



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
 Sociais e da Vida

“No Vale dos Lençóis”:

**A Qualidade Subjetiva do Sono e a sua
Associação com o Funcionamento Sexual**

SARA DOS SANTOS TOMÁS LOPES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR RUI MIGUEL COSTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Rui Miguel Costa, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Chegar ao fim deste percurso só foi possível com o apoio incansável de algumas pessoas, às quais quero dirigir os meus mais sinceros agradecimentos.

Começo por deixar um especial agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Rui Costa, pela presença, apoio e disponibilidade inigualáveis, pelo equilíbrio conseguido entre a boa disposição e leveza das aulas, mas, simultaneamente, pela exigência e pelo rigor.

Agradeço às minhas colegas de curso, à Sofia, Lea, Ana e Susana. Seguir nesta viagem convosco foi maravilhoso. Às minhas amigas de longa data, obrigado por tudo. Significam muito para mim.

Ao Tiago, ao meu namorado, à minha alma gémea. Tornas o meu mundo mais bonito. Obrigado por seres a minha pessoa, pelo amor, confiança, paciência, presença, pelo apoio incondicional. Esta caminhada foi mais fácil percorrida ao teu lado.

Agradeço aos meus avós, por todo o carinho e pela vossa presença constante na minha vida. À minha irmã Diana, pela leveza com que leva a vida.

À Gaia, a minha companheira de 4 patas, que me encheu de felicidade e de beijinhos ao longo deste ano.

Ao Rafa, ao meu querido irmão, à estrela mais brilhante do meu Universo. Ocupas e ocuparás sempre um lugar especial no meu coração. Eu sei que estás a olhar por mim.

Agradeço à minha mãe, à minha mais que tudo, pela sua força inesgotável, pelos valores que me incutiu, pelo amor incondicional, por todos os conselhos sábios, pela nossa cumplicidade. Inspiras-me a ser a melhor versão de mim mesma. Agradeço ao meu pai, pelo seu exemplo de esforço, dedicação e disponibilidade. Por ter sempre as palavras certas, por me incentivar a seguir os meus sonhos e por nunca duvidar das minhas capacidades. Sem ti, nada disto era possível. É por vocês que sou quem sou hoje. Amo-vos muito!

Resumo

Tanto o sono quanto a sexualidade representam dois alicerces que contribuem fortemente para a qualidade de vida. Contudo, na literatura denota-se uma escassez de estudos que analisem a associação entre estas variáveis. Como tal, o objetivo do estudo passa por averiguar a relação entre a qualidade subjetiva do sono, a prática de atividade sexual e as dimensões do funcionamento sexual nas mulheres e nos homens. Trezentos e oitenta e sete sujeitos participaram neste estudo, dos quais duzentas e trinta e sete mulheres e cento e cinquenta homens. Aplicaram-se a Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*, o Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh, a Escala de Sonolência de Epworth, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino, a Escala de *Distress* Sexual Feminino Revisto, o Índice Internacional de Função Erétil e a Ferramenta de Diagnóstico de Ejaculação Precoce. Nas mulheres encontraram-se correlações entre pior qualidade subjetiva de sono e pior função sexual ao nível do desejo, da satisfação, da dor e do *distress* sexual. Nos homens, verificaram-se associações entre pior sono e pior função sexual ao nível do orgasmo, da satisfação com a relação sexual e da satisfação sexual global. Verificou-se ainda que, em ambos os sexos, uma pior qualidade do sono se correlacionou com ausência de relações sexuais. O funcionamento sexual masculino e feminino não se associou com a qualidade de sono, uma vez controlado o estado de humor (à exceção do desejo sexual feminino). Os resultados confirmam que o humor negativo pode contribuir para problemas sexuais, mas não a qualidade do sono em si mesma.

Palavras-chave: Qualidade subjetiva do sono; Sonolência diurna; Funcionamento sexual; Humor.

Abstract

Both sleep and sexuality are foundations that strongly contribute to the quality of life. However, the literature shows a scarcity of studies that analyze the association between these variables. Therefore, the aim of this study is to investigate the relationship between subjective sleep quality, the practice of sexual activity, and dimensions of sexual functioning in women and men. Three hundred and eighty-seven subjects participated in this study, two hundred and thirty-seven women and one hundred and fifty men. The Anxiety, Depression, and Stress Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Epworth Sleepiness Scale, the Female Sexual Functioning Index, the Revised Female Sexual Distress Scale, the International Index of Erectile Function, and the Premature Ejaculation Diagnostic Tool were applied. In women, correlations were found between worse subjective sleep quality and worse sexual function at the level of desire, satisfaction, pain and sexual distress. In men, there were associations between worse sleep and worse sexual function at the level of orgasm, satisfaction with sexual intercourse and overall sexual satisfaction. It was also found that in both sexes, poorer sleep quality correlated with absence of sexual intercourse. Male and female sexual functioning did not associate with sleep quality once mood was controlled (with the exception of female sexual desire). The results confirm that negative mood can contribute to sexual problems, but not sleep quality per se.

Key-words: Subjective sleep quality; Daytime sleepiness; Sexual functioning; Mood.

Índice

Introdução	1
Método	3
Participantes	3
Materiais	3
Procedimento	10
Análise Estatística	10
Delineamento e Conceptualização do Estudo	10
Resultados	11
Discussão	25
Referências	28
Anexos	35
Anexo I – Revisão de Literatura	35
Anexo II – Consentimento Informado	59
Anexo III – Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth (versão portuguesa)	60
Anexo IV – Resposta ao Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth.....	61
Anexo V – Questionário <i>Online</i> Geral.....	62
Anexo VI – Questionário <i>Online</i> Funcionamento Sexual Feminino	69
Anexo VII – Questionário <i>Online</i> Funcionamento Sexual Masculino	76

Índice de Anexos

Anexo I – Revisão de Literatura

Anexo II – Consentimento Informado

Anexo III – Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de *Epworth* (versão portuguesa)

Anexo IV – Resposta ao Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de *Epworth*

Anexo V – Questionário *Online* Geral

Anexo VI – Questionário *Online* Funcionamento Sexual Feminino

Anexo VII – Questionário *Online* Funcionamento Sexual Masculino

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatística descritiva da amostra total (N = 387)

Tabela 2 – Estatística descritiva da subamostra com relações sexuais nas últimas 4 semanas (N = 282)

Tabela 3 – Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o humor (N = 387)

Tabela 4 – Correlações entre o humor e o funcionamento sexual feminino (N = 166)

Tabela 5 – Correlações entre o humor e o funcionamento sexual masculino (N = 116)

Tabela 6 – Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o funcionamento sexual feminino (N = 166)

Tabela 7 – Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o funcionamento sexual masculino (N = 116)

Tabela 8 – Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna, a ansiedade, a depressão e o *stress* e a prática de atividade sexual nas mulheres (N = 237) e nos homens (N = 150)

Tabela 9 – Regressão linear múltipla com preditores do funcionamento sexual feminino

Tabela 10 – Regressão linear múltipla com preditores do funcionamento sexual masculino

Lista de Abreviaturas

AOS – Apneia Obstrutiva do Sono

APA – *American Psychiatric Association*

ASA – *American Sleep Association*

DGS – Direção-Geral de Saúde

DS – Disfunções Sexuais

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

ESS – *Epworth Sleepiness Scale*

FSDR-R – *Female Sexual Distress Scale-Revised*

FSFI – *Female Sexual Function Index*

IIEF – *International Index Erectile Function*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEDT – *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

PSQI – *The Pittsburgh Sleep Quality Index*

Introdução

Enquanto necessidade básica do ser humano, o sono é um estado comportamental e fisiológico, com uma natureza cíclica, que ocupa aproximadamente um terço do período de vida (Richards, 2017). O sono tem funções reparadoras que contribuem para uma melhor qualidade de vida. Várias investigações recentes comprovam, precisamente, como a qualidade do sono é determinante para o bem-estar físico e psicológico (João et al., 2018; Richards, 2017; Walker, 2019). Um sono saudável requer uma duração adequada, alta eficiência, ausência de perturbações, regularidade e uma boa qualidade, isto é, uma sensação de satisfação percebida pelo sujeito (Watson et al., 2015).

O desenvolvimento tecnológico das sociedades atuais tem suscitado alterações nos estilos de vida, afetando, inclusive, o sono. Paiva (2015) afirma que as pessoas dormem cada vez menos e que a existência de sujeitos com perturbações de sono tem seguido uma trajetória crescente. Walker (2019) completa alertando que atualmente se vive uma epidemia no que concerne à privação do sono. Esta insuficiência ou privação de sono tem consequências para a saúde, interferindo num nível fisiológico, psicológico e social. Embora menos comum, a sonolência excessiva, considerada igualmente uma perturbação do sono, também tem efeitos prejudiciais para a saúde (Colrain, 2011). De acordo com Andersen e colaboradores (2010), a privação de sono tem impacto no perfil hormonal e, potencialmente, na vida sexual.

A sexualidade assume um papel fulcral no curso de vida e, à semelhança do sono, também o funcionamento sexual tem impacto na qualidade de vida (Galati et al., 2014; Ribeiro & Valle, 2016). De acordo com Stephenson e Meston (2015), a sexualidade tem implicações significativas na saúde, no bem-estar emocional e na satisfação geral com a vida. Um funcionamento sexual satisfatório depende de fatores psicofisiológicos que se relacionam entre si. Quando ocorre um bloqueio numa ou em mais do que uma das fases da resposta sexual, seja ao nível do desejo, da excitação, do orgasmo ou da dor, está-se perante uma disfunção sexual. Segundo Faubion e Rullo (2015), as disfunções podem ter na sua origem causas biológicas, psicológicas e/ou sociais. McCabe e colaboradores (2016) concluem ainda que a maioria das disfunções sexuais tendem a aumentar com a idade, à exceção da ejaculação precoce, no caso dos homens.

Vários trabalhos de investigação comprovam que a qualidade do sono tem influência no dia-a-dia dos sujeitos (Müller & Guimarães, 2007). No entanto, ainda se sabe pouco acerca do impacto que a qualidade do sono tem no funcionamento sexual de indivíduos saudáveis. Grande parte dos estudos que relacionam estes dois conceitos procuram compreender quais são as associações entre os distúrbios do sono e as disfunções sexuais (Andersen et al., 2010; Kohn et al., 2020; Petersen et al., 2013; Rodriguez et al., 2020; Stavaras et al., 2012; Taken et al., 2016).

De forma geral, a literatura sugere que o sono e o funcionamento sexual estão interligados. Uma investigação recente revela que uma curta duração do sono está ligada a uma diminuição do funcionamento sexual nas mulheres (Kling et al., 2018). Esta descoberta opõe-se, em parte, aos resultados de Kalmbach e colaboradores (2015), que revelam que durações mais curtas do sono se associam a uma maior excitação genital percebida. Na mesma vertente, a investigação de Costa et al. (2017) mostra que a insónia poderá aumentar a excitação sexual na ausência de estímulos sexuais. Por outro lado, outros estudos demonstraram que ter relações sexuais antes de dormir promove uma melhor qualidade de sono (Lastella et al., 2019; Pallesen et al., 2019). Ao nível da frequência sexual, algumas pesquisas revelam que quanto mais problemas de sono se verificam, menor a atividade sexual, tanto nos homens (Allen & Desille, 2017) quanto nas mulheres (Malta et al., 2019).

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2017), Portugal é um dos países europeus com a maior taxa anual de perturbações mentais. Algumas perturbações sexuais e do sono partilham certas comorbilidades, sobretudo no que diz respeito aos estados de humor, como a ansiedade, a depressão (Baglioli et al., 2011) e também o *stress* (Seehuus & Pigeon, 2018). Posto isto, é surpreendente a existência de tão poucos estudos que incluam estas variáveis ao examinar as relações entre o funcionamento sexual e a qualidade do sono.

Considerando a pouca diversidade de estudos científicos que analisam a relação entre a qualidade subjetiva do sono e o funcionamento sexual em população não-clínica, a presente investigação ambiciona ajudar a colmatar esta escassez. Ademais, verifica-se uma forte carência de estudos deste âmbito na população portuguesa. Como tal, esta investigação contribui para o estudo deste tema ao examinar a associação entre a qualidade subjetiva do sono, a prática de atividade sexual e os diversos componentes do funcionamento sexual dos homens e das mulheres com relações heterossexuais. Além disso, pretende-se averiguar se a qualidade subjetiva do sono, a sonolência, a idade e os estados de humor são ou não preditores independentes do funcionamento sexual.

Método

Participantes

A amostra inicial contou com um total de 400 sujeitos, dos quais 152 (38%) do sexo masculino e 248 (62%) do sexo feminino. Como critérios de inclusão foram definidos: indivíduos com orientação heterossexual e com idade igual ou superior a 18 anos. Importa referir que se procedeu à exclusão dos participantes com orientação homossexual (N = 13). Deste modo, a amostra final contou com 387 participantes, 150 (38,8%) do sexo masculino e 237 (61,2%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos (M = 28,93; DP = 10,192). Destes 387, 116 (41,1%) homens e 166 (58,9%) mulheres tiveram relações sexuais no último mês. Salienta-se ainda que esta se trata de uma amostra não probabilística, intencional e de tipo *snowball*, uma vez que os participantes foram seleccionados através de um processo de amostragem por conveniência, tendo sido empregues meios para a divulgação do questionário. As informações sociodemográficas podem ser observadas nas tabelas 1 e 2, na secção dos resultados.

Materiais

Questionário Sociodemográfico

A construção e conseqüente aplicação do questionário teve como finalidade a recolha de informação sobre as características sociodemográficas da amostra para uma melhor compreensão do estudo. Foram requeridos os seguintes dados: género; idade; nacionalidade; conselho de residência; habilitações literárias; situação profissional; estado civil; problemas de saúde; uso de medicação; existência de parceiro sexual; de relação de compromisso; duração da relação; possível coabitação do casal; duração da mesma; e orientação sexual.

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

A Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21) foi criada por Lovibond e Lovibond (1995), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e colaboradores (2004). A EADS-21 é uma versão reduzida da escala original que, inicialmente, era composta por 42 itens. A operacionalização da escala tem por base o modelo tripartido e tem como objetivo avaliar os sintomas ligados à ansiedade, à depressão e ao *stress*.

Este questionário de autoavaliação está organizado em três escalas (ansiedade; depressão; *stress*) cada uma composta por sete itens. A escala da ansiedade engloba os seguintes constructos: excitação do sistema autónomo (item 2, 4 e 19); efeitos nos músculos esqueléticos (item 7); ansiedade situacional (item 9); e experiências subjetivas de ansiedade (item 15 e 20). Já a escala da depressão inclui: disforia (item 13); desânimo (item 10); desvalorização da vida (item 21); autodepreciação (item 17); falta de interesse/envolvimento (item 16); anedonia (item 3); e inércia (item 5). Por fim, a escala do *stress* abrange: dificuldade em relaxar (item 1 e 12); excitação nervosa (item 8); facilmente agitado/chateado (item 18); irritável/reacção exagerada (item 6 e 11); e impaciência (item 14). Estes são exemplos de alguns itens da escala: “Senti que a vida não tinha sentido” (item 21); “Senti-me quase a entrar em pânico” (item 15); e “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” (item 6).

