



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

Patrícia Alexandra Mendes Machado Dias da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Henrique Pereira

Covilhã, Junho de 2015

Agradecimentos

Vida, um livro de céu aberto por preencher, uma música à espera de ser tocada no seu melhor tom. Vida é para todos e de todos, e cada um é livre de a improvisar como quer.

Contudo, há aquelas pequenas (grandes) coisas que dão um brilho especial à nossa existência e das quais não nos podemos esquecer no nosso longo percurso pelas páginas em branco do futuro próximo que nos aguarda.

Falo pois, do esforço, empenho e dedicação, palavras essas que caracterizam na perfeição este último ano na Universidade da Beira Interior, não podendo esquecer de agradecer a todos aqueles que permitiram que esta dissertação se tornasse realidade.

Assim, ao meu orientador, Professor Doutor Henrique Pereira, pela competência e acompanhamento em todo este percurso, pela sempre disponível e amável generosidade que a cada momento me foi prestado, pilar essencial deste trabalho.

À Universidade da Beira Interior, nomeadamente à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e a todos os que nela contribuíram para a minha formação profissional e cívica, por tudo o que em cinco anos tornou naquilo que sou e faço hoje.

À minha família, em especial aos meus pais e irmãos, pelo exemplo de luta pelo sonho, pelo apoio incondicional prestado a cada momento, pelo sempre carinho, pelo amor desmedido...

Aos meus amigos, minha segunda família, pelos sorrisos e pelas lágrimas, pela âncora e pelo conforto de nunca ser só.

Ao Carlos pela cumplicidade, pelo abrigo, aconchego e ternura, pela esperança e convicção de que tudo vale a pena.

Resumo

A presente dissertação teve como objetivo o aprofundamento de conhecimentos e competências de intervenção e de investigação, bem como o desenvolvimento de procedimentos metodológicos que permitiram compreender a relação entre inteligência emocional, mudanças no funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo.

Uma vez que o regulamento do grau de mestre em Psicologia da Universidade da Beira Interior prevê a inclusão de artigos já submetidos a publicação, atendendo às normas específicas da publicação científica em causa, a presente dissertação encontra-se organizada em formato de artigo.

Neste sentido, os objetivos foram: (1) avaliar os níveis da inteligência emocional, do funcionamento sexual e do bem-estar sexual subjetivo numa amostra de adultos portugueses; (2) comparar as diferenças da inteligência emocional, funcionamento sexual e do bem-estar sexual subjetivo entre géneros e faixas etárias e (3) determinar o grau de associação entre a inteligência emocional e o funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo.

Apresenta-se também a submissão do artigo à revista *Emotion, Space and Society*, assim como o comprovativo da mesma (em anexo).

Por último e não menos importante pois foi a base para a elaboração do artigo científico, encontra-se o enquadramento teórico que foi desenvolvido aquando da recolha da amostra. Este tem como finalidade a compreensão dos constructos presentes na dissertação bem como a relação existente entre inteligência emocional, funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo.

Palavras-chave

Inteligência Emocional, Funcionamento sexual, Bem-estar sexual subjetivo

Abstract

This work aimed to deepen knowledge and research skills as well as the development of methodological procedures that allowed us to understand the relationship between emotional intelligence, changes in sexual functioning and subjective sexual well-being.

According to the regulation of the Master's Degree Program in Clinical and Health Psychology from the University of Beira Interior, where the inclusion of articles already submitted for publication, meeting the specific instructions of the scientific publication, this dissertation is organized in the article format.

Therefore, the objectives were: (1) to assess levels emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being among a Portuguese adult sample; (2) to compare the differences in emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being between genders and age groups and (3) determine the association between emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being. It also presents the article submission to the journal *Emotion, Space and Society*, as well as the proof submission (attached).

Last but not least, because it was the basis for the preparation of the paper, a theoretical framework is also attached that was developed during the sample collection period. This aims to understand the constructs present in the dissertation as well as the relationship between emotional intelligence, sexual functioning.

Keywords

Emotional intelligence, Sexual functioning, Subjective sexual well-being.

Índice

Capítulo 1 - Introdução.....	1
Capítulo 2 - Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being.....	2
Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being.....	3
Abstract.....	3
Introduction	4
Method.....	5
Participants.....	5
Measures.....	6
Procedures	8
Results	8
Discussion.....	12
References	14
Capítulo 3 - Discussão geral	18
Anexo 1.....	20
1. Inteligência Emocional.....	20
1.1. Modelos de Inteligência Emocional.....	22
1.1.1. Modelo de Goleman (modelo misto)	22
1.1.2. Modelo de Mayer e Salovey (modelo de competências)	23
1.1.3. Modelo de Bar-On (modelo misto).....	23
1.2. Instrumentos de medição da Inteligência Emocional	24
1.2.1. Método de informadores	24
1.2.2. Questionários de autodescrição	25
1.2.3. Testes de competências.....	25
2. O Bem-Estar Subjetivo	26
2.1. O Bem-estar Sexual Subjetivo	27
3. Mudanças no funcionamento sexual	27
4. Inteligência emocional, bem-estar sexual subjetivo e mudanças no funcionamento sexual.....	34
Referências Bibliográficas	37
Anexo 2.....	42

Comprovativo da submissão do artigo Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being à revista Emotion, Space and Society.42

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Socio-demographic information	5
Tabela 2 - Results for gender differences in levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being	8
Tabela 3 - Results for differences among age groups in levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being	9
Tabela 4 - Results for the correlation of levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being	10

Capítulo 1 - Introdução

A inteligência emocional apresenta-se como uma perspetiva inovadora acerca do estudo das emoções. As emoções são, atualmente, consideradas como aliadas na resolução de problemas do dia-a-dia, ajudando na normalização dos processos de adaptação psicológica e física (Goleman, 1995). Neste sentido, alguns estudos sobre inteligência emocional apontam que aspetos emocionais interferem com a expressão do funcionamento sexual.

Contudo, depois de uma vasta pesquisa nesta área, não é muito notória a existência de estudos relacionados com o funcionamento sexual, o bem-estar sexual subjetivo e a inteligência emocional em Portugal. No sentido de preencher esta lacuna, desenvolveu-se o presente estudo, cujos objetivos foram: (1) avaliar os níveis de funcionamento sexual, do bem-estar sexual subjetivo e da inteligência emocional numa amostra de adultos de expressão portuguesa; (2) comparar as diferenças do funcionamento sexual, do bem-estar sexual subjetivo e da inteligência emocional entre géneros e faixas etárias e (3) determinar a relação preditiva entre a inteligência emocional e o funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo.

Assim, a presente dissertação tende a ser um contributo na área científica, de modo a que se entenda a associação entre inteligência emocional, funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo uma vez que existem evidências na literatura que indicam elevados níveis de inteligência emocional que levam, conseqüentemente a uma melhoria do bem-estar sexual subjetivo.

Neste sentido, esta dissertação está dividida em diferentes partes, sendo que a primeira corresponde ao artigo científico submetido para publicação à revista *Emotion, Space and Society* onde consta uma breve introdução baseada numa revisão teórica, uma descrição do método (participantes, instrumentos e procedimentos utilizados), os resultados obtidos bem como a discussão dos mesmos. De seguida é apresentada uma discussão geral que consiste numa breve reflexão sobre os resultados e sobre o término do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde.

Anexa-se também à dissertação um documento de aprofundamento teórico dos constructos trabalhados, aonde se exploram com maior abrangência as variáveis estudadas (inteligência emocional, funcionamento sexual, e bem-estar sexual subjetivo).

Capítulo 2 - Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

This chapter is based on the paper:

Silva, P., Pereira, H., Esgalhado, G. Monteiro, S., Afonso, R. & Loureiro, M. (2015) (Submitted). Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being. *Emotion, Space and Society*.

Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

Abstract

Not many studies exist that relate emotional intelligence with sexual variables, such as sexual functioning and subjective sexual well-being. In order to fill the gap in the research, we developed this study with the following objectives. First, we aim to assess levels of emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being in a large sample of Portuguese adults. Second, we seek to compare differences in emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being between genders and age groups. Finally our goal is to determine the association between emotional intelligence, and sexual functioning and subjective sexual well-being. The sample consists of 1,421 individuals, who are predominantly female (818, 57.6%), between the ages of 18 and 83 years. The average age of participants is 38.76 years old (SD = 13.67). We use Schutte's Emotional Intelligence Scale, the Changes in Sexual Functioning Questionnaire, and the Subjective Sexual Well-being Questionnaire as research instruments. Overall results identify high levels of emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being. Significant differences concerning emotional intelligence are found between genders (women present higher scores than men), age (older participants demonstrate higher scores than younger participants), and also for sexual functioning and sexual subjective well-being (men present higher scores than women). There are significant, but mild, levels of association between emotional intelligence and sexual variables. These results allow us to better inform professionals who work, either in the area of emotional intelligence, or in the field of sexuality, about the importance of these two variables in promoting health, well-being, and quality of life in general.

Keywords

Emotional Intelligence, Sexual Functioning, Subjective Sexual Well-being.

Introduction

Emotional intelligence is seen as an innovative perspective on the study of emotions, since emotions are involved in solving the problems of everyday day life, helping in the standardization of psychological adjustment, and in physical processes (Goleman, 1995). The concept of emotional intelligence may be related to the concepts of emotion and intelligence; however, emotional intelligence is not considered to be equal to either of them (Almeida, Guisande & Ferreira, 2009). While some authors consider intelligence to be a type of learning related to human behavior (Howe, 1999 cited by Almeida et al., 2009), others argue that intelligence is a quality belonging to the neurobiological structure of the human mind. According to Goleman (1995), emotions are essential to understand how humans operate, since they influence people's decision-making abilities and help them solve problems. Concurring with this viewpoint, Mayer, Roberts, and Barsdade (2008) report that emotional intelligence is closely related to the scientific concepts of intelligence and emotion.

The concept of emotional intelligence is relatively recent, with its origins dating to the late twentieth century. Emotional intelligence gained greater scientific emphasis in the 1990s because of the work of the researchers Salovey and Mayer, who were forerunners in the development of scientific studies on the subject. They define emotional intelligence as a subset of social intelligence that involves the ability to monitor feelings and emotions, both in oneself and in others. According to Salovey and Mayer, emotional intelligence also implies the ability to differentiate between feelings and emotions and the ability to use this information based upon the condition of their own actions and thoughts (Mayer & Salovey, 1997). Bar-On (2006) uses a broader definition, stating that emotional intelligence is a set of emotional and social competencies, skills, and techniques, which are used to recognize, understand, and manage emotions, to adapt to change, to solve problems of personal and interpersonal nature, and to deal effectively with the demands and challenges of day-to-day life, including its sexual aspects.

Research on emotional intelligence highlights the idea that emotional aspects interfere with the expression of sexuality and sexual functioning (Burri, Cherkas & Spector, 2009), since the perception that individuals have of their emotional and physical satisfaction in several areas of sexuality and health is defined by the self-appraisal of one's own subjective sexual well-being. This refers to the perception of the quality of one's sexuality, sex life, and sexual relations (Edward, 2006; Traeen & Schaller, 2010). By studying subjective sexual well-being, we attempt to examine the satisfaction with the physical and emotional aspects of relationships, the satisfaction with sexual functioning, and also the importance of sexuality in life in general (Edward, 2006).

