquirida (começou após um período de vida sexual satisfatória);
- Generalizada (acontece independente do tipo de estímulo, situação ou parceria) ou situacional (ocorre apenas com certos tipos de estímulo, situação ou parceria);
- Leve, moderada ou severa com relação ao *distress* causado pelos sintomas do critério A.

As DS femininas são classificadas em:

*Transtorno do interesse/excitação feminino (302.72)*

Ausência ou significativa redução do interesse ou excitação sexual manifesta por pelo menos três das características:

1. Ausência ou redução no interesse sexual;
2. Ausência ou redução de pensamentos eróticos/sexuais ou fantasias;

3. Pouca ou nenhuma iniciativa para a atividade sexual ou tipicamente sem receptividade à iniciativa sexual do(a) parceiro(a);
4. Ausência ou diminuição da excitação/prazer durante a atividade sexual;
5. Ausência ou diminuição do interesse sexual diante de qualquer estímulo (ex.: escrito, verbal, visual);
6. Ausência ou diminuição das sensações genitais e não-genitais durante a atividade sexual.

*Transtorno do orgasmo feminino (302.73)*

Manifesto por pelo menos uma das características:

1. Acentuada demora, dificuldade ou ausência de orgasmo;
2. Acentuada diminuição da sensação de intensidade do orgasmo.

*Transtorno da dor gênito-pélica ou da penetração (302.76)*

Dificuldade persistente ou recorrente em pelo menos uma das seguintes:

1. Penetração vaginal durante o intercuro;
2. Acentuada dor pélvica ou vulvo-vaginal durante as tentativas de penetração;
3. Intensa ansiedade ou medo da dor em antecipação à penetração vaginal;
4. Forte contração da musculatura do assoalho pélvico durante as tentativas de penetração (não somente do pênis).

As DS masculinas, por sua vez, são classificadas em:

*Transtorno do desejo sexual hipoativo masculino (302.71)*

Caracterizado pela deficiência (ou ausência) de pensamentos eróticos/sexuais ou fantasias e motivação para a atividade sexual.

*Transtorno erétil (302.72)*

Manifesto por pelo menos uma das seguintes características:

1. Acentuada dificuldade de obter ereção para a atividade sexual;
2. Acentuada dificuldade em manter a ereção até o fim da atividade sexual;
3. Acentuada diminuição da rigidez peniana.

*Ejaculação precoce (302.75)*

Persistente padrão de ejaculação que ocorre em até um minuto após a penetração vaginal, ou antes da penetração, e antes que o indivíduo deseje.

*Ejaculação retardada (302.74)*

Acentuada demora ou incapacidade de atingir a ejaculação, mesmo desejando alcançá-la.

Estudos epidemiológicos sugerem que os casos de DS vistos nos consultórios médicos representam apenas uma pequena fração dos casos presentes na população geral (Derogatis e Burnett, 2008), mas estimar a prevalência das DS com precisão é uma árdua tarefa, devido às diferenças metodológicas entre os estudos epidemiológicos (conceito de DS utilizado, método de coleta de dados, faixa etária, nível de escolaridade, etc.). De um modo geral, admite-se que pelo menos 1/3 dos homens e mulheres da população geral sofre com alguma DS, sendo o transtorno do interesse/excitação sexual a DS feminina mais frequente, seguida pelo transtorno de orgasmo. Nos homens acima de 40 anos, a DS

mais comum é a disfunção erétil, enquanto naqueles mais jovens é mais frequente a ejaculação precoce (McCabe et al., 2016).

Embora em muitos casos seja difícil determinar a etiologia da DS, esta envolve habitualmente um somatório de fatores orgânicos, relacionais e psicológicos. Conforme vem sendo apontado nos últimos anos, as causas psicológicas mais comuns, tais como depressão, ansiedade, histórico de trauma/abuso sexual, se manifestam por meio de processos cognitivos específicos que são determinantes para a resposta sexual (Wincze e Barlow, 1997; Nobre e Pinto Gouveia, 2008).

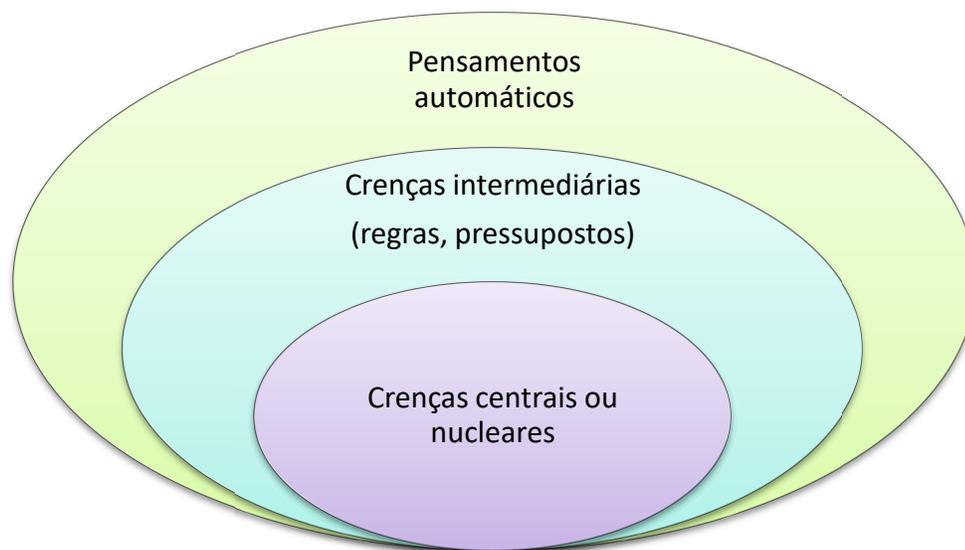
### **1.3 Fatores cognitivos enquanto fatores de risco para as DS**

Desde as primeiras considerações científicas acerca da sexualidade humana, a influência das cognições no desempenho sexual já era considerada. Masters e Johnson (1970) chamaram de *spectatoring* o ato de monitorar a própria atividade sexual (na perspectiva de uma terceira pessoa), ao invés de focar nas próprias sensações ou do parceiro(a). Essa atitude distrairia o indivíduo com preocupações sobre o desempenho e interromperia o fluxo normal do funcionamento sexual, inibindo a excitação sexual e prejudicando o orgasmo.

Posteriormente, Barlow (1986) incluiu o conceito de *spectatoring* em seu modelo cognitivo-afetivo de disfunção sexual. De acordo o autor, indivíduos com e sem DS reagiriam de maneiras diferentes às situações sexuais. Frente às demandas sexuais, homens e mulheres sem DS responderiam com afeto positivo, expectativa de sucesso e percepções de controle. Em contraste, indivíduos com DS responderiam com ansiedade, afeto negativo e expectativa de falha. Assim, o foco de atenção de pessoas com DS seria a preocupação,

ao invés dos sinais eróticos necessários para a excitação sexual, o que retroalimentaria a falha sexual. De fato, a influência negativa da distração cognitiva na a função sexual foi demonstrada em outros estudos (Elliot e O'Donohue 1997; Dove e Wiederman, 2000).

De acordo com a teoria cognitiva de Aaron Beck (1996), os fatores cognitivos que permitem o processamento de informação e fazem com que os indivíduos construam suas representações de mundo e de si mesmos se dividem em três níveis: crenças centrais (ou nucleares), crenças intermediárias e pensamentos automáticos (Figura 5). Nos estudos acerca da função sexual, estes três níveis têm sido considerados especificamente com relação à sexualidade, sendo chamados de: autoesquemas sexuais, crenças sexuais e pensamentos automáticos sexuais (Géonet, Sutter e Zech, 2013), que serão explicados a seguir.



**Figura 5: Níveis de cognição de acordo com a teoria cognitiva**

### 1.3.1 Crenças centrais, Esquemas e Autoesquema sexual

Crenças centrais ou nucleares constituem o nível mais fundamental de cognição e são ideias globais, rígidas e generalizadas que os indivíduos têm acerca de si mesmos, dos outros e do mundo (Beck, 1996). Elas começam a ser construídas a partir das experiências mais precoces e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e interpretação dos eventos (Knapp et al., 2004). Em geral, estas crenças são úteis e adaptativas, pois facilitam a interação entre o indivíduo e o ambiente. No entanto, é possível desenvolver crenças inadequadas ou desadaptativas que predisõem dificuldades, como comprovadamente ocorre nos transtornos de depressão e ansiedade, nos quais são comuns crenças nucleares sobre ser incapaz, ser inadequado e não ser amado (Beck, 2005).

Embora muitos autores utilizem o termo esquema como sinônimo de crença central (Padesky, 1994; Nobre e Pinto Gouveia, 2009), Clark, Beck e Afford (1999) conceituam esquemas como *estruturas internas* de relativa durabilidade que armazenam aspectos genéricos ou prototípicos de estímulos, ideias ou experiências e também organizam informações novas, determinando como os fenômenos serão percebidos. Trata-se de uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças que orientam o indivíduo em sua interpretação de si mesmo e do mundo. Em outras palavras, esquema é *a estrutura cognitiva* enquanto as crenças são o *conteúdo* dessa estrutura (Knapp et al., 2004)

Na década de 1970, o termo *autoesquema* surgiu na literatura como sendo o construto que responderia à pergunta essencial “*Quem sou eu?*”. Composto por crenças arraigadas, os autoesquemas seriam generalizações cognitivas sobre si mesmo, construídas a partir de experiências anteriores, que guiariam o processamento de informação (Markus, 1977). Com base neste conceito, Andersen e Cyranowski (1994) introduziram o termo

autoesquema sexual referindo-se às generalizações cognitivas específicas que os indivíduos têm sobre as suas próprias características sexuais, derivadas de vivências sexuais anteriores. De acordo com as autoras, os autoesquemas sexuais se manifestam na experiência erótica atual, orientando o comportamento sexual e influenciando tanto o processamento cognitivo como a regulação de afetos durante a relação sexual. Quando negativos, os autoesquemas sexuais podem provocar ou exacerbar disfunções sexuais que, por sua vez, geram cognições que reforçam uma visão negativa de si no que tange à sexualidade (Nobre e Pinto Gouveia, 2009).

Andersen e Cyranowski (1994) e Andersen, Cyranowski e Espindle (1999) desenvolveram escalas que avaliam o autoesquema sexual e mostraram que mulheres com autoesquema sexual negativo têm menor envolvimento afetivo com os parceiros, maior esquivia da intimidade sexual, medo de rejeição e abandono, ansiedade intensa, pouco interesse por sexo, baixa frequência de fantasias e repertório sexual empobrecido. Mulheres com autoesquema sexual positivo, por sua vez, têm mais segurança em si e no relacionamento, são menos ansiosas, apresentam mais desejo sexual e avaliam seus comportamentos sexuais positivamente (Cyranowski e Andersen, 1998).

Nos homens, o autoesquema sexual positivo é caracterizado por uma percepção de si como homem poderoso e sexualmente agressivo, livre nas atitudes sexuais. Homens com autoesquema sexual positivo têm maior frequência e mais relacionamentos sexuais, maior repertório sexual e mais sentimentos de amor e paixão. Por outro lado, homens com autoesquema sexual negativo têm atividades sexuais mais restritas e menores níveis de excitação sexual (Andersen, Cyranowski e Espindle 1999).

Após os estudos de Andersen e Cyranowski (1994) e Andersen, Cyranowski e Espindle (1999), diversos pesquisadores se interessaram pelo entendimento dos auto-esquemas sexuais. Em estudos posteriores, auto-esquemas sexuais negativos foram associados às preocupações com a aparência (Wiederman e Hurst, 1997), com o envelhecimento (Rushton, 2002), com experiências sexuais insatisfatórias e com histórico de abuso sexual (Meston, Rellini e Heiman, 2006).

Mais recentemente, Nobre e Pinto Gouveia (2008) compararam os auto-esquemas sexuais de homens e mulheres que apresentavam ou não DS e identificaram que em situações de DS, os indivíduos têm maior tendência a atribuir características negativas a si próprios: ativam com maior frequência auto-esquemas sexuais de incompetência (“*eu sou incompetente*”; “*eu sou incapaz*”).

### *1.3.2 Crenças intermediárias relacionadas à sexualidade*

Embora nem sempre conscientes, as crenças intermediárias são cognições mais acessíveis e maleáveis do que crenças as nucleares. Geralmente, são expressas por pressupostos condicionais, regras e/ou suposições, do tipo: “Eu tenho...”, “Eu devo...”, “Se... Então...”. (Beck, 2005).

Assim como as crenças centrais, as crenças intermediárias desempenham um importante papel na ativação dos autoesquemas cognitivos. Como exemplo, se um indivíduo com transtorno erétil tem a crença intermediária (em forma de pressuposto) de que “*o homem que não consegue manter a ereção é um fracassado*” e se encontra em uma relação onde não consegue manter a ereção, provavelmente ativar um esquema cognitivo

negativo, composto por crenças negativas sobre si mesmo (ex.: *“eu sou um fracassado”*) (Géonet, Sutter e Zech, 2013).

Em seu modelo cognitivo emocional da disfunção erétil, Nobre (2010) destaca que a relação entre as crenças relativas à sexualidade e a disfunção sexual não é unidirecional: crenças disfuncionais potencializam disfunções sexuais que, por sua vez, fomentam crenças ainda mais disfuncionais.

Zilbergeld (1999) enfatizou o papel negativo dos “mitos masculinos”, que são crenças amplamente arraigadas à cultura, baseadas numa concepção idealizada de masculinidade. Esses mitos refletem que a função e a potência sexual são centrais para a identidade masculina e estão contidos em afirmações como: *“um homem de verdade está sempre interessado e pronto para o sexo”*.

Crenças de que os homens são os responsáveis pelo início do ato sexual e que não podem falhar são comuns na sociedade (Trudel, 2003). Mais recentemente, Clark, Mark e Lykins, (2014) mostraram que crenças sexuais disfuncionais e as atitudes sexuais masculinas estavam fortemente associadas aos papéis de gênero e à normatização da masculinidade.

Para as mulheres, Hawton (1985) avaliou uma série de crenças disfuncionais que seriam fatores de risco para disfunções sexuais. Para esse autor, as principais crenças disfuncionais femininas seriam de cunho conservador, tais como: *“mulher que tem iniciativa sexual é imoral”*, *“masturbação é feia e errada”*, *“sexo só serve para a procriação”* ou *“é errado ter fantasias sexuais durante o sexo”*, que (assim como ocorre com os homens), são reforçadas pelas construções sociais dos papéis de gênero. LoPiccolo e Friedman (1988) acrescentaram que crenças disfuncionais sobre a aparência física (ex:

“só uma mulher bonita pode se satisfazer sexualmente”) e o envelhecimento (ex: “a vida sexual termina com a menopausa”) também são características de mulheres com DS. Em concordância com esses achados, outros estudos corroboram que mulheres com DS têm mais crenças de cunho religioso e moral (Tordjemann, 1999), assim como crenças de autoimagem negativa (Nobre e Pinto-Gouveia, 2006).

### *1.3.3 Pensamentos automáticos relacionados à sexualidade*

Pensamentos automáticos são cognições ou imagens mentais espontâneas apresentadas pelos indivíduos em um momento particular, sendo resultantes de suas crenças nucleares e intermediárias (Beck, 1967). São as cognições mais facilmente observáveis, constituindo o principal meio de acesso para o entendimento de estruturas cognitivas mais rígidas e complexas. Para terapia cognitiva, a identificação de pensamentos automáticos é essencial para a compreensão das respostas emocionais e comportamentais a um evento (Nobre e Pinto Gouveia, 2008).

São características dos pensamentos automáticos: aparecem de forma espontânea e involuntária, não sendo resultado da reflexão ou vontade; são breves, rápidos e fugazes; podem ocorrer em forma verbal ou como imagem mental; se não monitorados passam despercebidos, sendo a emoção associada a eles mais frequentemente reconhecida (Knapp et al., 2004).

Nas últimas décadas, alguns esforços foram feitos para identificar pensamentos automáticos que as pessoas têm durante a relação sexual. Ravart et al. (1996) destacaram três categorias principais de pensamentos automáticos em mulheres com desejo sexual hipotativo: pensamentos negativos sobre si, pensamentos negativos ligados ao parceiro e

pensamentos negativos ligados ao relacionamento. Posteriormente, Dove e Wiederman (2000) identificaram que, durante a atividade sexual, pensamentos de preocupação com autoimagem e com o desempenho sexual eram característicos de mulheres com DS.

Comparando os pensamentos automáticos que surgem durante a atividade sexual de indivíduos com e sem DS, Nobre e Pinto Gouveia (2008) encontraram que pensamentos de abuso sexual (“*ele está abusando de mim*”, “*ele só quer se satisfazer*”, “*se eu recusar, ele vai me trair*”, “*como posso sair dessa situação?*”), de falha sexual (“*eu não estou satisfazendo meu parceiro*”, “*eu não estou ficando excitada*”, “*quando isso vai acabar?*”) e autoimagem negativa (“*estou gorda/feia*”) são típicos de mulheres com DS. Nos homens, pensamentos de antecipação (“*eu não vou conseguir*”, “*ela vai me trocar por outro*”), de preocupações com a ereção (“*por que não está funcionando?*”, “*eu preciso ter uma ereção*”) e com a idade (“*estou ficando velho*”, “*nunca mais serei o mesmo*”) são característicos daqueles disfuncionais. A ausência de pensamentos eróticos (tais como: “*isso é muito bom*”, “*eu estou muito excitado(a)*”, “*adoro quando ele(a) faz isso*”) é comum a homens e mulheres com DS.

É importante destacar que pensamentos negativos eliciam emoções igualmente negativas. Homens e mulheres com DS referem mais afeto negativo durante a exposição a um filme erótico (Beck e Barlow, 1986). Culpa, desilusão e vergonha são emoções positivamente associadas com pensamentos automáticos negativos desencadeados durante a relação sexual, enquanto prazer e satisfação estão inversamente relacionados aos pensamentos negativos (Nobre e Pinto Gouveia, 2006; Carvalho e Nobre, 2010).

#### 1.4 Instrumentos de medida em sexualidade

O uso de questionários na área da saúde e em ciências sociais é cada vez mais difundido, tanto na prática clínica quanto em pesquisas científicas. É a partir do uso de questionários que se obtém a mensuração de fenômenos que não são observáveis e que se possibilita a comparação de dados subjetivos entre os indivíduos, tais como crenças, opiniões e atitudes, que podem ser usados para a tomada de decisão e conduta terapêutica (Beaton et al., 2007).

A elaboração de um questionário deve obedecer ao rigor metodológico e científico a fim de assegurar que o instrumento, de fato, está medindo aquilo que se propõe a medir. Quando há um instrumento adequado (em termos psicométricos) para a medição de um determinado fenômeno, geralmente opta-se pela validação deste em um novo contexto/cultura ao invés do desenvolvimento de um novo instrumento. Isto porque a validação no novo contexto é o que permite a comparação entre culturas ou entre recortes temporais distintos, já que só se obtém equivalência metodológica a partir do uso do mesmo instrumento (Gjersing et al. 2010).

Em se tratando de sexualidade, o uso de questionários se constitui como a principal ferramenta para obtenção de dados, sendo o mais indicado, por abordar conteúdos potencialmente embaraçosos. Nas duas últimas décadas, consolidaram-se como instrumentos internacionalmente mais utilizados para rastreio de DS o *Female Sexual Function Index* (FSFI) (Rosen et al., 2000), para as mulheres, e o *International Index of Erectile Function* (IIEF) (Rosen et al., 1997), para os homens. Também internacionalmente, é crescente o desenvolvimento e uso de questionários que avaliam outros aspectos da vida sexual, tais como: satisfação sexual (Meston e Trapnell, 2005),

cognições sexuais (Nobre e Pinto-Gouveia, 2009), assertividade sexual (Loshek e Terrell, 2015), fantasias sexuais (Wilson, 2010), entre outros.