Cada uma das afirmações reenvia para uma sintomatologia emocional negativa, em que o sujeito responde tendo em conta os últimos sete dias. São concedidas quatro opções de resposta que remetem para a gravidade e a frequência dos sintomas apresentados numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos (0 “não se aplicou nada a mim” a 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). A pontuação é conseguida através da soma dos resultados das sete afirmações, obtendo-se assim uma pontuação para cada subescala (com um mínimo de 0 pontos e um máximo de 21 pontos). As pontuações elevadas sinalizam estados emocionais mais negativos.

Relativamente à consistência interna da EADS-21, avaliada com recurso ao alfa de *Cronbach*, a escala da depressão obteve um $\alpha = 0,85$, a escala do *stress* um $\alpha = 0,81$ e, por último, a escala da ansiedade um $\alpha = 0,74$. De acordo com Pais-Ribeiro et al. (2004), a versão portuguesa da escala revela características psicométricas apropriadas, pelo que é passível de ser utilizada na população portuguesa. No presente estudo, para a escala da depressão obteve-se um $\alpha = 0,89$; para a escala da ansiedade um $\alpha = 0,85$; e para a escala do *stress* um $\alpha = 0,89$.

Questionário da Qualidade Subjetiva do Sono

O Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) foi desenvolvido originalmente por Buysse et al. (1989), tendo sido adaptado e traduzido para a população portuguesa por Del Rio João e colaboradores (2017). O PSQI avalia a qualidade subjetiva do sono referente ao último mês. Através da medida quantitativa padronizada que se obtém, é possível discriminar os sujeitos que dormem bem dos que dormem mal, sendo esta uma das vantagens do instrumento (Buysse et al., 1989).

Este questionário é de autoadministração e é composto por um total de dezanove itens agrupados em sete dimensões: qualidade subjetiva do sono; latência do sono; duração do sono; eficiência do sono habitual; perturbações do sono; uso de medicamentos para dormir; e disfunção diurna. Cada uma destas dimensões apresenta uma escala de resposta que varia de 0 a 3 (0 “nunca durante o último mês”; 3 “três ou mais vezes por semana”). A pontuação total do PSQI consiste na soma dos valores de todas as dimensões, oscilando entre 0 e 21. Segundo Buysse et al. (1989), uma pontuação global > 5 assinala que o indivíduo experiencia graves dificuldades de sono em pelo menos duas dimensões ou dificuldades moderadas em mais de três dimensões (Buysse et al., 1989). Alguns exemplos de itens são: “Quantas horas realmente dormiu por noite? (Isto pode ser diferente do número de horas que passa na cama)” (item 4) – *duração do sono*; “Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque não conseguiu dormir em 30 minutos” (item 5.a) – *latência do sono*; “Durante o último mês, como classificaria a qualidade do seu sono, em geral?” (item 6) – *qualidade subjetiva do sono*.

No que concerne às qualidades psicométricas do PSQI na versão original, verifica-se uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* = 0,83. A validade do instrumento foi igualmente sustentada, com uma sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5% (Buysse et al., 1989). A versão portuguesa do PSQI-PT apresentou um α de *Cronbach* = 0,70, indicando assim um grau adequado de consistência interna (Del Rio João et al., 2017). De acordo com os autores, o presente instrumento evidenciou propriedades psicométricas fiáveis e válidas. Deste modo, o PSQI-PT é uma medida útil para avaliar a qualidade subjetiva do sono da população portuguesa, em amostras clínicas e não-clínicas (Del Rio João et al., 2017). A consistência interna obtida no estudo atual foi de $\alpha = 0,70$.

Escala de Sonolência de Epworth (ESE)

A Escala de Sonolência de Epworth (Epworth Sleepiness Scale; ESS) é um questionário de autoadministração desenvolvido por Johns (1991). O instrumento, adaptado e validado para a população portuguesa por Sargento e colaboradores (2015), procura mensurar a sonolência diurna, ou seja, a propensão de um sujeito para adormecer em determinadas situações do quotidiano, durante o dia. O questionário é composto por oito itens, avaliados numa escala do tipo *Likert* de 4 pontos, de 0 a 3, em que 0 corresponde a “nenhuma probabilidade de dormir/passar pelas brasas” e 3 a “forte probabilidade de dormir/passar pelas brasas”. A pontuação total indica um valor de sonolência diurna subjetiva, que é calculado através da soma

das respostas aos itens, variando entre 0 e 24. Pontuações altas indicam uma maior propensão para adormecer, sendo que resultados superiores a 10 são indicadores de sonolência diurna. Os itens da escala refletem situações do dia-a-dia, tais como: “Qual a probabilidade de dormir ou de adormecer a sentado a ler?” (item 1) ou “Qual a probabilidade de dormir como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem?” (item 4).

A respeito das propriedades psicométricas do instrumento na sua versão original, foi registada uma consistência interna de $\alpha = 0,88$ para sujeitos com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e de $\alpha = 0,73$ para sujeitos considerados saudáveis (Johns, 1992). De acordo com Sargento et al. (2015), a ESE apresentou uma validade estrutural, interna e de critério adequadas, bem como uma consistência interna aceitável, com um alfa de *Cronbach* de 0,77. No caso do presente estudo, obteve-se um $\alpha = 0,80$.

Frequência Sexual

De modo a avaliar a frequência da atividade sexual, perguntou-se aos participantes quantos dias (e não vezes) no último mês tiveram: coito vaginal (pénis-vagina); relações sexuais não coitais (sexo oral, sexo anal, masturbação pelo parceiro); e em quantos dias do mês houve masturbação solitária. Foi também perguntado quantos dias no último mês sentiram excitação genital persistente (sem estar na companhia de ninguém nem ter nenhum estímulo sexual ao seu redor). Por fim, questionou-se se as relações sexuais e a masturbação solitária são importantes para adormecer. Estas duas últimas questões tiveram um formato de resposta dicotómica (sim; não).

Questionário Funcionamento Sexual Feminino

Com o objetivo de avaliar a variável do funcionamento sexual feminino, foram aplicados dois instrumentos: o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (Female Sexual Function Index; – FSFI) e a Escala de *Distress* Sexual Feminino (The Female Sexual *Distress* Scale-Revised; – FSDS-R).

O FSFI é um instrumento multidimensional desenvolvido por Rosen et al. (2000) que foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Pechorro e colegas (2009), e que tem como objetivo avaliar as dimensões centrais da função sexual das mulheres.

O FSFI é um questionário de autopreenchimento constituído por dezanove itens, que integra seis dimensões: desejo (item 1 e 2); excitação subjetiva (item 3, 4, 5 e 6); lubrificação (item 7, 8, 9 e 10); orgasmo (11, 12 e 13); satisfação (14, 15 e 16); e dor durante e após a atividade sexual (item 17, 18 e 19). Importa referir que na análise exploratória fatorial da versão portuguesa, através da análise dos componentes principais com rotação varimax, as dimensões do desejo e da excitação saturaram no mesmo fator. Ou seja, encontrou-se uma sobreposição entre as dimensões do desejo e da excitação (Pechorro et al, 2009). À semelhança da versão original, na presente investigação optou-se por considerar as seis dimensões do FSFI, dada a sua pertinência conceptual. Quanto à cotação, para obter o índice do funcionamento sexual feminino é realizada uma soma ponderada de todos os itens. Os itens são medidos de acordo com uma escala do tipo *Likert* de 0 (ausência de atividade sexual) a 5. Valores mais altos assinalam uma melhor função sexual. Exemplos de itens são: “Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?” (item 2) – *desejo*; “Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?” (item 16) – *satisfação*.

Quanto às propriedades psicométricas da versão original do FSFI, foram observadas correlações entre os itens com valores de α de *Cronbach* igual ou superior a 0,82 para todos os fatores. O instrumento original revela assim uma boa consistência interna (Rosen et al., 2000). Em relação à versão portuguesa, verificou-se um α de *Cronbach* que varia entre 0,88 e 0,90 para as diferentes dimensões e um α de *Cronbach* = 0,93 para a escala total, indicando desta forma um excelente nível de consistência interna (Pechorro et al., 2009). Foram também analisadas outras características psicométricas, tais como: a validade discriminante; a análise fatorial exploratória; e a estabilidade temporal. Posto isto, conclui-se que ambas as versões do instrumento revelam boas qualidades psicométricas, pelo que o instrumento poderá ser considerado válido e fiável (Pechorro et al., 2009; Rosen et al., 2000). No estudo atual, o α de *Cronbach* foi de 0,92 para a escala total.

Foi ainda acrescentada a questão: “Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo através da penetração vaginal, sem estimulação direta do clitóris?”

A FSDS-R foi desenvolvida por DeRogatis et al. (2008). Este instrumento serve como complemento ao FSFI e tem como objetivo avaliar o modo como a mulher se sente em relação aos diversos aspetos da atividade sexual, despistando possíveis disfunções. À semelhança da anterior, esta é uma escala de autorrelato, composta por treze itens referentes às 4 semanas. Os

itens são cotados a partir de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0 corresponde a “nunca” e 4 a “sempre”. O valor total é obtido através da soma das pontuações de cada item, o que significa que pontuações mais elevadas refletem um maior sofrimento sexual (*distress*). Verificam-se os seguintes itens a título de exemplo: “item 2 – Infeliz com o seu relacionamento sexual”; “item 7 – Preocupada com o sexo” e “item 13 – Incomodada por baixo desejo sexual”.

Ao nível das propriedades psicométricas, a escala original revista apresentou uma boa validade discriminante, ou seja, uma boa capacidade em discriminar mulheres que têm disfunções sexuais das que não têm disfunções sexuais. Ademais, revelou uma fiabilidade teste-reteste de 0,74 e um grau elevado de consistência interna, com um α de *Cronbach* que varia entre 0,88 e 0,96 (DeRogatis et al., 2009). O instrumento foi traduzido para a população portuguesa por Berenguer et al. (2019) e foram igualmente encontradas boas características psicométricas, com uma consistência interna de $\alpha = 0,94$ e uma validade de critério adequada. No estudo atual, obteve-se uma consistência interna de $\alpha = 0,95$.

Questionário Funcionamento Sexual Masculino

Aplicaram-se dois questionários com o intuito de avaliar a função sexual dos homens: o Índice Internacional de Função Erétil (International Index of Erectile Function; – IIEF) e o Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT).

O IIEF foi desenvolvido por Rosen et al. (1997) e encontra-se adaptado e validado para a população portuguesa por Gomes e Nobre (2012). Trata-se de um instrumento multidimensional de autorrelato que tem como fim avaliar a função sexual dos homens referente às últimas quatro semanas, em amostras clínicas e não-clínicas. A versão original é composta por quinze itens com um formato de resposta numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos e contém cinco dimensões: função erétil; desejo sexual; orgasmo; satisfação com o relacionamento sexual; e satisfação sexual global (Rosen et al., 1997). Já a versão portuguesa conta com menos um item, visto que o item 6 foi retirado. Pontuações mais elevadas representam melhores níveis de função sexual (Gomes & Nobre, 2012). Constatam-se os seguintes itens a título de exemplo: item 1 “Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?”; item 12 “Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?”

Em relação às qualidades psicométricas, na versão original do instrumento verificou-se um grau elevado de consistência interna para cada uma das dimensões e para a escala total

(valores de α de *Cronbach* de 0,73 e > 0,91). Além disso, todas as dimensões do IIEF indicaram um grau elevado de sensibilidade e especificidade. Quanto às capacidades psicométricas da versão portuguesa, esta obteve uma consistência interna adequada, com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,72 e 0,86 para as diferentes dimensões (Gomes & Nobre, 2012). Foram também asseguradas outras componentes psicométricas como a validade discriminante e a estabilidade temporal (teste-reteste). A consistência interna da escala total no estudo atual foi de 0,82.

O PEDT, criado e validado por Symonds et al. (2007), é um questionário de autorrelato e unidimensional, que tem como principal objetivo avaliar aspetos relacionados com a ejaculação precoce: controlo; frequência; estimulação mínima; nível de frustração; e dificuldades interpessoais. Como exemplos temos o item 2 (“Ejacula antes de querer?”) e o item 5 (“Fica preocupado por achar que o tempo que demora a ejacular deixa a sua parceira sexual insatisfeita?”). Os cinco itens que compõem a escala são mensurados numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos. Salienta-se ainda que valores mais elevados refletem sintomas de ejaculação precoce.

O instrumento evidenciou boas capacidades psicométricas, com uma consistência interna de 0,71 e uma precisão teste-reteste de 0,70 (Symonds et al., 2007). Na versão portuguesa, destacam-se alguns estudos que verificaram as propriedades apropriadas do instrumento, com um $\alpha=0,67$ (Berenguer, 2018), tal como uma validade de critério adequada. Um outro estudo apresentou uma consistência interna de 0,83 (Rebôlo, 2018). Na presente investigação, o instrumento revelou uma consistência interna de 0,83.

Procedimento

A recolha dos dados foi conseguida através da criação de um formulário *online*, elaborado através da plataforma Google *Forms*. No início do questionário encontrava-se o consentimento informado, o qual informava os participantes acerca do objetivo do estudo, a garantia do anonimato e confidencialidade, o tempo médio de preenchimento, bem como o contacto dos investigadores. A divulgação do questionário foi efetuada por meio de diversas redes sociais: *Facebook*; *Messenger*; *Whatsapp*; *Instagram*; *LinkedIn*.

O questionário esteve disponível durante aproximadamente três meses e meio, entre o início de dezembro de 2021 e o início de março de 2022. Posteriormente, procedeu-se à extração dos dados para a respetiva análise, através do programa IBM SPSS 27 e 28.

Análise Estatística

Primeiro, foi efetuada uma estatística descritiva a fim de se obter uma melhor compreensão da amostra. De seguida, com o objetivo de examinar as associações entre as diferentes variáveis do estudo, efetuaram-se análises de correlação de *Pearson*. Por fim, também se realizaram regressões lineares múltiplas para testar os preditores independentes do funcionamento sexual feminino e masculino. É de referir ainda que se consideraram estatisticamente significativos os resultados com *p-value* inferior a 0,05.

Delineamento e Conceptualização do Estudo

A natureza da presente investigação foi desenvolvida com base numa tipologia de análise quantitativa e não-experimental. Segundo Marôco (2018), este trata-se de um estudo descritivo e correlacional. É importante destacar que esta metodologia apresenta algumas limitações, nomeadamente a impossibilidade de estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo, uma vez que estas não são manipuladas experimentalmente.