In this sense, sexuality is an integral part of human life that promotes intimacy, connection, and pleasure (Buckstegge, Gouveia, Mafra & Bobato, 2009; Diamond & Huebner, 2012; Lerner, 2012; McCarthy & Wald, 2013).

Sexuality plays a central role throughout the lives of individuals. This not only includes sexual activity, but also gender roles and identities, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy, and reproduction (Lerner, 2012). Research on emotional intelligence emphasizes the idea that emotional aspects can interfere positively or negatively with the expression of sexuality. Examples of positive interference include the frequency of female orgasm, masturbation (Harris, Cherkas, Kato, Heiman and Spector, 2008; Burri, Cherkas & Spector, 2009), and the preference for engagement with partners (Burri et al., 2009). Emotional aspects can also interfere negatively, since having less emotional intelligence is associated with riskier sexual behavior, more sexual partners, less ability to establish and maintain mutually satisfying relationships, and less ability to recognize, understand, and express sexual feelings (Lango-King, McRee, Gower, Schlafer, McMorris, Pettingell & Sieving, 2015).

Other studies demonstrate how emotional intelligence is related to subjective sexual well-being, since the perception that individuals have of their emotional and physical satisfaction in several areas of sexuality and health is defined by the perception of the quality of one's sexual life and sexual relations (Traeen & Schaller, 2010). By studying subjective sexual well-being, we can examine satisfaction with the physical and emotional aspects of relationships, satisfaction with sexual functioning, and also the importance of sexuality in life in general (Edward, 2006). Thus, there is evidence that subjective sexual well-being is beneficial to a person's welfare and interpersonal relationships (Laumann, Paik, Glasser, Kang Wang, Levinson, Moreira, Nicolosi & Gingell, 2006). In fact, most studies in this area point to a strong positive correlation between satisfaction with one's sex life and satisfaction with life in general (Davison, Bell, Lachina, Holden & Davis, 2009).

Despite the close association between emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being, very few studies exist in Portugal, which address these topics. In order to fill this gap, we developed our study with the following objectives. First, we aim to assess levels of emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being in a normative sample of Portuguese adults. Second, we seek to compare differences in emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being between genders and age groups. Our final goal is to determine the association levels between emotional intelligence and sexual functioning and subjective sexual well-being.

Method

Participants

The sample consists of 1,421 individuals, who are predominantly female (820, 57.6%), between the ages of 18 and 83 years. The average age was 38.76 years ($SD = 13.67$). It should also be noted that this is a highly differentiated sample, since most of the participants possess a university education (88.2%) and are employed (72.3%). With regard to marital status, most of the respondents say they are married (38.8%) or single (34.9%), and the majority claims to be childless (54.5%). See table 1 for complete demographic information about the participants.

Table 1 - Socio-demographic information

		N	%
Gender	Male	601	42.3%
	Female	820	57.7%
Marital status	Married	551	38.8%
	Single	496	34.9%
	Emotionally committed	125	8.8%
	Divorced	107	7.5%
	Civil union	127	8.9%
	Widow	15	1.1%
	Education	Up to 12 years of school	168
	Bachelor's	530	37.3%
	Master's	530	37.3%
	Ph.D.	193	13.6%
Age groups	18-29	447	31.5%
	30-49	596	41.9%
	50-83	345	24.3%
Sexual orientation	Heterosexual	1319	92.8%
	Bisexual	32	2.3%
	Homosexual	70	4.9%
Place of residence	Rural	1319	92.8%
	Urban	102	2.3%
Children	No	774	54.5%
	Yes	647	45.5%
Professional status	Unemployed	88	6.20%
	Student	217	15.30%
	Employed	1027	72.30%
	Retired	66	4.60%
	Other	23	1.60%

Measures

Demographics. Participants reported their age, gender, marital status, educational level, number of children, place of residence, sexual orientation, and professional status.

Emotional intelligence. Participants completed Schutte's Emotional Intelligence Scale (Schutte, Malouff & Bhullar, 1998). This scale consists of 33 items that evaluate emotional intelligence on a Likert-type scale. Values range from "1 - strongly disagree" to "5 - strongly agree". The range of scores is calculated through the sum of all items, and the scores of items 5, 28, and 33 are inverse (Schutte et al, 2009). Factor organization consists of the perception of emotions (items 5, 9, 15, 18, 19, 22, 25, 29, 32, and 33), the management of one's own emotions (items 2, 3, 10, 12, 14, 21, 23, 28, and 31), the management of other's emotions (items 1, 4, 11, 13, 16, 24, 26, and 30), and the use of emotions (items 6, 7, 8, 17, 20, and 27). The Cronbach's alpha ($\alpha=0.88$) for this measure indicates very good internal reliability (Maroco, 2006).

Sexual Functioning. Participants completed the Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Short Form (CSFQ-14) (Keller, McGarvey & Clayton, 2006). This questionnaire is a clinical and research instrument consisting of 14 items, which evaluate the five dimensions that correspond to the phases of the sexual response cycle (desire/interest, desire/frequency, pleasure, arousal, and orgasm) (Keller, McGarvey & Clayton, 2006). Factor analysis confirms the validity of this construct as a global measure of sexual dysfunction (Keller, McGarvey & Clayton, 2006). It should also be noted that the individual scales exhibit a strong level of internal reliability with a Cronbach's alpha of 0.90 (Keller, McGarvey & Clayton, 2006). The level of significance of this study is 0.88, which indicates high levels of internal consistency (Maroco & Garcia-Marques 2006). After analyzing the questionnaire, in accordance with the proposal of the author, the questionnaire was organized into five different dimensions: desire and frequency of sexual activity, desire and interest, arousal, pleasure, and orgasm (Keller, McGarvey & Clayton, 2006). Finally, a global scale was developed based upon the 14 items of sexual functioning.

Subjective sexual well-being. We assess subjective sexual well-being according to Laumann et al.'s (2006) proposal, which consists of four items. The first item evaluates the "level of satisfaction with the physical pleasure felt in relation to your partner in the last 12 months." The second item investigates the "level of satisfaction with the emotional pleasure felt in relation to your partner in the last 12 months." The third item asks participants, "If you had to spend the rest of your life with the sexual life that you have today (sexual relationships and sexual health), how would you feel?" Finally, the fourth item asks participants to evaluate, "the importance that sex has on your overall life". We score the responses on a Likert-type scale. Possible responses for items 1, 2, and 3 are "completely unsatisfied", "moderately dissatisfied", "neither dissatisfied, nor satisfied", "moderately satisfied", and "extremely satisfied". The potential responses for item 4 are "not important at all", "not very important", "somewhat important", "very important", and "extremely important." The original alpha was 0.80, consistent with the value obtained in the present study (0.86), with both values representing a very good level of internal consistency (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Procedures

Participants were recruited online and were invited to fill out the survey, which was conducted between October 2014 and February 2015. We used a specific online link for the purposes of this investigation, which we disseminated through mailing lists, contacts with organizations, and social networks.

The study's webpage presented its goals, in addition to meeting and including all of the principles of traditional psychological research ethics, namely the perseverance of confidentiality and anonymity, as well as informed consent.

Recruitment focused on obtaining a normative sample of the Portuguese population. We sent out direct requests for voluntary participation, explaining the study's objectives, along with instructions and the contact information of the research team.

The Scientific Committee of the Department of Psychology and Education at the University of Beira Interior approved this study. The study also complies with all ethical principles set by the Portuguese Board of Psychologists for research development, as well as the guidelines of the American Psychological Association in regards to conducting studies involving human beings.

Results

Concerning emotional intelligence, results show that participants have high levels of overall emotional intelligence (129.91, $SD = 12.83$), which is also the case for the various factors of the study. Regarding the "perception of emotions" scale, the expected cut-off point was 30, and the observed mean was 37.20 ($SD = 4.28$). When measuring the "management of [one's] own emotions", the expected cut-off point was 27, and the observed mean was 35.38 ($SD = 3.57$). On the scale, "management of others' emotions", the expected cut-off point was 24, and the observed mean was 32.57 ($SD = 4.28$). Finally, the "use of emotions" scale had an expected cut-off point of 18, and the observed mean was 24.77 ($SD = 3.25$).

As for global sexual functioning, the results indicate slightly above average scores with an expected cut-off point of 42, and an observed mean of 45.58 ($SD = 8.23$). Overall subjective sexual well-being shows an observed mean of 15.51 ($SD = 3.46$), with an expected cut-off point of 12. Regarding the "pleasure" scale, the expected cut-off point was 3, and the observed mean was 3.45 ($SD = 1.13$). The "sexual desire and frequency" scale had an expected cut-off point of 7.5, and an observed mean of 6.68 ($SD = 1.69$). In relation to the "sexual desire and interest" scale, the expected cut-off point was 10 and the observed mean was 9.31 ($SD = 2.62$). The "arousal" scale had an expected cut-off point of 10, while the average observed was 11.02 ($SD = 2.46$). Finally, for the "orgasm" scale, the expected cut-off point was 12.5 and the observed mean was 13.03 ($SD = 2.67$).

When comparing differences between men and women in regards to levels of emotional intelligence, sexual functioning, and subjective sexual well-being, statistically significant differences are found. The study reveals that men feel more sexual desire more often, more arousal more frequently, and have more orgasms and more pleasure than women. Thus, men present higher levels of sexual functioning. However, despite having higher levels of subjective sexual well-being, these differences are not statistically significant. In turn, with regard to the factors of emotional intelligence, women show better “management of others’ emotions” than men (See Table 2).

Table 2 - Results for gender differences in levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

	Gender	Mean	SD	t	p
Global levels of emotional intelligence	Male	128.014	12.992	0.080	0.777
	Female	131.301	12.524		
Perception of emotions	Male	36.576	4.268	0.525	0.469
	Female	37.661	4.245		
Management of one’s own emotions	Male	35.123	3.565	0.034	0.855
	Female	35.562	3.556		
Management of others’ emotions	Male	31.843	4.448	4.984	0.026*
	Female	33.090	4.071		
Use of emotions	Male	24.546	3.284	1.316	0.252
	Female	24.933	3.209		
Global levels of sexual functioning	Male	50.011	6.486	21,234	0.000**
	Female	42.866	7.989		
Pleasure	Male	3.617	0.981	40.828	0.000**
	Female	3.316	1.212		
Desire/frequency	Male	7.442	1.409	6.454	0.011*
	Female	6.131	1.667		
Desire/interest	Male	10.633	2.270	1.351	0.245
	Female	8.323	2.430		
Arousal	Male	12.204	2.031	12.504	0.000**
	Female	10.308	2.418		
Orgasm	Male	14.277	1.915	54.061	0.000**
	Female	12.268	2.772		

Global levels of subjective sexual well-being	Male	15.775	3.361	1.649	0.199
	Female	15.308	3.526		

*<0.05 **<0.001

In order to compare the differences in levels of sexual functioning, subjective sexual well-being, and emotional intelligence based upon age, we divided participants into three age groups: 14 to 29, 30 to 49, and 50 to 83. Statistically significant differences are found, indicating that when it comes to factors of emotional intelligence, older participants (50-83 years) have better perception and use of emotions. Participants older than 50 years of age also are better at managing their own emotions and the emotions of others. Thus, it can be said that older participants possess more emotional intelligence. Participants between the ages of 30 to 49 indicate greater sexual desire, more arousal, higher levels of pleasure, and have more orgasms. This indicates that participants in this age group have better sexual functioning than in other age groups. However, the study also shows that younger participants (14-29 years) feel more pleasure.