No Brasil, além das versões já validadas do FSFI (Hentschel et al., 2007) e do IIEF (Gonzalez et al., 2013), utiliza-se o Quociente Sexual Masculino (QS-M) (Abdo, 2007) e o Quociente Sexual Feminino (QS-F) (Abdo, 2006) para o rastreio de DS. Apesar da utilidade inquestionável, estes instrumentos se limitam a apontar a presença e o grau de DS e a mensuração de outros aspectos relacionados à função sexual é quase inexistente. Pouco se conhece sobre a sexualidade da população brasileira em termos de opiniões, crenças, valores ou atitudes.

A identificação de cognições disfuncionais (pensamentos e crenças) tem sido apontada na literatura como de fundamental importância no tratamento de todas as DS (Brotto et al., 2016). Neste sentido, Nobre e colaboradores (2003, 2006, 2008, 2009, 2010), por exemplo, têm produzido importantes avanços no reconhecimento de cognições prejudiciais à sexualidade. Entretanto, seus achados ainda não podem ser generalizados ou comparados com outras populações, devido à ausência de instrumentos de pesquisa adequados. Conhecer diferenças socioculturais no tocante à sexualidade é imprescindível, uma vez que as normas e os valores culturais influenciam sobremaneira o comportamento sexual, o sentido atribuído à sexualidade e às dificuldades sexuais (Dobkin et al., 2006; Graham, 2010).

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

- Desenvolver versões com evidências de validade e confiabilidade dos instrumentos Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD), Escala de Pensamentos Automáticos (EPA) e *Sexual Self-Schema Scale* (SSSS) para uso da população brasileira.

### 2.2 Objetivos específicos

- Realizar a adaptação transcultural dos instrumentos EPA, QCSD e SSSS, que contempla:
  - Verificar validade de face e de conteúdo
- Testar as propriedades psicométricas dos instrumentos EPA, QCSD e SSSS, com vistas a:
  - Avaliar a confiabilidade
  - Avaliar a validade de construto

### 3. Métodos

#### 3.1 Referencial teórico-metodológico

A qualidade de um instrumento de medida é um aspecto fundamental para a legitimidade e credibilidade dos resultados em pesquisas científica. Um instrumento de qualidade deve ser válido e confiável (Medeiros et al., 2015). Enquanto validade diz respeito à capacidade do instrumento de fato medir a variável que pretende medir, a confiabilidade está relacionada com a constância ou estabilidade dos resultados obtidos (Hair Jr. et al., 2014).

Conforme será explicado a seguir, há diversos tipos de validade, assim como há formas distintas de se verificar a confiabilidade de um instrumento. A qualidade deste é refletida a partir das evidências de validade (dos diferentes tipos de validade) e da confiabilidade que reúne (Pasqualli, 2010).

O processo de validação tem início com a etapa de adaptação transcultural, que se refere ao procedimento de fazer ajustes linguísticos considerando as questões culturais, a fim de que um instrumento possa ser utilizado em um contexto diferente do qual foi originado. Para assegurar a equivalência conceitual, semântica, linguística e cultural, este procedimento geralmente inclui, pelo menos: tradução, retrotradução, análise por comitê de especialistas/*experts*, elaboração de uma versão síntese e pré-teste (Beaton et al., 2007).

As primeiras evidências de validade, a validade de face e a validade de conteúdo, são analisadas nesta etapa, a partir da formação do comitê de *experts*, que são pessoas especialistas no fenômeno a ser investigado. A validade de face ou validade aparente é a avaliação subjetiva do grau com que o questionário aparentemente mede o que se propõe a

medir. É considerada o tipo mais fraco de validade, porém importante para uma análise inicial (Bolarinwa, 2015). A validade de conteúdo, por sua vez, é a análise qualitativa feita pelos especialistas sobre o quanto cada item reflete o fenômeno de interesse e, dentro daquilo que se propõe investigar, em qual dimensão cada item se insere (Medeiros et al. 2015).

Finalizada a etapa de adaptação transcultural (tradução, retro-tradução, versão síntese e pré-teste), o instrumento deve ser aplicado na população alvo para obtenção de dados que possibilitem as análises estatísticas. O cálculo amostral é feito com base no número de itens do questionário. Recomenda-se um mínimo de 5 respondentes por item (Hair Jr. et al., 2014).

A partir das análises psicométricas, pode-se investigar a validade de construto, que é o tipo de validação que dá significado as pontuações dos testes, pois aponta para a obtenção de evidências de que os itens escolhidos para o construto realmente o representam (Barbero García et al., 2003).

Sobre a validade de construto, Morales Vallejo et al. (2003) enfatizam duas estratégias para comprovação de hipóteses referentes ao construto estudado: a validade convergente e a validade divergente. Na validade convergente, buscam-se relações esperadas com outros instrumentos que medem o mesmo construto ou que medem outros aspectos com os quais se espera que exista uma associação positiva ou negativa. A validade divergente, também chamada de validade discriminante, consiste no grau com que uma medida não se relaciona com outras medidas das quais se supõe que deve divergir.

A análise fatorial (AF) também é indicada como técnica para investigação da validade de construto, sendo considerada fundamental no processo de validação de

instrumentos psicológicos (Damásio, 2012). O princípio da AF é que um grande número de variáveis observadas pode ser explicado por um número menor de variáveis não observadas (latentes). Estas variáveis latentes são chamadas de fatores e são responsáveis pelo fato das variáveis observadas se correlacionarem entre si. Assim, a AF é utilizada para identificar as dimensões subjacentes que representam os construtos teóricos do instrumento (Laros, 2004).

Há dois tipos de AF: análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC). Ambas são utilizadas com objetivo de provar hipóteses anteriormente estabelecidas acerca da estrutura interna do construto investigado (Barbero García, 2003). Quando utilizada com enfoque exploratório (AFE), não se pode estabelecer hipóteses prévias acerca do número de dimensões resultantes do uso da técnica. Quando se concebe hipóteses *a priori* acerca da estrutura subjacente e do número de dimensões, utiliza-se a AFC para confirmar tais hipóteses (Freire, Silva e Macedo, 2013).

Um dos métodos comuns para a extração dos fatores é a Análise de Componentes Principais (PCA). Assim como na AFE tradicional, a PCA busca combinações lineares de variáveis que capturem o máximo da variância das variáveis observadas. Porém, enquanto na AFE tradicional apenas a variância comum é utilizada, na PCA se utiliza toda a variância (Figueredo Filho e Silva Junior, 2010). Hair Jr et al., 2014 enfatizam que, na maioria dos casos, tanto a PCA quanto a AFE comum chegam aos mesmos resultados, mas a PCA é a mais indicada quando o pesquisador está interessado em um resumo empírico do conjunto de dados.

Para interpretação dos resultados, produz-se para cada variável (item) uma carga fatorial (*loading*) que indica quanta covariância existe entre o item e o fator. O valor da

carga fatorial varia entre  $-1$  e  $+1$ , sendo zero indicativo de ausência de covariância. Em análises exploratórias, as cargas fatoriais são consideradas significativas e representativas do fator quando elas excedem 0,30. Quanto mais alto o valor da carga fatorial, mais o item representa o fator, indicando maior qualidade da variável. Cargas entre 0,3 e 0,5 são consideradas razoáveis, entre 0,5 e 0,6 boas, entre 0,6 e 0,7 ótimas e acima de 0,70 excelentes. Quando um item não atinge 0,30, sua exclusão é recomendada (Laros, 2004).

Concluídas as análises com foco em validade, o segundo enfoque psicométrico consiste em avaliações acerca da confiabilidade do instrumento. Para esta finalidade, os dois métodos mais comuns são: a análise da consistência interna e o teste-reteste (Parsian e Dunning, 2009). A análise da consistência interna avalia o quanto os itens do instrumento estão correlacionados e, portanto, estão medindo o mesmo fenômeno. O método mais utilizado para estimá-la é a estatística de *alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ). É importante mencionar que se o instrumento possui duas ou mais subescalas o *alpha* tem que ser computado para cada uma delas (Hair Jr. et al., 2014). O teste-reteste, por sua vez, é estimado a partir da aplicação do mesmo instrumento em uma amostra com os mesmos indivíduos em dois momentos distintos. Uma alta correlação entre os escores obtidos nos momentos distintos indica que o instrumento é estável ao longo do tempo (Parsian e Dunning, 2009).

## **3.2 Instrumentos**

### *3.2.1 Questionário sociodemográfico, clínico e sexual*

Questionário elaborado pelos autores do presente estudo para colher dados sociodemográficos (sexo, idade, residência, etnia, situação conjugal, presença de filhos e

religião), clínicos (história médica e uso de medicação) e sexuais (frequência sexual e histórico de abuso sexual). Este questionário também foi utilizado como uma ferramenta complementar para verificar se o participante atende aos critérios de inclusão do estudo.

### 3.2.2 *Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)*

O QCSD (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003) é um instrumento composto por 40 itens que avaliam um conjunto de estereótipos e crenças sexuais específicas que são referidas na literatura como fatores predisponentes no desenvolvimento de diferentes disfunções sexuais masculinas e femininas (Hawton, 1985; Heiman & LoPiccolo, 1988; Zilbergeld, 1992, 1999). O instrumento é constituído por duas versões, uma masculina e outra feminina, que avaliam crenças específicas de cada sexo. Os indivíduos são solicitados a identificar o grau de concordância com as 40 afirmações relacionadas com diversos temas sexuais, utilizando uma escala de respostas do tipo Likert: de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente).

Na versão feminina, são avaliados seis tipos de crenças:

1. Conservadorismo sexual: crenças de que o coito é o aspecto principal da sexualidade humana. Masturbação, sexo oral ou anal são atitudes erradas. A mulher deve ser passiva e a virgindade é um valor importante para a mulher que ainda não se casou.
2. Prazer como pecado: crenças de que a mulher deve controlar seu desejo e impulso sexual já que o sexo é algo sujo, pecaminoso.

3. Idade/Envelhecimento: crenças de que o desejo, a excitação e o orgasmo são raros, especialmente após a menopausa.
4. Imagem corporal: crenças de que a imagem corporal é um aspecto central para a sexualidade feminina.
5. Afeição: crenças de que o carinho, o amor e a concordância entre os parceiros são o aspecto central da sexualidade humana.
6. Maternidade: crenças de que ser mãe é o maior prazer feminino e que a procriação é o objetivo principal do ato sexual.

Na versão masculina, também são avaliados seis tipos de crenças:

1. Conservadorismo sexual: crenças de que o sexo antes do casamento é errado e o sexo deve ser rápido, sem preliminares, direto ao coito, com a finalidade maior de procriação.
2. Poder feminino: crenças de que a mulher pode ser sexualmente perigosa. Se o homem não controlar seus desejos sexuais, pode ser submetido pela mulher.
3. Machismo: crenças de que o homem deve sempre estar pronto para o sexo e é responsável pelo prazer da mulher. Deve manter a ereção desde o início até o fim da atividade sexual.
4. Satisfação sexual feminina: crenças de que a ereção é fundamental, pois a penetração vaginal é condição necessária para o prazer sexual da mulher.
5. Restrição de repertório sexual: crenças de que fantasias sexuais, sexo oral e anal são errados.

6. Sexo como abuso do poder masculino: crenças de que o sexo é uma violação ou abuso do corpo feminino.

Tanto a versão masculina quanto a versão feminina apresentam correlação teste-reteste satisfatória ( $r = 0,73$  e  $r = 0,80$ , respectivamente), e consistência interna ( $\alpha = 0,93$  para a versão masculina e  $\alpha = 0,81$  para a versão feminina) (Nobre, Pinto Gouveia e Gomes, 2003).

### 3.2.3 *Questionário de modos sexuais (QMS): Escala de Pensamentos Automáticos (EPA)*

Desenvolvido por Nobre e Pinto Gouveia (2003), o QMS é um instrumento constituído por três escalas: Escala de Pensamentos Automáticos (a que será utilizada no presente estudo), Escala de Resposta Emocional e Escala de Resposta Sexual, as quais avaliam os diferentes sistemas do conceito de modo proposto por A. Beck (1996). O questionário possui duas versões, uma feminina e outra masculina.

A subescala de Pensamentos Automáticos (EPA) é constituída por 30 itens (versão masculina) e 33 itens (versão feminina) que avaliam pensamentos verbais e imagens mentais surgidas durante a atividade sexual. Tendo por base diversos estudos clínicos (Dove & Wiederman, 2000; Hawton, 1985; Rosen et al., 1994; Wincze & Barlow, 1997; Zilbergeld, 1999), a escala é constituída por itens representativos de pensamentos e imagens relacionados com estímulos eróticos (foco da atenção na tarefa) e itens representativos de pensamentos e imagens relativas a estímulos não-eróticos (foco da atenção em estímulos não relacionados com a tarefa sexual, habitualmente negativos). A

escala de resposta é do tipo Likert, na qual os participantes devem indicar a frequência com que o pensamento ocorre durante a sua atividade sexual: de 1 (nunca) a 5 (sempre).

A consistência interna das duas versões do questionário é indicada pelos valores do *alfa de Cronbach* ( $\alpha = 0,88$  para a versão masculina e  $\alpha = 0,97$  para a versão feminina). Uma análise de validade convergente mostrou que as subescalas de pensamentos automáticos são significativamente relacionadas às medidas de função sexual. A versão feminina foi relacionada ao FSFI ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ), enquanto a versão masculina foi associada ao IIEF ( $r = 0,60$ ,  $p < 0,05$ ) (Nobre e Pinto Gouveia, 2008).

As duas versões das subescalas de pensamentos automáticos foram submetidas à análise exploratória (Nobre e Pinto Gouveia, 2003). A PCA com rotação *varimax* da versão feminina identificou 6 fatores, explicando 53,1% da variância total:

1. Abuso sexual: pensamentos de estar sendo abusada, desrespeitada ou violada pelo parceiro sexual.
2. Falha e desengajamento: pensamentos de incapacidade e falta de motivação para a atividade sexual.
3. Falta de afeição do parceiro: pensamentos de não estar sendo tratada com carinho e afeição pelo parceiro, durante a atividade sexual. Esta dimensão reflete a dicotomia entre sexo como uma expressão de afeto e sexo como uma atividade física.
4. Passividade sexual e controle sexual: pensamentos de que a mulher deve esperar a iniciativa sexual do homem.
5. Erotismo: pensamentos de conteúdo erótico.
6. Autoimagem negativa: pensamentos de desconforto com a própria imagem.

Na versão masculina, a PCA identificou 5 fatores que explicam 54,7% da variância total:

1. Pensamentos de falha e antecipação: pensamentos de incapacidade sexual, antecipação de consequências negativas da falha sexual.
2. Preocupações com a ereção: pensamentos relacionados à reação do pênis e preocupações com a capacidade de penetração.
3. Idade/envelhecimento: pensamentos de estar ficando velho e suas implicações na atividade sexual e atratividade corporal.
4. Pensamentos negativos sobre sexo: pensamentos conservadores e negativos acerca da sexualidade.
5. Erotismo: pensamentos de conteúdo erótico.

#### 3.2.4 Escala de autoesquema sexual (*Sexual Self-Schema Scale - SSSS*)

Desenvolvida por Hill (2007), esta escala consiste em uma versão aprimorada que combina as versões originais de Andersen e Cyranowski: *Women's Sexual Self-Schema Scale* (1994) e *Men's Sexual Self-Schema Scale* (1999). Inclui 36 adjetivos que devem ser assinalados, numa escala do tipo Likert, com relação à vida sexual: de 1 (em nada me descreve) a 5 (me descreve completamente).

A escala de Hill (2007) tem características psicométricas similares às das escalas originais, com a vantagem de possuir número reduzido de itens e permitir a comparação entre homens e mulheres, já que ambos respondem aos mesmos itens.

A partir de uma análise fatorial, encontrou-se uma solução de três fatores para amostras mistas (homens e mulheres). Os fatores da escala são: amoroso/quente

(*loving/warm*), direto/franco (*direct/outspoken*) e reservado/conservador (*reserved/conservative*). A confiabilidade da escala foi obtida pelo *alfa de Cronbach* para esses fatores (0,89, 0,85 e 0,77, respectivamente) e pelo *alfa* da escala total (0,82). Os primeiros dois fatores correspondem a subescalas positivas, enquanto o último fator é utilizado para mensurar os aspectos negativos, tendo sua pontuação invertida.

### 3.2.5 Quociente sexual: versão feminina (QS-F) e versão masculina (QS-M)

Desenvolvidos e validados no Brasil, são questionários com 10 questões autorresponsivas, que devem ser respondidas numa escala de 0 (nunca) a 5 (sempre). Além da função sexual em geral, os questionários avaliam as etapas do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo) e satisfação sexual.

A versão feminina apresentou excelente consistência interna, tanto do questionário como um todo ( $\alpha = 0,98$ ), como para cada um dos seus domínios (todos com  $\alpha \geq 0,9$ ) (Abdo, 2006). A versão masculina apresentou consistência interna satisfatória para o questionário como um todo ( $\alpha = 0,6$ ) e para os domínios separados (todos com  $\alpha \geq 0,6$ ) (Abdo, 2007). O resultado final de cada versão do questionário se dá pela soma de todos os itens, multiplicada por dois. Assim, os escores variam de 0 a 100, sendo escores  $\leq 60$  indicativos de disfunção sexual em geral.

No QS-F, as DS femininas específicas podem ser avaliadas da seguinte forma:

- Transtorno do interesse/excitação sexual: pontuações  $\leq 2$  nos itens 1, 2 e 3
- Transtorno do orgasmo: pontuações  $\leq 2$  no item 9
- Transtorno da dor gênito-pélica/penetração: pontuações  $\leq 2$  nos itens 6 e 7

No QS-M, as principais DS masculinas são avaliadas como:

- Transtorno do desejo sexual hipoativo: pontuações  $\leq 2$  nos itens 1 e 2
- Transtorno erétil: pontuações  $\leq 2$  nos itens 5, 6 e 7
- Ejaculação precoce: pontuações  $\leq 2$  no item 8

### 3.2.6 *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)*

O FSFI é um instrumento de autorresposta constituído por 19 itens que avaliam os diferentes aspectos da função sexual feminina: desejo e interesse sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual. Estudos psicométricos demonstram a fidedignidade teste-reteste (correlações entre  $r = 0,79$  e  $r = 0,86$ ) bem como a consistência interna do instrumento ( $\alpha > 0,82$ ). A validade discriminante do instrumento foi demonstrada por diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre um grupo clínico e um grupo controle em todas as dimensões avaliadas (Rosen et al., 2000). O instrumento permite calcular índices específicos para cada dimensão, bem como um índice total de função sexual (resultante do somatório das dimensões específicas), com resultados mais elevados indicando melhores índices de função sexual.

Em 2007, o FSFI foi traduzido e validado para o português, apresentando boa confiabilidade de consistência interna tanto para avaliação da escala total ( $\alpha = 0,92$ ), como para avaliação dos domínios específicos (desejo = 0,67; excitação = 0,80; lubrificação = 0,89; orgasmo = 0,87; satisfação = 0,85; dor = 0,86) (Hentschel et al., 2007).

### 3.2.7 *Índice Internacional de Função Erétil – short version (IIEF-5)*

O IIEF é um instrumento de autorresposta constituído por 15 itens que avaliam diferentes dimensões da função sexual masculina: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Estudos psicométricos (Rosen et al., 1997) mostram a consistência interna ( $\alpha > 0,73$ ) das dimensões avaliadas bem como boa fidedignidade teste-reteste ( $r = 0,84$ ). O instrumento permite calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total da função sexual (resultante do somatório das diferentes dimensões avaliadas), com os resultados mais elevados indicando melhores índices de função sexual. Considerado um instrumento “padrão ouro”, o IIEF foi validado em mais de 32 línguas (Rosen et al. 2002). No Brasil, Ferraz e Cicconelli (1998) traduziram e adaptaram a escala para o português. Apesar disso, apenas em 2013 suas propriedades psicométricas foram testadas (Gonzalez et al., 2013), apresentando boa consistência interna tanto para escala total ( $\alpha = 0,89$ ), como os domínios específicos (função erétil = 0,86; função orgásmica = 0,63; desejo sexual = 0,77; satisfação sexual = 0,60; satisfação geral = 0,73).