Resultados

As informações descritivas da amostra e da subamostra com relações sexuais nas últimas quatro semanas podem observar-se nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Estatística descritiva da amostra total (N = 387)

Sexo	Mulheres	Homens
	N (%) ou Média (DP)	N (%) ou Média (DP)
N (%)	237 (61,2%)	150 (38,8%)
Idade	29,05 (10,625)	28,73 (9,498)
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	220 (92,8%)	137 (91,3%)
Outra	17 (7,2%)	13 (8,7%)
<i>Habilitações Literárias</i>		
Inferior a 12º Ano	4 (1,7%)	7 (4,7%)
12º Ano	32 (13,5%)	39 (26%)
Frequência Universitária	28 (11,8%)	28 (18,7%)
Licenciatura	116 (48,9%)	48 (32%)
Mestrado	54 (22,8%)	26 (17,3%)
Doutoramento	3 (1,3%)	2 (1,3%)
<i>Situação Profissional</i>		
Estudante	75 (31,6%)	20 (13,3%)
Empregado/a	113 (47,7%)	94 (62,7%)
Desempregado/a	6 (2,5%)	8 (5,3%)
Trabalhador(a) estudante	43 (18,1%)	27 (18%)
Reformado/a	0 (0%)	1 (0,7%)
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro(a)	171 (72,2%)	107 (71,3%)
Casado(a)	23 (9,7%)	22 (14,7%)
União de Facto	30 (12,7%)	18 (12%)
Divorciado(a)	12 (5,1%)	2 (1,3%)
Viúvo(a)	1 (0,3%)	1 (0,6%)

<i>Problemas de Sono</i>		
Sim	120 (50,6%)	58 (38,7%)
Não	117 (49,4%)	92 (61,3%)
<i>Sonolência Diurna</i>		
Sim	67 (28,3%)	21 (14%)
Não	170 (71,7%)	129 (86%)
<i>Parceiro Sexual Regular</i>		
Com parceiro(a)	172 (72,6%)	114 (76%)
Sem parceiro(a)	54 (22,8%)	27 (18%)
Incerto	11 (4,6%)	9 (6%)
<i>Relação de Compromisso</i>		
Sim	168 (70,9%)	102 (68%)
Não	53 (22,4%)	35 (23,3%)
Incerto	16 (6,8%)	13 (8,7%)
<i>Duração da Relação (meses)</i>	79,07 (91,405)	84,19 (87,56)
<i>Coabitação</i>		
Sim	93 (39,2%)	55 (36,7%)
Não	144 (60,8%)	95 (63,3%)
<i>Com relações sexuais com o parceiro no último mês</i>		
Sim	166 (70%)	116 (77,3%)
Não	71 (30%)	34 (22,7%)
<i>A relação sexual é importante para adormecer</i>		
Sim	49 (20,7%)	49 (32,7%)
Não	188 (79,3%)	101 (67,3%)
<i>A masturbação solitária é importante para adormecer</i>		
Sim	47 (19,8%)	37 (24,7%)
Não	190 (80,2%)	113 (75,3%)
<i>Frequência de sexo coital (dias)</i>	5,62 (6,140)	6,76 (6,378)
<i>Frequência de sexo não coital</i>	4,41 (5,520)	6,43 (6,511)
<i>Frequência de masturbação (dias)</i>	3,30 (5,181)	7,22 (7,106)

DP = Desvio Padrão

Tabela 2. Estatística descritiva da subamostra com relações sexuais nas últimas 4 semanas (N = 282)

Sexo	Mulheres	Homens
	N (%) ou Média (DP)	N (%) ou Média (DP)
N (%)	166 (58,9%)	116 (41,1%)
Idade	28,86 (10,147)	28,72 (8,592)
<i>Nacionalidade</i>		
Portuguesa	156 (94%)	106 (91,4%)
Outra	10 (6%)	10 (8,6%)
<i>Habilitações Literárias</i>		
Inferior a 12º Ano	2 (1,2%)	7 (6%)
12º Ano	19 (11,4%)	30 (25,9%)
Frequência Universitária	22 (12,9%)	17 (14,7%)
Licenciatura	83 (50%)	37 (31,9%)
Mestrado	41 (24,7%)	23 (19,8%)
Doutoramento	2 (1,2%)	2 (1,7%)
<i>Situação Profissional</i>		
Estudante	50 (30,1%)	9 (7,8%)
Empregado/a	83 (50%)	80 (69%)
Desempregado/a	5 (3%)	6 (5,2%)
Trabalhador(a) estudante	28 (16,9%)	21 (18,1%)
Reformado/a	0 (0%)	0 (0%)
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro(a)	113 (68,1%)	78 (67,2%)
Casado(a)	21 (12,7%)	19 (16,4%)
União de Facto	28 (16,9%)	18 (15,5%)
Divorciado(a)	4 (2,4%)	0 (0%)
Viúvo(a)	0 (0%)	1 (0,9%)
<i>Problemas de Sono</i>		
Sim	74 (44,6%)	36 (31%)
Não	92 (55,4%)	80 (69%)
<i>Sonolência Diurna</i>		
Sim	47 (28,3%)	18 (15,5%)

Não	119 (71,7%)	98 (84,5%)
<i>Parceiro Sexual Regular</i>		
Com parceiro(a)	156 (94%)	106 (91,4%)
Sem parceiro(a)	5 (3%)	4 (3,4%)
Incerto	5 (3%)	6 (5,2%)
<i>Relação de Compromisso</i>		
Sim	151 (91%)	95 (81,9%)
Não	11 (6,6%)	14 (12,1%)
Incerto	4 (2,4%)	7 (6%)
<i>Duração da Relação (meses)</i>	73,35 (78,937)	81,84 (83,251)
<i>Coabitação</i>		
Sim	86 (51,8%)	52 (44,8%)
Não	80 (48,2%)	64 (55,2%)
<i>A relação sexual é importante para adormecer</i>		
Sim	35 (21,1%)	42 (36,2%)
Não	131 (78,9%)	74 (63,8%)
<i>A masturbação solitária é importante para adormecer</i>		
Sim	29 (17,5%)	28 (24,1%)
Não	137 (82,5%)	88 (75,9%)
<i>Frequência de sexo coital (dias)</i>	8,01 (5,891)	8,74 (5,936)
<i>Frequência de sexo não coital</i>	5,76 (5,521)	7,55 (6,477)
<i>Frequência de masturbação (dias)</i>	2,56 (4,226)	6,72 (6,873)

DP = Desvio Padrão

Na tabela 3, podemos observar as correlações do humor negativo (ansiedade, depressão e *stress*) com a qualidade subjetiva do sono e com a sonolência diurna. Verificam-se correlações estatisticamente significativas entre pior qualidade subjetiva do sono e a ansiedade, a depressão e o *stress*. No entanto, realça-se que as correlações foram mais fortes na subamostra feminina. Também se observaram correlações estatisticamente significativas entre humor negativo e sonolência diurna, embora mais fracas na subamostra masculina.

Tabela 3. Correlações entre a qualidade da subjetiva do sono, a sonolência diurna e o humor (N = 387)

	Amostra Total (N = 387)		Subamostra Feminina (N= 237)		Subamostra Masculina (N = 150)	
	Qualidade do sono	Sonolência diurna	Qualidade do sono	Sonolência diurna	Qualidade do sono	Sonolência diurna
Ansiedade	0,50***	0,22***	0,53***	0,18**	0,36***	0,16*
Depressão	0,50***	0,28***	0,53***	0,29***	0,38***	0,20*
<i>Stress</i>	0,51***	0,31***	0,50***	0,28***	0,47***	0,18*

*p < 0,05; ** < 0,01; *** p ≤ 0,001.

Na tabela 4 são apresentadas as correlações entre o humor e as dimensões do funcionamento sexual feminino. A ansiedade apenas se correlacionou com dificuldades no orgasmo. A depressão correlacionou-se com dificuldades no orgasmo, insatisfação e mais dor. Já o *stress* correlacionou-se com dificuldades no orgasmo e com a insatisfação. As correlações indicam que à medida que aumenta a ansiedade, a depressão e o *stress*, a qualidade do funcionamento sexual feminino tende a diminuir, em especial a dimensão do orgasmo. É possível ainda verificar uma correlação entre mais *distress* sexual e maior ansiedade, depressão e *stress*, sendo a correlação com o *stress* a mais forte (quanto mais *stress*, maior o *distress* sexual).

Tabela 4. Correlações entre o humor e o funcionamento sexual feminino (N = 166)

	Ansiedade	Depressão	<i>Stress</i>
Desejo	-0,03	-0,04	-0,09
Excitação	-0,05	-0,08	-0,10
Lubrificação	-0,10	-0,06	-0,09
Orgasmo	-0,19*	-0,23**	-0,19*
Satisfação	-0,13	-0,21**	-0,17*
Dor	-0,09	-0,16*	-0,11
Funcionamento sexual (global)	-0,15	-0,19*	-0,17*
<i>Distress</i> sexual	0,37***	0,40***	0,43***

* $p < 0,05$; ** $< 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Na tabela 5 são apresentadas as correlações do humor com as dimensões do funcionamento sexual dos homens. Níveis mais elevados de ansiedade e de *stress* correlacionam-se com menos desejo sexual, menos satisfação com a relação sexual e menos satisfação sexual em geral, sendo a correlação mais forte com a satisfação sexual geral. A depressão correlacionou-se com mais dificuldades no orgasmo, com menos satisfação com a relação sexual e com menos satisfação sexual geral. Ainda, valores mais elevados de *stress* correlacionam-se positivamente com sintomas de ejaculação precoce.

Tabela 5. Correlações entre o humor e o funcionamento sexual masculino (N = 116)

	Ansiedade	Depressão	Stress
Função erétil	-0,12	-0,05	-0,09
Orgasmo	-0,08	-0,24**	-0,14
Desejo	-0,21*	-0,17	-0,26**
Satisfação com a relação sexual	-0,24**	-0,37***	-0,29**
Satisfação sexual geral	-0,35***	-0,30***	-0,39***
Sintomas de ejaculação precoce	0,10	0,18	0,22*

*p < 0,05; ** < 0,01; *** p ≤ 0,001.

Na tabela 6, encontram-se as correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o funcionamento sexual das mulheres. É possível constatar que quanto pior a qualidade do sono das mulheres, menos desejo, menos satisfação e mais dor. Observa-se ainda uma correlação entre pior qualidade de sono e maior *distress* sexual. A sonolência diurna não se correlacionou significativamente com as dimensões do funcionamento sexual, mas correlacionou-se com mais *distress* sexual.

Tabela 6. Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o funcionamento sexual feminino (N = 166)

	Qualidade subjetiva do sono	Sonolência diurna
Desejo	-0,22**	-0,08
Excitação	-0,10	-0,11
Lubrificação	0,00	0,10
Orgasmo	-0,14	-0,12
Satisfação	-0,24**	-0,05
Dor	-0,18*	-0,09
Funcionamento sexual (global)	-0,20**	-0,08
<i>Distress</i> sexual	0,36***	0,20**

*p < 0,05; ** < 0,01; *** p ≤ 0,001.

Na tabela 7 são apresentadas as correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e as dimensões do funcionamento sexual masculino. Uma pior qualidade subjetiva do sono associou-se a menos a satisfação com a relação sexual, menos satisfação sexual geral, mais dificuldades no orgasmo e a mais sintomas de ejaculação precoce. Não se verificou nenhuma correlação estatisticamente significativa entre a sonolência diurna e as dimensões do funcionamento sexual masculino.

Tabela 7. Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna e o funcionamento sexual masculino (N = 116)

	Qualidade subjetiva do sono	Sonolência diurna
Função erétil	-0,16	-0,16
Orgasmo	-0,19*	-0,04
Desejo	-0,12	0,00
Satisfação com a relação sexual	-0,30***	-0,07
Satisfação sexual geral	-0,30***	-0,06
Sintomas de ejaculação precoce	0,25**	0,17

*p < 0,05; ** < 0,01; *** p ≤ 0,001.

Na tabela 8 encontram-se expostas as correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna, a ansiedade, depressão e *stress* e a prática de relações sexuais no último mês. É possível verificar que uma pior qualidade do sono está associada a uma ausência de relações sexuais nas últimas quatro semanas, tanto nas mulheres como nos homens. Ou seja, quem dorme pior tem menos probabilidade de ter relações sexuais com o sexo oposto. Para a sonolência diurna não foram encontradas correlações. Nos homens, maiores níveis de depressão correlacionaram-se com ausência de relações sexuais.

Tabela 8. Correlações entre a qualidade subjetiva do sono, a sonolência diurna, a ansiedade, a depressão e o *stress* e a prática de atividade sexual nas mulheres (N = 237) e nos homens (N = 150)

	Mulheres	Homens
	Relações sexuais nas últimas 4 semanas ¹	Relações sexuais nas últimas 4 semanas ¹
Qualidade Subjetiva do Sono	-0,13*	-0,18*
Sonolência Diurna	-0,03	0,00
Ansiedade	-0,12	-0,07
Depressão	-0,11	-0,16*
<i>Stress</i>	-0,09	-0,05

¹0= não; 1 =sim

*p < 0,05; ** < 0,01; *** p ≤ 0,001.

Na tabela 9, podem observar-se as regressões com o funcionamento sexual feminino e o *distress* sexual como variáveis dependentes e a qualidade subjetiva do sono, a idade, a sonolência diurna e o humor como preditores. Verifica-se que um pior funcionamento sexual feminino global teve como preditores independentes a idade mais velha e o humor negativo, mas não a qualidade do sono. Além disso, o humor negativo foi também preditor independente de menos orgasmo, de menos satisfação sexual e de mais *distress* sexual, sendo que a qualidade do sono nunca o foi. A qualidade subjetiva do sono apenas se associou independentemente com a dimensão do desejo sexual. A sonolência diurna não se revelou como preditor independente de nenhuma dimensão do funcionamento sexual.