It should also be noted that while older participants have higher scores for subjective sexual well-being when compared to other age groups, these differences are not statistically significant (See Table 3).

Tabela 3 - Results for differences among age groups in levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

	Age group	Mean	SD	F	p
Global levels of emotional intelligence	14-29	127.902	12.258	15.051	0.000**
	30-49	129.330	13.075		
	50-83	133.076	12.819		
Perception of emotions	14-29	36.896	4.162	4.787	0.008*
	30-49	37.012	4.341		
	50-83	37.168	4.309		
Management of one's own emotions	14-29	34.893	3.556	9.060	0.000**
	30-49	35.304	3.630		
	50-83	35.997	3.387		
Management of others' emotions	14-29	31.823	4.239	19.964	0.000**
	30-49	32.387	4.354		
	50-83	33.727	3.949		
Use of emotions	14-29	24.053	3.214	23.466	0.000**
	30-49	24.752	3.250		
	50-83	25.647	3.031		
Global levels of sexual functioning	14-29	45.323	8.152	7.266	0.001*
	30-49	46.812	7.808		

	50-83	43.549	8.806		
Pleasure	14-29	3.484	1.189	3.152	0.043*
	30-49	3.478	1.071		
	50-83	3.304	1.130		
Desire/frequency	14-29	6.599	1.673	12.810	0.000**
	30-49	6.923	1.641		
	50-83	6.359	1.765		
Desire/interest	14-29	9.248	2.517	11.445	0.000**
	30-49	9.649	2.652		
	50-83	8.799	2.605		
Arousal	14-29	10.976	2.385	27.241	0.000**
	30-49	11.496	2.256		
	50-83	10.187	2.710		
Orgasm	14-29	12.694	2.888	7.266	0.001*
	30-49	13.344	2.403		
	50-83	12.889	2.837		
Global levels of subjective sexual well being	14-29	15.510	3.521	0.044	0.957
	30-49	15.463	3.401		
	50-83	15.534	3.559		

*<0.05 **<0.001

Regarding the association between levels of emotional intelligence and sexual functioning and subjective sexual well-being, bivariate correlations show the existence of positive and statistically significant association values in most dimensions (see table 4). The association between the variables of total sexual functioning and subjective sexual well-being is especially noteworthy due to its large magnitude of effect. Despite the fact that all associations between sexual variables and emotional intelligence are significant, the magnitude of effect is generally small, and the association for subjective sexual well-being is stronger than the association for sexual functioning.

Tabela 4 - results for the correlation of levels of emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 - Perception of emotions	-											
2- Management of one's own emotions	0.570**	-										
3- Management of others' emotions	0.600**	0.690**	-									
4- Use of emotions	0.493**	0.647**	0.589**	-								

5 - Global levels of emotional intelligence	0.817**	0.860**	0.871**	0.791**	-							
6 - Pleasure	0.178**	0.231**	0.167**	0.136**	0.226**	-						
7 - Desire/frequency	0.048	0.161**	0.048	0.095**	0.113**	0.604**	-					
8 - Desire/interest	0.011	0.130**	0.006	0.066*	0.061*	0.370**	0.675**	-				
9 - Arousal	0.058*	0.159**	0.047	0.118**	0.108**	0.472**	0.724**	0.679**	-			
10 - Orgasm	0.092**	0.151**	0.123**	0.135**	0.147**	0.419**	0.481**	0.447**	0.604**	-		
11 - Global levels of sexual functioning	0.093**	0.192**	0.094**	0.141**	0.157**	0.611**	0.831**	0.822**	0.878**	0.766**	-	
12 - Global levels of subjective sexual well-being	0.186**	0.229**	0.187**	0.167**	0.230**	0.672**	0.480**	0.282**	0.421**	0.461**	0.520**	-

*<0.05 **<0.001

Discussion

We conducted this study in order to understand how emotional intelligence levels are related to levels of sexual functioning and subjective sexual well-being, and thus to fill a gap in the research on this subject.

Our study concludes that participants have high levels of emotional intelligence, which should be expected due to the fact that the sample is normative. Women present higher levels of emotional intelligence in comparison to men, a finding corroborated by other research (Fernández-Berrocal, Cabello, Castillo & Extremera, 2012). An extensive review of the literature concerning the emotional aspects of gender differences supports this finding, showing that female subjects are better at decoding nonverbal emotional information (Brody & Hall, 2000), have greater emotional understanding (Ciarrochi, Hynes & Crittenden, 2005), are more sensitive to others' emotions (Hall & Mast, 2008), are more emotionally expressive, and show greater interpersonal skills (Hargie, Saunders & Dickson, 1995). Studies show that women are more accustomed to societal norms regarding the expression of emotion and are more biologically prepared to perceive emotions than men. Women also tend to use emotions more frequently and more adequately in comparison to men (Mayer et al., 1999; Candela et al., 2001; Jausovec & Jausovec, 2005; Fernandez-Berrocal et al, 2012).

In addition, this study demonstrates that age levels can interfere with emotional intelligence, since older participants demonstrate greater perception and use of emotions, as well as better management of their own emotions and the emotions of others. Similar to other studies that analyze the association between age and emotions (Tsousis & Kazi, 2013; Gardner & Qualter, 2011), our study finds that age can be predictive factor emotional intelligence, since it can be seen as an adaptive function that develops throughout the life cycle.

With respect to levels of sexual functioning and subjective sexual well-being, the results of this study corroborate the fact that men show higher scores than women. These differences can be explained by bio-psychosocial reasons, which lead us to reflect on gender differences in specific social contexts, such as the sample being studied. The recent study of Costa, Oliveira, Pereira, and Leal (2015), reveals that Portuguese society is considered to be mostly religious and conservative, which tends to produce different social norms in regards to gender, ultimately influencing sexual functionality.

In relation to levels of subjective sexual well-being, our results indicate better scores for men when compared to women. These results are substantiated by other studies that conclude that men, regardless of the socio-cultural context, have higher levels of sexual satisfaction than women (Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn, 2003). Along the same lines, the study of Edwards, Bryning, and Crane (2014) shows that average levels of satisfaction were generally lower in women in all aspects of subjective sexual well-being.

With respect to age, participants between the ages of 30 and 49 feel more desire and more excitement, have more fun, and have more orgasms. This indicates that participants in this age group have better sexual functioning. It should also be noted that older participants (ages 50-83) have higher average levels of subjective sexual well-being, when compared to other age groups. However, unlike the results seen in this study, Schick's (2010) study shows that a decline in sexual responsibility over the life cycle, related to bodily and hormonal changes and the frequency of sexual activity can interfere with levels of sexual functioning and subjective sexual well-being.

Correlational analysis shows significant, yet mild, levels of association between emotional intelligence and sexual functioning and subjective sexual well-being. Congruent with the observations of other studies (Petrides & Furnham, 2000; Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004; Saklofske, Austin, Galloway & Davidson, 2007; Whitman, Van-Rooy, Viswesvaran & Kraus, 2009), we find that sex apparently has no strong effect on emotional intelligence, even if it is closely linked with emotions. Furthermore, we observe that emotionally balanced people are happier and indicate higher levels of subjective sexual well-being (Traeen & Schaller, 2010), and sexual functioning (Burri, Cherkas & Spector, 2009).

This study has some limitations, including the fact that the sample is highly differentiated and was collected by convenience over the Internet. Therefore, the results are not generalizable. In order to rectify these deficiencies, it would be appropriate to develop future studies with probability samples and control groups, in order to manipulate emotional intelligence as an experimental variable. It should be noted that the responses to questionnaires about intimate subjects like sexuality might be influenced by factors such as

inhibition, shame, or social desirability. Without being properly controlled these factors may skew the results, even if all measures present good levels of internal consistency. Regardless, these results allow us to better inform professionals who work, either in the area of emotional intelligence, or in the field of sexuality, about the importance of these two variables in promoting health, well-being, and quality of life in general.

References

- Almeida, L. S., Guisande, M. A. & Ferreira, A. I. (2009). *Inteligência: perspectivas teóricas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Brody, L. R. & Hall, J. A. (2000). Gender, emotion. In Lewis, M. & Haviland, J. M. (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford.
- Buckstegge, K., Gouveia, M., Mafra, M. & Bobato, S. (2009). Disfunções sexuais femininas: um estudo exploratório com um psicólogo que atua em âmbito clínico. *Centro Científico Conhecer - Enciclopédia Biosfera*, 5(8).
- Burri, A. V., Cherkas, L. M. & Spector, T. D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *International Society for Sexual Medicine*, 6, 1930-1937.
- Ciarrochi, J. V., Hynes, K. & Crittenden, N. (2005). Can men do better if they try harder? Sex and motivational effects on emotional awareness. *Cognition and Emotion*, 19, 133-141.
- Costa, P. A., Oliveira, R., Pereira, H. & Leal, I. (2015) Adaptação dos inventários de sexismo moderno para Portugal: o inventário de sexismo ambivalente e o inventário de ambivalência em relação aos homens. *Psicologia: Reflexão e crítica* 28(1), 126-135.
- Davison, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S. & Davis, S. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2690-2697.
- Diamond, L. & Huebner, D. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 54-69.
- Edwards, R., Bryning, L. & Crane, R. (2014) Design of Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: Ten Methodological Questions of which to be Mindful. *Mindfulness*.

- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Cabello, R. & Castillo, R. (2012). Gender differences in emotional intelligence: the mediating effect of age. *Behavioral Psychology, 20*(1), 77-89.
- Ferreira, A. L. C. G., Sousa, A. I. & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife. *Revista Brasileira Saúde Materna, 7*, 144.
- Gardner, K. J. & Qualter, P. (2011). Factor structure, measurement invariance and structural invariance of the MSCEIT V2.0. *Personality and Individual Differences, 51*, 492-496.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Hall, J. A. & Mast, M. S. (2008). Are women always more interpersonally sensitive than men? Impact of goals and content domain. *Personality and Social Psychological Science in the Public Interest, 8*, 1-51.
- Hargie, O., Saunders, C. & Dickoon, O. (1995). *Social skills in interpersonal communication*. London: Routledge.
- Harris, J. M., Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J. R. & Spector, T. D. (2008). Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: A population-based study. *Journal Sex Med, 1177-1183*.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living - using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. *The Practice of Mindfulness, 4*, 59-72.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: past, present, and future. *Clinical Psychology, Science and Practice, 10*(2), 144-156.
- Kaplan, H. S. (1983). *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Keller, A., McGarvey, E. L. & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14). *Journal of Sex and Marital Therapy, 32*, 43-52.