O IIEF-5 consiste no domínio que avalia disfunção erétil do instrumento original e é composto por 5 itens, favorecendo clara discriminação entre homens com e sem disfunção erétil. Uma análise estatística ROC indicou que 97% dos indivíduos apresentavam o diagnóstico preditivo correto quanto a ter ou não ter DE, apenas com o valor obtido no IIFE-5. O ponto de corte de 21 indicou que, para valores iguais ou menores a 21, os indivíduos eram classificados retrospectivamente como tendo tido DE enquanto que valores superiores a 21 indicam o contrário (correspondendo a uma sensibilidade de 0,98 e a uma especificidade de 0,88). Dos homens que tinham tido DE, 98% tinham sido classificados corretamente pelo IIFE-5, enquanto dos homens que não tinham tido DE a

porcentagem correta foi de 88%. O Kappa de Cohen atingiu 0,85, indicando substancial concordância entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico preditivo. Posteriormente, foi calculado o grau de severidade da DE em 5 categorias baseado no valor obtido no IIFE-5: severo (5-7); moderado (8-11); suave a moderado (12-16); suave (17-21), e não DE (22-25). O valor do Kappa de Cohen foi de 0,82. E as correlações entre os graus de severidade foram respectivamente de 0,79 e 0,72, sugerindo alta associação (Pechorro et al., 2011).

### **3.3 Participantes**

Foram convidados a participar do estudo homens e mulheres com pelo menos 18 anos de idade, brasileiros, alfabetizados, com orientação sexual heterossexual e vida sexual ativa.

Foram excluídos indivíduos portadores de doenças crônicas ou em uso de medicação que afetam a função sexual, mulheres gestantes ou em período de amamentação.

O cálculo amostral foi realizado com vistas a ter 10 respondentes por item, para cada um dos questionários. Considerando que o maior questionário (QCSD) é composto por 40 itens em cada uma de suas versões (feminina e masculina), estimamos, pelo menos: 400 respondentes do sexo feminino e 400 respondentes do sexo masculino, totalizando 800 participantes.

### **3.4 Procedimentos**

#### *3.3.1 Etapa de adaptação transcultural*

No presente estudo, foram adotadas as recomendações propostas por Beaton et. al. (2000, 2007), segundo as quais a adaptação transcultural é composta por seis etapas: (1) tradução dos instrumentos originais, (2) versão síntese das traduções iniciais (3) retrotradução; (4) revisão por comitê de especialistas; (5) pré-teste e (6) submissão da documentação aos desenvolvedores. Para tanto, os consentimentos dos autores dos instrumentos EPA, QCSD e SSSS, Pedro Nobre (Portugal) e Daryl Hill (Estados Unidos), foram solicitados e fornecidos por e-mail pessoal.

Para a tradução inicial (1), dois pesquisadores bilíngues (um profissional da área saúde e outro não) traduziram as escalas de forma independente e, posteriormente, (2) discutiram até obterem uma versão única (síntese) de cada questionário. Na etapa seguinte (3), as versões síntese foram retraduzidas para os idiomas originais por outros dois tradutores bilíngues cujas línguas mães eram o português lusófono (para EPA e QCSD) e inglês (para SSSS). A fim de evitar possíveis vieses, estes tradutores não eram da área da saúde e não estavam familiarizados com o propósito dos instrumentos. Para a etapa seguinte (4), três profissionais da saúde com especialização em sexualidade humana, uma professora de português e os tradutores das etapas anteriores compuseram o comitê de especialistas. O comitê revisou os instrumentos originais, as traduções independentes, as versões síntese e as retrotraduções a fim de assegurar a equivalência (semântica, idiomática e conceitual) entre os instrumentos originais e pré-finais, que foram elaborados por este comitê. O pré-teste (5) foi realizado com 30 pessoas, sendo 15 de uma amostra clínica (pacientes do ProSex com disfunção sexual) e 15 sem disfunção sexual (estudantes e colaboradores Ipq/FMUSP). Após preencherem os questionários, foi solicitado que estes participantes explicassem o que entendiam a partir de cada item, bem como das respostas

possíveis para cada um. Dúvidas, sugestões e dificuldades encontradas pelos participantes foram registradas e *a posteriori* discutidas pelo comitê de especialistas que chegou às versões finais dos questionários. Por fim (6), estas versões foram encaminhadas e aprovadas pelos desenvolvedores dos instrumentos originais.

### 3.3.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de Junho de 2016 a Setembro de 2018 por meio de uma pesquisa *online*, cujo recrutamento dos indivíduos também tem sido *online*, através de mídias sociais (*Facebook* e *Instagram*) e lista de e-mails.

Na divulgação, os critérios de inclusão foram anunciados e os indivíduos que se interessavam em participar do estudo, ao clicarem no *link* disponibilizado no mesmo anúncio de divulgação, eram direcionados para o *site* que hospedava a pesquisa. Na primeira página do *site* os participantes eram informados sobre os objetivos do estudo, além de lhes ser assegurado o anonimato e a participação voluntária na pesquisa. Em seguida, eram direcionados para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, só sendo permitida a participação na pesquisa para os participantes que marcassem SIM para duas questões: “Concordo voluntariamente em participar” e “Declaro ter, no mínimo, 18 anos de idade” (ANEXO A).

Sendo crucial a privacidade e a proteção dos dados dos participantes, adotamos medidas de segurança como criptografia na transmissão de dados (protocolo SSL), proteção do banco de dados e anonimização automática das respostas. Estes cuidados foram tomados com o uso do *LimeSurvey*, uma plataforma gratuita e de código aberto para a criação de questionário que assegura este tipo de serviço.

Ao concordar com a participação, o participante do sexo masculino era direcionado para preencher os instrumentos na seguinte ordem: Questionário sociodemográfico, clínico e sexual; QCSD (versão masculina); EPA (versão masculina); SSSS (versão masculina); QS-M e IIEF-5. Analogamente, a participante feminina preenchia: Questionário sociodemográfico, clínico e sexual; QCSD (versão feminina); EPA (versão feminina); SSSS (versão feminina); QS-F e FSFI. O tempo médio de preenchimento aos questionários era de 15 minutos.

Os dados preenchidos a cada momento eram automaticamente salvos. Assim, era possível o participante interromper temporariamente o preenchimento e, quando desejasse, retomá-lo de onde parou. Para viabilizar o reteste, participantes que forneceram *e-mail* pessoal (campo opcional durante preenchimento de dados) foram convidados a preencher novamente os questionários após 04 semanas consecutivas.

### 3.3.3 Análise de dados

Análises descritivas (frequências absolutas, médias e desvio padrão) dos dados sociodemográficos, clínicos e sexuais foram realizadas com o SPSS<sup>®</sup> versão 20, ao passo as análises psicométricas foram executadas com o R 3.5 (R core team, 2017).

Inicialmente, AFCs foram utilizadas com a finalidade de verificar se os domínios definidos nos questionários originais estavam presentes nas versões brasileiras. Para tanto, as características metodológicas originalmente propostas foram preservadas. Consideramos adequados modelos que tivessem, ao menos, o *Comparative Fit Index* (CFI) igual ou superior a 0,9 e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) menor ou igual a 0,08, à luz das recomendações atuais (Barrett, 2007).

Análises exploratórias foram realizadas mediante método de extração via PCA e com rotação *promax*. A quantidade de fatores a ser retido baseou-se na consideração do critério de Kaiser-Guttman e pela sugestão obtida por uma Análise Paralela com simulação de 1000 repetições de conjuntos de dados e intervalo de confiança percentílico em 95%. O Teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Bartlett foram conduzidos para assegurar as condições mínimas de fatoração. Aceitou-se KMO igual ou superior a 0.5 e Bartlett significativo (Costello e Osborne, 2011; Hair Jr et al. 2014). Também seguindo as recomendações atuais, as variáveis que apresentavam casos ausentes (*missing*) tiveram dados imputados via método da média preditiva (*Predictive Mean Matching*) (Vink, Frank, Pannekoek e van Buuren, 2014).

Como medida de validade convergente, verificamos por meio do teste de *Pearson* as correlações entre os escores obtidos no QCSD, EPA e SSSS com os escores do QS-M e QS-F. Correlações negativas eram esperadas, visto que altas pontuações nos instrumentos em processo de validação representam cognições disfuncionais, enquanto disfunção sexual é indicada por baixas pontuações no QS-M e QS-F.

Para a análise da consistência interna, utilizamos o alfa de *Cronbach* para os instrumentos como um todo, bem como seus domínios. Foram considerados satisfatórios valores do alfa de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,7 (DeVellis, 2012; Hair Jr et al., 2014). Para análise de teste-reteste, a correlação entre as respostas fornecidas na primeira e segunda vez foram calculadas por meio do coeficiente de *Pearson*, sendo valores próximos de 1 indicativos de forte correlação.

## 4. Resultados

### 4.1. Adaptação transcultural

A adaptação dos questionários portugueses (QCSD e EPA) incluiu a modificação da grafia de palavras, tais como: *acto*, *actividade*, *facto*, *controlo*, *erecção*, etc. Também houve mudanças na construção gramatical de alguns itens, visto que em Portugal é mais comum o uso de infinitivo precedido de preposição, enquanto no Brasil utiliza-se o gerúndio com maior frequência (ex: “*Estou a ficar velho*” → “*Estou ficando velho*”, “*Ela não está a ser carinhosa...*” → “*Ela não está sendo carinhosa...*”; “*Não estou a conseguir*” → “*Não estou conseguindo*”; “*Estou a ficar feia*” → “*Estou ficando feia*”; “*Ele está a abusar...*” → “*Ele está abusando*”, etc.). Além disso, alguns termos e palavras foram modificados por serem infrequentes ou inexistentes em nossa cultura, com grande potencial de causar estranhamento ou dificuldade de entendimento na população brasileira. São exemplos destas modificações: “*violentação*” → “*violação*”; “*a melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento...*” → “*a melhor coisa que a mulher pode levar para o casamento...*”; “*potência peniana*” → “*qualidade da ereção*”; “*rapariga pura*” → “*moça pura*”. As versões adaptadas preservaram a mesma quantidade e ordenação dos itens, bem como as possibilidades de resposta, das versões originais.

Para o questionário de língua inglesa (SSSS), houve mudanças na quantidade de itens e no tipo de escala *Likert* utilizada para as respostas. Seis itens (a saber: *soft-hearted*, *outspoken*, *sympathetic*, *revealing*, *self-conscious* e *compassionate*) foram excluídos porque a tradução deles resultava em adjetivos já existentes no questionário ou porque os

especialistas não entraram em consenso acerca da melhor tradução. Situações como estas são previstas na literatura com respaldo para a exclusão de itens já na etapa de adaptação transcultural (Pasqualli, 2010). Adicionalmente, as possibilidades de resposta no questionário original variam em uma escala do tipo Likert de 7 pontos (de 0 = em nada me descreve a 6 = me descreve totalmente). Porque há evidência de que escalas de cinco pontos são mais facilmente compreendidas pelos respondentes, aumentando a possibilidade de resposta destes, e que em termos psicométricos não há diferenças significativas entre escalas de 5 ou 7 pontos (Pasqualli, 2010; Leung, 2011), modificamos as possibilidades de resposta para uma escala de Likert de 5 pontos (de 1 = em nada me descreve a 5 = me descreve totalmente).

#### **4.2. Caracterização da amostra**

Um total de 2.257 pessoas iniciou a participação na pesquisa *online*, mas 1.001 foram os que responderam a todos os questionários. Destes, 590 mulheres e 411 homens. A idade variou de 18 a 71 anos ( $M = 34,6$ ,  $DP = 8,8$ ) para as mulheres, e de 18 a 76 ( $M = 35,2$ ,  $DP = 9,8$ ) para os homens.

Contamos com participantes de todos os estados do Brasil, mas conforme apresentado na Tabela 1, a maioria deles reside nas regiões Nordeste e Sudeste do País. Também é possível observar que a maior parte dos participantes tem ensino superior completo, é caucasiano-branca, católica, não tem filhos e está em um relacionamento fixo. Para o reteste, 65 mulheres e 52 homens desta mesma amostra preencheram o questionário duas vezes, em um intervalo de quatro semanas.

**Tabela 1: Dados sociodemográficos**

	Homens (n = 411)	Mulheres (n = 590)
<b>Idade</b>	M (SD)	
	35,2 (DP = 9,8)	34,6 (DP = 8,8)
<b>Escolaridade</b>	N (%)	
Ensino fundamental	2 (0,5%)	3 (0,5%)
Ensino médio	64 (15,6%)	48 (8,1%)
Ensino superior	345 (83,9%)	539 (91,4%)
<i>Missing</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Região do País</b>	N (%)	
Norte	21 (5,1%)	7(1,2%)
Nordeste	176 (42,8%)	248 (42,1%)
Centro-Oeste	17 (4,1%)	17 (2,8%)
Sudeste	170 (41,4%)	246 (41,7%)
Sul	27 (6,6%)	70(11,9%)
<i>Missing</i>	0(0%)	2 (0,3%)
<b>Etnia</b>	N (%)	
Caucasiano/branco	279 (67,9%)	390 (66,1%)
Negro	28 (6,8%)	22 (3,7%)
Pardo	86 (20,9%)	156 (26,4%)
Oriental	4 (1,0%)	9 (1,5%)
Indígena	2 (0,5%)	1 (0,2%)
Outro	10 (2,4%)	10 (1,7%)
<i>Missing</i>	2 (0,5%)	2 (0,3%)
<b>Religião</b>	N (%)	
Católico(a)	159 (38,7%)	260 (44,1%)
Evangélico(a)/protestante	26 (6,3%)	57 (9,7)
Espírita	29 (7,1%)	93 (15,8%)
Outra	35 (8,5%)	33 (5,6%)
Sem religião	160 (38,9%)	136 (23,1%)
<i>Missing</i>	2 (0,5%)	11 (1,9%)
<b>Relacionamento</b>	N (%)	
Solteiro(a)	99 (24,1%)	123 (20,8%)
Casado(a) ou morando junto	183 (44,5%)	268 (45,4%)
Namorando	109 (26,5%)	163 (27,6%)
Em um relacionamento aberto	14 (3,4%)	12 (2,0%)
Outro	2 (0,5%)	11 (1,9%)
NA	4 (1,0%)	13 (2,2%)
<b>Tempo de relacionamento</b>	N (%)	
Menos de um ano	36 (8,8%)	49 (8,3%)

Entre 1 e 5 anos	116 (28,2%)	152 (25,8%)
Entre 5 e 10 anos	61 (14,8%)	107 (18,1%)
Acima de 10 anos	91 (22,1%)	123 (20,8%)
<i>Missing</i>	107 (26,0%)	159 (26,9%)
<b>Filhos</b>	<b>N (%)</b>	
Sim	134 (32,6%)	190 (32,2%)
Não	276 (67,2%)	395 (66,9%)
<i>Missing</i>	1 (0,2%)	5 (0,8%)

De acordo com os dados referentes à sexualidade do “Questionário sociodemográfico, clínico e sexual”, 70,1% (n = 414) das mulheres e 70,5% (n = 290) dos homens referem conversar com o (a) parceiro (a) sobre sexo. Destes, 18,1% (n = 75) das mulheres 15,5% (n = 45) dos homens, respectivamente, afirmam se sentir envergonhados ou constrangidos ao fazer isso. Com relação a experiências abusivas ou traumáticas relacionadas à sexualidade, 22% (n = 130) das mulheres e 7,3% (n = 30) dos homens refere já ter tido. Para as mulheres, os relatos mais comuns sobre estas experiências foram de estupro e abuso sexual na infância. Para os homens, abuso sexual na infância.

A partir dos questionários brasileiros que rastreiam disfunção sexual (QS-F e QS-M), as disfunções sexuais femininas e masculinas mais frequentes são apresentadas na Tabela 2.

**Tabela 2: Disfunções sexuais de acordo com QS-F e QS-M**

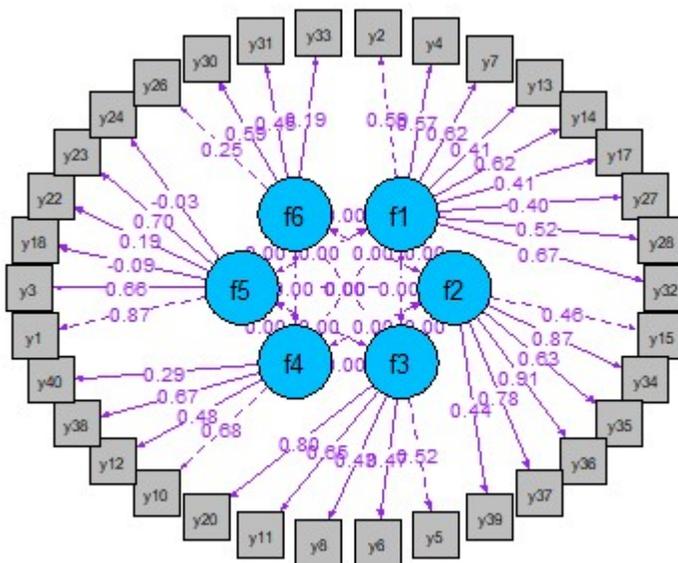
Transtornos sexuais femininos (N= 590)	N	%
Transtorno do interesse/excitação sexual	77	13,0
Transtorno da dor gênito-pélvica	65	11,0
Transtorno de orgasmo	123	20,8
Transtornos sexuais masculinos (N = 411)	N	%
Transtorno do desejo hipoativo	15	3,7

Transtorno erétil	37	9,0
Ejaculação precoce	74	18,0

### 4.3. Análise psicométrica: QCSD

#### *QCSD - versão feminina*

Para a versão feminina do QCSD, foi realizada inicialmente uma AFC (Figura 6), alocando os itens aos seus respectivos fatores em uma análise similar à original (rotação ortogonal, estimação por verossimilhança). Esse processo teve como objetivo verificar a plausibilidade do modelo teórico original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes., 2003) com os dados coletados durante a pesquisa.



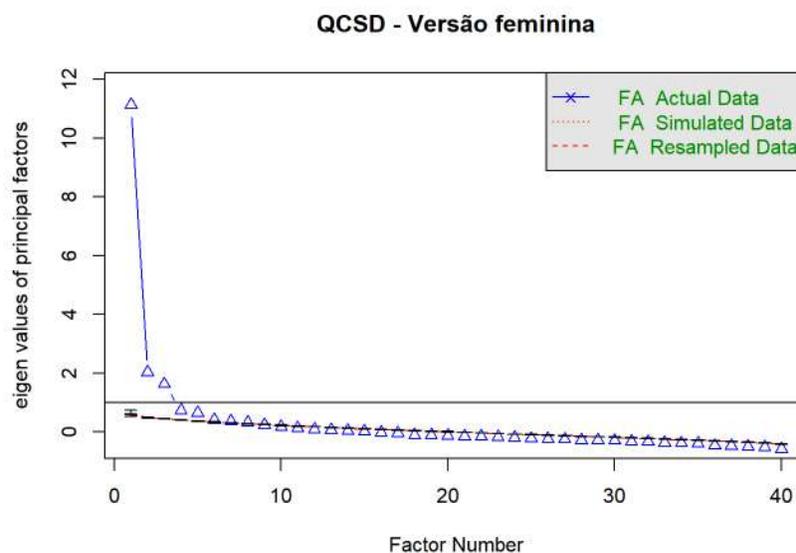
**Figura 6: Estrutura fatorial proposta originalmente QCSD versão feminina**

Os resultados impossibilitaram a utilização do modelo teórico originalmente proposto  $\chi^2(527) = 5166.022$ ,  $p < 0.001$ , CFI = 0.461, TLI 0.426 e RMSEA = 0.122.

Situações como essa são frequentemente em psicometria e, no que se refere ao QCSD, os outros autores que realizaram estudo de validação do instrumento também encontraram disparidades (Abdolmanafi et al., 2015; Nimbi et al., 2018a).