Tabela 9. Regressão linear múltipla com preditores do funcionamento sexual feminino

	β	p	R	R_a^2
Funcionamento sexual feminino total				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,21	0,006	0,29	0,07
Idade	-0,20	0,01		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,21	0,01		
Idade	-0,20	0,01	0,29	0,06
Sonolência diurna	-0,02	0,77		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,10	0,25		
Idade	-0,25	0,002	0,33	0,08
Sonolência diurna	-0,00	0,91		
Humor	-0,20	0,03		
Desejo				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,22	0,003	0,31	0,08
Idade	-0,21	0,006		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,21	0,007		
Idade	-0,21	0,005	0,31	0,08
Sonolência diurna	-0,03	0,67		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,21	0,02		
Idade	-0,21	0,008	0,31	0,07
Sonolência diurna	-0,03	0,68		
Humor	-0,004	0,97		
Excitação				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,11	0,13	0,27	0,06
Idade	-0,25	<0,001		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,08	0,30		
Idade	-0,26	<0,001	0,29	0,06
Sonolência diurna	-0,10	0,20		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,01	0,90		
Idade	-0,30	<0,001	0,31	0,07
Sonolência diurna	-0,09	0,24		
Humor	-0,14	0,13		

Bloco 1		Lubrificação		
Qualidade subjetiva do sono	-0,01	0,90	0,05	-0,01
Idade	-0,05	0,47		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,04	0,59		
Idade	-0,05	0,50	0,12	-0,005
Sonolência diurna	0,11	0,18		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	0,04	0,66		
Idade	-0,09	0,24	0,18	0,009
Sonolência diurna	0,12	0,14		
Humor	-0,17	0,08		
Bloco 1		Orgasmo		
Qualidade subjetiva do sono	-0,14	0,06	0,16	0,01
Idade	-0,08	0,28		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,12	0,15		
Idade	-0,09	0,26	0,19	0,01
Sonolência diurna	-0,09	0,27		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	0,01	0,91		
Idade	-0,15	0,06	0,28	0,05
Sonolência diurna	-0,07	0,38		
Humor	-0,25	0,009		
Bloco 1		Satisfação		
Qualidade subjetiva do sono	-0,25	0,001	0,35	0,11
Idade	-0,26	<0,001		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,25	0,002		
Idade	-0,26	<0,001	0,35	0,10
Sonolência diurna	0,006	0,93		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,15	0,09		
Idade	-0,31	<0,001	0,39	0,13
Sonolência diurna	0,02	0,79		
Humor	-0,20	0,03		
Bloco 1		Dor		
Qualidade subjetiva do sono	-0,18	0,02	0,18	0,02
Idade	0,01	0,86		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,16	0,04		
Idade	0,01	0,88	0,18	0,01

Sonolência diurna	-0,04	0,63		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,13	0,15		
Idade	-0,002	0,97	0,19	0,01
Sonolência diurna	-0,03	0,67		
Humor	-0,05	0,57		
Bloco 1		Distress Sexual		
Qualidade subjetiva do sono	0,36	<0,001	0,36	0,12
Idade	-0,02	0,74		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	0,33	<0,001		
Idade	-0,01	0,83	0,37	0,12
Sonolência diurna	0,10	0,17		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	0,15	0,08		
Idade	0,08	0,25	0,48	0,21
Sonolência diurna	0,06	0,35		
Humor	0,36	<0,001		

Na tabela 10, observam-se as regressões com as dimensões do funcionamento sexual masculino como variáveis dependentes e a qualidade subjetiva do sono, a idade, a sonolência diurna e o humor como preditores. O humor negativo foi preditor independente de menos desejo sexual, menos satisfação com a relação sexual e menos satisfação sexual geral. Já a qualidade subjetiva do sono e a sonolência diurna não se revelaram como preditores independentes para nenhuma dimensão do funcionamento sexual masculino.

Tabela 10. Regressão linear múltipla com preditores do funcionamento sexual masculino

	β	p	R	R_a^2
Função Erétil				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,14	0,12	0,20	0,02
Idade	-0,12	0,17		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,10	0,28		
Idade	-0,15	0,11	0,25	0,03
Sonolência diurna	-0,15	0,13		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,09	0,41		
Idade	-0,15	0,11	0,25	0,02
Sonolência diurna	-0,14	0,14		
Humor	-0,03	0,77		
Orgasmo				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,19	0,04	0,19	0,02
Idade	0,01	0,89		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,20	0,04		
Idade	0,01	0,88	0,19	0,01
Sonolência diurna	0,01	0,87		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,13	0,21		
Idade	-0,001	0,98	0,23	0,01
Sonolência diurna	0,03	0,76		
Humor	-0,14	0,19		
Desejo				
Bloco 1				
Qualidade subjetiva do sono	-0,10	0,26	0,23	0,03
Idade	-0,19	0,04		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,10	0,28		
Idade	-0,19	0,04	0,23	0,02
Sonolência diurna	0,06	0,95		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	0,02	0,81		
Idade	-0,22	0,01	0,34	0,08
Sonolência diurna	0,03	0,74		

Humor	-0,28	0,007		
Bloco 1		Satisfação com a Relação Sexual		
Qualidade subjetiva do sono	-0,30	0,001	0,30	0,07
Idade	-0,01	0,859		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,30	0,002		
Idade	-0,01	0,86	0,30	0,06
Sonolência diurna	0,004	0,97		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,16	0,12		
Idade	-0,04	0,59	0,40	0,13
Sonolência diurna	0,03	0,74		
Humor	-0,30	0,004		
Bloco 1		Satisfação Sexual Geral		
Qualidade subjetiva do sono	-0,28	0,002	0,33	0,09
Idade	-0,14	0,11		
Bloco 2				
Qualidade subjetiva do sono	-0,28	0,004		
Idade	-0,14	0,11	0,33	0,08
Sonolência diurna	0,004	0,96		
Bloco 3				
Qualidade subjetiva do sono	-0,11	0,26		
Idade	-0,18	0,03	0,46	0,18
Sonolência diurna	0,02	0,74		
Humor	-0,37	<0,001		
Bloco 1		Ejaculação Precoce		
Qualidade Subjetiva do Sono	0,26	0,006	0,33	0,09
Idade	-0,21	0,02		
Bloco 2				
Qualidade Subjetiva do Sono	0,23	0,01		
Idade	-0,20	0,03	0,34	0,09
Sonolência Diurna	0,08	0,36		
Bloco 3				
Qualidade Subjetiva do Sono	0,20	0,07		
Idade	-0,19	0,03	0,34	0,08
Sonolência Diurna	0,08	0,39		
Humor	0,07	0,53		

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar as associações entre a qualidade subjetiva do sono, a prática de atividade sexual e as diversas dimensões do funcionamento sexual feminino (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e *distress*) e masculino (função erétil, desejo, orgasmo, satisfação e sintomas de ejaculação precoce), numa amostra heterossexual, com relações sexuais no último mês. Esta investigação visou ainda compreender se as correlações entre a qualidade subjetiva do sono e o funcionamento sexual seriam independentes do humor, nomeadamente da ansiedade, depressão e *stress*.

Neste estudo verificaram-se correlações negativas entre os maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress* e as dimensões do funcionamento sexual feminino. Estes resultados vão ao encontro do que era esperado, pois de acordo com Iankowski (2003) as perturbações emocionais podem ter um impacto negativo no desempenho sexual. O orgasmo foi a única dimensão do funcionamento sexual a associar-se inversa e significativamente com a ansiedade. Lavie-Ajayi e Joffe (2009) aludem ao facto de as mulheres que têm dificuldade em atingir o orgasmo terem tendência para revelar níveis mais elevados de ansiedade, sentimentos de frustração e de tristeza. Alguns estudos prévios sugerem que a ansiedade pode ter um efeito facilitador na excitação sexual (Barlow, 1986; Bradford & Meston, 2006). Relativamente à depressão e ao funcionamento sexual feminino geral verificam-se, de igual modo, correlações significativas. As mulheres com depressão, por norma, experimentam mais disfunções sexuais. Neste sentido, os resultados são congruentes com o estudo de Cyranowski et al. (2004), que revelou que os sintomas depressivos nas mulheres se associaram a uma diminuição do funcionamento sexual global. Maiores níveis de *stress* correlacionaram-se com um pior funcionamento sexual geral, sobretudo com as dimensões do orgasmo e da satisfação, o que vai ao encontro do estudo de Yazdanpanahi et al. (2016). Estes resultados convergem ainda com a investigação de Bodenmann e Atkins (2010), que registou que mais *stress* na vida diária se associa a níveis mais baixos de atividade e de satisfação sexual, bem como a uma diminuição da satisfação na relação. Por fim, o *distress* sexual associou-se significativamente à ansiedade, depressão e *stress*, sugerindo assim que maiores níveis de ansiedade, depressão e *stress* estão ligados a um maior sofrimento sexual, resultados que vão ao encontro da literatura.

Para o sexo masculino, os resultados são semelhantes. Quanto maiores os níveis de ansiedade, de depressão e de *stress*, pior o funcionamento sexual. Galanakis et al. (2015), na sua revisão sistemática da literatura, descobriram correlações fortes entre a ansiedade e o *stress*

e o funcionamento sexual. Contudo, no presente estudo, as dimensões mais afetadas pelo estado de humor foram a “Satisfação com a Relação Sexual” e a “Satisfação Sexual Geral”, sobretudo pela depressão, o que é de certo modo expectável de acordo com a literatura, visto que a depressão se caracteriza pela perda de interesse, diminuição do prazer, cansaço e baixa autoestima (Barata, 2017). Obtiveram-se ainda associações positivas entre os sintomas de ejaculação precoce e os estados de humor, especialmente com a dimensão do *stress*.

Registaram-se, na generalidade, correlações negativas entre pior qualidade subjetiva do sono e pior funcionamento sexual feminino. Os resultados não deixam de ir no sentido esperado, pois de acordo com a literatura, dificuldades relacionadas com o sono podem contribuir para o aparecimento de problemas ao nível sexual (Kalmbach et al., 2015). Os resultados do estudo atual são corroborados pela investigação de Afsahri et al. (2018) que encontrou, numa amostra feminina, uma correlação inversa e significativa entre a qualidade do sono e a função sexual global. É de salientar que, no presente estudo, dentro das dimensões do funcionamento sexual avaliadas com recurso ao FSFI, apenas as dimensões do desejo, da satisfação e da dor apresentaram correlações significativas, o que parece indicar que ter um pior sono interfere mais ao nível do desejo, da satisfação e da dor. De acordo com Hamilton et al. (2008), elevados níveis de cortisol, *stress* e fadiga são fatores que podem contribuir para possíveis disfunções sexuais. Os resultados revelam ainda que a qualidade do sono não se relaciona com a lubrificação. Quanto à sonolência diurna, não foram registadas correlações significativas. No entanto, interessa destacar que apenas 28,3% das mulheres reportaram ter sonolência diurna, o que se pode dever à reduzida dimensão da amostra, condicionando assim o valor estatístico. Ademais, verifica-se na literatura uma escassez de estudos que tenham analisado as associações entre a sonolência e a função sexual. Destaca-se somente a investigação de Afsahri et al. (2018), que descobriu uma relação inversa entre a sonolência diurna e a excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual.

À semelhança da subamostra feminina, nos homens verificou-se que o agravamento do sono se associou, de forma significativa, a um pior funcionamento sexual. O estudo conduzido por Charandabi et al. (2016) mostra a existência de correlações entre os problemas de sono e a diminuição dos aspetos da função sexual masculina, o que está de acordo com os resultados do estudo atual. Foi ainda possível verificar que uma qualidade de sono inadequada se associa a uma menor satisfação com a relação sexual, menor satisfação sexual global e dificuldades com o orgasmo, resultados estes que vão ao encontro da investigação de Allen e Desille (2017). Os

investigadores encontraram correlações entre a disfunção e a insatisfação sexual e um pior sono. Segundo Kohn et al. (2020), homens com um sono inadequado podem enfrentar dificuldades eréteis, o que não foi confirmado no presente estudo. Foi também encontrada uma correlação positiva entre pior sono e mais sintomas de ejaculação precoce, resultado que é concordante com o estudo de Zhang et al. (2022). Os autores descobriram que a ejaculação precoce, avaliada pelo PEDT, se associou positivamente à qualidade subjetiva do sono. Desta forma, propõem que uma má qualidade do sono pode ser um fator de risco para o aparecimento de ejaculação precoce. Poucos estudos se debruçaram sobre o efeito da sonolência diurna no funcionamento sexual. Todavia, Dikici et al. (2014) sugerem que o aumento da sonolência durante o dia afeta negativamente a vida sexual. No entanto, salienta-se que os valores do estudo atual não foram estatisticamente significativos. Tal pode dever-se ao facto de apenas 18 (15,5%) dos participantes terem pontuado acima de 10, *cut-off* que indica a presença de sonolência diurna.

Para ambos os sexos, confirmou-se a presença de correlações significativas entre a pior qualidade do sono e uma ausência de relações sexuais no último mês. Estes dados são expectáveis de acordo com a literatura, que indica que os problemas de sono podem contribuir para a redução de atividade sexual (Allen & Desille, 2017; Kalmbach et al., 2015; Malta et al., 2019). Importa referir que o cansaço proveniente da insuficiência de sono pode interferir na intimidade do casal. Wilson e colaboradores (2017) referem que a presença de conflitos entre parceiros é potenciada pela privação do sono, o que pode resultar num estado emocional que propicia o *stress*. Por sua vez, este pode diminuir a intimidade do casal e, conseqüentemente, a sua vida sexual. Esta é uma questão a investigar futuramente. Finalmente, não se estabeleceram correlações significativas entre a prática sexual e os estados de humor, exceto no caso dos homens, tendo sido encontrada uma correlação entre maiores níveis de depressão e ausência de relações sexuais, o que é consistente com o estudo de Hartmann (2007).

Em relação ao sexo feminino, regressões lineares múltiplas revelaram que uma menor qualidade subjetiva do sono e a idade apresentaram correlações significativas com maiores dificuldades sexuais num primeiro bloco. Quando num segundo bloco se inseriu como preditor a sonolência diurna, não se registaram correlações significativas, pelo que este não é um preditor independente de pior funcionamento sexual. Por sua vez, ao incluir o humor num terceiro bloco, verificou-se que só este e a idade se mostraram como preditores independentes de pior funcionamento sexual. Em parte, estes resultados corroboram o estudo de Yazdanpanahi et al. (2016), no qual os autores descobriram, ao realizar regressões lineares, que a depressão

foi o preditor mais forte da disfunção sexual feminina. No que concerne ao sexo masculino, os resultados das regressões também revelam que o humor negativo é um preditor independente de menos desejo, mais insatisfação com a relação sexual e mais insatisfação sexual geral, enquanto que a qualidade de sono não o é.

A presente investigação denota um conjunto de limitações que devem ser referidas. Primeiro, destaca-se que a maior parte da amostra é composta pelo sexo feminino, existindo por isso, uma discrepância acentuada entre homens e mulheres. Além disso, esta trata-se de uma amostra pequena, sobretudo a subamostra de indivíduos que tiverem relações sexuais no último mês, pelo que esta não é representativa da população. Outra limitação a ser apontada relaciona-se com o estudo ser de natureza correlacional, o que impossibilita a inferência de relações de causalidade entre as variáveis. Também é importante ter em consideração que a utilização de medidas de autorrelato poderá ter feito com que existissem interferências, mais concretamente o efeito da desejabilidade social. Por fim, outra limitação a sublinhar prende-se com possíveis enviesamentos resultantes da avaliação subjetiva do sono.

Neste sentido, as limitações apontadas permitem a orientação para futuras investigações. É pertinente replicar este estudo abrangendo uma amostra mais alargada e representativa da população, inclusive incidir sob faixas etárias distintas e populações específicas, por exemplo, incluir indivíduos com outras orientações sexuais. Este último ponto foi inexequível, uma vez que os instrumentos utilizados para medir o funcionamento sexual foram construídos e validados para sujeitos com orientação heterossexual. Sugere-se ainda que futuros estudos avaliem a qualidade do sono, não só subjetivamente, como também de forma objetiva, através da actigrafia. Dada a escassez de estudos que se tenham debruçado sobre a sonolência excessiva e o funcionamento sexual, propõe-se a realização de investigações neste âmbito. Por fim, seria importante efetuar um estudo comparativo (sono de curta, média e longa duração).

Em suma, no presente estudo, foi possível confirmar que uma pior qualidade subjetiva do sono parece estar associada a um pior funcionamento sexual em ambos os sexos.