- Lando-King, E., McRee, A. L., Gower, A. L., Shlafer, R. J., McMorris, B. J., Pettingell, S. & Sieving, R. E. (2015). Relationships between social-emotional intelligence and sexual risk behaviors in adolescent girls. *The Journal of Sex Research*, 0(0), 1-6.
- Laumann, E., Paik A., Glasser, D., Kang, J., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. J., Nicolosi, A. & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men - findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 145-160.
- Lerner, T. (2012). *Terapia cognitiva-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas*. São Paulo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). *What is Emotional Intelligence*. Acedido em http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1997MSWhatIsEI.pdf.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional Intelligence. *Annual review of Psychology*, 59, 507-536.
- McCarthy, B. & McCarthy, E. (2003). *Rekindling desire*. New York, NY: Routledge.
- McCarthy, B. & Wald, L. (2013). Mindfulness and good enough Sex. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 39-47.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2000). Sex differences in measured self-estimated trait emotional intelligence. *Sex Roles*, 42, 449-461.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J. & Davidson, K. (2007). Individual difference of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502.
- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of americans over 50: implications of sexual health promotion for aging adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 315-329.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M. & Bhullar, D. J. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.

- Traeen, B. & Schaller, S. (2010). Subjective sexual well-being in a web sample of heterosexual Norwegians. *International Journal of Sexual Health*, 22, 180-194.
- Tsaousis, I. & Kazi, S. (2013). Factorial invariance and latent mean differences of scores on trait emotional intelligence across gender and age. *Personality and Individual Differences*, 54, 169-173.
- Whitman, D. S., Van-Rooy, D. L., Viswesvaran, C. & Kraus, E. (2009). Testing the second-order factor structure and measurement equivalence of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale across sex and ethnicity. *Educational and Psychological Measurement*, 69, 1059-1074.

Capítulo 3 - Discussão geral

A realização desta dissertação foi um requisito para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde mas também permitiu desenvolver competências ao nível da investigação e da autorreflexão, bem como contribuir para a atividade científica na área da inteligência emocional, funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo.

Nomeadamente aquelas preconizadas pelo Diploma do Psicólogo Europeu abrangendo diversas aptidões que qualquer psicólogo deve ser capaz de manifestar. Estas aptidões relacionam-se com os papéis profissionais, particularmente, a especificação de objetivos, avaliação prévia, desenvolvimento, intervenção, avaliação posterior e comunicação da investigação realizada.

Neste sentido, esta dissertação é uma exemplificação da aquisição destas competências que culminaram na escrita do presente documento, representado um contributo empírico que permite aos técnicos que trabalham na área da inteligência emocional e/ou da sexualidade humana melhor se orientarem usando esta informação como um referencial que possa suportar a sua intervenção. Tal como diz Ribeiro (2002), uma das funções do psicólogo que pretende trabalhar na área da saúde passa pela investigação cabendo ao investigador produzir conhecimento científico através da realização de estudos planeados com rigor científico e de um modo que confira cientificidade à investigação.

Esta dissertação possibilitou a estimulação da criação cultural, do desenvolvimento científico e do pensamento reflexivo. Permitiu refrescar os conhecimentos adquiridos e, ao mesmo tempo, adquirir *background* na área da inteligência emocional e da sexualidade uma vez que não foi uma área muito aprofundada durante os anos de licenciatura.

Relativamente ao tema da dissertação, foi notória a pouca existência de estudos relacionados com o funcionamento sexual, o bem-estar sexual subjetivo e a inteligência emocional. Assim, no sentido de preencher esta lacuna desenvolveu-se o presente estudo. A amostra foi constituída por 1421 sujeitos, predominantemente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 83 anos. Foram identificados na amostra estudada níveis elevados de inteligência emocional, de funcionamento sexual e de bem-estar sexual subjetivo. Verificou-se uma associação de elevados níveis de inteligência emocional para o bem-estar sexual subjetivo e para o funcionamento sexual total.

É importante considerar algumas das limitações verificadas na realização deste estudo que, eventualmente possam ter condicionado os resultados obtidos, nomeadamente: o facto de ser um estudo transversal não permitindo perceber se as variáveis estudadas se alteram ou não ao longo do tempo; na recolha da amostra, os questionários sobre assuntos íntimos

(sexualidade) enviesam os resultados, na medida, em que pode interferir nas respostas dos participantes devido a vergonha, deseabilidade social; e a comparação de resultados pois é difícil comparar este estudo com outros já existentes, dado a diferença de metodologias mas sobretudo por falta de literatura relacionada com o tema.

Na sequência deste trabalho de investigação e dada a precaridade de investigações idênticas, seria pertinente a realização de outras investigações para aprofundar o conhecimento sobre a forma como a inteligência emocional, o funcionamento sexual e o bem-estar sexual subjetivo se relacionam, nomeadamente de carácter qualitativo que permitissem aprofundar melhor os impactos das variáveis estudadas nas pessoas.

Assim, a presente dissertação assume-se como um contributo para o aumento da investigação nesta área constituindo um documento que possibilite a constante atualização e melhoria das boas práticas dos psicólogos e futuros psicólogos que trabalhem na área Clínica e da Saúde e não só.

Anexo 1

1. Inteligência Emocional

Darwin, em 1987, já se tinha pronunciado sobre a importância adaptativa das emoções na vida humana e animal, muito antes de os psicólogos começarem a medir a inteligência emocional (Cherniss, 2004).

A inteligência emocional apresenta-se como uma perspectiva inovadora acerca do estudo das emoções. As emoções são, atualmente, consideradas como aliadas na resolução de problemas do dia-a-dia, ajudando na normalização dos processos de adaptação psicológica e física (Goleman, 1995).

Mayer e colaboradores (2000, citado por Cunha, Rego, Cunha & Cabral-Cardoso, 2006) referem que a emoção torna o pensamento mais inteligente. Assim, a inteligência cognitiva ajuda os sujeitos a pensar nas suas próprias emoções e nas emoções dos outros uma vez que esta relação binomial promove as capacidades emocionais e sociais dos sujeitos (Mayer, 2000 citado por Cunha et al., 2006).

O conceito de inteligência emocional pode estar relacionado com os conceitos de emoção e inteligência contudo, a inteligência emocional não é considerada igual a nenhum deles (Almeida, Guisande & Ferreira, 2009). Enquanto alguns autores consideram a inteligência como uma aprendizagem relacionada com a conduta humana (Howe, 1999 citado por Almeida et al., 2009) outros defendem que a inteligência é uma qualidade pertencente à estrutura neurobiológica da mente humana.

Robert Sternberg (2005) afirma no seu livro “Inteligência de Sucesso” que a inteligência se define pelos resultados que provoca na conduta humana, não podendo ser compreendida como um constructo de observação direta. Por seu turno, as emoções são o reflexo das relações entre o sujeito e os que o rodeiam e entre a memória.

Segundo Goleman (1995), a emoção é essencial para entender o funcionamento dos sujeitos. As emoções direcionam o sujeito na tomada de decisões difíceis e ajudam a enfrentar problemas. Ainda nesta linha de raciocínio, Mayer, Roberts e Barsdade (2008) referem que a inteligência emocional está estritamente relacionada com os conceitos científicos de inteligência e emoção.

Assim, o conceito de inteligência emocional é relativamente recente. Tendo as suas origens em finais do século XX, ganhou mais ênfase na década de 90 com os investigadores Salovey e Mayer, percussores no desenvolvimento de estudos científicos acerca do tema.

Os primeiros contributos na área da inteligência emocional devem-se a Edward Thorndick que investigou a inteligência social definindo e operacionalizando o conceito de uma forma relativamente consistente nos anos 30, definindo, assim, a inteligência social como a aptidão de compreender os outros e de agir adequadamente nos relacionamentos entre sujeitos. (Goleman, 1995). Contribuíram também para a evolução da investigação sobre a inteligência emocional os psicólogos David Weschler e Howard Gardner. Weschler (1940, citado por Bar-On, 2001; Law, Wong & Son, 2004) abrangeu no seu instrumento de medida da inteligência escalas que se mencionavam capacidades não-cognitivas. Por seu turno, Gardner (1983, citado por Bar-On, 2001; Law, Wong & Son, 2004) alertou para a existência de dois tipos de inteligência, a inteligência intrapessoal e a inteligência interpessoal. Estes dois tipos de inteligência estariam englobados na inteligência social. A inteligência intrapessoal consistiria na habilidade para reconhecer e distinguir as próprias emoções, por sua vez a inteligência interpessoal se referiria à habilidade para reconhecer e distinguir emoções e motivações nos outros (Bar-On, 2001; Law, Wong & Son, 2004).

Existe na literatura uma grande diversidade de definições de conceitos sobre inteligência emocional. Mayer e Salovey (1990 citado por Mayer & Salovey, 1997) definem Inteligência Emocional como “uma subcategoria da inteligência social que envolve a capacidade de monitorar os sentimentos e as emoções, tanto em si próprio como nos outros, a capacidade de estabelecer distinções entre eles e a capacidade para utilizar esta informação na condição das suas próprias acções e pensamentos” (p.189). Segundo estes autores, os sujeitos com níveis elevados de inteligência emocional conseguem reconhecer e descrever com simplicidade os seus sentimentos e os dos outros assim como conseguem regular de forma eficiente os estados de ativação emocional em si próprios e nos outros de forma a utilizá-los como simplificadores dos processos de adaptação (Mayer & Salovey, 1990). De acordo com Çooper e Sawaf (1997), a inteligência emocional é definida como a competência de utilizar o poder das emoções como fonte de energia e de informação de uma forma eficaz. Goleman (2003) definiu o conceito de inteligência emocional como a competência para identificar e gerir sentimentos, compreender os sentimentos dos outros e conduzir relações.

Independentemente da perspectiva de cada investigador, todas as definições do conceito de inteligência emocional partilham de quatro fundamentos teóricos: consciência das próprias emoções e consciência das emoções dos outros; emoção facilitadora do pensamento; compreensão das emoções e capacidade para gerir as próprias emoções e as dos outros (Goleman, 2000; Bar-On, 2006; Mayer, Salovey & Caruso, 2004). O primeiro fundamento teórico faz referência à capacidade do sujeito reconhecer com precisão as emoções e o conteúdo das emoções, primeiro em si e depois nos outros (Franco, 2007). Por sua vez, a emoção como facilitadora do pensamento refere-se à capacidade de o pensamento gerar emoções, bem como a possibilidade das emoções influenciarem o processo cognitivo. Conforme Forgas (1995, citado por Mayer et al., 2004) e Schwarz (1990, citado por Mayer et

al., 2004), emoções poderiam influenciar processos de pensamento por meio da promoção de estratégias diferenciadas de processamento da informação. A compreensão das emoções está relacionada a três capacidades: (1) capacidade de identificar emoções e codificá-las; (2) entender os seus significados, curso e a maneira como se constituem e se correlacionam; e (3) conhecer suas causas e consequências. Adicionalmente, a compreensão emocional indica o quão bem um sujeito seria capaz de entender significados e situações emocionais, através da utilização de processos de memória e codificação emocional (Mayer et. al., 2004). Por último, a gestão de emoções remete para o controlo reflexivo das emoções em si próprio e nos outros. Esta capacidade permite aos sujeitos estar vigilante às emoções que as diversas situações provocam, assim como a capacidade de avaliar a utilidade de determinados estados emocionais e conseqüentemente decidir mantê-los ou alterá-los (Franco, 2007).

1.1. Modelos de Inteligência Emocional

De acordo com a revisão da literatura sobre o estudo da inteligência emocional existem três modelos fundamentais: o modelo de Goleman (1997), o modelo de Mayer e Salovey (2004) e o modelo de Bar-On (2001, 2006, 2009).