Dessa maneira, em consonância ao previamente realizado por outros autores, a estrutura fatorial do QCSD foi explorada por um método de extração por PCA com rotação oblíqua (Nimbi et al., 2018a). A fim de verificar a adequação dos itens ao procedimento fatorial, realizou o Teste de KMO e o Teste de Bartlett. O KMO teve resultado de 0,9 e o Bartlett foi de 5402.6 e significativo ( $p < 0.001$ ), indicando a possibilidade de realizar análises fatoriais nos dados.

Como critério de seleção de itens e fatores, cada fator deveria ser composto por, no mínimo, 3 itens com cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,3 (Costello e Osborne, 2011). Itens em dois fatores foram preservados naquele com maior carga, conforme realizado para validação do instrumento original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes., 2003). A quantidade de fatores foi definida a partir de uma Análise Paralela com 1000 permutações.



**Figura 7. Gráfico de sedimentação QCSD versão feminina**

No total, 5 fatores foram obtidos (Figura 7 e 8). Eles representam 49,78% da variância e seus itens estão dispostos, bem como o desenho estrutural, estão expostos na Tabela 3. Nomeamos e interpretamos os fatores extraídos conforme abaixo:

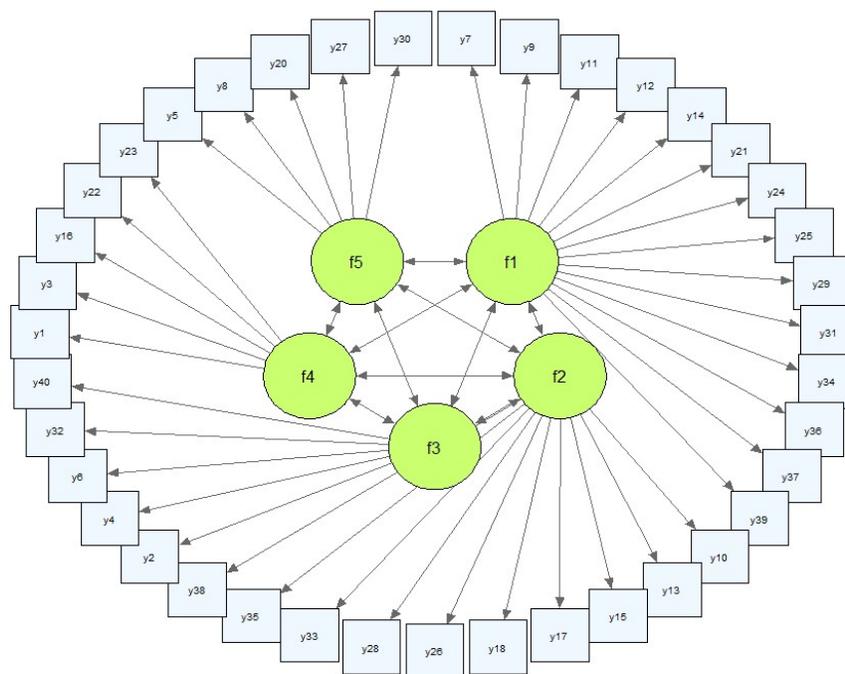
- Fator 1 – “Normatização dos papéis de gênero”: crenças sobre o que é atribuição/função de cada gênero e o que é natural para o homem e para a mulher.
- Fator 2 – “Atividade sexual”: crenças sobre o que é certo ou errado no contexto sexual e o que proporciona satisfação sexual.
- Fator 3 – “Pureza feminina”: crenças sobre o que é próprio para uma "mulher de respeito" em contraste com as condutas de uma "mulher vulgar", sendo considerada virtuosa a restrição de práticas e comportamentos sexuais femininos.
- Fator 4 – “Afeição”: crenças de que o carinho e o amor entre os parceiros são o aspecto central da prática sexual.
- Fator 5 – “Envelhecimento”: crenças de que com a maturidade (após a menopausa) a mulher deixa de experimentar desejo, orgasmo e satisfação sexual.

Conforme os critérios adotados para a eliminação de itens, o item 19 (“*o sucesso de uma carreira profissional exige o controle do desejo sexual*”) foi o único que apresentou resultado inferior ao estipulado (carga fatorial  $< 0,3$ ), o que também ocorreu no estudo original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes., 2003), bem como no trabalho italiano sobre o mesmo instrumento (Nimbi et al., 2018a). Considerando a validade convergente, os escores totais do QCSD apresentaram correlação negativa com os escores do QS-F ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,05$ )

**Tabela 3. Resultados fatoriais do QCSD - versão feminina**

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
36-Ter prazer durante uma relação sexual não é certo para uma mulher de respeito	0,899				
34-Sexo só deve acontecer por iniciativa do homem	0,846				
11-Na cama quem manda é o homem	0,762				
14-O homem é quem deve iniciar qualquer atividade sexual	0,697				
25- A mulher que inicia uma relação sexual não se dá o respeito	0,679				
12- Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente ativa	0,636				
29- Se a mulher se soltar sexualmente fica totalmente nas mãos do parceiro	0,631				
21- Os homens só prestam atenção em mulheres jovens e bonitas	0,593				
37- Uma boa mãe deve controlar seus impulsos sexuais	0,587				
7- A masturbação não é apropriada para uma mulher de respeito	0,553				
24-No sexo tudo é permitido desde que os parceiros estejam de acordo	0,482				
31-As melhores emoções que uma mulher pode ter são os prazeres da maternidade	0,414				
39-Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris tem problemas	0,357				
9-Existem várias formas de ter prazer e chegar ao orgasmo	-0,42				
13-Orgasmo é coisa de homem e não de mulher		0,831			
26-O sexo só é correto como forma de procriação (para ter filhos)		0,811			
15-Sexo é sujo e pecaminoso		0,773			
35-Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)		0,582			
28-Sexo oral é uma grande perversão		0,578			
18-O objetivo do sexo é satisfazer o homem		0,542			
17-O orgasmo só é possível através da penetração vaginal		0,497			
38-Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente seu companheiro		0,474			

10-Mulheres pouco atraentes (fisicamente) não podem se satisfazer sexualmente	0,448
33-Na cama quem manda/comanda é a mulher	0,342
4-A melhor coisa que uma mulher pode levar para o casamento é a virgindade	0,712
2-Se masturbar é errado	0,699
40-Uma moça pura não tem relações sexuais	0,607
6-Fantasia sexual é coisa de mulher vulgar	0,532
32-Sexo anal é uma atividade doentia	0,521
1-O amor é essencial para uma boa relação sexual	0,789
3-O mais importante no sexo é o afeto entre os parceiros	0,75
23-Sexo sem amor é como comida sem sabor	0,719
22-O sexo é uma atividade pura e bonita	0,576
16-O orgasmo simultâneo (ao mesmo tempo) dos parceiros é muito importante para a satisfação sexual	-0,402
5-Depois da menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	0,751
8-Depois da menopausa a mulher não consegue mais atingir o orgasmo	0,737
20-Com a idade a mulher deixa de ter prazer com o sexo	0,517
30-Ser sorridente e simpática para os homens pode ser perigoso	0,39
27-Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	0,304



**Figura 8. Estrutura fatorial após investigação exploratória do QCSD - versão feminina**

A estimativa de confiabilidade pelo reteste apresentou resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) para o questionário como um todo ( $r = 0,72$ ), evidenciando que o instrumento apresenta boa estabilidade ao longo do tempo.

A consistência interna para cada fator extraído e os itens que os compõem são apresentados na Tabela 4. O primeiro fator, “*Normalização dos papéis de gênero*” teve *alpha de Cronbach* de 0,85, o segundo, “*Atividade sexual*”, teve resultado de 0,78. O terceiro, “*Pureza feminina*”, teve *alpha* de 0,74. O quarto, nomeado de “*Afeição*” teve *alpha* de 0,4. O quinto, “*Envelhecimento*” teve *alpha* de 0,64. O instrumento como um todo teve um *alpha* de 0,86. Apesar do fator “*Afeição*” ter tido um *alpha* baixo, no geral, os resultados do instrumento são confiáveis.

**Tabela 4. Sumários dos resultados psicométricos do QCSD - versão feminina**

Fator	Qtde	Itens	Var. <sup>1</sup>	Alpha
Normatização dos papéis de gênero	14	7, 9, 11, 12, 14, 21, 24, 25, 29, 31, 34, 36, 37, 39	0.4	0.9
Atividade sexual	10	10, 13, 15, 17, 18, 26, 28, 33, 35, 38	0.2	0.8
Pureza feminina	5	2, 4, 6, 32, 40	0.2	0.7
Afeição	5	1, 3, 16, 22, 23	0.1	0.4
Envelhecimento	5	5, 8, 20, 27, 30	0.1	0.6

<sup>1</sup>Var refere-se à variância explicada pelo fator

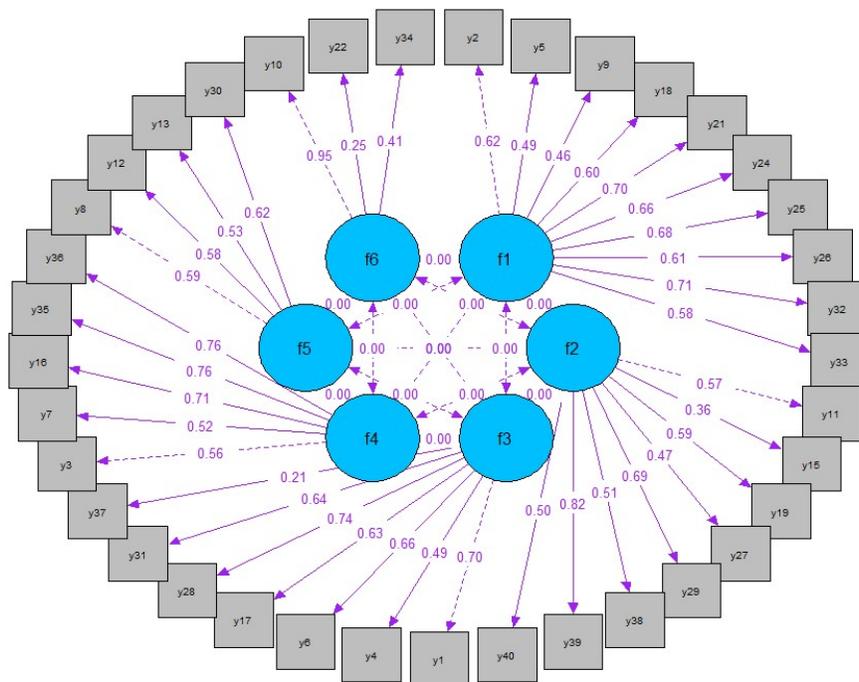
Por fim, uma síntese dos principais achados nos estudos já publicados sobre a validação do QCSD (versão feminina) é apresentada na Tabela 5. É importante mencionar que todos utilizaram PCA para extração de fatores e que nenhuma das versões adaptadas para outras culturas (Abdolmanafi et al., 2015; Nimbi et al., 2018a) apresenta estrutura fatorial ou composição de itens por fator igual à versão original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003).

**Tabela 5. Síntese dos estudos de validação do QCSD – versão feminina**

Autor, ano	Local	Amostra	Resultados psicométricos
Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003	Portugal	N = 201 M idade = 24,4 (18 – 55 anos)	6 fatores, 40 itens $\alpha = 0,81$
Abdolmanafi et al., 2015	Irã	N = 226 M idade = 29,8 (18 – 54 anos)	6 fatores, 34 itens $\alpha = 0,82$
Nimbi et al., 2018a	Itália	N = 587 M idade = 29,1 (18 – 72 anos)	4 fatores, 29 itens $\alpha = 0,83$

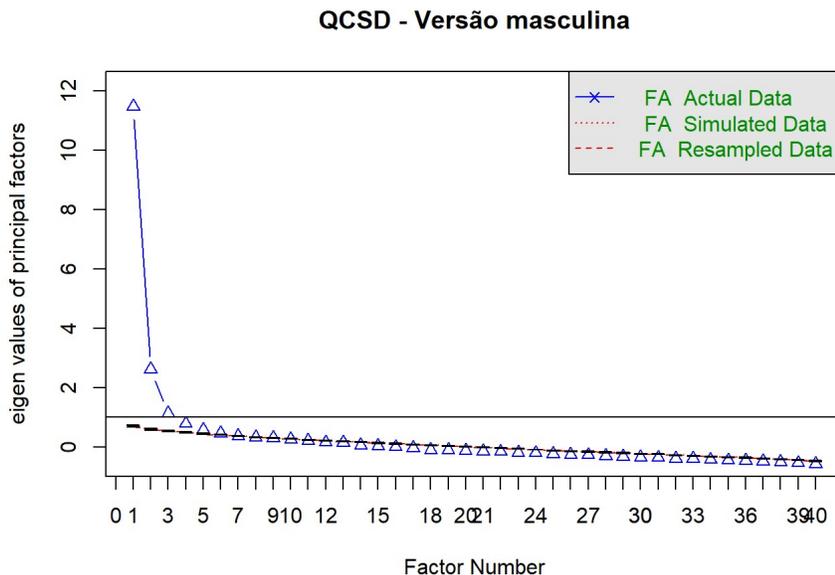
*QCSD - versão masculina*

Uma vez que a o instrumento original refere uma estrutura composta por 6 fatores (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003), este modelo foi investigado de maneira confirmatória. Novamente, essa análise preservou a metodologia inicialmente empregada.



**Figura 9. Estrutura fatorial proposta originalmente QCSD - versão masculina**

De maneira análoga ao encontrado na versão feminina, e assim como nos estudos iraniano e italiano de validação deste instrumento (Abdolmanafi et al., 2015; Nimbi et al., 2018a), o modelo teórico não pode ser confirmado pelos resultados empíricos:  $\chi^2(629) = 4044.141$ ,  $p < 0.001$ , CFI = 0.471, TLI = 0.471, RMSEA = 0.115. Como previamente realizado à versão feminina, a Análise Paralela, com 1.000 reposições, foi utilizada para averiguar a quantidade de fatores a ser retida.



**Figura 10. Gráfico de sedimentação QCSD - versão masculina**

A análise dos resultados permitiu a eleição e cálculo de uma solução com três fatores (Figuras 10 e 11), sendo 43% da variância total atribuída a estes. Nomeamos e interpretamos estes fatores conforme abaixo:

- Fator 1 – “Normatização dos papéis de gênero”: crenças sobre o que é atribuição/função de cada gênero e o que é natural para o homem e para a mulher.
- Fator 2 – “Atividade sexual”: crenças sobre o que é certo ou errado no contexto sexual e o que proporciona satisfação sexual.
- Fator 3 – “Controle sexual”: crenças de que é importante controlar/reprimir os instintos sexuais, pois "entregar-se" sexualmente pode ser perigoso.

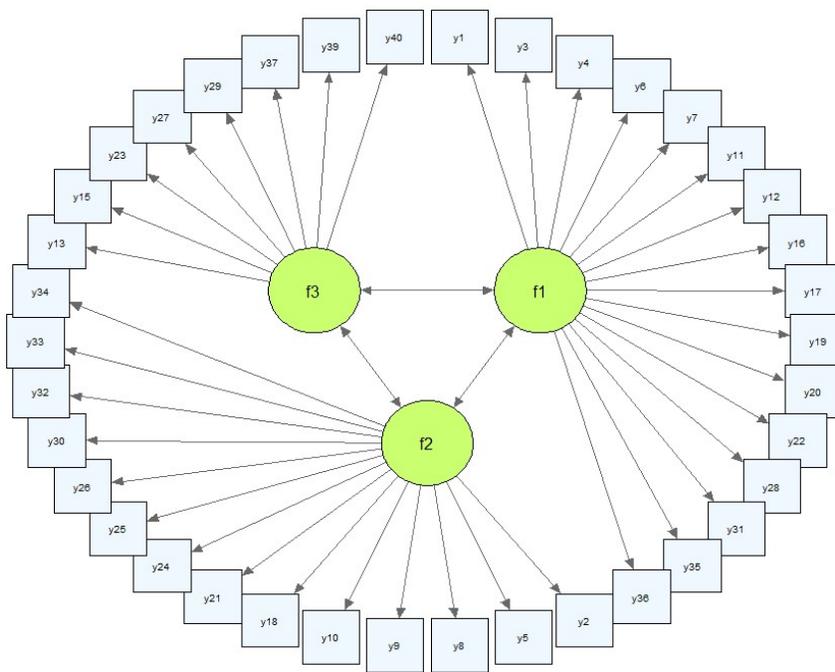
Devido a cargas fatoriais inferiores a 0,3, os itens 14 (“*Existem regras universais sobre o que é normal durante uma relação sexual*”) e 38 (“*Um “homem de verdade” não precisa de muito estímulo para atingir o orgasmo*”) foram excluídos. O item 14 também

não se mostrou aceitável no estudo original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003) e no italiano (Nimbi et al., 2018a). Da mesma forma, no estudo italiano o item 38 foi excluído (Nimbi et al., 2018a). Como medida de validade convergente, os escores totais do QCSD apresentaram correlação negativa com os escores do QS-M ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,05$ )

**Tabela 6. Resultados fatoriais do QCSD - versão masculina**

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3
31-O homem de verdade deve ser capaz de manter o pênis ereto e endurecido até ao final de uma relação sexual	0,826		
36-Um homem de verdade deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	0,816		
35-Um homem que não satisfaz sexualmente a mulher é um fracassado	0,784		
6-Um homem de verdade deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	0,718		
3-A ereção do pênis é essencial para a satisfação sexual da mulher	0,677		
16-Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	0,662		
22-A qualidade da ereção é o que mais satisfaz as mulheres	0,638		
1-Um homem de verdade tem relações sexuais com grande frequência	0,623		
11-As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	0,623		
28-Um homem de verdade está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	0,596		
19-O corpo da mulher é a sua maior arma	0,587		
20-Uma mulher pode deixar de amar um homem se ele não for capaz de satisfazê-la sexualmente	0,521		
4-A homossexualidade é uma doença	0,435		
17-No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	0,426		
7-A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando ele não consegue ter ereção durante o ato sexual	0,424		
12-As mulheres só prestam atenção em homens jovens e bonitos	0,364		
5-A mulher não tem outra opção a não ser entregar-se	0,327		

sexualmente ao poder do homem	
32-Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	0,823
25-O sexo só é correto como forma de procriação (para ter filhos)	0,797
18-Numa relação tudo o que vai além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	0,708
26-No sexo, quanto mais rápido melhor	0,695
2-O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	0,694
30-Sexo anal é uma atividade doentia	0,667
21-O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	0,622
10-O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	0,621
33-Ter relações sexuais antes do casamento é pecado	0,609
24-Preliminares sexuais são uma perda de tempo	0,582
34-Sexo é uma violação do corpo da mulher	0,569
8-A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	0,39
9-A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	0,386
29-Se o homem se deixar levar sexualmente fica totalmente nas mãos da mulher	0,733
27-Quem não controla os seus desejos sexuais é mais facilmente controlado pelos outros	0,688
23-O sucesso de uma carreira profissional exige o controle do desejo sexual	0,616
39-Uma mulher no seu auge sexual consegue do homem tudo o que quiser	0,547
13-Não é certo ter fantasias sexuais durante uma relação sexual	0,421
40-Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	0,37
37-Sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	-0,363



**Figura 11. Estrutura fatorial após investigação exploratória do QCSD - versão masculina**

A estimativa de confiabilidade pelo reteste apresentou resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) para o questionário como um todo ( $r = 0,82$ ), indicando que a versão masculina é bastante estável ao longo do tempo.

Os itens e a consistência interna de cada fator e é apresentada na Tabela 7. O primeiro fator, “*Normalização dos papéis de gênero*” teve *alpha* de 0,92, o segundo, “*Atividade sexual*”, teve resultado também de 0,90. O terceiro, “*Controle sexual*”, teve *alpha* de 0,71. O instrumento como um todo teve  $\alpha = 0,94$ , que é considerado excelente.