Referências

Afsahri, P., Salehnejad, Z., Hekmat, K., Abedi, P., Fakhri, A., & Haghighizadeh, M. (2018). Do Sleeping Disorders Impair Sexual Function in Married Iranian Women of

- Reproductive Age? Results from a Cross-Sectional Study. *Psychiatry Journal*, 1-7. doi:10.1155/2018/1045738
- Allen, M., & Desille, A. (2017). Health-related lifestyle factors and sexual functioning and behavior in older adults. *International Journal of Sexual Health*, 1-16. doi:10.1080/19317611.2017.1307301
- Andersen, M., Santos-Silva, R., Bittencourt, L., & Tufik, S. (2010). Prevalence of erectile dysfunction complaints associated with sleep disturbances in Sao Paulo, Brazil: A population-based survey. *Sleep Medicine*, 11, 1019-1024. doi:10.1016/j.sleep.2009.08.016
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19. doi:10.1016/j.jad.2011.01.011
- Barata, B. (2017). Affective disorders and sexual function: from neuroscience to clinic. *Current Opinion in Psychiatric*, 30(6), 396-401. doi:10.1097/YCO.0000000000000362
- Barlow, D. (1986). Causes of Sexual Dysfunction: The Role of Anxiety and Cognitive Interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 140-148.
- Berenguer, C. (2018). *Alexitimia, interoção e funcionamento sexual* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6636/1/24884.pdf>
- Berenguer, C., Rebôlo, C., & Costa, R. (2019). Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(8), 729-738. doi:10.1080/0092623X.2019.1610128
- Bodenmann, G., & Atkins, D. (2010). The Association Between Daily Stress and Sexual Activity. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 271-279. doi:10.1037/a0019365
- Bradford, A., & Meston, C. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1067-1077. doi:10.1016/j.brat.2005.08.006
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 193-213.

- Charandabi, S., Rezaei, N., Hakimi, S., Khatami, S., Valizadeh, R., & Azadi, A. (2016). Sleep disturbances and sexual function among men aged 45–75 years in an urban area of Iran. *Sleep Science*, 29-34.
- Colrain, I. (2011). Sleep and the Brain. *Neuropsychology Review*, 21, 1-4. doi:10.1007/s11065-011-9156-z
- Costa, R., Costa, D., & Pestana, J. (2017). Subjective sleep quality, unstimulated sexual arousal, and sexual frequency. *Sleep Science*, 10(4), 147-153. doi:10.5935/1984-0063.20170026
- Cyranowski, J., Frank, E., Cherry, C., Houck, P., & Kupfer, D. (2004). Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 267-273. doi:10.1016/j.jpsychires.2003.08.003
- Del Rio João, K., Becker, N., & Jesus, S. (2017). Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Research*, 247, 225-229.
- DeRogatis, L., Clayton, A., D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for Assessing Distress in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 357-364. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x
- DGS – Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa. Recuperado de: [dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx) (dgs.pt)
- Dikici, S., Bahadir, A., Baltaci, D., Ankarali, H., Eroglu, M., Ercan, N., & Sav, T. (2014). Association of anxiety, sleepiness, and sexual dysfunction with restless legs syndrome in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 18(4), 809-818. doi:10.1111/hdi.12175
- Faubion, S., & Rullo, J. (2015). Disfunção Sexual na Mulher: uma abordagem prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 351-353.
- Galanakis, M., Kallianta, M., Katsira, C., Liakopoulou, D., Chrousos, P., & Darviri, C. (2015). The Association between Stress and Sexual Dysfunctionality in Men and Women: A Systematic Review. *Psychology*, 6, 1888-1892. doi:10.4236/psych.2015.614186

- Galati, M., Alves, E., Delmaschio, A., & Horta, A. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF, 19*(2), 243-252.
- Gomes, A., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): Psychometric Properties of the Portuguese Version. *The Journal of Sexual Medicine, 9*, 180-187. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x
- Hamilton, L., Rellini, A., & Meston, C. (2008). Cortisol sexual arousal, and affect in response to sexual stimuli. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(9), 2111-2118.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. *The Journal of Men's Health & Gender, 4*(1), 18-25. doi:10.1016/j.jmhg.2006.12.003
- Iankowski, S. (2003). *Ereção e falha: falhou, porquê?: um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções*. Porto Alegre: Imprensa Livre.
- João, K., Jesus, S., Carmo, C., & Pinto, P. (2018). The impact of sleep quality on the mental health of a non-clinical population. *Sleep Medicine, 46*, 69-73. doi:10.1016/j.sleep.2018.02.010
- Johns, M. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep, 14*(6), 540-545.
- Johns, M. (1992). Reliability and Factor Analysis of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep, 15*(4), 376-381.
- Kalmbach, D., Arnedt, J., Pillai, V., & Ciesla, J. (2015). The Impact of Sleep on Female Sexual Response and Behavior: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine, 12*, 1221–1232. doi:10.1111/jsm.12858
- Kling, J. M., Manson, J. E., Naughton, M. J., Temkit, M., Sullivan, S. D., Gower, E. W., Hale, L., Weitlauf, J. C., Nowakowski, S., & Crandall, C. J. (2018). Association of Sleep Disturbance and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Menopause, 24*(6), 604–612. doi:10.1097/GME.0000000000000824
- Kohn, T., Kohn, J., Haney, N., Pastuszak, A., & Lipshultz, L. (2020). The effect of sleep on men's health. *Translational Andrology and Urology, 9*, 178-185. doi:10.21037/tau.2019.11.07

- Lastella, M., O'Mullan, C., Paterson, J., & Reynolds, A. (2019). Sex and Sleep: Perceptions of Sex as a Sleep Promoting Behavior in the General Adult Population. *Frontiers in Public Health*, 7, 1-6. doi: 10.3389/fpubh.2019.00033
- Lavie-Ajayi, M., & Joffe, H. (2009). Social representations of female orgasm. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 98-107. doi:10.1177/1359105308097950
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Malta, N., Cestari, M., Pisicchio, R., Pinto, K., Souza, G., & Medeiros, F. (2019). Fatores que interferem no prazer e na atividade sexual em mulheres. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 38, 1-9. doi:10.25248/reas.e1755.2020
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- McCabe, M., Sharlip, I., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., Laumann, E., Lee, S. W. & Seigraves, R. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 144-152. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.034
- Müller, M., & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 519-528.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7ª ed.). Lisboa: Oficina do Livro.
- Pallesen, S., Waage, S., Thun, E., Andreassen, C., & Bjorvatn, B. (2019). A national survey on how sexual activity is perceived to be associated with sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 18(1), 65-72. doi: 10.1007/s41105-019-00246-9
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.

- Petersen, M., Kristensen, E., Berg, S., & Midgren, B. (2013). Long-Term Effects of Continuous Positive Airway Pressure Treatment on Sexuality in Female Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Sexual Medicine, 1*, 62-68. doi:10.1002/sm2.18
- Rebôlo, A. (2018). *Absorção, dissociação e funcionamento sexual* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6637/1/24882.pdf>
- Ribeiro, J., & Valle, P. (2016). Disfunção Sexual Feminina: percepção e impacto na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 27*(2), 33-40. doi:10.35919/rbsh.v27i2.109
- Richards, K. (2017). *O Sono: bom demais para perder*. New York: Babelcube Inc.
- Rodriguez, K. M., Kohn, T. P., Kohn, J. R., Sigalos, J. T., Kirby, E. W., Pickett, S. M., Pastuszak, A. W., & Lipshultz, L. I. (2020). Shift Work Sleep Disorder and Night Shift Work Significantly Impair Erectile Function. *The Journal of Sexual Medicine, 1*-7. doi:10.1016/j.jsxm.2020.06.009
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*, 191-208.
- Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, H., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment Erectile Dysfunction. *Urology, 49*, 822-830.
- Sargento, P., Perea, V., Ladera, V., Lopes, P., & Oliveira, J. (2015). The Epworth Sleepiness Scale in Portuguese adults: from classical measurement theory to Rasch model analysis. *Sleep Breath, 19*, 693-701. doi:10.1007/s11325-014-1078-6
- Seehuus, M., & Pigeon, W. (2018). The sleep and sex survey: Relationships between sexual function and sleep. *Journal of Psychosomatic Research, 112*, 59-65. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.005>
- Stavaras, C., Pastaka, C., Papala, M., Gravas, S., Tzortzis, V., Melekos, M., Seitanidis, G., & Gourgoulanis, K. (2012). Sexual function in pre- and post-menopausal women with obstructive sleep apnea syndrome. *International Journal of Impotence Research, 24*, 228-233.

- Stephenson, K., & Meston, C. (2015). The Conditional Importance of Sex: Exploring the Association Between Sexual Well-Being and Life Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(1), 25-38. doi:10.1080/0092623X.2013.811450
- Symonds, T., Perelman, M., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., Abraham, L., Crossland, A., & Morris, M. (2007). Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool. *European Urology, 52*, 565-573.
- Taken, K., Ekin, S., Arısoy, A., Günes, M., & Dönmez, M. (2016). Erectile dysfunction is a marker for obstructive sleep apnea. *The Aging Male, 19*(2), 102-105. doi:10.3109/13685538.2015.1131259
- Walker, M. (2019). *Porque dormimos? - O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos* (1ª ed.). (L. Real, Ed., & A. Lopes, Trad.) Porto Salvo: Desassossego.
- Watson, N., Badr, S., Belenky, G., Bliwise, D., Buxton, O., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F. & Tasali, E. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 11*, 591-592. doi:http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.4758
- Wilson, S. J., Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Andridge, R., Peng, J. P., Malarkey, W. B., Habash, D., Belury, M. A. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology, 29-57*. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.02.015
- Yazdanpanahi, Z., Beygi, Z., Akbarzadeh, M., & Zare, N. (2016). To investigate the relationship between stress, anxiety and depression with sexual function and its domains in women of reproductive age. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5*(10), 223-231.
- Zhang, W., Zhang, Y., Gao, J., Peng, D., Zhang, Y., Wu, X., Liu, G., Dai, Y., Jiang, H., & Zhang, X. (2022). Poor Sleep Quality is an Independent Risk Factor for Acquired Premature Ejaculation. *Nature and Science of Sleep, 14*, 255-263. doi:10.2147/NSS.S349511

Anexos

Anexo I – Revisão de Literatura

Sono

O sono é um fenômeno universal. É uma necessidade biológica básica indispensável para a saúde física e mental do ser humano (Cho & Duffy, 2019). Caracteriza-se por ser um estado normal de repouso onde se assiste a uma redução da atividade perceptiva e da motricidade voluntária. O sono desempenha ainda um papel essencial no funcionamento cerebral e detém funções reparadoras e homeostáticas (Paiva, 2015) que possibilitam a renovação da mente e do corpo (Richards, 2017).

Uma boa qualidade de sono propicia o bem-estar dos indivíduos, assim como contribui para uma maior longevidade (Walker, 2019). Para além de ser imprescindível para a saúde física e mental, também está comprovado que, na esfera cognitiva, o sono tem efeitos positivos no que concerne à aprendizagem, à consolidação de memórias, ao pensamento crítico e à tomada de decisões (Walker, 2019). Em contrapartida, não só a privação como o excesso de sono está diretamente relacionada com o aumento de: doenças cardiovasculares (Cappuccio et al., 2011; Nerbass et al., 2010); obesidade (Crispim et al., 2007); diabetes (Liu, 2019; Mendonça et al., 2015); depressão (Paiva, 2015; Walker, 2019); ansiedade (Walker, 2019); entre outras perturbações. Portanto, um sono insuficiente tem consequências negativas para todos os sistemas do organismo. Baglioni e colaboradores (2010) salientam ser comum relacionar uma boa noite de sono a emoções positivas e ao bem-estar, do mesmo modo que uma má noite de sono interfere com o nosso estado de humor, relacionando-se assim com uma crescente irritabilidade e instabilidade emocional.

A arquitetura do sono é alvo de mudanças significativas ao longo da vida (Colrain, 2011). Dentro destas mudanças, a mais evidente é a duração do sono. O número de horas consideradas necessárias varia consoante a faixa etária. Embora a duração ideal do sono de cada indivíduo dependa de fatores intrínsecos (alterações homeostáticas ou circadianas) e/ou extrínsecos (horários de trabalho; *stress*), é consensual que o sono saudável de um jovem adulto deve rondar as entre sete e as oito horas de sono por noite (Walker, 2019; Watson et al., 2015). Além da duração do sono, importa ter em consideração outros domínios como: a qualidade do sono, e pela qualidade entende-se a satisfação percebida pelo indivíduo; a latência do sono, que reporta o tempo que o indivíduo leva para adormecer, desde que se deita; e a eficiência do sono, que é definida pela percentagem de tempo que o sujeito passa acordado enquanto está deitado.

Segundo Walker (2019), nos adultos, um sono de qualidade envolve uma eficiência de cerca de 90%. Müller e Guimarães (2007) referem que a quantidade, a manutenção e a qualidade do sono tendem a diminuir com a idade.

O sono é um elemento fundamental da nossa existência que ocupa aproximadamente um terço do período de vida (Richards, 2017). Com o desenvolvimento tecnológico das sociedades, assiste-se cada vez mais a modificações no estilo de vida dos indivíduos, afetando, inclusive, o sono. De forma a acompanharem o ritmo acelerado da sociedade em que vivemos, as pessoas acabam muitas vezes por negligenciar o sono. Segundo Paiva (2015), desde o último século que a qualidade do sono tem seguido uma trajetória descendente, com as pessoas a dormir cada vez menos. A prevalência de perturbações associadas ao sono é cada vez maior e as consequências de um sono inadequado e de uma sonolência diurna excessiva são prejudiciais para a saúde física, neurológica e psicológica (Colrain, 2011). A redução da qualidade do sono pode ser uma das causas da sonolência diurna, podendo advir daí uma diminuição do estado de alerta e da atenção, aumentando assim a probabilidade de acidentes.

Walker (2019) refere que a insónia é a perturbação do sono mais frequente e que esta representa um dos problemas médicos mais prevalentes da atualidade. A insónia é definida como a dificuldade em iniciar ou em manter o sono (APA, 2013). É importante realçar que, muitas vezes, a insónia surge como um sintoma, e está especialmente associada à ansiedade e à depressão (APA, 2013; Baglioni et al., 2011). De acordo com Colrain (2011), quase um terço da população adulta experiencia regularmente algum problema de sono. No estudo sobre a prevalência das perturbações de sono em Portugal conduzido por Ohayon e Paiva (2005), constatou-se que 28,1% da amostra relatou sintomas de insónia durante pelo menos três noites por semana e que 10,1% relatou uma insatisfação global do sono. Os resultados deste estudo apontam ainda que as mulheres reportam uma maior sintomatologia do que os homens.