Estes modelos podem ser categorizados em dois grupos: os modelos de mistos (modelo de Goleman e o modelo de Bar-On) e os modelos de competências (modelo de Mayer e Salovey) (Feyerherm & Rice, 2002; Zeidner, Matthews & Roberts, 2004; Almeida et al., 2009). Os modelos mistos incluem outros fatores importantes para alcançar o sucesso, tais como: traços, disposições e capacidades mentais. Já os modelos de competência focam-se na relação entre a emoção e a inteligência como uma habilidade que ajuda a resolver problemas. Assim, a inteligência emocional é tida como uma união de competências cognitivas para processamento de informação emocional e para a regulação adaptativa das emoções (Almeida et al., 2009).

1.1.1. Modelo de Goleman (modelo misto)

O conceito de inteligência emocional é definido por Daniel Goleman (2003) como “a capacidade de se motivar a si próprio e persistir face às frustrações, controlar impulsos e adiar as recompensas, regular o próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjogue a habilidade de pensar, de sentir empatia e de ter esperança” (p. 54).

O modelo misto de Goleman (1995) era, inicialmente, constituído por cinco dimensões: (1) autoconsciência (modo como se diferenciam as emoções próprias e a forma de adaptação a novas situações); (2) gestão das emoções (autocontrolo das emoções); (3) automotivação (perseverança em alcançar objetivos definidos e conformidade com o modo como se tenta alcançá-los); (4) Empatia (competência para entender as emoções do outro influenciando as relações interpessoais) e (5) gestão de relacionamento de grupos (capacidade de trabalho em equipa). Estas cinco dimensões dividem a Inteligência Emocional em dois domínios:

competências pessoais (dimensões 1, 2 e 3) e competências sociais (dimensões 4 e 5) (Goleman, 1995). De salientar que estas cinco dimensões dividem a inteligência emocional em dois domínios: o domínio das competências pessoais (dimensões 1, 2 e 3) e o domínio das competências sociais (dimensões 4 e 5) (Goleman, 1995).

Contudo, este modelo sofreu algumas alterações passando de cinco domínios para quatro: (1) autoconsciência (autoconsciência emocional, autoavaliação e autoconfiança); (2) autocontrolo (controlo de sentimentos, impulsos e adaptabilidade); (3) consciência social (reconhecimento dos sentimentos, preocupações e necessidades dos outros e (4) administração de relacionamentos (gestão de relações e redes de apoio) (Goleman 1998, 2001 citado por Gabel, 2005).

1.1.2. Modelo de Mayer e Salovey (modelo de competências)

Como referido anteriormente, Mayer e Salovey (1990) definiram inteligência emocional como “uma subcategoria da inteligência social que envolve a capacidade de monitorar os sentimentos e as emoções, tanto em si próprio como nos outros, a capacidade de estabelecer distinções entre eles e a capacidade para utilizar esta informação na condução das suas próprias acções e pensamentos” (p.189).

Mayer e Salovey (1990, citado por Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenius, 2001) referem que a Inteligência Emocional consistia em três componentes: (1) identificação e expressão de emoções; (2) regulação de emoções e (3) utilização de informação emocional como guia para acções e pensamentos.

Posteriormente, este modelo foi reformulado passando a ser composto por quatro componentes: (1) identificação das emoções; (2) integração das emoções em processos de pensamento; (3) compreensão das emoções e (4) gestão das emoções (Mayer & Salovey, 1997). Este modelo é representado em forma de pirâmide, uma vez que é descrito como uma hierarquia contextualizada da personalidade. A base da pirâmide é composta pela identificação das emoções seguindo até ao topo da pirâmide que corresponde à gestão de emoções (Mayer et al., 2004).

Assim, pode-se afirmar que Mayer e Salovey (1997) definem inteligência emocional como a capacidade de perceber, valorizar e expressar emoções com precisão, a capacidade para aceder e/ou gerar sentimentos simplificadores do pensamento, a capacidade para entender emoções e o conhecimento emocional e intelectual.

1.1.3. Modelo de Bar-On (modelo misto)

O investigador Bar-On (2006) introduz o conceito de inteligência emocional-social, definindo-o como um conjunto de competências emocionais e sociais, aptidões e técnicas que são

utilizadas para reconhecer, compreender e gerir emoções, para se relacionar com o outro, para se adaptar à mudança e para resolver problemas de natureza pessoal e interpessoal e para lidar de forma eficaz com as exigências e desafios do dia-a-dia.

Assim sendo, Bar-On (2006) identificou cinco fatores: (1) capacidades intrapessoais (*self-regard*, autoconsciência emocional, assertividade, independência e autoavaliação); (2) capacidades interpessoais (empatia, responsabilidade social e relacionamentos interpessoais); (3) adaptabilidade (teste de realidade, flexibilidade e resolução de problemas); (4) gestão de *stress* (tolerância ao *stress* e controlo de impulsos) e (5) disposição geral (otimismo e felicidade).

1.2. Instrumentos de medição da Inteligência Emocional

A pesquisa efetuada permite afirmar que existem diversos métodos para avaliar a inteligência emocional contudo, mais importante que optar por um ou outro método é fundamental ter em conta as respetivas vantagens e desvantagens de cada um deles. (Cunha et al., 2006).

É possível dividir a medição da inteligência emocional em duas abordagens principais: a abordagem das competências e a abordagem dos comportamentos que abrange instrumentos de medição mistos e instrumentos de medição de comportamentos auto percebidos (Morehouse, 2007; Brannick, Wahi, Arce, Johnson, Nazian & Goldin, 2009).

De acordo com Mayer, Caruso e Salovey (2000) existem três tipos de métodos: método de informadores, questionários de autodescrição e testes de competências.

1.2.1. Método de informadores

No método de informadores é realizado o apuramento da forma como cada sujeito é visto pelos outros. Assim, é pedido a observadores (por exemplo, colegas ou professores) que posicionem o avaliado em relação a algumas afirmações. (Rego & Fernandes, 2005).

Alguns autores afirmam que este método não mede aquilo que o sujeito é na realidade mas sim a sua reputação, sendo assim, aquilo que o observador percebe pode estar distanciado das capacidades reais do sujeito observado (Rego & Fernandes, 2005).

Este método apresenta a vantagem de impedir o enviesamento dos resultados por interferência da autodescrição, por isso, este método apenas permite avaliar comportamentos observáveis e não é possível aceder às competências internas ao próprio sujeito (Rego & Fernandes, 2005).

O instrumento mais conhecido inserido neste tipo de método é o *Emocional Competence Inventory* (ECI-2) que permite avaliar as competências emocionais identificadas no modelo de inteligência emocional de Goleman (Boyatzis, Goleman & Rhee, 1999). Este instrumento é

composto por 72 itens e 4 dimensões (autoconsciência, autogestão, consciência social e competências sociais) (McEnrue & Groves, 2006).

1.2.2. Questionários de autodescrição

Os questionários de autodescrição baseiam-se no autoconceito e os sujeitos são convidados a autodescreverem-se com base em respostas dadas e de acordo com várias afirmações. Este tipo de instrumento pressupõe que os sujeitos possuem um autoconceito apurado pois, caso assim não seja, a medida irá facultar apenas informações acerca do seu autoconceito e não sobre as suas verdadeiras competências (Mayer et al., 2000).

Este tipo de questionários apresenta algumas desvantagens como o facto de os sujeitos poderem alterar as suas respostas para irem de encontro ao que é socialmente mais correto de forma a criarem uma impressão favorável (Barrick & Mount, 1996). Por outro lado, também apresenta várias vantagens como o facto de ser um método financeiramente acessível, de fácil aplicação e permite a recolha de um grande número de participantes (Rego & Fernandes, 2005).

O instrumento mais conhecido inserido neste tipo de método é o *Emocional Quotient Inventory* (EQ-i) desenvolvido por Bar-On (1996).

Investigadores portugueses também desenvolveram e validaram para a população portuguesa um questionário de autodescrição. Esta escala de autodescrição é constituída por 23 itens e permite avaliar seis dimensões: (1) compreensão das emoções próprias; (2) autocontrolo perante críticas; (3) autoencorajamento; (4) autocontrolo emocional; (5) empatia e (6) compreensão das emoções dos outros (Rego & Fernandes, 2005). Os autores ressaltam que estas seis dimensões podem ser identificadas na literatura sobre inteligência emocional e que o seu conteúdo se compagina com as quatro dimensões presentes no modelo de competências de Mayer e Salovey (Rego & Fernandes, 2005).

1.2.3. Testes de competências

Os testes de competências medem o nível de execução de um sujeito no desempenho de determinadas tarefas e na resolução de problemas nas quais está identificada uma resposta “correta” indicadora de uma inteligência emocional mais elevada (Mayer et al., 2000).

Os sujeitos podem ser avaliados através de três métodos: método do consenso (comparação entre os resultados obtidos pelos participantes e os resultados obtidos pelo grupo onde estão inseridos); método dos especialistas (comparação entre as respostas dos participantes e a dos vários especialistas) e método de alvos (onde se verifica se as respostas dos participantes são coincidentes com o transmitido pelos próprios alvos) (Mayer et al., 2000).

As desvantagens inerentes a este tipo de teste são a seleção de tarefas mais pertinentes para medição da inteligência emocional e a identificação/determinação das respetivas respostas mais coerentes com o conceito de inteligência emocional (Rego & Fernandes, 2005).

O instrumento mais conhecido inserido neste tipo de método é o *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)* constituído por 141 itens e abrange quatro dimensões: (1) perceção emocional; (2) facilitação emocional; (3) compreensão emocional e (4) gestão de emoções (McEnrue & Groves, 2006).

2.0 Bem-Estar Subjetivo

O bem-estar subjetivo é uma área da psicologia que tem crescido muito atualmente, enquanto elemento fundamental da qualidade de vida e aspeto importante da Psicologia Positiva (Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Vieira, Matos & Oliveira, 2000).

Desde a antiguidade clássica que a inquietação central do pensamento dos filósofos concentrava-se na essência de uma vida feliz. O estudo do bem-estar subjetivo aparece numa tentativa de entender a felicidade a partir do modo como o sujeito interpreta e vivencia subjetivamente os acontecimentos, ao invés da focalização dos eventos externos ao sujeito (Novo, 2000).

O estudo do bem-estar subjetivo tem sido conduzido por duas conceções de funcionamento positivo. A primeira, iniciada pelo trabalho de Bradburn (1969, citado por Giacomoni, 2004), que distingue o afeto positivo do negativo e explica a felicidade como a harmonia entre os dois. A segunda conceção enfatiza a satisfação de vida como o indicador fundamental do bem-estar. A satisfação de vida é vista como o componente cognitivo que complementa a felicidade (Ryff & Keyes, 1995).