**Tabela 7. Sumários dos resultados psicométricos do QCSD - versão masculina**

Fator	Qtde	Itens	Var. <sup>2</sup>	Alpha
Normalizaçã o dos papéis de gênero	16	1,3,4,5,6,7,11,12,16,17,19,20,22,28,31,35,36	0.4	0,9

Atividade sexual	14	2,8,9,10,18,21,24,25,26,30,32,33,34	0.4	0,9
Controle sexual	8	13,23,27,29,37,39,40	0.2	0,7

2 Var refere-se à variância explicada pelo fator

Os principais achados nos estudos já publicados sobre a validação do QCSD (versão masculina) encontram-se na Tabela 8. Conforme apresentado para a versão anterior, nenhuma das versões masculinas adaptadas para outras culturas apresentou estrutura fatorial ou composição de itens nos fatores igual à versão original (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003).

**Tabela 8. Síntese dos estudos de validação do QCSD – versão masculina**

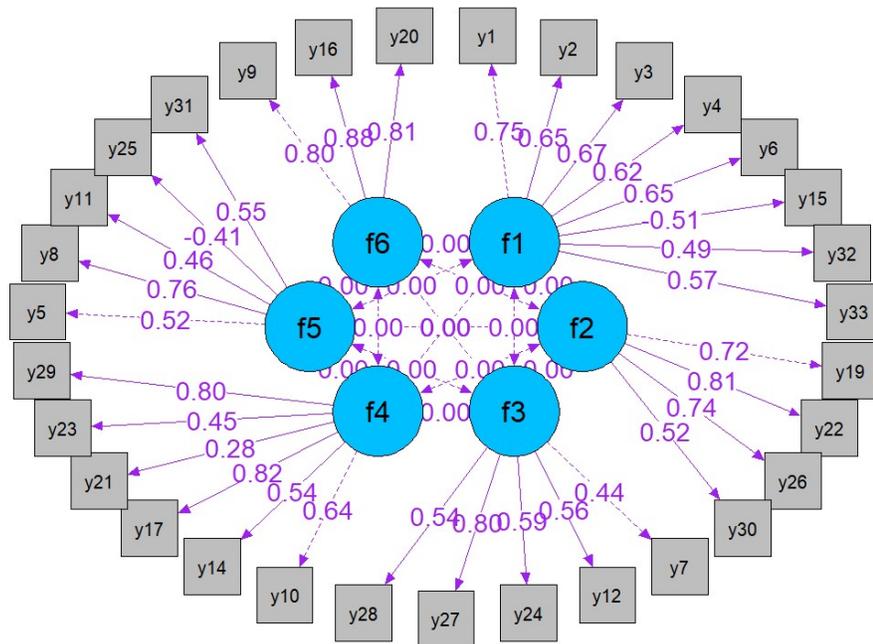
Autor, ano	Local	Amostra	Resultados psicométricos
Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003	Portugal	N = 255 M idade = 30,6 (18 – 56 anos)	6 fatores, 40 itens $\alpha = 0,93$
Abdolmanafi et al., 2015	Irã	N = 161 M idade = 30,7 (20 – 50 anos)	6 fatores, 37 itens $\alpha = 0,84$
Nimbi et al., 2018a	Itália	N = 422 M idade = 31,5 (18 – 76 anos)	3 fatores, 29 itens $\alpha = 0,88$

#### 4.4. Análise psicométrica: EPA

##### EPA – versão feminina

Em sua versão feminina, a EPA apresenta seis dimensões: “*Sexual Abuse Thoughts*” “*Failure and Disengagement Thoughts*”, “*Partner’s Lack of Affection*”, “*Sexual Passivity and Control*”, “*Erotic Thoughts*” e “*Low Self-Body Thoughts*”. Inicialmente, a

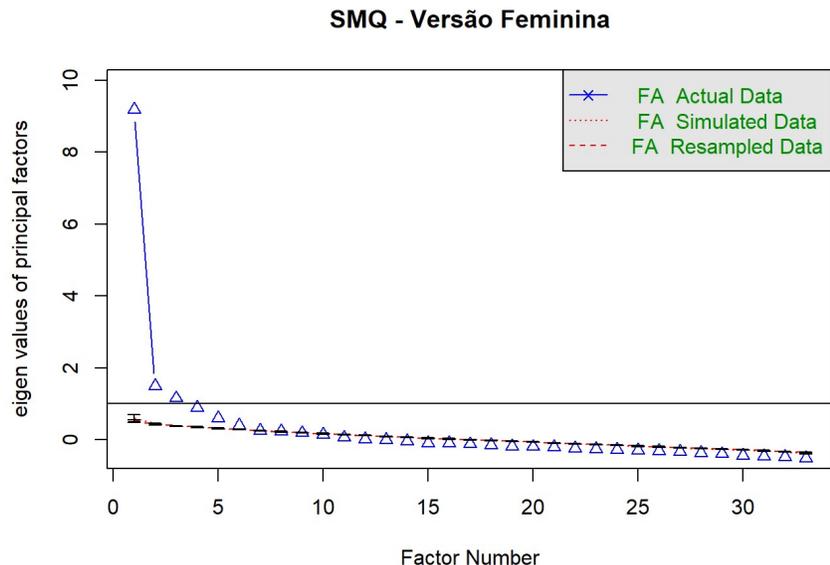
AFC visou confirmar esse modelo teórico com os dados coletados empiricamente (Figura 12). Tal como realizado na versão original, os itens 5, 8, 11, 25 e 31 tiveram suas pontuações invertidas.



**Figura12. Estrutura fatorial proposta originalmente EPA - versão feminina**

Os resultados do modelo confirmatório (preservando as análises originais) indicaram que o modelo não poderia ser considerado aderente. Os resultados foram  $X^2(434) = 2853.329$ ,  $p < 0.001$ , CFI = 0.656, TLI = 0.631, RMSEA = 0.097 e SRMR = 0.234.

De posse de tal resultado, explorou-se a possibilidade dimensional a partir de uma Análise Paralela, que sugeriu uma solução com seis fatores, tal como abaixo exposto pelas Figuras 13 e 14.



**Figura 13. Gráfico de sedimentação EPA (SMQ) – versão feminina**

Os fatores obtidos explicam 55% da variância total, o que é virtualmente idêntico ao resultado encontrado no estudo Italiano (Nimbi et al., 2018b) e superior ao estudo original (Nobre e Pinto-Gouveia., 2003). Conforme explicado abaixo, os fatores encontrados preservam modelo teórico semelhante ao original. Os itens que compõem cada fator e suas cargas fatoriais encontram-se na Tabela 9.

- Fator 1 – “Abuso sexual”: pensamentos de estar sendo usada, abusada, desrespeitada ou violada pelo parceiro sexual.
- Fator 2 – “Falha e desengajamento”: pensamentos de incapacidade e falta de motivação para a atividade sexual.
- Fator 3 – “Passividade e controle sexual”: pensamentos de que a mulher deve esperar a iniciativa sexual do homem e que deve controlar/reprimir sua vontade e desejo sexual.

- Fator 4 – “Autoimagem negativa”: pensamentos de desconforto com a própria imagem
- Fator 5 – “Falta de atenção do parceiro”: pensamentos de não estar sendo tratada com carinho e afeição pelo parceiro, durante a atividade sexual. Esta dimensão reflete a dicotomia entre sexo como uma expressão de afeto e sexo como uma atividade física.
- Fator 6 – “Pensamentos eróticos”: pensamentos de conteúdo erótico que facilitam a excitação sexual

**Tabela 9. Resultados fatoriais do EPA- versão feminina**

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
1-Ele está abusando de mim	0,887					
4-Ele só pensa em sexo	0,812					
6-Ele está violentando o meu corpo	0,827					
3-A única coisa que ele quer é se satisfazer	0,649					
28-Ele só gosta de mim se eu for boa na cama	0,648					
2-Como é que vou sair dessa situação?	0,494					
30-Só faço isto porque ele me pediu	0,473					
33-Se eu recusar o sexo ele vai me trair	0,401					
18-Ele só faz aquilo que eu peço quando quer fazer sexo	0,353					
15-Isto é nojento	0,376					
22-Não consigo sentir nada		0,9				
19-Não estou conseguindo		0,81				
26-Quando isto vai acabar?		0,703				
17-Não devo ter a iniciativa para			0,969			

o sexo		
29-Tenho que esperar que ele tome o primeiro passo	0,935	
10-Se me soltar ele vai achar que sou vulgar	0,679	
14-Não devo mostrar que estou interessada	0,522	
9-Estou ficando gorda/feia	0,878	
16-Já não sou mais tão bonita	0,868	
20-Não me sinto fisicamente atraente	0,844	
13-Não estou satisfazendo meu parceiro	0,457	
21-Isto não pode ser planejado	0,31	
12-Ele não está sendo carinhoso como costumava ser		0,686
24-Por que é que ele não me beija?		0,634
27-Se ao menos ele me dissesse coisas românticas...		0,66
28-Ele só gosta de mim se eu for boa na cama		0,543
23-Não quero sair magoada daqui		0,501
3-A única coisa que ele quer é se satisfazer		0,464
5-Esta forma de falar me excita		0,728
8-Estes movimentos e posições são maravilhosos		0,773
11-Fazer amor é maravilhoso		0,503
25-Meu corpo o deixa louco (excitado)		0,605
31-Sou a mulher mais feliz do mundo		0,473

Os resultados tiveram convergência parcial à estrutura psicométrica originalmente proposta. Na dimensão que se refere à “Abuso sexual”, por exemplo, os itens 1 (“*Ele está abusando de mim*”), 2 (“*Como é que vou sair dessa situação*”), 3 (“*A única coisa que ele*

quer é se satisfazer”), 4 (“Ele só pensa em sexo”), 6 (“Ele está violentando o meu corpo”), 15 (“Isto é nojento”) e 33 (“Se eu recusar sexo ele vai me trair”) também foram alocados nessa dimensão na época do estudo original. Entretanto, no presente estudo, essa dimensão também teve o item 30 (“Só faço isto porque ele me pediu”) e o 18 (“Ele só faz aquilo que eu peço quando quer fazer sexo”). No estudo original de validação, estes itens foram alocados em outro fator (“*Failure and Disengagement Thoughts*”).

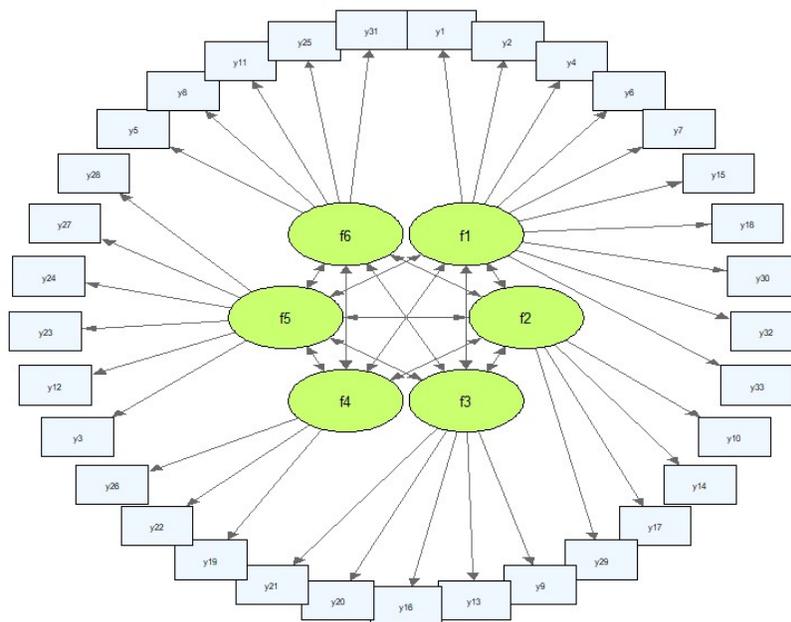
Os escores totais da EPA mostraram correlação negativa com os escores do QS-F ( $r = -0,66$ ;  $p < 0,05$ ), indicando que quanto mais pensamentos disfuncionais, pior a função sexual.

O reteste indicou ótima estimativa de confiabilidade ( $r = 0,8$ ;  $p < 0,05$ ). Em relação à consistência interna, o Coeficiente *alpha* de Cronbach para o fator “Abuso sexual” foi de 0,85, para o fator “Passividade e controle sexual” foi de 0,81, para o fator de “Autoimagem negativa” foi de 0,8, para o fator “Falha e desengajamento” foi de 0,8, para o fator “Falta de atenção do parceiro” foi de 0,81 e para o fator “Pensamentos eróticos” foi de 0,69. Como um todo, a escala apresenta *alpha* de 0,92. A Tabela 10 apresenta o sumário dos resultados obtidos para este instrumento neste estudo. A Tabela 11 faz uma síntese dos principais achados dos estudos já publicados sobre a validação deste instrumento.

**Tabela 10. Sumários dos resultados psicométricos do EPA – versão feminina**

Fator	Qtde	Itens	Var. <sup>2</sup>	Alpha
Abuso sexual	10	1,2,4,6,7,15,18,30,32,33	0,2	0,9
Passividade e controle sexual	4	10,14,17,29	0,2	0,8
Autoimagem negativa	5	9,13,16,20,21	0,2	0,8
Falha e desengajamento	3	19,22,26	0,2	0,8
Falta de atenção do parceiro	6	3,12,23,24,27,28	0,2	0,8

Pensamentos eróticos	5	5,8,11,25,31	0,1	0,7
----------------------	---	--------------	-----	-----



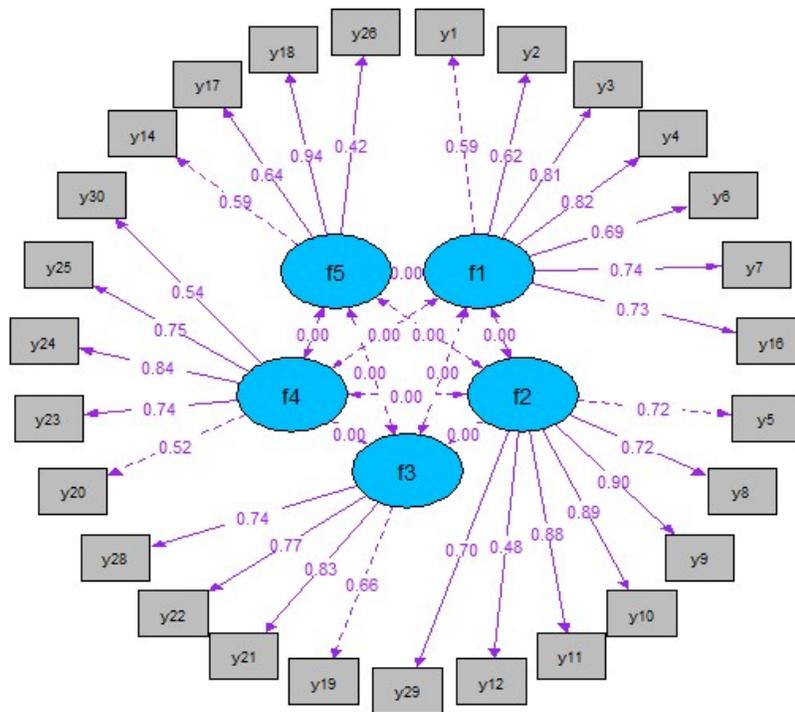
**Figura 14. Estrutura fatorial proposta à EPA versão feminina**

**Tabela 11. Síntese dos estudos de validação do EPA – versão feminina**

Autor, ano	Local	Amostra	Resultados psicométricos
Nobre e Pinto Gouvea, 2003	Portugal	N = 201 M idade = 24,4 (18 – 55 anos)	6 fatores, 33 itens $\alpha = 0,86$
Abdolmanafi et al., 2017	Irã	N = 224 M idade = 29,8 (18 – 54 anos)	6 fatores, 30 itens $\alpha = 0,83$
Nimbi et al., 2018b	Itália	N = 626 M idade = 28,7 (18 – 72 anos)	6 fatores, 29 itens $\alpha = 0,80$

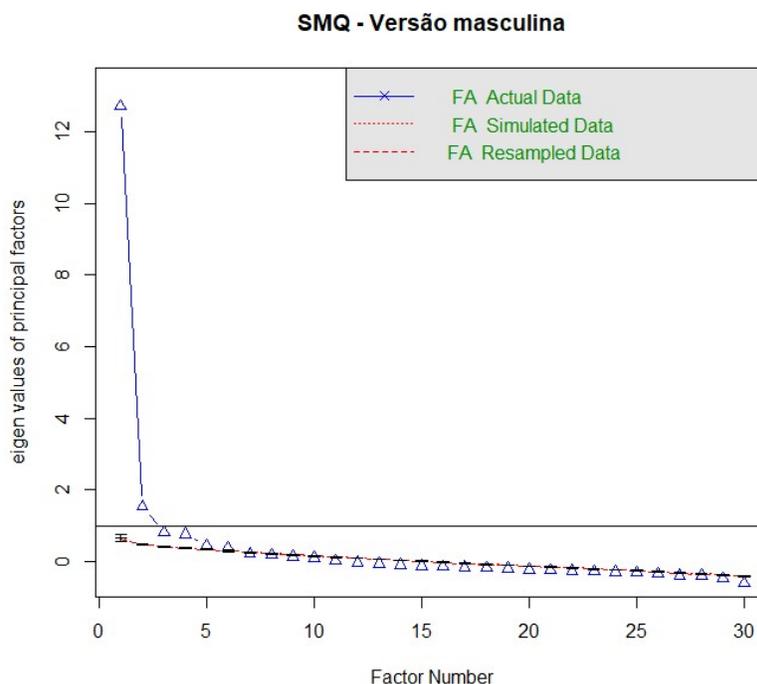
EPA – versão masculina

Na versão masculina, a EPA é originalmente composta por 5 fatores: “*Failure Anticipation and Catastrophizing Thoughts*”, “*Erection Concern Thoughts*”, “*Age and Body Function Related Thoughts*”, “*Negative Thoughts*” e “*Erotic Thoughts*”. Para tentarmos confirmar o este modelo, os itens do fator *Lack of Erotic Thoughts* foram invertidos, tal como sugerido pelos autores (Nobre e Pinto Gouvea, 2003). Em seguida, a AFC foi realizada, à luz do que foi feito com os outros instrumentos (Figura 15). Os resultados indicaram ajustes também não aceitáveis:  $X^2(324) = 2765.890$ ,  $p < 0,01$ , CFI = 0,659, TLI = 0,630, RMSEA = 0,135, SRMR = 0,351.



**Figura 15. Estrutura fatorial proposta originalmente SMQ versão masculina**

De maneira similar àquilo que foi evidenciado na escala feminina, a análise paralela foi realizada para determinar a quantidade de fatores a ser retido pelos dados empíricos.



**Figura 16. Gráfico de sedimentação EPA (SMQ) – versão masculina**

Os resultados também tiveram convergência parcial à estrutura psicométrica originalmente proposta e a nomeação de três fatores, "*Preocupação com a ereção*", "*Falha e antecipação*" e "*Erotismo*", foi análoga ao artigo original. A nomeação e interpretação dos cinco fatores constam abaixo. Em suma, estes fatores explicam 65% da variância e as cargas dos itens estão dispostas na Tabela 12.

- Fator 1 – “Preocupação com a ereção”: pensamentos relacionados à reação do pênis e preocupações com a capacidade de penetração.