De acordo com a American Sleep Association (ASA), a hipersónia caracteriza-se por uma sonolência excessiva onde o indivíduo apresenta dificuldades em permanecer acordado durante o dia. Entre os sintomas principais destacam-se: o sono noturno prolongado e a sonolência diurna excessiva, com um mínimo de 10 horas de sono por dia (APA, 2013). Afeta predominantemente homens, atinge cerca de 5% da população e pode ser causada por outras perturbações como: narcolepsia; apneia obstrutiva do sono; e uso de medicação. Esta perturbação apresenta dois tipos de classificação: hipersónia idiopática ou primária, a qual não

se sabe exatamente a origem, embora se pense que esteja relacionada com fatores genéticos; e a hipersônia secundária, causada por doenças que provocam sono excessivo (APA, 2013).

Funcionamento Sexual

A sexualidade é um elemento central da condição humana. É uma motivação básica que impele os indivíduos na procura de satisfação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), a sexualidade atravessa profundos processos de mudança no decorrer do curso de vida. Para Graugaard (2017), uma vida íntima satisfatória facilita o bem-estar das pessoas, podendo contribuir, assim, para uma melhor qualidade de vida (Stephenson & Meston, 2015).

Vários modelos têm sido brevemente descritos no que concerne ao ciclo da resposta sexual humana. Contudo, Masters e Johnson (1966) foram pioneiros, ao conceptualizarem o primeiro modelo que integra quatro fases sucessivas de resposta sexual: a excitação, o plateau, o orgasmo e, por último, a fase da resolução. Mais tarde, novos modelos foram desenvolvidos, tal como o modelo trifásico de Helen Kaplan (1979), que engloba a dimensão do desejo como a primeira resposta sexual humana, seguindo-se a excitação e, por fim, o orgasmo. Sendo os principais modelos no campo da sexologia, ambos servem de base para diagnosticar disfunções sexuais (DS) que se enquadram nas categorias de desejo; excitação; orgasmo; e dor. Caracterizadas pela falta, excesso, desconforto, dor ou falha da resposta sexual, as disfunções sexuais podem ter diversas causas subjacentes: biológicas (desequilíbrios hormonais; doenças; fármacos), psicológicas (depressão; ansiedade; baixa autoestima) ou sociais (problemas de relacionamento; stress) (Faubion & Rullo, 2015). Embora variem consoante o sexo do indivíduo, as DS condicionam ou impedem a vivência de uma vida sexual satisfatória dos indivíduos, afetando a qualidade de vida tanto dos homens (Galati et al., 2014) quanto das mulheres (Ribeiro & Valle, 2016).

Funcionamento Sexual nas Mulheres

A vivência sexual da mulher é afetada pela presença de uma ou mais perturbações no funcionamento sexual num ou em mais aspetos do ciclo da resposta sexual (McCool-Myers et al., 2018). Atualmente, a prevalência de mulheres que experienciam algum tipo de DS é assinalável. A nível mundial, estima-se que 41% da população feminina em idade fértil sofra de algum tipo de disfunção (McCool-Myers et al., 2018). Num estudo realizado em Portugal,

descobriu-se que 77,2% de uma amostra feminina de utentes de um centro de saúde reportou ter alguma disfunção (Ribeiro et al., 2013). De modo geral, as disfunções sexuais são percebidas e sentidas pelas mulheres como uma realidade angustiante e perturbadora, afetando profundamente o seu bem-estar físico, psicológico e relacional (Leiblum, 2007). Aliado a isto, a existência de uma ou mais perturbações deste foro acaba por incapacitar ou dificultar a envolvimento da mulher numa relação sexual prazerosa (Mendonça et al., 2012). Além disso, o próprio envelhecimento está relacionado com a diminuição da resposta sexual e da libido, bem como com uma menor frequência de atividade sexual. Portanto, com base na literatura, verifica-se que à medida que a idade aumenta, o funcionamento sexual e a frequência de prática sexual diminuem (Faubion & Rullo, 2015).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), as disfunções caracterizam-se por perturbações numa ou em mais que uma das fases da resposta sexual (APA, 1994). Dentro das disfunções sexuais estão: o desejo sexual hipotivo, caracterizado por uma diminuição ou ausência de desejo em iniciar a atividade sexual; a aversão ou fobia sexual que, como o nome indica, corresponde à aversão ao contacto sexual e, conseqüentemente, ao seu evitamento; a perturbação da excitação, geralmente expressa por dificuldades em adquirir ou manter a lubrificação vaginal; a perturbação do orgasmo, caracterizada pela ausência ou pela dificuldade em alcançar o orgasmo a seguir à fase de excitação normal; ou ao nível da dor, no qual se englobam as perturbações da dispareunia (consiste na dor genital recorrente aquando da relação coital) e o vaginismo, que é definido como uma contração muscular involuntária da vagina, impedindo a penetração (APA, 1994).

Apesar de o DSM-5 ter trazido grandes mudanças na forma de diagnosticar as DS femininas (APA, 2013), estas alterações não são consensuais e o DSM-4 ainda é influente. Por exemplo, no DSM-5 a perturbação do desejo e da excitação foram consideradas dois aspetos de um mesmo transtorno, mas isto tem suscitado controvérsia e existem critérios alternativos que continuam a distinguir as duas condições como segundo a International Classification of Diseases (ICD-10 and ICD-11) e a International Society for the Study of Women's Sexual Health (Goldstein et al., 2017).

No estudo de Ribeiro et al. (2013), que apurou a existência de disfunções sexuais em mulheres portuguesas em idade reprodutiva, verificou-se que a perturbação sexual mais comum se relaciona com o orgasmo (55,8%), seguindo-se a dispareunia (40,9%).

Funcionamento Sexual nos Homens

O funcionamento satisfatório da sexualidade masculina depende de vários fatores psicofisiológicos que se interrelacionam entre si. Posto isto, e tendo por base as fases do ciclo de resposta sexual humana, a presença de algum bloqueio numa ou mais fases pode comprometer o funcionamento sexual, podendo dar origem a alguma disfunção. De acordo com Abreu (2005), as disfunções no âmbito da sexualidade masculina podem ser provocadas pela ausência de intimidade com a parceira ou por problemas comunicacionais entre o casal e/ou conflitos entre os mesmos. A existência de problemas sexuais pode dever-se igualmente a fatores psicológicos como a ansiedade, a depressão (Britto & Benetti, 2010), bem como a fatores biológicos.

Como preconizado pela literatura, as principais formas de disfunção sexual masculina são: a disfunção erétil; a ejaculação precoce; a ejaculação retardada; e o desejo sexual hipotativo (Domingos & Britto, 2013). Por disfunção erétil ou impotência entende-se a incapacidade repetida de um homem obter e/ou manter uma ereção peniana adequada para permitir uma relação sexual prazerosa e satisfatória. Segundo Sepúlveda (2021), estima-se que 13% dos homens portugueses sofra de disfunção erétil, sendo que à medida que se envelhece esta percentagem aumenta de forma considerável, podendo afetar 50 a 75% nos homens com idade superior a 70 anos. Já a ejaculação precoce representa a dificuldade do homem em sustentar a ejaculação. Segundo o DSM-5, a ejaculação pode ocorrer antes ou imediatamente após a penetração (APA, 2013), podendo suscitar frustração, falta de controlo, ansiedade e baixa autoestima (Santos et al., 2022). A ejaculação retardada, descrita no DSM-5, refere-se ao atraso da ejaculação ou à ausência da mesma (APA, 2013). Por último, a disfunção do desejo sexual hipotativo masculino consiste na ausência de desejo sexual, que pode ocorrer de forma persistente ou recorrente (APA, 2013).

De acordo com os resultados de um estudo que procurou averiguar a prevalência de disfunções sexuais masculinas nos homens portugueses, descobriu-se que cerca de 24% da amostra revelou algum tipo de disfunção sexual, incluindo disfunções consideradas ligeiras. Aproximadamente 15,5% dos homens indicou uma diminuição do desejo sexual; 13% uma perda de capacidade de ereção; e 11,6% algum grau de dificuldade relacionada com a ejaculação, com 8,5% a relatar ejaculação precoce (Vendeira et al., 2011).

Sono e Funcionamento sexual

O sono e o funcionamento sexual têm sido, recentemente, alvo de investigação na comunidade científica. A literatura sugere que a qualidade subjetiva do sono se associa ao funcionamento sexual (Charandabi et al., 2016; Pereira et al., 2019; Smith et al., 2019). No entanto, sabe-se que a relação entre estas duas variáveis não é simples, sendo bidirecional. Ou seja, não só o sono tem impacto na função sexual, como o sexo pode impactar o sono (Lastella et al., 2019; Pallesen et al., 2019). Porém, ressalva-se que alguns problemas de sono partilham certas comorbilidades associadas à disfunção sexual, incluindo a depressão (Baglioni et al., 2011) e doenças cardiovasculares (Cappuccio et al., 2011). De acordo com Soterio-Pires e colaboradores (2014), a interação entre o sono, o humor e o comportamento sexual é complexa, sendo que qualquer alteração no normal funcionamento de uma destas variáveis pode ter consequências negativas. Já Seehuus e Pigeon (2018) demonstraram, através do seu estudo, que a saúde mental, o sono e o funcionamento sexual estão fortemente correlacionados.

Num estudo inglês, com uma amostra de sujeitos mais velhos, verificou-se que, nas mulheres, uma qualidade de sono moderada e baixa se associou a um aumento das probabilidades de se ter problemas de excitação, em comparação com mulheres com uma elevada qualidade do sono. Curiosamente, nos homens, uma qualidade de sono moderada associou-se ao aumento de dificuldades erécteis comparativamente aos homens com sono de qualidade alta e baixa. Outro resultado importante prende-se com o facto de, nos homens, o sono de longa duração se ter associado a maiores probabilidades de se ter dificuldade em atingir o orgasmo, quando comparado com homens com uma duração moderada de sono (Smith et al., 2019). Os resultados permitiram aos autores concluir que tanto a qualidade do sono reduzida como o sono prolongado podem estar associados a disfunções sexuais.

Determinadas perturbações do sono estão relacionadas às disfunções sexuais nos homens e nas mulheres. Todavia, a maioria dos estudos tem-se focado, sobretudo, em investigar a insónia e a apneia obstrutiva do sono com disfunções sexuais nas mulheres e nos homens. Escassos são os estudos que examinam o sono excessivo e a hipersónia com o funcionamento sexual. Um estudo polaco que ainda se encontra em curso avalia os problemas sexuais em sujeitos portadores de insónia e de hipersónia (Wichniak et al., 2017). Até agora, nessa investigação descobriu-se que o desempenho sexual foi avaliado negativamente por 17% dos homens com hipersónia e 18% dos pacientes com insónia atestaram ter uma perturbação grave ou moderada no funcionamento sexual (Wichniak et al., 2017).

Os dados científicos sugerem que uma boa qualidade do sono tem um efeito direto na atividade do controlo reprodutivo neuro-endócrino, isto é, o aumento da duração e da qualidade do sono pode melhorar a satisfação sexual, reduzindo os efeitos negativos provocados pela privação do sono em ambos sexos (Andersen et al., 2011).

Os problemas do sono não só impactam a nível individual, tal como tem sido referido, mas também a nível relacional. A cama é o denominador comum entre o sexo e o sono. Posto isto, é natural que a existência de problemas de sono possa afetar o relacionamento amoroso, conduzindo a possíveis problemas emocionais e, como consequência, a dificuldades na vida sexual do casal. Conforme Wilson e colaboradores (2017), a falta de sono aumenta a probabilidade de conflito com o parceiro, o que promove um estado emocional que aumenta o *stress*, reduz a intimidade e, como tal, diminui a vida sexual satisfatória.

Num outro sentido, existe a evidência de que fazer sexo pode ser benéfico para o sono, resultando num aumento do tempo total de sono, na melhor qualidade subjetiva do sono e numa maior eficiência do mesmo (Drews et al., 2017). Um estudo australiano que teve como objetivo examinar as associações entre o tipo de relacionamento (regular, ocasional ou casual), a atividade sexual, a satisfação e o sono, revelou que os participantes que têm relacionamentos regulares adormecem mais rápido do que aqueles com outro tipo de relacionamento, assim como têm maior satisfação emocional após o sexo e uma maior frequência de orgasmos (Sprajcer et al., 2022).

Sono e Funcionamento Sexual nas Mulheres

Conforme a literatura, a qualidade do sono e o funcionamento sexual feminino apresentam estreitas relações entre si (Afsahri et al., 2018; Kalmbach et al., 2015; Kling et al., 2017). A privação do sono pode levar a uma série de problemas de saúde e afetar a qualidade de vida da mulher. Num estudo que analisou os fatores que interferem no prazer e na atividade sexual em mulheres brasileiras em idade fértil, descobriu-se que quando as mulheres apresentam algum problema de sono, a probabilidade de terem atividade sexual é reduzida (Malta et al., 2019).

Como parte integrante do ciclo da vida, as mulheres atravessam um conjunto de processos que interferem com o funcionamento sexual (Pechorro et al., 2010). Entre eles destacam-se as mudanças hormonais: os níveis de androgénios e estrogénio diminuem, como

consequência normal do processo de envelhecimento. Segundo Bachmann e colaboradores (2002), o androgénio feminino pode afetar o desejo sexual, a densidade óssea, a massa e força muscular, o estado de humor, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida. De acordo com Monterrosa-Castro et al. (2018), a qualidade de vida das mulheres na pós-menopausa é fortemente condicionada pela existência de disfunções sexuais. Em especial durante a transição da pré para a pós-menopausa, as mulheres apresentam frequentemente sintomas que impactam a qualidade do sono (Kling et al., 2018) e o seu funcionamento sexual e satisfação (Dennerstein et al., 2008). Tal como demonstrado por Kling et al. (2018), a prevalência de insónia em mulheres na pós-menopausa é de 31%, tendo-se ainda concluído que durações mais curtas do sono se associam a uma menor função sexual. Complementarmente, na investigação de Afsahri et al. (2018), que examinou a relação entre a qualidade do sono e a função sexual em mulheres iranianas em idade reprodutiva, pôde-se concluir que existe uma relação inversa entre a qualidade do sono e o funcionamento sexual.

Os resultados de um estudo norte-americano com 171 estudantes do sexo feminino revelou que a duração do sono se associou positivamente ao desejo sexual no dia seguinte, bem como aumentou a probabilidade do envolvimento em atividade sexual com o parceiro (Kalmbach et al., 2015). Por outro lado, os resultados indicaram que uma duração mais curta do sono está associada a uma maior excitação genital percebida, o que vai ao encontro dos resultados encontrados na investigação de Costa et al. (2017), que postula que os distúrbios do sono, mais concretamente a insónia, poderão aumentar a excitação sexual quando não estão presentes estímulos sexuais. Curiosamente, apesar da maior excitação sexual, os resultados mostram que esta falta de sono não aumentou a probabilidade de ter relações sexuais, o que sugere que a fadiga e a sonolência derivadas desta privação de sono poderão interferir com quaisquer potenciais vantagens da maior excitação sexual associada à falta de sono (Costa et al., 2017).

Algumas perturbações do sono são relacionadas a problemas sexuais nas mulheres. Dentro das quais a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) que, embora mais frequente nos homens, também ocorre nas mulheres (Lin et al., 2008). Os resultados de um estudo realizado com mulheres diagnosticadas com AOS revelaram que, um ano após o tratamento, as pacientes reportaram disfunções sexuais manifestas reduzidas (Petersen et al., 2013).