O bem-estar subjetivo é uma atitude e possui pelo menos dois componentes básicos: afeto e cognição (Ostrom, 1969 citado por Giacomoni, 2004). A componente cognitiva diz respeito aos aspetos racionais e intelectuais, enquanto que a componente afetiva envolve os elementos emocionais. Esta componente pode ser dividida em afeto positivo e negativo. Andrews e Withey (1976 citado por Giacomoni, 2004) estruturaram, como componentes do bem-estar subjetivo, a satisfação de vida, o afeto positivo e o afeto negativo. A satisfação de vida é encarada como a componente cognitiva que contempla a felicidade e a importância afetiva do funcionamento positivo. Por sua vez, o afeto positivo caracteriza-se pela tendência de os sujeitos experienciarem sentimentos e emoções agradáveis, como a alegria, o entusiasmo, o orgulho, entre outras, sendo indispensável existir aspetos positivos da própria vida e não apenas a simples ausência de fatores negativos (Simões, 1992). Já o afeto negativo traduz-se pela disposição do sujeito experienciar sentimentos e emoções desagradáveis, como a tristeza, a culpa, a vergonha, a ansiedade, entre outras (Simões, 1992).

Ryff e Keyes (1995) apresentaram um modelo multidimensional de bem-estar composto por seis elementos do funcionamento psicológico positivo: avaliação positiva de si mesmo e do período anterior de vida (autoaceitação); um sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal); acreditar que a vida possui objetivo (sentido) e significado (sentido de vida); possuir relações de qualidade com outros (relações positivas com outros); capacidade de manusear efetivamente a vida e o mundo ao redor (domínio do ambiente) e sentido de autodeterminação (autonomia).

2.1. O Bem-estar Sexual Subjetivo

A revisão da literatura sobre o estudo do bem-estar sexual subjetivo revela que este tema não tem sido muito estudado por parte dos investigadores (Hooghe, 2012). Tendo em consideração que a sexualidade e o bem-estar sexual são elementos essenciais das competências do ser humano e também da felicidade humana, a falta de investigação nesta área deve ser colmatada (Nussbaum & Sem, 1993).

Apesar da informação sobre este tema ser escassa, o conceito de bem-estar sexual subjetivo é definido como a avaliação cognitiva e emocional da vida sexual dos sujeitos (Oberg & Fugl-Meyer, 2002).

Maior parte das escalas de bem-estar não incluem qualquer medida que faça referência ao bem-estar sexual subjetivo contudo, algumas investigações fazem referência ao facto da sexualidade integrar o bem-estar humano. Posto isto, é necessário incluir o bem-estar sexual subjetivo nas medições do bem-estar (Hooghe, 2012).

O bem-estar sexual subjetivo diz respeito à percepção que os sujeitos têm da sua satisfação emocional e física em vários domínios da sexualidade e da saúde, ou seja, refere-se à percepção da qualidade da própria sexualidade, à própria vida sexual e às suas relações sexuais (Edward, 2006; Traeen & Schaller, 2010). Assim, o bem-estar sexual subjetivo é considerado um termo mais amplo do que satisfação sexual (Traeen & Schaller, 2010).

Ao estudar-se o bem-estar sexual subjetivo, está-se a analisar a satisfação com aspetos físicos e emocionais das relações, satisfação com o funcionamento sexual e ainda a importância da sexualidade na vida em geral (Edward, 2006).

3. Mudanças no funcionamento sexual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde sexual como sendo um processo contínuo do bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionado com a sexualidade (Lerner, 2012). Por seu turno, a sexualidade é definida pela OMS como sendo um aspeto central na vida dos sujeitos ao longo da vida. Esta engloba não só a atividade sexual, como

também papéis e identidades de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (Lerner, 2012). A sexualidade é algo vivido e expresso em pensamentos, fantasias, crenças, desejos, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (Mendonça, Silva, Arrudai, García-Zapata & Amaral, 2012). A função sexual representa assim uma componente importante da saúde e da qualidade de vida (Mendonça et al., 2012).

As manifestações da sexualidade são uma dimensão com grande importância na dinâmica do relacionamento humano. Neste sentido, torna-se fulcral estudar os métodos que auxiliam na resolução de problemas relacionados com a sexualidade (Buckstegge, Gouveia, Mafra & Bobato, 2009).

O enfoque na sexualidade humana deve ser amplo e abrangente uma vez que esta se manifesta em todas as fases do ciclo vital do ser humano e inclui diversas dimensões como psicológica, biológica, emocional, social, cultural e espiritual (Vitiello & Conceição, 1993).

Existem três fases da sexualidade humana feminina e masculina: desejo, excitação e orgasmo (Kaplan, 1983). Neste sentido, a perturbação de qualquer uma destas fases de resposta sexual traduz-se no surgimento de disfunções sexuais (Ferreira, Sousa & Amorim, 2007).

As disfunções sexuais são altamente prevalentes na população em geral e desempenham um papel bastante negativo acabando por se perder a intimidade no relacionamento, podendo este ficar em risco (McCarthy & McCarthy, 2003). Estas representam um problema de saúde pública intrinsecamente relacionado com a diminuição dos índices de qualidade de vida (Lerner, 2012).

A OMS define a disfunção sexual como sendo aquela que não é causada por perturbação ou doença orgânica e pode subdividir-se em dez tipos: (1) ausência ou perda do desejo sexual, que pode levar à frigidez e/ou à perturbação hipoativa do desejo sexual; (2) aversão sexual e ausência de prazer sexual caracterizados pela anedonia sexual; (3) falha na resposta genital retratada através da disfunção de ereção no homem; (4) disfunção orgásmica que pode gerar anorgasmia psicogénica e/ou inibição do orgasmo; (5) ejaculação precoce; (6) vaginismo não orgânico; (7) dispareunia não orgânica; (8) apetite sexual excessivo que pode dividir-se em ninfomania e satiríase; (9) outras disfunções sexuais que não sejam devidas a perturbação ou a doenças orgânicas que consiste em dismenorreia psicogénica e (10) disfunção sexual devido a perturbação ou doença orgânica não especificada (Buckstegge et al., 2009).

A disfunção sexual é mais comum em sujeitos com uma má saúde física e emocional e está associado a experiências negativas nas relações sexuais e bem-estar geral (Baker & Absenger, 2013). Estas fazem parte de um grupo heterogéneo de perturbações que se caracterizam por uma alteração clinicamente significativa na capacidade de um sujeito responder sexualmente e/ou de sentir prazer (APA, 2014).

É ainda de realçar que a cultura, a religião e a sociedade em que os sujeitos se encontram inseridos também pode influenciar o desejo e as expectativas no que concerne ao desempenho sexual (Mendonça et al., 2012).

As disfunções sexuais caracterizam-se por perturbações relacionadas com alterações psicofisiológicas nas fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) e com a dor associada à relação sexual, acarretando sofrimento psíquico e dificuldades de relacionamentos interpessoais (Lucena & Abdo, 2013). Contudo, são mais frequentes nas três primeiras fases do ciclo e é comum um indivíduo apresentar disfunções sexuais em mais do que uma fase do ciclo de resposta sexual (Lucena & Abdo, 2013).

O ciclo de resposta sexual é influenciado de forma negativa por diversos fatores psicológicos, nomeadamente, ansiedade, baixa autoestima, distúrbios na perceção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade de desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas, história de abuso e ainda a qualidade da relação. Este ciclo pode também ser influenciado negativamente por outros fatores como o desequilíbrio hormonal, vasculares, fisiológicos, condições médicas, musculares e ainda por cirurgias ou medicamentos (Mendonça et al., 2012).

Crooks e Baur (2008) consideram que a resposta sexual humana é um processo individual, físico, emocional e mental contudo, existe uma variedade de mudanças físicas que permitem definir alguns padrões do ciclo de resposta sexual.

Masters e Johnson (1966, citado por Crooks & Baur, 2008) desenvolveram um modelo diferenciado segundo o género que incluía quatro fases características da resposta sexual: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução.

Relativamente à resposta sexual feminina, a primeira fase (excitação) é caracterizada por um aumento da pressão sanguínea e do batimento cardíaco. À medida que estas alterações vão ocorrendo a mulher tem uma sensação de calor e de inchaço, geralmente acompanhada de secreção vaginal. Ocorrem várias alterações no útero, nos pequenos e grandes lábios e no clitóris, contudo estas alterações variam de mulher para mulher (Crooks & Baur, 2008).

A segunda fase (*plateau*) é uma fase de preparação para o orgasmo e é caracterizada por tensão sexual e desejo. Com a continuação da estimulação erótica as mudanças psicológicas e físicas prosseguem, particularmente a sensação de aumento de prazer (Crooks & Baur, 2008).

No que diz respeito à terceira fase (orgasmo) esta é caracterizada pela libertação rápida da tensão acumulada na fase anterior, ou seja, é uma sensação de prazer. Nesta fase acontecem algumas alterações como a perda da plataforma orgásmica e da musculatura que rodeia o

ânus e a uretra. Durante esta fase ocorre ainda contrações no útero contudo, com menor regularidade na intensidade e na duração (Crooks & Baur, 2008).

Por último, a quarta fase (resolução) é caracterizada pelo regresso do corpo da mulher ao estado de pré-excitação. De salientar que esta fase ocorre de uma forma mais rápida nas mulheres mais velhas, quando comparadas com as mulheres mais novas (Crooks & Baur, 2008).

Tendo em conta o modelo de Masters e Johnson (1966, citado por Crooks & Baur, 2008) a resposta sexual masculina é caracterizada pelas mesmas quatro fases que caracterizam a resposta sexual feminina.

Assim sendo, a primeira fase (excitação) caracteriza-se pela ereção produzindo a elevação do pênis e a retração dos testículos. Esta ereção varia significativamente de homem para homem, sendo que com o aumento da idade esta é mais prolongada. De salientar que o que provoca a ereção pode ser estímulos auditivos, táteis, auditivos, entre outros (Crooks & Baur, 2008).

Em relação à segunda fase da resposta sexual masculina (*plateau*), esta é caracterizada pelo aumento do diâmetro do pênis. A tensão arterial, a respiração e o batimento cardíaco aumentam significativamente nesta fase (Crooks & Baur, 2008).

A terceira fase (orgasmo) envolve contrações musculares da genitália e da pélvis e é acompanhada de espasmos involuntários e de algumas verbalizações. A tensão muscular durante a emissão e expulsão dos fluidos seminais é intensiva e faz aumentar o batimento cardíaco e a tensão arterial (Crooks & Baur, 2008).

Por último, a quarta fase (resolução) é caracterizada pelo regresso do corpo do homem ao estado de pré-excitação e envolve a diminuição e amolecimento do pênis (detumescência) que ocorre em duas fases distintas. Na primeira fase ocorre a diminuição do pênis cerca de 50% do tamanho logo depois da ejaculação e na segunda fase o pênis diminui até ao seu tamanho normal. Por fim, o fluxo sanguíneo dispersa-se e a pressão arterial e a respiração voltam à normalidade (Crooks & Baur, 2008).

“Deve-se usar o juízo clínico para determinar se as dificuldades sexuais são o resultado de uma estimulação sexual inadequada” (APA, 2014, p. 507). Posto isto, são utilizados subtipos para nomear o início da dificuldade. “Ao longo da vida” diz respeito a um problema sexual que esteve presente no sujeito desde as primeiras experiências sexuais, por sua vez, “adquirido” corresponde a perturbações sexuais que se desenvolveram após um período de funcionamento sexual relativamente normal. Dá-se o nome de “generalizado” a dificuldades sexuais que não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros. Por último,

“situacional” refere-se a dificuldades sexuais que ocorrem somente com certos tipos de estimulação, situações ou parceiros (APA, 2014).