- Fator 2 – “Falha e antecipação” – pensamentos de incapacidade sexual e de antecipação de consequências negativas da falha sexual.
- Fator 3 – “Preocupação com a parceira”: pensamentos de preocupação com a parceira, com a sua satisfação ou com a percepção que ela está tendo durante a atividade sexual.
- Fator 4 – “Erotismo”: pensamentos de conteúdo erótico que facilitam a excitação sexual
- Fator 5 – “Saudosismo sexual”: pensamentos de que a qualidade afetiva e sexual era melhor no passado

**Tabela 12. Resultados fatoriais da SMQ - versão masculina**

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
10-Meu pênis não está reagindo	0,946				
9-Não estou conseguindo penetrar a minha parceira	0,933				
11-Por que será que não está funcionando?	0,929				
16-Se falhar de novo, estou perdido	0,74				
15-Se os outros soubessem que eu não consigo...	0,678				
5-Tenho que conseguir penetrar	0,58				
8-Não posso perder a ereção	0,548				
19-Se não me satisfaço agora, posso não conseguir depois	0,446				
29-Se eu perder a ereção vai ser uma vergonha	0,423				
25-Se eu disser a ela o que me excita, deixa de ser natural		0,932			
24-Este jeito de fazer sexo não está certo		0,786			
6-Isto não vai dar em nada		0,76			
30-Tenho outras coisas mais		0,721			

importantes para fazer		
4-Estou condenado ao fracasso	0,677	
3-Ela ainda vai me trocar por outro	0,631	
23-Isto é nojento	0,616	
21-Ela não gosta mais do meu corpo	0,435	
1-Desse jeito é melhor morrer	0,384	
12-Eu queria que durasse mais...		0,903
13-O que será que ela está pensando de mim?		0,766
2-Desta vez não posso decepcionar minha parceira		0,46
27-Tenho que mostrar minha virilidade		0,451
7-Não estou conseguindo satisfazê-la		0,435
18-Isto está me deixando completamente louco (excitado)		0,881
17-Sou o homem mais feliz do mundo		0,848
14-Estes movimentos e posições são maravilhosos		0,694
26-Ela está muito excitada		0,467
20-Ela não está sendo carinhosa como costumava ser		0,686
22-Estou ficando velho		0,515
28-Nunca mais vai ser como antes		0,413

Os escores totais da EPA – versão masculina - mostraram correlação negativa com os escores do QS-M ( $r = - 0,70$ ;  $p < 0,05$ ), indicando que quanto mais pensamentos disfuncionais, pior a função sexual.

O reteste indicou ótima estimativa de confiabilidade ( $r = 0,82$ ;  $p < 0,05$ ). Em relação à consistência interna, o fator “Preocupação com a ereção” apresentou  $\alpha = 0,93$ ; o fator “Falha e antecipação”,  $\alpha = 0,89$ ; o fator “Preocupação com a parceira”,  $\alpha = 0,8$ ; o fator “Erotismo”,  $\alpha = 0,73$  e o fator “Saudosismo sexual”,  $\alpha = 0,77$ . Como um todo, a escala apresenta a  $\alpha = 0,95$ . Esse indicador foi superior ao estudo de validação iraniana (Abdolmanafi et al., 2017, p. 109) e italiana (Nimbi et al., 2018b, p. 400). Na Tabela 13,

encontra-se o sumário dos resultados psicométricos do presente estudo. Na Tabela 14, a síntese dos resultados encontrados pelos outros autores que testaram as propriedades psicométricas deste mesmo instrumento.

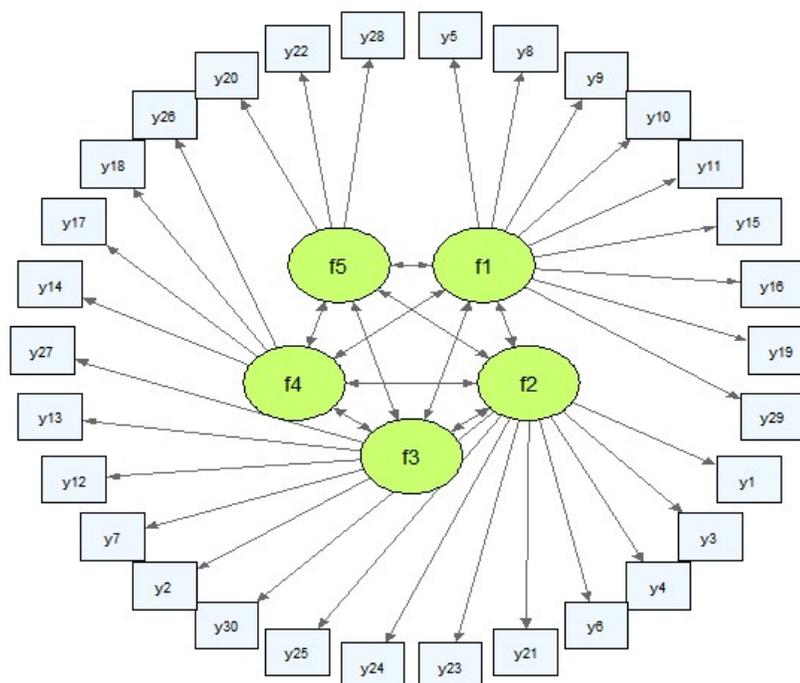


Figura 17. Estrutura fatorial proposta à EPA versão masculina

Tabela 13. Sumário dos resultados psicométricos da EPA - versão masculina

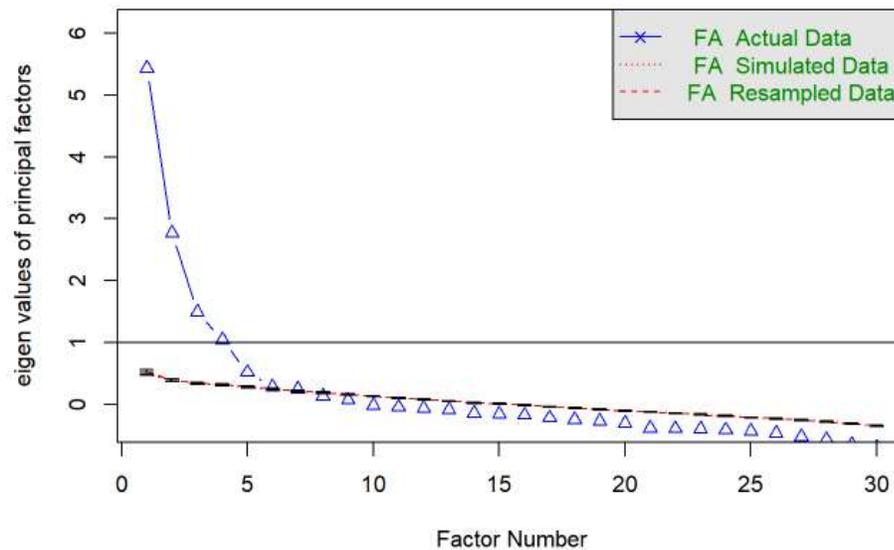
Fator	Qtde	Itens	Var. <sup>2</sup>	Alpha
Preocupação com a ereção	9	10, 9,11,16,15,5,8,19,29	0,3	0,93
Falha e antecipação	9	25,24,6,30,4,3,23,21,1	0,2	0,89
Preocupação com a parceira	5	12,13,2,27,7	0,2	0,8
Erotismo	4	18,17,14,26	0,1	0,73
Saudosismo sexual	3	20,22,28	0,1	0,77

**Tabela 14. Síntese dos estudos de validação do EPA – versão masculina**

Autor, ano	Local	Amostra	Resultados psicométricos
Nobre et al., 2003	Portugal	N = 255 M idade = 30,6 (18 – 56 anos)	5 fatores, 30 itens $\alpha = 0,88$
Abdolmanafi et al., 2017	Irã	N = 164 M idade = 30,7 (20 – 50 anos)	3 fatores, 28 itens $\alpha = 0,86$
Nimbi et al., 2018	Itália	N = 425 M idade = 31,5 (18 – 76 anos)	5 fatores, 24 itens $\alpha = 0,84$

#### 4.5. Análise psicométrica: SSSS

Como este instrumento passou por modificações durante a etapa de adaptação transcultural, não foi possível testar a hipótese estrutural. Dessa maneira, à luz do que foi realizado nas outras análises, a Análise Paralela foi utilizada para verificar a quantidade de fatores a ser retido, que tinham como critérios sua adequação psicométrica (cargas fatoriais iguais ou acima do valor absoluto de 0,3) e interpretabilidade dos fatores. Os itens “Tímido(a)” (item 8), “Reservado(a) (item 22)”, “Envergonhado(a) (item 23)”, “Conservador(a) (item 24)”, “Frio(a) (item 25)”, “Cauteloso(a)” (item 26) e “Inexperiente” (item 29) foram tiveram suas pontuações invertidas para a análise.



**Figura 18. Gráfico de sedimentação - SSSS**

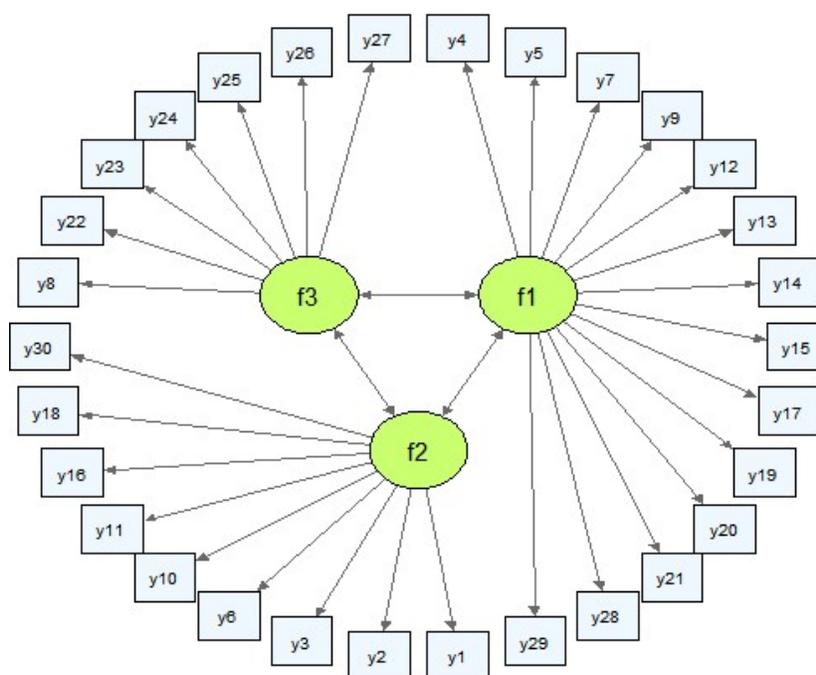
Para estimação dimensional, a PCA foi utilizada, tal como no estudo de Hill (2007). A solução de três componentes explica 41% da variância, que é um resultado superior aos encontrados no questionário original (Hill, 2007, p. 138). A nomeação dos fatores foi inspirada no estudo inicial sobre autoesquema sexual (Andersen e Cyranowski, 1994), sendo eles: Direto/experiente, Sensível/romântico e Envergonhado/reservado. Os dois primeiros fatores (Direto(a)/experiente, Sensível/romântico(a)) são compostos por adjetivos supostamente favoráveis ao desempenho sexual, ao passo que o terceiro (Envergonhado(a)/reservado(a)) representa o oposto.

Encontramos diversas convergências em relação as soluções fatoriais encontradas no estudo original. Como exemplo, tanto na versão original quanto nos resultados aqui alcançados, a dimensão “Direto(a)/experiente”, contém os itens “direto(a)”, “experiente”, “sincero(a)”, “objetivo(a)” e “poderoso(a)”. Por sua vez, a dimensão “Sensível/Romântico(a)” também apresenta os itens “sensível”, “romântico(a)”,

“passional”, “emotivo”, tanto na versão original quanto nessa pesquisa. Finalmente, o fator “Envergonhado(a)/Reservado(a)” reúne os itens “tímido(a), “conservador(a)”, “envergonhado(a)” e “reservado(a)” nesta pesquisa e na versão original. A Tabela 15 apresenta os resultados e a Figura 18 a estrutura fatorial obtida.

**Tabela 15. Resultados fatoriais da SSSS**

Item	Direto/Experiente	Sensível/Romântico	Envergonhado/Reservado
17-Direto(a)	0,684		
21-Experiente	0,662		
13-Estimulante	0,649		
28-Objetivo(a)	0,647		
4-Poderoso(a)	0,636		
12-Dominador(a)	0,627		
20-Excitante	0,607		
9-Independente	0,48		
19-Sincero(a)	0,467		
5-Caloroso(a)	0,442		
14-Que se excita fácil	0,43		
15-Aberto(a)	0,427		
7-Espontâneo(a)	0,397		
29-Inexperiente	0,347		
2-Sensível		0,778	
1-Romântico(a)		0,728	
6-Amoroso(a)		0,726	
10-Emotivo(a)		0,569	
18-Gentil		0,557	
11-Compreensivo(a)		0,477	
3-Passional		0,358	
16-Agressivo(a)		-0,381	
30-Individualista		-0,393	
23-Envergonhado(a)			0,778
22-Reservado(a)			0,765
8-Tímido(a)			0,676
26-Cauteloso(a)			0,652
24-Conservador(a)			0,647
25-Frio(a)			0,491
27-Sensual			-0,416



**Figura 18. Estrutura fatorial proposta à SSSS**

Os scores obtidos no SSSS mostraram-se positivamente relacionados aos escores do QS-M ( $r = 0,5$ ;  $p < 0,05$ ) e do QS-F ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,05$ ), indicando que scores maiores no SSSS estão associados à melhor função sexual. O reteste representou boa estabilidade ao longo do tempo ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,05$ ).

O *Alfa de Cronbach* foi calculado para as dimensões fatoriais, bem como para escala como um todo. Os resultados do primeiro fator, “Direto(a)/experiente”, foram de 0,85. Para o segundo fator, “Sensível/romântico(a)”, o resultado foi de 0,61. Para o terceiro fator, “Envergonhado(a)/Reservado(a)” o resultado foi de 0,8. Como um todo, a escala tem  $\alpha = 0,8$ . A Tabela 16 apresenta o sumário dos resultados obtidos para este instrumento.

**Tabela 16. Sumário dos resultados psicométricos da SSSS**

Fator	Qtde	Itens	Var. <sup>2</sup>	Alpha
Direto(a)/Experiente	14	4, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 19,20,21,28, 29	0,16	0,85
Sensível/Romântico(a)	9	1,2,3, 6, 10, 11, 16, 18, 30	0,13	0,61
Envergonhado(a)/Reservado(a)	7	8, 22, 23, 24, 25, 26, 27	0,12	0,78

## 5. Discussão

O principal objetivo do presente trabalho foi desenvolver versões brasileiras dos questionários QCSD, EPA e SSSS com evidências de validade e de confiabilidade. Para tanto, após a etapa de adaptação transcultural, foram realizadas AFCs nos questionários portugueses (QCSD e EPA), a partir das quais não se puderam confirmar as estruturas originais dos questionários, nem para os homens e nem para as mulheres. As adequações insatisfatórias aos modelos originais sugeriam que novas estruturas eram necessárias para melhor explicar dos dados. Por este motivo, foram realizadas PCAs a fim de explorar a estrutura fatorial dos instrumentos na amostra brasileira. Como o SSSS teve sua estrutura modificada ainda na etapa de adaptação transcultural (redução de seis itens e modificação da escala Likert), foi o único questionário que não foi submetido inicialmente a uma AFC, tendo sua análise já iniciada com uma PCA.

As análises exploratórias revelaram uma solução de cinco fatores para a versão feminina do QCSD, que explicam 49,7% da variância; e de três fatores para a versão masculina, que explicam 43% da variância total. Na EPA, seis fatores foram encontrados para a versão feminina, explicando 55% da variância, e cinco fatores para a versão masculina, que explicam 65% da variância. Para o SSSS, 3 fatores foram encontrados, explicando 41% da variância.

A validade convergente foi evidenciada pela correlação entre os *scores* destes instrumentos com os *scores* do QS-F e do QS-M. Evidências de confiabilidade foram obtidas por meio do *alpha de Cronbach*, que foi  $\geq 0,8$  em todos os questionários. Além

disso, as correlações do teste-reteste foram todas  $\geq 0,7$ , indicando que os instrumentos apresentam boa estabilidade ao longo do tempo.

A versão norte-americana do SSSS para amostras mistas (Hill, 2007) ainda não havia passado por procedimentos de validação para uso em outras populações. Já os questionários portugueses (QCSD e EPA) tiveram suas propriedades psicométricas testadas na população iraniana (Abdolmanafi et al., 2015, Abdolmanafi et al., 2017) e italiana (Nimbi et al., 2018a; Nimbi et al., 2018b). Assim como em nosso estudo, estes autores não conseguiram confirmar a estrutura fatorial proposta pelas versões originais dos questionários portugueses (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003; Nobre e Pinto Gouveia, 2003) e procederam com análises exploratórias por meio de PCAs.

A partir das análises exploratórias, observamos que, embora a maioria dos fatores encontrados coincida com aqueles das versões originais, há itens que carregam em fatores diferentes e outros que não carregam o suficiente para serem mantidos nos instrumentos, conforme também ocorreu nas versões iraniana e italiana. Este fenômeno é comum em PCAs e costuma ter razões tanto estatísticas, quanto culturais. Estatisticamente, a interseção entre fatores pode ocorrer quando, do ponto de vista teórico, eles estão correlacionados (como neste estudo) ou quando a amostra não é grande o suficiente. Culturalmente, devemos considerar as diferenças temporais e entre as populações estudadas. No estudo iraniano, por exemplo, um novo fator (masturbação) emergiu para a versão feminina do QCSD, porque lá a população pontuou escores mais altos nos itens que avaliam crenças disfuncionais acerca da prática masturbatória. Uma explicação plausível para esta discrepância reside na diferença cultural. Enquanto Portugal, Itália e Brasil são países majoritariamente cristãos/católicos, o Irã é um país muçulmano, tendo normas de

conduta mais restritivas com relação à sexualidade e aos papéis de gênero (Abdolmanafi et al., 2015).

Considerando o fator temporal, é possível que os estudos recentes falhem ao confirmar os modelos dos questionários originais (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003; Nobre e Pinto-Gouveia, 2003) porque eles já não são mais atuais. Em psicometria, recomenda-se atualização de instrumentos de medidas psicossociais de dez em dez anos (DeVellis, 2012). Em assuntos sensíveis, tais como opiniões em sexualidade, mais de uma década parece ser bastante tempo. É provável que se os estudos fossem refeitos em Portugal, nos dias atuais, seriam encontradas novas estruturas para os questionários, mais semelhantes ao que encontramos.

Com relação à estrutura dos instrumentos, é importante mencionar que alguns itens (aqueles com cargas fatoriais mais baixas) não são totalmente convergentes com o fator no qual estão inseridos. Como exemplo, o item 27 da versão feminina do QCSD (*“relações sexuais durante o período menstrual pode causar problemas”*) apresenta uma carga fatorial baixa ( $< 0,4$ ) e está inserido no fator “Envelhecimento”, embora não seja representativo de crenças de que com a maturidade a mulher deixa de experimentar o prazer sexual. Neste fator, itens com cargas fatoriais maiores, tais como o item 5 (*“Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual”*) (*loading*: 0,751) e o item 8 (*“Depois da menopausa a mulher não consegue mais atingir o orgasmo”*) (*loading*: 0,737) são mais representativos da subescala.

A incongruência entre alguns itens e seus fatores também ocorreu nos estudos anteriores. Na versão original do EPA (Nobre e Pinto Gouveia, 2003), por exemplo, os itens *“isto é nojento”* e *“se eu me soltar ele vai achar que sou vulgar”* estão no mesmo

fator, apesar de, sob a perspectiva teórica, não estarem medindo a mesma variável latente. Já no recente estudo italiano (Nimbi et al., 2018b), o item “*o que será que ela está pensando de mim?*” está na subescala de “preocupações com a ereção”, embora não necessariamente reflita isto. No estudo iraniano sobre o QCSD (Abdolmanafi et al., 2015), o item “*sexo anal é uma atividade doentia*”, com carga fatorial baixa, encontra-se no fator de preocupações com a autoimagem.

Em psicometria, cargas fatoriais indicam a relação entre a dimensão (fator) e o item. Quando o valor do coeficiente é baixo, evidencia-se que há uma relativa independência entre a dimensão proposta e o conteúdo do item em questão. Apesar disso, alguns itens que não são congruentes com o fator no qual estão inseridos permaneceram nos questionários por não apresentarem cargas fatoriais tão baixas que justificassem sua exclusão (<0,3) e porque se compreende que a permanência deles é importante para a adequação do modelo proposto. No entanto, a fim de compreender os itens que verdadeiramente representam um fator, que são reflexo do construto proposto em teoria, nos atemos àqueles com maior carga fatorial.