Nas mulheres, os níveis de prolactina aumentam após o orgasmo (Leeners et al., 2013), e isto pode contribuir para melhorar os ciclos de sono REM, promovendo e melhorando o sono

(Lastella et al., 2019). No mesmo sentido, um estudo norueguês demonstrou que a atividade sexual com orgasmo foi percebida como tendo um efeito soporífero nas mulheres (Pallesen et al., 2019).

Sono e Funcionamento Sexual nos Homens

A literatura incidente nesta área tem demonstrado, na sua maioria, a presença de associações entre a qualidade subjetiva do sono e o funcionamento sexual nos homens (Andersen et al., 2010; Charandabi et al., 2016; Costa et al., 2017). Com o avançar da idade, os homens sofrem diversas alterações biológicas, tal como a diminuição de androgénios. De igual modo, também se constata mudanças no que diz respeito a questões associadas ao sono e a disfunções sexuais (Charandabi et al., 2016). Na generalidade, homens que apresentam dificuldades sexuais relatam uma menor qualidade no seu funcionamento sexual e, por conseguinte, uma diminuição na qualidade de vida (Galati et al., 2014).

Uma das perturbações mais comuns é a disfunção erétil, que consiste na incapacidade de alcançar ou manter uma ereção suficientemente rígida para ter relações sexuais. Esta perturbação afeta significativamente a qualidade de vida dos homens (Andersen et al., 2010; Cheng et al., 2016). Na origem deste transtorno podem estar presentes fatores fisiológicos, psicológicos e/ou sociais. Sabe-se ainda que a privação ou as perturbações do sono estão associadas a um maior risco de disfunção erétil (Kohn et al., 2020). Noutro sentido, verifica-se a existência de uma relação entre a depressão e a disfunção sexual (ejaculação precoce, disfunção erétil, falta de interesse sexual e dificuldade orgásmica) (Moreira et al., 2005).

Num estudo chinês, desenvolvido por Cheng e colaboradores (2016), 68,6% dos pacientes com disfunção erétil sofriam de depressão, enquanto 86,2% de ansiedade. Os autores concluíram que os sujeitos com uma qualidade de sono inadequada são mais propensos a sofrer de disfunção erétil, independentemente da idade, do rendimento ou do nível de educação. A par disso, o aparecimento da disfunção erétil também pode ser despoletado por doenças físicas, nomeadamente diabetes e hipertensão arterial (Silva, 2017). O risco de problemas sexuais, nomeadamente de disfunção erétil, tem sido, sobretudo, encontrado nos trabalhadores por turnos que reportam uma má qualidade do sono (Rodriguez et al., 2020).

A testosterona desempenha um papel importante no funcionamento sexual. A privação do sono está relacionada com um decréscimo dos níveis de testosterona (Walker, 2019), sendo

esta uma hormona sexual envolvida no comportamento sexual (Soterio-Pires et al., 2014): o hipogonadismo associa-se a disfunção erétil. Contudo, um outro estudo aponta que a privação de sono aumentou as ereções nos homens (Ferini-Stramb et al., 1996). O estudo chinês de Goh e Tong (2010), apurou que o grupo de homens com uma restrição aguda de sono (4 horas) e o grupo de homens com uma restrição moderada de sono (4-6 horas) têm concentrações significativamente mais baixas de androgénios, em particular de testosterona, quando comparado com o grupo de homens que dormia oito ou mais horas por noite. Todavia, as perturbações do sono e a duração do mesmo não se relacionaram com a frequência da atividade sexual (Goh & Tong, 2010).

Embora alguns estudos comprovem que a insónia afeta o comportamento sexual (Seehuus & Pigeon, 2018; Soterio-Pires et al., 2014), é também notado que outras perturbações associadas ao sono (sono REM mais curto e sono fragmentado) também são frequentemente encontradas em homens com disfunção erétil (Soterio-Pires et al., 2014). Indivíduos com impotência sexual tendem a ter mais despertares noturnos revelando um sono fragmentado e, portanto, incapazes de alcançar um estado profundo de sono (Lidório & Tataren, 2012). Apesar de alguma literatura sugerir uma associação entre perturbações do sono e a disfunção erétil nos homens (Kohn et al., 2020), a verdade é que alguns resultados de estudos são contraditórios. Seftel et al. (2002), por exemplo, não encontraram nenhuma associação entre a insónia e disfunção erétil.

Não só a insónia como outras perturbações do sono, estão associadas à disfunção erétil nos homens. A AOS é uma delas. Este distúrbio caracteriza-se por interrupções recorrentes na respiração durante o sono causando, muitas vezes, um sono fragmentado e cansaço diurno. Num estudo que procurou investigar a prevalência de disfunção erétil em pacientes com AOS, os autores concluíram que a taxa de sujeitos com disfunção erétil era mais elevada nos pacientes com AOS do que nos sujeitos que não apresentavam outras comorbilidades (Taken et al., 2016).

Na investigação realizada por Allen e Desille (2017), verificou-se que uma má qualidade do sono se associa a menos atividade sexual, a níveis mais elevados de insatisfação e disfunção sexual. Todavia, tal como indicado por Smith et al. (2019) esta relação não é linear e simplista. Os autores constataram que os homens com uma duração de sono superior a oito horas apresentavam maiores probabilidades de ter dificuldades em atingir o orgasmo quando comparados com os homens que dormiam entre seis a oito horas por noite. Ademais, foi

encontrada uma associação significativa entre o sono prolongado (>8 horas) e o aumento da probabilidade de dificuldades eréteis (Smith et al., 2019).

De igual modo, foi demonstrado que a duração do sono tem consequências ao nível do sistema reprodutor. Wise e colaboradores (2018) descobriram, na sua investigação, uma menor fecundidade nos casais em que o homem afirmava dormir apenas seis horas por noite. Outro estudo empírico demonstrou uma correlação entre a pior qualidade do sono e uma maior excitação sexual não estimulada, isto é, sem a presença de um estímulo que desencadeie esta resposta (Costa et al., 2017). Ainda, descobriu-se que dormir poucas horas pode levar a um aumento de ereções (Ferini-Stramb et al., 1996).

No estudo de Lastella et al. (2019), uma grande proporção dos homens da amostra reportou uma melhoria substancial na qualidade do sono após ter tido relações sexuais com o parceiro. O mesmo se verificou no estudo de Pallesen et al. (2019), em que a atividade sexual com orgasmo levou a uma melhoria da qualidade do sono e à redução da latência do mesmo.

Estados de Humor

De acordo com a World Health Organization (2001), “a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes” (p. 29). Ambas são igualmente importantes para assegurar o bem-estar global dos indivíduos e das sociedades. No entanto, um dos problemas mais imperantes no mundo ocidental são as perturbações de foro mental, mais especificamente a ansiedade, a depressão e o *stress*. Os dados da Direção-Geral de Saúde (2017) revelam que Portugal é o quarto país da Europa com a taxa mais elevada de prevalência anual de distúrbios mentais (22,9%), sobretudo as perturbações ao nível da ansiedade (16,5%), seguindo-se das perturbações ao nível da depressão (7,9%).

Ansiedade

Etimologicamente, ansiedade provém do latim *anxius*, que significa “aperto”. A ansiedade é um estado de tensão emocional no qual o indivíduo se sente alarmado e preocupado (Teixeira, 2010). Este estado configura-se ao redor de um receio de que algo desagradável e indefinível irá acontecer no futuro (Cardoso, 2001). Esta experiência subjetiva surge, muitas vezes, associada ao medo, à insegurança, manifestando-se fisicamente através de sintomas como a tensão muscular, tremores, agitação, dificuldades de concentração e aceleração do

batimento cardíaco. A ansiedade dita normal corresponde a uma resposta emocional e adaptativa perante a perceção de um perigo real ou percebido. Contudo, a ansiedade pode tornar-se patológica quando a resposta não é adaptativa ao estímulo que a desencadeia, ou seja, quando o perigo sentido não é real (Teixeira, 2010).

Alguns dados sugerem que existe uma sobreposição, em termos neurobiológicos, entre as perturbações de ansiedade e as perturbações de sono. Uma parte daqueles que sofrem de perturbações de ansiedade relatam ter problemas de sono, nomeadamente insónia (Uhde et al., 2009). Na literatura, é sugerido que a relação entre a ansiedade e o sono é bidirecional, isto é, indivíduos com insónia apresentam um risco maior de desenvolver distúrbios de ansiedade posterior (Neckelmann et al., 2007), assim como indivíduos com perturbações de ansiedade podem vir a ter o seu sono comprometido (Ohayon & Roth, 2003).

Os estudos que incidem sobre a relação entre a ansiedade e o funcionamento sexual concluem, na generalidade, que a ansiedade tem um efeito inibidor na resposta sexual. Os resultados de uma investigação italiana sugerem que as mulheres com diagnóstico de perturbações de ansiedade apresentam mais inibição sexual em comparação com mulheres com níveis normais de ansiedade (Dèttore et al., 2013). Embora a ansiedade também influencie a dimensão do orgasmo, algumas autoras afirmam que as dificuldades sexuais se manifestam, sobretudo, na primeira fase do ciclo sexual, ou seja, na fase do desejo (Van Minnen & Kampman, 2000). Nos homens, a ansiedade também parece influenciar negativamente o desempenho sexual, contribuindo para o surgimento da ejaculação precoce (McCabe, 2005) e da disfunção erétil (Althof et al., 2005). Um estudo chinês averiguou o impacto de alguns fatores psicológicos subjacentes à disfunção erétil em 44 homens. Os resultados revelaram que os dois fatores que mais contribuíram para o aparecimento da disfunção erétil foram os elevados níveis de ansiedade relacionada com o desempenho e os problemas comunicacionais (Liu, 2002).

Embora grande parte dos estudos indique que a ansiedade tem um impacto negativo no funcionamento sexual, outras investigações demonstram que níveis leves ou moderados de ansiedade podem ter um papel facilitador na excitação sexual (Lucena & Abdo, 2013).

Depressão

A palavra “depressão” deriva do latim *depressio*, à qual se atribui o significado de “apertar para baixo”. A depressão é caracterizada pela ausência ou pela perda de prazer e de interesse, pela tristeza excessiva, por baixos níveis de autoestima, cansaço extremo, perturbações ao nível do sono (i.e., insónia ou sono excessivo) e do apetite (DGS, 2017). De igual modo, a depressão afeta a área da cognição, dificultando a concentração e a atenção. As perturbações depressivas podem ter uma duração longa ou podem ser recorrentes. Não obstante, os sintomas acima descritos comprometem gravemente todas as áreas de vida do sujeito, desde o nível físico, psicológico, emocional, social e intelectual.

Os sintomas da depressão podem interferir significativamente na vida sexual do indivíduo (Moreira et al., 2005). Aliás, a depressão é com frequência associada a disfunções sexuais. A diminuição do desejo sexual é um dos sintomas de um quadro depressivo, assim como um baixo desejo sexual pode preceder a depressão (Sreelakshmy et al., 2017). Hartmann (2007) revela que o padrão sexual mais comum associado à depressão se relaciona com a perda ou redução do interesse e/ou excitação sexual. Já o estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006) demonstra que as mulheres com disfunções sexuais têm mais emoções ligadas à depressão (diminuição do prazer e da satisfação, tristeza, culpa). Com os homens o padrão é semelhante, isto é, a subamostra masculina com disfunções sexuais apresentou mais emoções negativas quando comparado com a subamostra de homens sem problemas sexuais. Ademais, nos homens, o humor depressivo correlaciona-se com redução do desejo sexual e com sintomas de ejaculação precoce (Strand et al., 2002).

Stress

O *stress* surge quando há uma alteração no padrão normal de vida de um indivíduo. Tem sido objeto de investigação na área da saúde, uma vez que se verifica uma crescente preocupação com os efeitos nocivos que este pode causar na qualidade de vida. Segundo Lipp e Malagris (2001), o *stress* pode definir-se como “uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que (...) a irrite, amedronte, excite ou confunda (...)” (p. 477).

Para Pinto et al. (2015), o *stress* é criado por uma resposta não específica do indivíduo a uma causa externa ou interna. O *stress* pode ser caracterizado como um estado constante de tensão, irritação, agitação e excitação. Os autores alertam ainda para o facto de níveis moderados de *stress* terem efeitos positivos (por exemplo, prepara o indivíduo para lidar com circunstâncias adversas e com mudanças, possibilita um processamento mais eficiente e rápido da informação, pode dar mais motivação e mais energia, entre outros). Por outro lado, o *stress* em excesso compromete o bem-estar. Algumas consequências deste são: cansaço; sistema imunitário frágil, o que poderá dar aso ao aparecimento de doenças; dificuldades de atenção, de memória e ansiedade (Lipp, 2006).

Com base na literatura, existe uma relação estreita entre o sono e o *stress*. Akerstedt (2006) demonstrou que o *stress* está associado a um sono fragmentado e de curta duração. Já o estudo de Alotaibi et al. (2020) concluiu que a má qualidade do sono está significativamente associada a elevados níveis de *stress*. Em conformidade com Paiva (2015), as pessoas que dormem bem revelam uma grande capacidade de adaptação a situações *stressantes*.

O *stress* contribui para as dificuldades sexuais. A maior parte das investigações indica que o *stress* crónico é desvantajoso para o funcionamento sexual feminino e masculino (Hamilton & Julian, 2014). Na investigação de Hamilton e Meston (2013), descobriu-se que elevados níveis de *stress* crónico se relacionam com piores níveis de excitação sexual numa amostra de mulheres. Ainda, os resultados de um outro estudo revelaram que o *stress* psicológico desempenha um papel importante nas respostas de excitação sexual (Ter Kuile et al., 2007).

Por fim, é possível constatar que a ansiedade, a depressão e o *stress* podem, de facto, alterar negativamente o funcionamento sexual dos indivíduos (Abdo, 2010).

Objetivo

A presente investigação tem como objetivo central explorar a associação entre a qualidade subjetiva do sono, a prática de atividade sexual e os diversos componentes do funcionamento sexual nos homens e nas mulheres com relações heterossexuais. Adicionalmente, pretende-se averiguar se a qualidade subjetiva do sono, a sonolência, a idade e os estados de humor são ou não preditores independentes do funcionamento sexual feminino e masculino.