Para além destes subtipos é necessário ter em conta uma série de fatores, uma vez que podem ser relevantes para a etiologia e/ou tratamento: 1) fatores do parceiro (problemas sexuais do parceiro, estado de saúde do parceiro); 2) fatores da relação (discrepâncias quanto ao desejo de atividade sexual, comunicação pobre); 3) fatores de vulnerabilidade individual (história de abuso sexual ou emocional, imagem corporal fraca), comorbilidade psiquiátrica (ansiedade, depressão) ou fatores de *stress* (luto, desemprego); 4) fatores religiosos ou culturais (atitudes em relação à sexualidade, inibições relacionadas com proibições contra atividade sexual ou prazer); e 5) fatores médicos relevantes para o prognóstico, curso ou tratamento (APA, 2014).

As disfunções sexuais incluem: ejaculação retardada; disfunção erétil; perturbação do orgasmo feminino; perturbação do interesse/excitação sexual feminino; perturbação de dor genitopélvica/penetração; perturbação do desejo sexual hipoativo masculino; ejaculação prematura/precoce; disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos; disfunções sexuais com outra especificação e disfunções sexuais não especificadas (APA, 2014). De referir que todos os sintomas destas disfunções sexuais (excluindo disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos; disfunções sexuais com outra especificação e disfunções sexuais não especificadas) devem estar presentes durante pelo menos seis meses e todas estas disfunções sexuais devem causar mal-estar clinicamente significativo ao sujeito. Todas as disfunções sexuais (excluindo disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos; disfunções sexuais com outra especificação e disfunções sexuais não especificadas) não são melhores explicadas por uma perturbação mental não-sexual nem são consequência de dificuldades relacionais graves nem de outros fatores de *stress* significativos e não são atribuíveis aos efeitos de uma substância/medicamento ou de outra condição médica (APA, 2014). No diagnóstico destas disfunções sexuais (excluindo disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos; disfunções sexuais com outra especificação e disfunções sexuais não especificadas) deve especificar-se se é uma perturbação ao longo da vida ou adquirida, generalizada ou situacional e se é ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

No concerne a ejaculação retardada esta caracteriza-se por um atraso marcado ou pela incapacidade de atingir a ejaculação. O homem, geralmente, refere dificuldade e/ou incapacidade para ejacular, mesmo na presença de estimulação sexual adequada e mesmo tendo o desejo de ejacular (APA, 2014). “A dificuldade na ejaculação pode contribuir para as dificuldades na conceção” (APA, 2014, p. 510). A ejaculação retardada está associada a mal-estar psicológico notável em um ou ambos os parceiros (APA, 2014).

A prevalência desta alteração no funcionamento sexual não é clara, sendo a queixa sexual masculina menos comum. Menos de 1% dos homens referem ter problemas em atingir a

ejaculação que persistam por mais de seis meses contudo, 75% dos homens referem que ejaculam sempre durante a atividade sexual (APA, 2014).

Em relação à disfunção erétil esta é caracterizada pela incapacidade repetida de atingir ou manter as ereções durante as atividades sexuais com o parceiro. A maioria dos homens com esta disfunção podem apresentar uma baixa autoestima, baixa autoconfiança e uma diminuída sensação de masculinidade. Pode ainda ocorrer medo e/ou evitamento de manter contatos sexuais futuros (APA, 2014). Esta disfunção pode interferir com a infertilidade e causar mal-estar individual e interpessoal. O medo e/ou evitamento de encontros sexuais podem condicionar o desenvolvimento de relacionamentos íntimos (APA, 2014).

A prevalência desta disfunção existe um aumento significativo com o aumento da idade, em particular depois dos 50 anos. Cerca de 13-21% dos homens entre os 40 e os 80 anos apresentam queixas de problemas ocasionais com as ereções. Cerca de 2% dos homens com idades inferiores a 40-50 anos queixam-se de problemas frequentes com ereções, enquanto que 40-50% dos homens com mais de 60-70 anos podem ter problemas significativos com ereções. 8% dos homens experienciaram problemas de ereção que impediram a penetração na primeira atividade sexual (APA, 2014).

No que diz respeito à perturbação do orgasmo feminino, esta caracteriza-se pela dificuldade em experienciar o orgasmo e/ou marcada diminuição da intensidade das sensações orgásmicas. Os sintomas devem estar presentes em todas ou quase todas (75-100%) das atividades sexuais (APA, 2014). “As consequências funcionais da perturbação do orgasmo feminino são pouco claras. Embora exista uma forte associação entre problemas relacionais e as dificuldades orgásmicas nas mulheres, não é claro se os fatores da relação são fatores de risco para as dificuldades no orgasmo ou se são consequência dessas dificuldades” (APA, 2014, p. 518).

A prevalência nas perturbações do orgasmo feminino varia entre os 10% e os 42%, sendo que depende de múltiplos fatores, tais como a idade, a cultura, a duração e a gravidade dos sintomas. Sensivelmente 10% das mulheres não experienciam orgasmo ao longo da vida (APA, 2014).

A perturbação do interesse/excitação feminino caracteriza-se pela ausência e/ou redução do interesse na atividade sexual, pela ausência e/ou redução de pensamento sexuais/eróticos ou de fantasias, pela ausência e/ou redução da iniciativa para a atividade sexual e não recetividade às tentativas do parceiro para iniciar a atividade sexual, pela ausência e/ou redução da excitação/prazer durante a atividade sexual em todos ou quase todos os encontros sexuais, pela ausência e/ou redução do interesse/excitação sexual na presença de quaisquer estímulos sexuais internos ou externos e pela ausência e/ou redução das sensações genitais durante a atividade sexual em quase todos ou todos os encontros sexuais (APA, 2014).

A prevalência desta disfunção ainda é desconhecida e pode variar de forma bastante significativa em relação à idade, ao contexto cultural, à duração dos sintomas e à presença de mal-estar (APA, 2014).

Relativamente à perturbação de dor genitopélvica/penetração esta é caracterizada pela dificuldade em ter relações sexuais, pela dor genitopélvica, pelo medo da dor ou da penetração vaginal e pela tensão dos músculos do pavimento pélvico. As dificuldades funcionais estão usualmente associadas com a interferência na satisfação da relação e ainda, com a capacidade de engravidar através de relações sexuais por via pénis/vagina (APA, 2014).

A prevalência desta disfunção é ainda desconhecida, no entanto sabe-se que cerca de 15% das mulheres da América do Norte referem dor recorrente durante as relações sexuais (APA, 2014).

No que concerne a perturbação do desejo sexual hipoativo masculino esta caracteriza-se por uma recorrente e persistente diminuição e/ou ausência de pensamento ou fantasias sexuais/eróticos e de desejo de atividade sexual. Para que este diagnóstico seja feito, devem ser tidos em consideração diversos fatores que afetam o funcionamento sexual como a idade, o contexto de vida geral e sociocultural do sujeito (APA, 2014).

A prevalência desta disfunção é diferente consoante o país e o método de avaliação. Contudo, 6% dos homens com idades entre os 18 e os 24 anos e 41% dos homens mais velhos que se encontram entre os 67 e os 74 anos têm problemas relacionados com o desejo sexual (APA, 2014).

Em relação à ejaculação prematura/precoce esta é caracterizada por um padrão recorrente e persistente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com o parceiro até aproximadamente um minuto após a penetração vaginal e antes que seja desejada pelo sujeito (APA, 2014). “Um padrão de ejaculação prematura (precoce) pode estar associado a baixa autoestima, a um sentimento de perda de controlo e a consequências adversas para a relação com o parceiro. Também pode causar mal-estar pessoal no parceiro sexual e diminuição da satisfação sexual do parceiro sexual. A ejaculação que ocorre antes da penetração pode estar associada a dificuldades na conceção” (APA, 2014, p. 534).

Esta disfunção ocorre entre 1% a 3% nos homens, sendo que esta prevalência poderá aumentar com a idade (APA, 2014).

Relativamente à disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos tem que predominar uma disfunção clinicamente significativa. Através da história de vida, de um exame físico ou de testes laboratoriais verificam-se evidências de que os sintomas de disfunção sexual desenvolveram-se durante ou pouco tempo após a intoxicação ou abstinência

de uma substância ou após a exposição a um medicamento (APA, 20014). A perturbação não ocorre exclusivamente no decurso de um *delirium* e causa mal-estar clinicamente significativo. No diagnóstico desta perturbação sexual deve ser especificado se esta tem início durante a intoxicação, durante a abstinência ou após o uso do medicamento e ainda se é ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

A prevalência e incidência desta perturbação sexual não são claras. Tal dado justifica-se pela subnotificação de efeitos secundários sexuais desencadeada também por diferentes tratamentos (APA, 2014).

O diagnóstico da disfunção sexual com outra especificação é feito quando existem sintomas característicos de disfunção sexual e que causam mal-estar clinicamente significativo ao sujeito, mas que não cumprem os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnóstica das disfunções. Nesta perturbação o clínico opta por comunicar qual a razão (por exemplo, aversão sexual) para esta não cumprir os critérios de nenhuma disfunção sexual específica (APA, 2014).

Por último, a disfunção sexual não especificada aplica-se a apresentações nas quais os sintomas característicos de disfunção sexual que causam mal-estar clinicamente significativo ao sujeito predominam, mas não cumprem os critérios completos de nenhuma das perturbações da classe diagnosticada das disfunções sexuais (APA, 2014). Nesta categoria o clínico opta por não especificar a razão específica pela qual os critérios não são preenchidos para uma disfunção sexual. Para além do referido, este diagnóstico é feito quando não existe informação suficiente para ser feito um diagnóstico específico (APA, 2014).

4. Inteligência emocional, bem-estar sexual subjetivo e mudanças no funcionamento sexual

A pesquisa aponta a ideia de que aspetos emocionais interferem com a expressão do funcionamento sexual. Assim, neste sentido, o estudo de Burri e dos seus colaboradores (2009) mostrou pela primeira vez a existência de uma associação entre inteligência emocional e a frequência do orgasmo feminino. Segundo este estudo pode-se concluir que um alto nível de inteligência emocional contribui para a capacidade do indivíduo atingir o orgasmo com mais frequência uma vez que a correlação foi positiva entre a frequência do orgasmo, que durante as relações sexuais quer na masturbação, e a inteligência emocional (Burri et al., 2009). De salientar que existe uma maior correlação entre a inteligência emocional e a frequência do orgasmo durante a masturbação, contudo existem estudos que mostram uma preferência pelo envolvimento com os parceiros (Burri et al., 2009).

Vários estudos relacionados com a inteligência emocional mostraram que esta exerce influência sobre o funcionamento sexual feminino (Burri et. al., 2009). Harris, Cherkas, Kato, Heiman e Spector (2008) num estudo recente descobriram que a frequência do orgasmo nas mulheres parece estar relacionada com as variações normais nas dimensões da personalidade, tais como: introversão, instabilidade emocional e a falta de iniciativa para novas experiências.

Conceitualmente existe uma forte relação entre inteligência emocional e alexitimia (dificuldade em reconhecer, identificar e comunicar emoções, bem como sensações corporais). Assim sendo, vários estudos descobriram alexitimia em sujeitos com perturbações sexuais gerais e parafilias (Burri et. al., 2009).