Uma análise qualitativa dos fatores que foram extraídos a partir de nossa amostra nos permite algumas considerações. Com relação à versão feminina do QCSD, os três principais fatores (que explicam a maior parte da variância) *Normalização dos papéis de gênero*, *Atividade sexual e Pureza feminina* indicam que, entre as mulheres, há crenças arraigadas sobre o que é esperado de acordo com o gênero, sobre o que é certo ou errado no contexto sexual, sendo considerada “virtuosa” a mulher que tem práticas sexuais mais restritas e não tem iniciativa sexual. Este achado sugere que a mulher, em muitos casos,

inserida em uma sociedade que reproduz crenças e estereótipos de gênero, não é uma mera vítima do machismo, mas também propagadora dele.

Para os homens, de acordo com o QCSD, a normatização da masculinidade parece estar vinculada à capacidade de ereção, como apontado por alguns dos itens mais importantes (que apresentaram maiores cargas fatoriais) do principal fator: “*um homem de verdade é capaz de manter o pênis ereto e endurecido até o final da atividade sexual*”, “*um homem de verdade deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário*” e “*a ereção do pênis é essencial para a satisfação sexual da mulher*”. Cabe-nos indagar o quanto, para alguns homens, apresentar uma dificuldade de ereção, para além de um problema sexual, se constitui como uma questão identitária, a partir da qual o indivíduo se percebe como “menos homem”.

Sob a perspectiva da terapia cognitiva, crenças influenciam e servem de base para os pensamentos automáticos (Beck, 2005). Logo, face às categorias de crenças que emergiram neste estudo, não é surpreendente que mulheres, durante o ato sexual, apresentem pensamentos de passividade e controle sexual (“*não devo ter iniciativa*”, “*tenho que esperar que ele tome o primeiro passo*”), de abuso sexual (“*ele está abusando de mim*”, “*ele só quer se satisfazer*”) e de desengajamento (“*não consigo sentir nada*”), como revelou os itens da EPA com elevada carga fatorial. Para os homens, o principal fator da EPA (o que explica a maior parte da variância) foi “*Preocupação com a ereção*”, tendo como principais itens (com maiores cargas fatoriais): “*meu pênis não está reagindo*” e “*não estou conseguindo*”. É importante mencionar que embora este fator esteja presente em todos os estudos de validação da EPA (Nobre e Pinto Gouveia, 2003; Abdolmanafi et al., 2017; Nimbi et al., 2018b), apenas neste aparece como sendo o principal fator da

escala. Para o homem brasileiro, a capacidade de ereção parece ter um papel central no seu entendimento de masculinidade e de qualidade sexual.

De um modo geral, a compreensão dos fatores que emergem em nossa amostra indica que a moral cristã é presente na população brasileira, influenciando as crenças e os *scripts* sexuais. O prazer sexual é legitimado desde que esteja vinculado ao amor. A normatização dos papéis de gênero exerce grande influência na interpretação das questões sexuais, sendo esperado da mulher passividade, resignação e controle de seus “instintos” sexuais. Para os homens, a expectativa é de elevado desempenho, iniciativa e constante “prontidão” sexual.

Em consonância com os estudos anteriores (Carvalho e Nobre, 2010; Clark, Mark e Lykins, 2014; Peixoto e Nobre, 2016; Peixoto e Nobre 2017), quanto mais rígidas forem cognições que expressam a normatização dos *scripts* sexuais, pior será a função sexual. Deste modo, como implicação clínica, torna-se imprescindível conhecer o conteúdo e entender o significado das cognições de indivíduos com DS, a fim de contribuir com a reabilitação dos mesmos (Nobre e Pinto Gouveia, 2009).

Embora a literatura tenha sido inequívoca ao apontar condições psíquicas ou elementos da história de vida (ex.: depressão, ansiedade, abuso sexual) como agentes etiológicos das dificuldades sexuais (McCabe et al., 2016), falta conhecimento acerca do mecanismo pelo qual estes agentes desencadeiam DS. Sob uma perspectiva cognitiva, os sintomas psicológicos não são provocados pelos eventos em si, mas pela interpretação que os indivíduos fazem destes eventos (Beck, 2005). Logo, não é o histórico de abuso sexual que causa DS, mas as cognições que a pessoa que foi abusada pode ter. Analogamente, não

é a depressão ou a ansiedade em si que provoca a DS, mas as cognições que são mais frequentes e/ou características dessas entidades clínicas.

Deste modo, a identificação de cognições disfuncionais é a pedra angular em terapia cognitiva comportamental (TCC). O uso de instrumentos que facilitem a identificação de cognições tem grande importância no contexto clínico. Em indivíduos com DS ou outras demandas em sexualidade, o QCSD, o EPA e SSSS podem viabilizar uma melhor compreensão do caso, além de acelerar o processo de identificação de cognições disfuncionais. Os resultados obtidos a partir destes questionários podem auxiliar na elaboração do plano terapêutico, fundamentando estratégias de psicoeducação e reestruturação cognitiva a serem utilizadas.

Apesar disso, o uso destes questionários não se limita à clínica da TCC. Psicoterapeutas alinhados a outras abordagens teóricas podem se beneficiar com a identificação de cognições de seus clientes, visto que a desconstrução de crenças disfuncionais tem sido apontada como uma das intervenções mais eficazes em terapia sexual (Brotto et al., 2016), geralmente tendo início com a psicoeducação (Lucena e Abdo, 2016). Tanto a psicoeducação quanto a terapia sexual são praticadas por terapeutas das mais diversas abordagens psicoterápicas, não sendo exclusividade dos terapeutas cognitivos.

No contexto científico e acadêmico, o uso destes instrumentos em pesquisas científicas viabiliza estudos transculturais, multicêntricos e facilita a compreensão acerca de novos aspectos da sexualidade da população brasileira. Dado que as cognições são formas de interpretar o mundo e as situações, a partir de introjeção e aprendizagem em um

determinado contexto cultural (Dobson e Dobson, 2009), conhecer nossas cognições é também conhecer mais sobre a nossa cultura.

Apesar de nossos instrumentos apresentarem boas propriedades psicométrica (a partir de uma grande amostra, representada por pessoas de todos os estados do País e de todas as faixas etárias), algumas limitações merecem ser pontuadas. Primeiramente, nossa amostra foi composta majoritariamente por pessoas com alto nível de escolaridade, o que dificulta a generalização dos dados para toda a população brasileira. Em segundo lugar, devido à natureza dos itens dos questionários (penetração pênis-vagina como principal marcador da atividade sexual), apenas indivíduos que se declararam heterossexuais puderam ser incluídos no estudo. Logo, nossos dados não podem ser extrapolados para homens e mulheres com orientação sexual bissexual ou homossexual.

Adicionalmente, grande parte das pessoas não está imediatamente consciente de seus pensamentos automáticos e crenças (Knapp e Beck, 2008; Dobson e Dobson, 2009). Ao se deparar com os questionários, é possível que o indivíduo se questione sobre suas cognições e se dê conta de algumas delas; mas também é possível que, no preenchimento, assinale não ter uma cognição que, na verdade, tem, mas ainda não está consciente. Além disso, pensamentos automáticos também se manifestam em forma de imagem mental (Beck, 2005). Na EPA, apenas pensamentos automáticos em forma verbal são avaliados. Por estes motivos, no contexto clínico, o uso dos instrumentos não substitui os métodos tradicionais para identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais.

Futuros estudos devem verificar se as propriedades psicométricas dos instrumentos se mantêm entre indivíduos com menor escolaridade e promover adaptações nos questionários para a inclusão de pessoas com orientação sexual não-heterossexual. Além

disso, seria interessante investigar quais as cognições características de cada uma das disfunções sexuais e se há modificação destas cognições a partir da melhora dos sintomas sexuais.

## 6. Conclusões

As versões brasileiras dos questionários QCSD, EPA e SSSS propostas e desenvolvidas neste estudo:

- Avaliam, respectivamente, crenças, pensamentos e autoesquema sexual, sendo compostas por itens representativos de cada um destes construtos (validade de conteúdo).
- São correlacionadas com instrumentos que avaliam a função sexual, indicando que quanto mais cognições disfuncionais, pior a função sexual (validade convergente).
- São compostas por dimensões latentes (fatores) que explicam o conjunto de variáveis observadas (validade de construto).
- Apresentam boa consistência interna em suas versões como um todo e em seus domínios específicos (confiabilidade).
- São estáveis, pois quando aplicados novamente sob as mesmas condições metodológicas apresentam resultados semelhantes (confiabilidade).
- Apresentam boas evidências de validade e confiabilidade (conforme exposto acima), sendo, portanto, recomendadas no contexto clínico e científico/acadêmico.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Fatores cognitivos na função sexual

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que investiga a relação entre fatores cognitivos (pensamentos e crenças sexuais) e a função sexual.

Sua participação consiste em responder a 06 questionários, o que leva, em média, 20 minutos.

A sua participação é totalmente voluntária. Você não terá qualquer custo e também não receberá qualquer tipo de pagamento. Você tem liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Não há qualquer risco à sua saúde por colaborar com este estudo.

Sua colaboração é muito útil, pois nos ajudará a compreender quais são os fatores cognitivos que estão relacionados com diversas disfunções sexuais. Isso poderá auxiliar no tratamento de pessoas que têm dificuldades durante o ato sexual.

Contamos com a sua participação e sinceridade na resposta aos questionários. **Seus dados serão mantidos em anonimato e todas as respostas fornecidas serão mantidas em sigilo** (segredo). Seu nome ou qualquer outra informação que possa identificá-lo(la) não serão divulgados em nenhuma publicação científica que resulte deste estudo.

Este estudo é parte da pesquisa de Doutorado da aluna **Bárbara Braga de Lucena** (barbaralucena@usp.br) pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sob orientação da Professora **Dra. Carmita Helena Najjar Abdo**, e está devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Rua Ovidio Pires de Campos, 255, 5º andar, São Paulo - SP. tel: (11) 3069-6442 Email: cappesq@hcnet.usp.br

Sair e apagar o questionário
Próximo ▶

## Fatores cognitivos na função sexual

0%

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito estar suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo "Fatores cognitivos na função sexual".

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e a garantia de confidencialidade (sigilo). Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidades ou qualquer prejuízo.

**Concordo voluntariamente em participar deste estudo**

Sim  Não

**Declaro ter, no mínimo, 18 anos de idade e orientação sexual heterossexual**

Sim  Não

Sair e apagar o questionário
◀ Anterior
Próximo ▶

## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS (QCSD - versão feminina - original; P. Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003)

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

<b>CRENÇAS SEXUAIS</b>	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. O amor é essencial para uma boa relação sexual	1	2	3	4	5
2. A masturbação é um acto errado e pecaminoso	1	2	3	4	5
3. O mais importante no sexo é o afecto entre os parceiros	1	2	3	4	5
4. A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
5. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
6. As fantasias sexuais são próprias de mulheres perversas	1	2	3	4	5
7. A masturbação não é própria de uma mulher respeitada	1	2	3	4	5
8. Depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
9. Existem várias formas de ter prazer e atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
10. Mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes	1	2	3	4	5
11. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
12. Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente activa	1	2	3	4	5
13. O clímax / orgasmo é próprio dos homens e não das mulheres	1	2	3	4	5
14. O homem é que deve iniciar qualquer actividade sexual	1	2	3	4	5
15. O sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5

16. O orgasmo simultâneo (ao mesmo tempo) dos parceiros é essencial para o bom desempenho sexual	1	2	3	4	5
17. O orgasmo só é possível através do coito vaginal	1	2	3	4	5
18. O sexo serve só para satisfazer os homens	1	2	3	4	5
19. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
20. Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo	1	2	3	4	5
21. Os homens só ligam a mulheres jovens e bonitas	1	2	3	4	5
22. O sexo é uma actividade pura e bonita	1	2	3	4	5
23. Sexo sem amor é como comida sem sal	1	2	3	4	5
24. No sexo tudo é permitido desde de que os parceiros estejam de acordo	1	2	3	4	5
25. Qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral	1	2	3	4	5
26. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
27. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
28. Sexo oral é uma das maiores perversões	1	2	3	4	5
29. Se a mulher se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos do parceiro	1	2	3	4	5
30. Ser sorridente e simpática para os homens pode ser perigoso	1	2	3	4	5
31. O mais importante para as mulheres são os prazeres da maternidade	1	2	3	4	5
32. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
33. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
34. Sexo só deve acontecer por decisão do homem	1	2	3	4	5
35. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
36. Ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem	1	2	3	4	5
37. Uma boa mãe deve controlar os seus impulsos sexuais	1	2	3	4	5
38. Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente o companheiro	1	2	3	4	5
39. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris é doente ou perversa	1	2	3	4	5
40. Uma rapariga pura não tem relações sexuais	1	2	3	4	5

## ANEXO C

**QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS**  
(QCSD – versão feminina, adaptada e validada para uso na população brasileira)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas à sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões ou podem ser diferentes daquilo que você pensa. Para cada uma das afirmações, marque o número que corresponde ao **seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente)**. Considere o número 3 quando não concordar ou discordar da sentença.

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Portanto, seja o mais sincera possível.

CRENÇAS SEXUAIS					
	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. O amor é essencial para uma boa relação sexual	1	2	3	4	5
2. Se masturbar é errado	1	2	3	4	5
3. O mais importante no sexo é o afeto entre os parceiros	1	2	3	4	5
4. A melhor coisa que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
5. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
6. Fantasia sexual é coisa de mulher vulgar	1	2	3	4	5
7. A masturbação não é apropriada para uma mulher de respeito	1	2	3	4	5
8. Depois da menopausa a mulher não consegue mais atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
9. Existem várias formas de ter prazer e chegar ao o orgasmo	1	2	3	4	5
10. Mulheres pouco atraentes (fisicamente) não conseguem se satisfazer sexualmente	1	2	3	4	5
11. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
12. Uma boa mãe não pode ser uma mulher sexualmente ativa	1	2	3	4	5
13. Orgasmo é coisa de homem e não de mulher	1	2	3	4	5
14. O homem é quem deve iniciar qualquer atividade sexual	1	2	3	4	5
15. Sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5

16. O orgasmo simultâneo (ao mesmo tempo) dos parceiros é muito importante para a satisfação sexual	1	2	3	4	5
17. O orgasmo só é possível através da penetração vaginal	1	2	3	4	5
18. O objetivo do sexo é satisfazer o homem	1	2	3	4	5
19. O sucesso de uma carreira profissional exige o controle do desejo sexual	1	2	3	4	5
20. Com a idade a mulher deixa de ter prazer com o sexo	1	2	3	4	5
21. Os homens só prestam atenção em mulheres jovens e bonitas	1	2	3	4	5
22. O sexo é uma atividade pura e bonita	1	2	3	4	5
23. Sexo sem amor é como comida sem sabor	1	2	3	4	5
24. No sexo tudo é permitido desde que os parceiros estejam de acordo	1	2	3	4	5
25. A mulher que inicia uma relação sexual não se dá o respeito	1	2	3	4	5
26. O sexo só é correto como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
27. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
28. Sexo oral é uma grande perversão	1	2	3	4	5
29. Se a mulher se soltar sexualmente fica totalmente nas mãos do parceiro	1	2	3	4	5
30. Ser sorridente e simpática para os homens pode ser perigoso	1	2	3	4	5
31. As melhores emoções que uma mulher pode ter são os prazeres da maternidade	1	2	3	4	5
32. Sexo anal é uma atividade doentia	1	2	3	4	5
33. Na cama quem manda/comanda é a mulher	1	2	3	4	5
34. Sexo só deve acontecer por iniciativa do homem	1	2	3	4	5
35. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
36. Ter prazer durante uma relação sexual não é certo para uma mulher de respeito	1	2	3	4	5
37. Uma boa mãe deve controlar os seus impulsos sexuais	1	2	3	4	5
38. Uma mulher feia não consegue satisfazer sexualmente seu companheiro	1	2	3	4	5
39. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris tem problemas	1	2	3	4	5
40. Uma moça pura não tem relações sexuais	1	2	3	4	5

## ANEXO D

### QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD - versão masculina - original; Nobre, Pinto-Gouveia, Gomes, 2003)

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

<b>CRENÇAS SEXUAIS</b>	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. "Um verdadeiro homem" tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A erecção do pénis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra hipótese senão subjugar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. "Um verdadeiro homem" deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5
7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando este não consegue a erecção durante o acto sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5
11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só ligam a homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. É errado ter fantasias eróticas durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
14. Existem certas regras universais acerca do que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5

15. Na cama quem manda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem pelo facto deste não ser capaz de a satisfazer sexualmente	1	2	3	4	5
21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. O que mais satisfaz sexualmente as mulheres é a potência do pénis	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional implica o controlo do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Os preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é legítimo como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é abusado pelos outros	1	2	3	4	5
28. "Um verdadeiro homem" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar ir sexualmente fica totalmente nas mãos da parceira	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
31. Os homens devem ser capazes de manter o pénis erecto e rijo até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violentação do corpo da mulher	1	2	3	4	5
35. Um homem que não satisfaça sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um verdadeiro homem deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. O sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um verdadeiro homem não necessita de muita estimulação para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual faz dos homens tudo o que quer	1	2	3	4	5
40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	1	2	3	4	5

## ANEXO E

### QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS SEXUAIS DISFUNCIONAIS

(QCSD – versão masculina, adaptada e validada para uso na população brasileira)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas à sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões ou podem ser diferentes daquilo que você pensa. Para cada uma das afirmações, marque o número que corresponde ao **seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente)**. Considere o número 3 quando não concordar ou discordar da sentença.

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Portanto, seja o mais sincero possível.

CRENÇAS SEXUAIS	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. Um "homem de verdade" tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A ereção do pênis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra opção a não ser entregar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. Um "homem de verdade" deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5
7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando ele não consegue ter ereção durante o ato sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5
11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só prestam atenção em homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. Não é certo ter fantasias sexuais durante uma relação sexual	1	2	3	4	5

14. Existem certas regras universais sobre o que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
15. Na cama quem manda/comanda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem se ele não ser capaz de a satisfazê-la sexualmente	1	2	3	4	5
21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. A qualidade da ereção é o que mais satisfaz as mulheres sexualmente	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional exige o controle do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é correto como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é mais facilmente controlado pelos outros	1	2	3	4	5
28. Um "homem de verdade" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar levar sexualmente fica totalmente nas mãos da mulher	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma atividade doentia	1	2	3	4	5
31. O homem devem ser capaz de manter o pênis ereto e endurecido até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violação do corpo da mulher	1	2	3	4	5
35. Um homem que não satisfaz sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um "homem de verdade" deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. Sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um "homem de verdade" não precisa de muito estímulo para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual consegue do homens tudo o que quiser	1	2	3	4	5

40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



6. Ele está a violentar o meu corpo	1	2	3	4	5											1	2	3	4	5
7. Esta forma de fazer sexo não é correcta	1	2	3	4	5											1	2	3	4	5
8. Estes movimentos e posições são fabulosos	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
9. Estou a ficar gorda/feia	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
10. Se me deixar ir ele vai achar que sou leviana	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
11. "Fazer" amor é maravilhoso	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
12. Ele não está a ser carinhoso como costuma	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
13. Não estou a satisfazer o meu parceiro	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
14. Não devo dar a entender que estou interessada	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
15. Isto é nojento e repugnante	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
16. Já não sou tão bonita	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
17. Não devo dar mais nenhum passo	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
18. Só faz aquilo que lhe peço quando quer ter relações	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
19. Não estou a conseguir	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
20. Não me sinto fisicamente atraente	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
21. Isto não pode ser premeditado	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
22. Não posso sentir nada	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
23. Não quero sair magoada (emocionalmente) daqui	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
24. Porque é que ele não me beija	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
25. O meu corpo deixa-o extasiado (louco)	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
26. Quando é que isto acaba?	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
27. Se ao menos ele me dissesse coisas bonitas ao ouvido	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
28. Ele só gosta de mim se eu for boa na cama	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
29. Tenho que esperar que ele avance	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
30. Só faço isto porque ele me pediu	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	
31. Sou a mulher mais feliz do mundo	1	2	3	4	5										1	2	3	4	5	

32. Tenho outros assuntos mais importantes a tratar	1	2	3	4	5													1	2	3	4	5	
33. Se não ceder ao sexo ele ainda arranja outra	1	2	3	4	5														1	2	3	4	5

## ANEXO G

### ESCALA DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS - EPA (versão feminina- adaptada para a população brasileira)

O questionário a seguir contém um conjunto de **pensamentos** que podem surgir ou não durante a atividade sexual. Você deve indicar a **frequência** com que estes pensamentos ocorrem durante suas relações sexuais.