Posto isto, os problemas sexuais em mulheres têm sido centro de atenções ao longo dos anos. Existem evidências que a satisfação sexual tem benefícios para o bem-estar da mulher e para os seus relacionamentos interpessoais (Laumann, Paik, Glasser, Kang, Wang, Levinson, Moreira, Nicolosi & Gingell, 2006). Maior parte dos estudos realizados nesta área aponta para uma forte correlação entre a satisfação com a vida sexual e a satisfação com a vida em geral (Davisom, Bell, Lachina, Holden & Davis, 2009). Assim, existem evidências de que o bem-estar sexual tem impacto sobre a saúde mental (Frohlich & Meston, 2002).

De salientar que após uma revisão da literatura é possível afirmar que a maioria dos estudos debruça-se principalmente sobre o bem-estar sexual no sexo feminino descurando o sexo masculino (Hooghe, 2012).

Estudos sobre atitudes e comportamentos sexuais apontam que o bem-estar sexual aparece associado a aspetos físicos e emocionais dos relacionamentos bem como ao funcionamento sexual e à relevância da sexualidade na vida dos sujeitos (Rosen & Bachmann, 2008). Assim, estudos revelam que mulheres com elevados níveis de satisfação e bem-estar sexual apresentam também elevada satisfação emocional no relacionamento (Rosen & Bachmann, 2008). A satisfação com a vida sexual diminui entre sujeitos mais velhos contudo, estes sujeitos dão menos relevância à vida sexual (Hooghe, 2012). Todavia, existem estudos que contrariam estas evidências revelando que os sujeitos mais velhos continuam a dar importância à sexualidade como sendo algo importante e que contribui para o seu bem-estar (Gott & Hinchliff, 2003; Hinchliff & Gott, 2011). De referir ainda, que alguns estudos não fazem distinção entre género pois não se verificam diferenças no que diz respeito o bem-estar sexual (Hooghe, 2012). Porém, no estudo realizado por Edward (2006), os sujeitos de sexo masculino revelaram maiores níveis de satisfação do que os sujeitos de sexo feminino.

Resultados de alguns estudos indicam que a importância que os sujeitos atribuem ao sexo não é relevante nem está associada com o bem-estar sexual subjetivo. Posto isto, nas mulheres, a motivação para o desejo sexual decorre da necessidade de fortalecer a proximidade, a união,

a tolerância, a aceitação, o compromisso e o amor com os respectivos parceiros e, assim, alcançar um bem-estar sexual mais elevado (Edward, 2006; Traeen & Schaller, 2010). De referir que o bem-estar sexual diminui com o aumento da idade e com os anos de casados devido a alterações biológicas no corpo humano bem como pela capacidade dos sujeitos de desfrutar do sexo (Traeen & Schaller, 2010).

O bem-estar sexual subjetivo, segundo alguns estudos, é mais satisfatório em mulheres do que em homens e mais elevados em sujeitos que referem ter uma boa autoestima ao invés de uma imagem negativa e também é mais significativo em sujeitos que moram juntos à pouco tempo pois trata-se de uma novidade e os casais ainda não caíram em rotina (Traeen & Schaller, 2010). De salientar que o bem-estar sexual subjetivo está mais intimamente ligado com as emoções pois estudos demonstram que sujeitos emocionalmente mais equilibrados e mais felizes revelam um maior nível de bem-estar sexual (Traeen & Schaller, 2010).

Estudos revelam que mulheres com problemas de desejo sexual revelam níveis baixos de bem-estar sexual (Traeen & Schaller, 2010). Posto isto, a presença de problemas sexuais, tais como a disfunção erétil, a diminuição do desejo sexual ou problemas em atingir o orgasmo influenciam de forma negativa o bem-estar sexual (Traeen & Schaller, 2010).

Segundo alguns estudos, a presença de mudanças no funcionamento sexual também diminui o bem-estar sexual contudo, problemas relacionados com a lubrificação são os que menos afetam a satisfação e a vida íntima do casal (Traeen & Schaller, 2010).

De referir que, problemas negativos associados a mudanças no funcionamento sexual parecem interferir na perspectiva que o sujeito tem de si próprio o que pode levar a atos sexuais menos satisfatórios uma vez que existe uma diminuição da autoestima (Traeen & Schaller, 2010).

Alguns tipos de disfunções sexuais, como a dor sexual, os problemas de lubrificação entre as mulheres e dificuldade em manter a ereção nos homens parecem afetar de forma considerável a satisfação com o funcionamento sexual (Edward, 2006). Neste sentido, pode-se afirmar que existe um padrão de associação entre a disfunção sexual e o bem-estar sexual subjetivo (Edward, 2006).

Conclui-se assim, que a sexualidade é parte integrante da vida humana e promove a intimidade, a ligação e o prazer (Diamond & Huebner, 2012). É responsável por um conjunto de necessidades pessoais e sociais e, por isso, a saúde e o bem-estar sexual estão associados de forma inseparável à saúde mental e física (Traeen & Schaller, 2010). Porém, o estudo da sexualidade para o bem-estar dos sujeitos é posto um pouco de parte pela psicologia. Neste sentido, torna-se imprescindível que investigadores estudem o bem-estar como componente integrante da sexualidade (Diamond & Huebner, 2012).

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S., Guisande, M. A. & Ferreira, A. I. (2009). *Inteligência: perspectivas teóricas*. Coimbra: Edições Almedina.
- APA, (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baker, A. & Absenger, W. (2013). Sexual wellness enhancement and enrichment training (SWEET). *A hypothetical group model for addressing sexual health and wellbeing sexual and relationship therapy*, 28(1-2), 48-62.
- Bar-On, R. (2001). Emotional Intelligence and self-actualization. In J. Ciarrochi, J., Forgas & Mayer, J. D. (Eds), *Emotional Intelligence in everyday life: a scientific inquiry*. New York: Psychology Press.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barrick, M. R. & Mount, M. K. (1996). Effects of Impression Management and Self-Deception on the Predictive of Personality Constructs. *Journal of Applied Psychology*, 81, 261-272.
- Boyatzis, R., Goleman, D. & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory. In Bar-On, R., Parker, a. (Eds). *The Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brannick, M., Wahi, M., Arce, M., Johnson, H., Nazian, S. & Goldin, S. (2009). Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *Medical Education*, 43, 1062-1068.
- Buckstegge, K., Gouveia, M., Mafra, M. & Bobato, S. (2009). Disfunções sexuais femininas: um estudo exploratório com um psicólogo que atua em âmbito clínico. *Centro Científico Conhecer - Enciclopédia Biosfera*, 5(8).
- Burri, A. V., Cherkas, L. M. & Spector, T. D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *International Society for Sexual Medicine*, 6, 1930-1937.
- Cherniss, C. (2004). Intelligence, Emotional. In Spielberger, C. (Ed.), *Encyclopedia of Applied Psychology*, 2, 315-321. Oxford: Elsevier.

- Cooper, R. H. & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional Intelligence in Leadership and Organizations*. New York: Advanced Intelligence Technologies LLC.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. & Cabral-cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5ª edição). Lisboa: Editora RH.
- Davison, S., Bell, R., LaChina, M., Holden, S. & Davis, S. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2690-2697.
- Diamond, L. & Huebner, D. (2012). Is good sex good for you? Rethinking sexuality and health. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 54-69.
- Ferreira, A. L. C. G., Sousa, A. I. & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife. *Revista Brasileira Saúde Materna*, 7, 144.
- Feyerherm, A. & Rice, C. (2002). Emotional Intelligence and Team Performance: The good, the bad and the ugly. *The International Journal of Organization Analysis*, 10(4), 343-362.
- Franco, G. (2007). *A Gestão das Emoções na sala de aula. Projeto de modificação de atitudes emocionais de um grupo de docentes do 1º ciclo de ensino básico*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Frohlich, P. & Meston, C. (2002). Sexual functioning and selfreported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321-325.
- Gabel, R. (2005). *Intelligence Emotional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales*, Lima: Universidad ESAN.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12(1), 43-50.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How importante is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56, 1617-1628.

- Harris, J. M. , Cherkas, L. F., Kato, B. S., Heiman, J.R. & Spector, T. D. (2008). Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *Journal Sex Medical*, 5, 107-115.
- Hooghe, M. (2012). In sexual well-being of subjective well-being?. *Journal of sex research*, 49, 264-273.
- Kaplan, H. S. (1983). *O desejo sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Laumann, E., Paik A., Glasser, D., Kang, J., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. J., Nicolosi, A. & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men - findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 145-160.
- Law, K. S., Wong, C. S. & Song, L. J. (2004). The Construct and Criterion Validity of Emotional Intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 483-496.
- Lerner, T. (2012). *Terapia cognitiva-comportamental em grupo no tratamento de disfunções sexuais femininas*. São Paulo.
- Lucena, B. & Abdo, C. (2013). O papel da ansiedade na (dis)função sexual. Programa de estudos em sexualidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Diagn Tratamento*, 18(2), 94-98.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). *What is Emotional Intelligence*. Acedido em http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI1997M%20WhatIsEI.pdf.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Selecting a Measure of Emotional Intelligence: The case for Ability Scales. *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2001). Emotional Intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. r. (2004). Emotional Intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional Intelligence. *Annual review of Psychology*, 59, 507-536.

- McCarthy, B. & McCarthy, E. (2003). *Rekindling desire*. New York, NY: Routledge.
- McEnrue, M. & Groves, K. (2006). Choosing among tests of emotional intelligence: what is the evidence? *Human Resource Development Quarterly*, 17(1), 9-42.
- Mendonça, C., Silva, T., Arrudai, J., Garcis-Zapata, M. & Amaral., W. (2012). Função Sexual Feminina - aspetos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Feminina*, 4(4).
- Morehose, M. (2007). An exploration of emotional intelligence across career arenas. *Leadership & Organization Development Journal*, 28(4), 296-307.
- Novo, R. F. (2000). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres de idade avançada*. Lisboa: Colouste Gulbenkian.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (1993). *The quality of life*. Oxford, England: Clarendon.
- Oberg, K. & Fugl-Meyer, K. (2002). On sexual well-being in sexually abused Swedish women: Epidemiological aspects. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 329-341.
- Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19(1-2), 139-167.
- Rosen, R. C. & Backman, G. A. (2008). Sexual well-being happiness and satisfaction in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 288-294.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Satcher, D. (2001). *The surgeon general's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior*. Washington: Department of Health and Human Service.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M. & Oliveira, M. A. (2002). O bem-estar subjetivo dos adultos: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Sternberg, R. (2005). *Inteligência de Sucesso*. Lisboa: Esquilo.

- Traeen, B. & Schaller, S. (2010). Subjective sexual well-being in a web sample of heterosexual Norwegians. *International Journal of Sexual Health*, 22, 180-194.
- Vitiello, N. & Conceição, I. S. C. (1993). Manifestações da sexualidade nas diferentes fases da vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1), 47-59.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. (2004). Emotional Intelligence in the Workplace: A critical review. *Applied Psychology: An International Review*, 53(3), 371-399.

Anexo 2

Comprovativo da submissão do artigo Emotional intelligence, sexual functioning and subjective sexual well-being à revista Emotion, Space and Society.