<b>1. Ele está abusando de mim</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>2. Como é que vou sair dessa situação?</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>3. A única coisa que ele quer é se satisfazer</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>4. Ele só pensa em sexo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>5. Esta forma de falar me excita</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>6. Ele está violentando o meu corpo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>7. Esse jeito de fazer sexo é errado</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>8. Estes movimentos e posições são maravilhosos</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>9. Estou ficando gorda/feia</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>10. Se me soltar ele vai achar que sou vulgar</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>11. "Fazer amor" é maravilhoso</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>12. Ele não está sendo carinhoso como costumava ser</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

<b>13. Não estou satisfazendo meu parceiro</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>14. Não devo mostrar que estou interessada</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>15. Isto é nojento</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>16. Já não sou mais tão bonita</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>17. Não devo ter a iniciativa para o sexo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>18. Ele só faz aquilo que eu peço quando quer fazer sexo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>19. Não estou conseguindo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>20. Não me sinto fisicamente atraente</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>21. Isto não pode ser planejado</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>22. Não consigo sentir nada</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>23. Não quero sair magoada daqui</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>24. Por que é que ele não me beija?</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>25. Meu corpo o deixa louco (excitado)</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26. Quando isto vai acabar?</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>27. Se ao menos ele me dissesse coisas românticas...</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>28. Ele só gosta de mim se eu for boa na cama</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>29. Tenho que esperar que ele tome o primeiro passo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>30. Só faço isto porque ele me pediu</b>	<input type="radio"/>				

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>31. Sou a mulher mais feliz do mundo</b>	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
<b>32. Tenho outras coisas mais importantes para fazer</b>	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
<b>33. Se eu recusar o sexo ele vai me trair</b>	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre



2. Desta vez não posso desiludir a minha parceira	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
3. Ela ainda me troca por outro	1	2	3	4	5																1	2	3	4	5
4. Estou condenado ao fracasso	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
5. Tenho que conseguir a penetração	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
6. Isto já não vai a lado nenhum	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
7. Não estou a conseguir satisfaze-la	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
8. Não posso falhar a erecção	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
9. Não estou a conseguir penetrar a minha parceira	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
10. O pénis não está a reagir	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
11. Porque será que isto não está a funcionar?	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
12. Se ao menos isto aguentasse	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
13. O que é que ela está a pensar de mim	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
14. Estes movimentos e posições são fabulosos	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
15. Se os outros sabem que eu não consigo...	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
16. Se voltar a falhar estou perdido	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
17. Sou o homem mais feliz do mundo	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
18. Isto está a deixar-me completamente nas nuvens	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
19. Se não me satisfaço já, posso não o conseguir depois	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
20. Ela não está a ser carinhosa como costuma	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
21. Ela já não gosta do meu corpo	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
22. Estou a ficar velho	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
23. Isto é nojento e repugnante	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
24. Esta forma de fazer sexo não está correcta	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
25. Se lhe digo o que me apetece deixa de ser natural	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
26. Ela está a ficar louca	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	
27. Tenho que mostrar a minha virilidade	1	2	3	4	5															1	2	3	4	5	

28. Nunca mais vai ser como dantes	1	2	3	4	5													1	2	3	4	5	
29. Se falho a erecção é uma vergonha	1	2	3	4	5														1	2	3	4	5
30. Tenho outros assuntos mais importantes a resolver	1	2	3	4	5														1	2	3	4	5

## ANEXO I

**ESCALA DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS – EPA –  
(versão masculina, adaptada para a população brasileira)**

O questionário a seguir contém um conjunto de **pensamentos** que podem surgir ou não durante a atividade sexual. Você deve indicar a **frequência** com que estes pensamentos ocorrem durante suas relações sexuais.

<b>1. Desse jeito é melhor morrer</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>2. Desta vez não posso decepcionar minha parceira</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>3. Ela ainda vai me trocar por outro</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>4. Estou condenado ao fracasso</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>5. Tenho que conseguir penetrar</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>6. Isto não vai dar em nada</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>7. Não estou conseguindo satisfazê-la</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>8. Não posso perder a ereção</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>9. Não estou conseguindo penetrar a minha parceira</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>10. Meu pênis não está reagindo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>11. Por que será que não está funcionando?</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>12. Eu queria que durasse mais...</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>13. O que será que ela está pensando de mim?</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

<b>14. Estes movimentos e posições são maravilhosos</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>15. Se os outros soubessem que eu não consigo...</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>16. Se falhar de novo, estou perdido</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>17. Sou o homem mais feliz do mundo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>18. Isto está me deixando completamente louco (excitado)</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>19. Se não me satisfaço agora, posso não conseguir depois</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>20. Ela não está sendo carinhosa como costumava ser</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>21. Ela não gosta mais do meu corpo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>22. Estou ficando velho</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>23. Isto é nojento</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>24. Este jeito de fazer sexo não está certo</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>25. Se eu disser a ela o que me excita, deixa de ser natural</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26. Ela está muito excitada</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>27. Tenho que mostrar minha virilidade</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>28. Nunca mais vai ser como antes</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>29. Se eu perder a ereção vai ser uma vergonha</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>30. Tenho outras coisas mais importantes para fazer</b>	<input type="radio"/>				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

## ANEXO J

### Sexual Self-Schema Scale (Hill, 2007)

**Instructions:** Below is a listing of adjectives people often use to describe themselves as a sexual person. For each word, consider whether or not the term describes how you feel about yourself as a sexual person compared to others of your same gender and age.

- Rate each term on a 7-point scale ranging from 0 = *not at all descriptive of me* to 6 = *very much descriptive of me* to indicate how accurately the adjectives describe you.
- There are no right or wrong answers.
- Please be thoughtful and honest.
- If you have any difficulties, please use this question as a guideline: To what extent does the term \_\_\_\_\_ describe me?

	Not at all descriptive of Me						Very much descriptive of Me
Romantic	0	1	2	3	4	5	6
Soft-hearted	0	1	2	3	4	5	6
Passionate	0	1	2	3	4	5	6
Powerful	0	1	2	3	4	5	6
Warm	0	1	2	3	4	5	6
Outspoken	0	1	2	3	4	5	6
Loving	0	1	2	3	4	5	6
Spontaneous	0	1	2	3	4	5	6
Timid	0	1	2	3	4	5	6
Independent	0	1	2	3	4	5	6
Feeling	0	1	2	3	4	5	6
Sympathetic	0	1	2	3	4	5	6
Domineering	0	1	2	3	4	5	6
Arousable	0	1	2	3	4	5	6
Stimulating	0	1	2	3	4	5	6
Revealing	0	1	2	3	4	5	6
Aggressive	0	1	2	3	4	5	6
Direct	0	1	2	3	4	5	6
Warm-hearted	0	1	2	3	4	5	6
Frank	0	1	2	3	4	5	6
Exciting	0	1	2	3	4	5	6
Experienced	0	1	2	3	4	5	6
Sensitive	0	1	2	3	4	5	6
Reserved	0	1	2	3	4	5	6
Embarassed	0	1	2	3	4	5	6
Conservative	0	1	2	3	4	5	6
Unromantic	0	1	2	3	4	5	6
Compassionate	0	1	2	3	4	5	6
Cautious	0	1	2	3	4	5	6

Self-Conscious	0	1	2	3	4	5	6
Straightforward	0	1	2	3	4	5	6
Inexperienced	0	1	2	3	4	5	6
Prudent	0	1	2	3	4	5	6
Individualistic	0	1	2	3	4	5	6
Sensual	0	1	2	3	4	5	6

**ANEXO K**  
**Escala de Autoesquema sexual**  
**(versão adaptada para a população brasileira)**

A lista abaixo apresenta **adjetivos** que as pessoas geralmente usam para se descreverem sexualmente. Para cada palavra, considere se o termo descreve como você se sente acerca da sua sexualidade em comparação com outras pessoas do seu sexo e idade.

Avalie cada palavra em uma escala de 5 pontos (**de 1 = não me descreve em nada a 5 = me descreve completamente**), indicando quão precisamente estes adjetivos descrevem você.

Lembre-se que não há respostas certas ou erradas. Portanto, seja o mais sincero possível.

Se você tiver alguma dificuldade, pergunte a si mesmo:

**Até que ponto a palavra \_\_\_\_\_ me descreve?**

<b>Romântico(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Sensível</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Passional</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Poderoso(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Caloroso(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Amoroso(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Espontâneo(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Tímido(a)</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
<b>Independente</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

<b>Emotivo(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Compreensivo(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Dominador(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Estimulante</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Que se excita fácil</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Aberto(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Agressivo(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Direto(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Gentil</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Sincero(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Excitante</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Experiente</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Reservado(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Envergonhado(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Conservador(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Frio(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Cauteloso(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

<b>Sensual</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Objetivo(a)</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Inexperiente</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5
<b>Individualista</b>	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

## ANEXO L

### Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

0       1       2       3       4       5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

0       1       2       3       4       5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

0       1       2       3       4       5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

0       1       2       3       4       5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

0       1       2       3       4       5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

0       1       2       3       4       5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

0       1       2       3       4       5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

0       1       2       3       4       5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

0       1       2       3       4       5

10. A satisfação que você consegue obter com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

0       1       2       3       4       5

## ANEXO M

### Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca  
1 = raramente  
2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes  
4 = a maioria das vezes  
5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?  
 0       1       2       3       4       5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?  
 0       1       2       3       4       5
3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)?  
 0       1       2       3       4       5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?  
 0       1       2       3       4       5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?  
 0       1       2       3       4       5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?  
 0       1       2       3       4       5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?  
 0       1       2       3       4       5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?  
 0       1       2       3       4       5
9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?  
 0       1       2       3       4       5
10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?  
 0       1       2       3       4       5

## REFERÊNCIAS

Abdo CH. (2007) The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *J Sex Med.* 4(2):382-9.

Abdo CH. (2006) Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* 63(9):477-82.

Abdo CH. (2012) *Sexualidade humana e seus transtornos*, 4a ed., São Paulo: Leitura Médica

Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M., Peixoto, M, Nobre P. (2015) Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *J Sex Med.* 12(8), 1820–1827.

Abdolmanafi A., Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto, M, Nobre P. (2015). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *J Sex Med*, 12(8), 1820–1827

Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Winter S, Farahani H, Peixoto M, Nobre P. (2017) Psychometric properties of the Iranian version of the Sexual Modes Questionnaire (SMQ): to assess the association between automatic thoughts, emotions and sexual response. *Sex Relation Ther.* 32(1), 102–121.

Andersen BL, Cyranowski, JM. (1994) Women’s sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol.* 67(6), 1079–1100.

Andersen BL, Cyranowski, JM., Espindle D. (1999). Men’s sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol.* 1999, 76, 645– 661.

American Psychiatric Association. (2002) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a. ed.; Texto Revisado). Porto Alegre: Artmed

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Barbero Garcia M, Abad E, Suarez Falcón J. (2003). *Psicometria*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Barrett P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Pers Individ Differ*, 42(5), 815–824.

Barlow DH. (1986) Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psych*, 54(2), 140–148.

Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. (2004) Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med.*1(1):40-8.

- Basson, R. (2008) Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res.* 20(5):466-78
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*; 25:3186–91.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. (2007) Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measure, Toronto: Institute for Work & Health
- Beck AT (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, AT. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). New York: Guilford Press.
- Beck AT. (2005) The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Arch Gen Psychiat.* 62(9):953-9.
- Beck JG, Barlow DH. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: I. Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behav Res Ther*, 24, 9-17
- Bolarinwa OA. (2015) Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Niger Postgrad Med J.* 22(4):195-201
- Brotto L., Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers S, Graham C, Nobre P, Wylie, K. (2016) Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 13(4):538-71
- Carvalho J, Nobre P. (2010) Gender issues and sexual desire: the role of emotional and relationship variables. *J Sex Med.* 7(7):2469-78
- Clark DA, Beck AT, Alford BA. (1999) *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley
- Clark, MJ, Marks DJ, Lykins AD. (2014) Effect of Normative Masculinity on Males' Dysfunctional Sexual Beliefs, Sexual Attitudes, and Perceptions of Sexual Functioning. *J Sex Res.* 52(3):327-37
- Costello A, Osborne J. (2011). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *PARE*, 10(7), 1-8
- Cyranowski JM, Andersen BL. (1998) Schemas, sexuality and romantic attachment. *J Pers Soc Psychol.*;74:1364—79.
- Damasio BF. (2012) Uso da análise factorial exploratória em psicologia. *Aval Psicol.* 11(2), 213-228.
- Derogatis LR, Burnett AL. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med*, 5(2), 289–300.

- DeVellis R. (2012) *Scale Development: theory and applications*. Ed. 3rd. Los Angeles: Sage.
- Dobkin RD, Leiblum SR, Rosen RC, Menza M, Marin H. (2006) Depression and sexual functioning in minority women: current status and future directions. *J Sex Marital Ther.* 32: 23–36.
- Dobson D, Dobson K. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford Press
- Dove NL, Wiederman MW (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 26, 67–78.
- Elliot AN, O'Donohue WT (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Arch Sex Behav.* 26, 607–624.
- Ferraz MB, Ciconelli M. (1998) Tradução e adaptação cultural do índice internacional de função erétil para a língua portuguesa. *Rev Bras Med.* 55(1):35-40.
- Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA (2010). Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opinião Pública*, 16(1), 160-185.
- Géonet M, Sutter P, Zech E. (2013) Cognitive factors in women hypoactive sexual desire Disorder. *Sexologies*, 22, 9-15
- Gjersing L, Caplehorn JR, Clausen T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: a language, setting, time and statistical considerations. *BMC Med Res Methodol.* 10:13.
- Graham C. (2010) The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav*; 39: 256-270
- Hair-Jr, JF, Black W, Babin BJ; Anderson RE (2014) *Multivariate data analysis*. International. Ed. 7 ed. London: Pearson
- Hawton K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Northvale, NJ: Aronson.
- Heiman JR, LoPiccolo J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women* (Rev. ed.). New York: Prentice-Hall.
- Hill DB (2007). Differences and similarities in men's and women's sexual self-schemas. *J Sex Res.* 44(2), 135-144.
- Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. (2007) Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul*; 27:127-33
- Kaplan HS. (1977) Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 3(1): 3-10
- Knapp, P et al. (2004) *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. São Paulo: Artmed

Knapp P, Beck AT. (2008) Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 30(2): s54-s64

Laros JA. (2004). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. Em: L. Pasquali L (Org.), *Análise fatorial para pesquisadores*. Petrópolis: Vozes.

LoPiccolo J, Friedman JM. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In Leiblum SR, Rosen RS. (Org.), *Sexual desire disorders* (pp. 107–144). New York: Guilford Press.

Loshek E, Terrell HK (2015). The Development of the Sexual Assertiveness Questionnaire (SAQ): A Comprehensive Measure of Sexual Assertiveness for Women. *J Sex Med.* 52(9):1017-27

Lucena BB, Abdo CH. (2016). Terapia sexual: breve histórico e perspectivas atuais. *Diagn Tratamento.* 21(4):186-9

Markus H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *J Pers Soc Psychol.* 35, 63-78.

Masters WH, Johnson VE 1970. *Human sexual inadequacy*. Toronto, Canada: Bantam.

McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Seigraves RT. (2016) Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 13(2):153-67

Medeiros R, Ferreira Junior M, Pinto D, Vitor A, Santos V, Barichello E. (2015) Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. 4(4): 127-137

Meston CM, Buss DM (2007). Why humans have sex. *Arch Sex Behav.* 36(4):477-507.

Meston CM, Rellini AH, Heiman JR. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psych,* 74, 229-236.

Meston CM, Trapnell P (2005). Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). *J Sex Med.* 2(1):66-81

Morales Vallejo PM, Sanz BU, Blanco A. *Cuadernos de Estadística, Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. Madrid: Editorial La Muralla S.A, 2003.

Nimbi FM, Tripodi F, Simonelli C, Nobre PJ. (2018). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and psychometric properties of the Italian version. *Sexologies*. In Press: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.09.003>

Nimbi FM, Tripodi F, Simonelli C, Nobre PJ. (2018). Sexual Modes Questionnaire (SMQ): Translation and Psychometric Properties of the Italian Version of the Automatic Thought Scale. *J Sex Med,* 15(3), 396–409.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. (2003). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction between cognitions, emotions and sexual response. *J Sex Res.* 40, 368-382.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sex Relation Ther.* 18, 171-204

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *J Cog Ther Res,* 32, 37–49.

Nobre, PJ, Pinto-Gouveia J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav.* 35, 8–15.

Nobre, PJ., Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 38, 842–851.

Nobre PJ. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *J Sex Med.* 7, 1429–1437. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x

Organização Mundial de Saúde. OMS (1993). CID. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Padesky CA. (1994) Schema change processes in cognitive therapy. *Clin Psychol Psychoterapy.*, 1(5): 267–278

Parsian N, Dunning T. (2009) Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross-sectional study. *EDN;* 6(3):100-4

Pasquali, L. (Org.).(2010) Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed

Pechorro, P, Calvinho A, Pereira N, Vieira R.. (2011) Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Erétil-5 (IIEF-5). *Rev Int Androl.* 9,1: 3-9.

Peixoto MM, Nobre PJ. (2016) Automatic Thoughts During Sexual Activity, Distressing Sexual Symptoms, and Sexual Orientation: Findings from a Web Survey. *J Sex Marital Ther.* 2;42(7):616-34.

Peixoto MM, Nobre PJ. (2017) "Macho" Beliefs Moderate the Association Between Negative Sexual Episodes and Activation of Incompetence Schemas in Sexual Context, in Gay and Heterosexual Men. *J Sex Med.* 14(4):518-525.

R core team. (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://doi.org/http://www.R-project.org/>

Ravart M, Trudel G, Marchand A, Turgeon L, Aubin S. (1996) The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for HSDD: an outcome study. *CJHS*; 5(4):279—93.

Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsig R., et al. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*; 26, 191-208.

Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res.* 14(4):226-44.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.

Rosen, RC, Leiblum SR, Spector IP. (1994) Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. *J Sex Marital Ther.* 20(2):67-85.

Tiefer L, Hall M, Travis C. (2002) Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *J Sex Marital Ther.* 28(1):225-32.

Tordjemann G.(1999) L'inhibition du désir (IDS) sexuel chez la femme: approches cliniques et thérapeutiques. *Cahiers de Sexologie Clinique.* 25(143):27—31.

Trudel G. (2003) La baisse du désir sexuel. In: *Méthodes d'évaluation et de traitement.* Paris: Masson; 2003.

Vink G, Frank LE, Pannekoek J, van Buuren S. (2014). Predictive mean matching imputation of semicontinuous variables. *Stat Neerl.* 68(1), 61–90.

Freire RP, Silva IL, Macêdo LB. (2013). Avaliação das características psicométricas dos instrumentos de medida utilizados nos artigos publicados nos periódicos da área contábil: uma análise longitudinal. *Pensar Contábil*, 15(57), 34-4

Weeks, J. (1999) O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira (org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade.* Belo Horizonte; Autêntica, pp. 35-82.

Wiederman, MW, Hurst SR. (1997). Physical attractiveness, body image, and women's sexual self-schema. *Psychol Women Q*; 21, 567-580

Wilson GD. (2010) The Sex Fantasy Questionnaire: an update. *Sex Relation Ther.* 25(1), 68-72

Wincze, JP, Barlow DH. (1997) *Enhancing Sexuality: A problem-solving approach client workbook.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation

Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality: The truth about men, sex, and pleasure.* New York, NY: Bantam.