Referências

- Abdo, C. (2010). Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. *Diagnóstico & Tratamento*, 15(2), 88-90.
- Abreu, I. (2005). Delitos Sexuais. *Psicologia.com.pt*, 1-39.
- Afsahri, P., Salehnejad, Z., Hekmat, K., Abedi, P., Fakhri, A., & Haghhighizadeh, M. (2018). Do Sleeping Disorders Impair Sexual Function in Married Iranian Women of Reproductive Age? Results from a Cross-Sectional Study. *Psychiatry Journal*, 1-7. doi:10.1155/2018/1045738
- Akerstedt, T. (2006). Psychosocial stress and impaired sleep. *Scand J Work Environ Health*, 32(6), 493-501.
- Allen, M., & Desille, A. (2017). Health-related lifestyle factors and sexual functioning and behavior in older adults. *International Journal of Sexual Health*, 1-16. doi:10.1080/19317611.2017.1307301
- Alotaibi, A., Alosaimi, F., Alajlan, A., & Abdulrahman, K. (2020). The relationship between sleep quality, stress, and academic performance among medical students. *Journal of Family and Community Medicine*, 27(1), 23-28. doi:10.4103/jfcm.JFCM_132_19
- Althof, S., Leiblum, S., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 793-800. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andersen, M., Alvarenga, T., Mazaro-Costa, R., Hachul, H., & Tufik, S. (2011). The association of testosterone, sleep, and sexual function in men and women. *Brain Research*, 1416, 80-104. doi:10.1016/j.brainres.2011.07.060
- Andersen, M., Santos-Silva, R., Bittencourt, L., & Tufik, S. (2010). Prevalence of erectile dysfunction complaints associated with sleep disturbances in Sao Paulo, Brazil: A

- population-based survey. *Sleep Medicine*, *11*, 1019-1024. doi:10.1016/j.sleep.2009.08.016
- Bachmann, G., Bancroft, J., Braunstein, G., Burger, H., Davis, S., Dennerstein, L., Goldstein, I., Guay, A., Leiblum, S., Lobo, R., Notelovitz, M., Rosen, R., Sarrel, P., Sherwin, B., Simon, J., Simpson, E., Shifren, J., Spark, R., & Traish, A. (2002). Female androgen insufficiency: the princeton consensus statement on definition, classification and assessment. *Fertility & Sterility*, *77*(4), 660-665.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, *135*, 10-19. doi:10.1016/j.jad.2011.01.011
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. (2010). Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, *14*, 227-238. doi:10.1016/j.smr.2009.10.007
- Britto, R., & Benetti, S. (2010). Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, *13*(2), 243-258.
- Cappuccio, F., Cooper, D., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. (2011). Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*, *32*, 1484-1492. doi:10.1093/eurheartj/ehr007
- Cardoso, C. (2001). Pelos trilhos da angústia. *Revista Saúde Mental*, *42*(2), 113-118.
- Charandabi, S., Rezaei, N., Hakimi, S., Khatami, S., Valizadeh, R., & Azadi, A. (2016). Sleep disturbances and sexual function among men aged 45-75 years in an urban area of Iran. *Sleep Science*, 29-34.
- Cheng, Q., Liu, T., Huang, H., Peng, Y., Jiang, S., & Mei, X. (2016). Association between personal basic information, sleep quality, mental disorders and erectile function: a cross-sectional study among 334 Chinese outpatients. *Andrologia*, 1-5. doi:10.1111/and.12631
- Cho, J., & Duffy, J. (2019). Sleep, Sleep Disorders, and Sexual Dysfunction. *The World Journal of Men's Health*, *37*, 261-275. doi:10.5534/wjmh.180045

- Colrain, I. (2011). Sleep and the Brain. *Neuropsychology Review*, 21, 1-4. doi:10.1007/s11065-011-9156-z
- Costa, R., Costa, D., & Pestana, J. (2017). Subjective sleep quality, unstimulated sexual arousal, and sexual frequency. *Sleep Science*, 10(4), 147-153. doi:10.5935/1984-0063.20170026
- Crispim, C., Zalcman, I., Dáttilo, M., Padilha, H., Tufik, S., & Mello, M. (2007). Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 51(7), 1041-1049.
- Dennerstein, L., Guthrie, J., Guthrie, R., DeRogatis, L., & Lehert, P. (2008). Sexual Function, Dysfunction, and Sexual Distress in a Prospective, Population-Based Sample of Mid-Aged, Australian-Born Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 2291-2299. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00936.x
- Dèttore, D., Pucciarelli, M., & Santaronechi, E. (2013). Anxiety and Female Sexual Functioning: An Empirical Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39, 216-240. doi:10.1080/0092623X.2011.606879
- DGS - Direção Geral de Saúde. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa. Recuperado de: [dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx\(dgs.pt\)](https://dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx(dgs.pt))
- Domingos, V., & Britto, I. (2013). Disfunção sexual masculina: algumas implicações. *Fragmentos de Cultura*, 23(4), 579-586.
- Drews, H., Wallot, S., Weinhold, S., Mitkidis, P., Baier, P., Roepstorff, A., & Göder, R. (2017). "Are We in Sync with Each Other?" Exploring the Effects of Cosleeping on Heterosexual Couples' Sleep Using Simultaneous Polysomnography: A Pilot Study. *Sleep Disorders*, 2017, 1-5. doi:10.1155/2017/8140672
- Faubion, S., & Rullo, J. (2015). Disfunção Sexual na Mulher: uma abordagem prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 351-353.
- Ferini-Strambi, L., Montarsi, F., Montarsi, S., Guazzon, G., Zucconi, M., Smirne, S., & Rigatti, P. (1996). The Impact of Sleep Deprivation on Erotic Erections. *European Urology*, 30, 50-53.

- Galati, M., Alves, E., Delmaschio, A., & Horta, A. (2014). Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF, 19*(2), 243-252.
- Goh, V., & Tong, T. (2010). Sleep, Sex Steroid Hormones, Sexual Activities, and Aging in Asian Men. *Journal of Andrology, 31*(2), 131-137. doi:10.2164/jandrol.109.007856
- Goldstein, I., Kim, N., Clayton, A., DeRogatis, L., Giraldi, A., Parish, S., Pfaus, J., Simon, J., Kingsberg, S., Meston, C., Stahl, S., Wallen, K., & Worsley, R. (2017). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic Proceedings, 92*(1), 114-128. doi:10.1016/j.mayocp.2016.09.018
- Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor — theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology, 14*, 577-578. doi:10.1038/nrurol.2017.117
- Hamilton, L., & Julian, A. (2014). The Relationship Between Daily Hassles and Sexual Function in Men and Women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 40*(5), 379-395. doi:10.1080/0092623X.2013.864364
- Hamilton, L., & Meston, C. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 10*(10), 2443-2454. doi:10.1111/jsm.12249
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction. *The Journal of Men's Health & Gender, 4*(1), 18-25. doi:10.1016/j.jmhg.2006.12.003
- Kalmbach, D., Arnedt, J., Pillai, V., & Ciesla, J. (2015). The Impact of Sleep on Female Sexual Response and Behavior: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine, 12*, 1221–1232. doi:10.1111/jsm.12858
- Kling, J. M., Manson, J. E., Naughton, M. J., Temkit, M., Sullivan, S. D., Gower, E. W., Hale, L., Weitlauf, J. C., Nowakowski, S., & Crandall, C. J. (2018). Association of Sleep Disturbance and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Menopause, 24*(6), 604–612. doi:10.1097/GME.0000000000000824
- Kohn, T., Kohn, J., Haney, N., Pastuszak, A., & Lipshultz, L. (2020). The effect of sleep on men's health. *Translational Andrology and Urology, 9*, 178-185. doi:10.21037/tau.2019.11.07

- Lastella, M., O'Mullan, C., Paterson, J., & Reynolds, A. (2019). Sex and Sleep: Perceptions of Sex as a Sleep Promoting Behavior in the General Adult Population. *Frontiers in Public Health*, 7, 1-6. doi: 10.3389/fpubh.2019.00033
- Leeners, B., Kruger, T., Brody, S., Schmidlin, S., Naegeli, E., & Egli, M. (2013). The Quality of Sexual Experience in Women Correlates with Post-Orgasmic Prolactin Surges: Results from an Experimental Prototype Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1313-1319. doi:10.1111/jsm.12097
- Leiblum, S. (2007). *Principles and Practice of Sex Therapy* (4^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Lidório, A., & Tataren, J. (2012). Disfunções sexuais masculinas. *Psicologia Clínica na Análise do Comportamento*, 18, 1-18.
- Lin, C., Davidson, T., & Ancoli-Israel, S. (2008). Gender differences in obstructive sleep apnea and treatment implications. *Sleep Medicine*, 12, 481-496. doi:10.1016/j.smrv.2007.11.003
- Lipp, M. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI, 3, 82-93.
- Lipp, M., & Malagris, L. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Liu, M. (2002). Influence of sexual performance anxiety on erectile dysfunction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 47-49.
- Liu, P. (2019). A Clinical Perspective of Sleep and Andrological Health: Assessment, Treatment Considerations, and Future Research. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 104(10), 4398–4417. doi:10.1210/jc.2019-00683
- Lucena, B., & Abdo, H. (2013). O papel da ansiedade na (dis)função sexual. *Diagn Tratamento*, 18(2), 94-98.
- Malta, N., Cestari, M., Picichio, R., Pinto, K., Souza, G., & Medeiros, F. (2019). Fatores que interferem no prazer e na atividade sexual em mulheres. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 38, 1-9. doi:10.25248/reas.e1755.2020

- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown and Co.
- McCabe, M. (2005). The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management*, *12*(4), 379-388. doi:10.1037/1072-5245.12.4.379
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuettel, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, *18*(108), 1-15. doi:10.1186/s12905-018-0602-4
- Mendonça, C., Silva, T., Arrudai, J., García-Zapata, M., & Amaral, W. (2012). Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, *40*(4), 195-202.
- Mendonça, L., Porto, K., & Souza, J. (2015). Privação de sono e sua relevância sobre o metabolismo glicídico. *Multitemas*, *48*, 29-43.
- Monterrosa-Castro, A., Monterrosa-Blanco, A., & Beltrán-Barrios, T. (2018). Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Science*, *11*(2), 99-105. doi:10.5935/1984-0063.20180019
- Moreira, E., Glasser, D., Santos, D., & Gingell, C. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Medicine Journal*, *123*, 234-241.
- Müller, M., & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, *24*(4), 519-528.
- Neckelmann, D., Mykletun, A., & Dahl, A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*, *30*, 873-880.
- Nerbass, F., Andersen, M., & Tufik, S. (2010). Efeito da privação de sono no sistema cardiovascular. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, *20*(4), 461-467.
- Nobre, P., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Archives of Sexual Behavior*, *35*, 491-499. doi: 10.1007/s10508-006-9047-1

- Ohayon, M., & Paiva, T. (2005). Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*, 6, 435-441. doi:10.1016/j.sleep.2005.03.006
- Ohayon, M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 9-15.
- Paiva, T. (2015). *Bom sono, boa vida* (7ª ed.). Lisboa: Oficina do Livro.
- Pallesen, S., Waage, S., Thun, E., Andreassen, C., & Bjorvatn, B. (2019). A national survey on how sexual activity is perceived to be associated with sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 18(1), 65-72. doi: 10.1007/s41105-019-00246-9
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo-de-vida em mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 665-681.
- Pereira, H., Fernandes, S., Aurélio, D., Benquerença, J., Monteiro, S., Afonso, R. M., Esgalhado, G., Loureiro, M., Ferro, D., Garcia, N., & Serrano, J. P. (2019). Qualidade do sono e funcionamento sexual em adultos saudáveis. *Revista Internacional de Andrología*, 1-6. doi:10.1016/j.androl.2019.01.004
- Petersen, M., Kristensen, E., Berg, S., & Midgren, B. (2013). Long-Term Effects of Continuous Positive Airway Pressure Treatment on Sexuality in Female Patients with Obstructive Sleep Apnea. *Sexual Medicine*, 1, 62-68. doi:10.1002/sm2.18
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163.
- Ribeiro, B., Magalhães, A., & Mota, I. (2013). Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, 16-24.
- Ribeiro, J., & Valle, P. (2016). Disfunção Sexual Feminina: percepção e impacto na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 27(2), 33-40. doi:10.35919/rbsh.v27i2.109
- Richards, K. (2017). *O Sono: bom demais para perder*. New York: Babelcube Inc.

- Rodriguez, K. M., Kohn, T. P., Kohn, J. R., Sigalos, J. T., Kirby, E. W., Pickett, S. M., Pastuszak, A. W., & Lipshultz, L. I. (2020). Shift Work Sleep Disorder and Night Shift Work Significantly Impair Erectile Function. *The Journal of Sexual Medicine*, 1-7. doi:10.1016/j.jsxm.2020.06.009
- Santos, C., Lago, T., & Peixoto, J. (2022). As contribuições da fisioterapia em disfunções sexuais masculinas: revisão de literatura. *Revista Coleta Científica*, VI(11), 9-18. doi:10.5281/zenodo.6629579
- Seehuus, M., & Pigeon, W. (2018). The sleep and sex survey: Relationships between sexual function and sleep. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 59-65. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.07.005
- Seftel, A., Strohl, K., Loye, T., Bayard, D., Kress, J., & Netzer, N. (2002). Erectile dysfunction and symptoms of sleep disorders. *Sleep*, 25(6), 643-647.
- Sepúlveda, L. (2021). *Disfunção Erétil ou Impotência Sexual Masculina*. Obtido de SaudeBemEstar: <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/urologia/disfuncao-eretil/>
- Silva, C. (2017). *Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e Disfunção Erétil*. Obtido de Raio X - O seu jornal de saúde online: <http://raiox.pt/sindrome-de-apneia-obstrutiva-do-sono-e-disfuncao-erectil/>
- Smith, L., Grabovac, I., Veronese, N., Soysal, P. S., Isik, A., Stubbs, B., Yang, L. & Jackson, S. E. (2019). Sleep Quality, Duration, and Associated Sexual Function at Older Age: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *The Journal of Sexual Medicine*, 1-7. doi:10.1016/j.jsxm.2019.01.005
- Soterio-Pires, J., Tufik, S., & Andersen, M. (2014). Sleep, mood, and sexual behavior. *Sleep Breath*, 1-2. doi:10.1007/s11325-014-1043-4
- Sprajcer, M., O'Mullan, C., Reynolds, A., Paterson, J., Bachmann, A., & Lastella, M. (2022). Sleeping together: understanding the association between relationship type, sexual activity, and sleep. *Sleep Science*, 15(1), 80-88. doi:10.5935/1984-0063.20220005
- Sreelakshmy, K., Velayudhan, R., Kuriakose, D., & Nair, R. (2017). Sexual dysfunction in females with depression: a cross-sectional study. *Trends Psychiatry Psychother*, 39(2), 106-109. doi:10.1590/2237-6089-2016-0072

- Stephenson, K., & Meston, C. (2015). The Conditional Importance of Sex: Exploring the Association Between Sexual Well-Being and Life Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*(1), 25-38. doi:10.1080/0092623X.2013.811450
- Strand, J., Wise, T., Fagan, P., & Schmidt Jr, C. (2002). Erectile Dysfunction and Depression: Category or Dimension? *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 175-181. doi:10.1080/00926230252851906
- Taken, K., Ekin, S., Arısoy, A., Günes, M., & Dönmez, M. (2016). Erectile dysfunction is a marker for obstructive sleep apnea. *The Aging Male, 19*(2), 102-105. doi:10.3109/13685538.2015.1131259
- Teixeira, J. A. (2010). *Introdução à Psicopatologia Geral* (2ª ed.). Lisboa: ISPA.
- Ter Kuile, M., Vigeveno, D., & Laan, E. (2007). Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2078-2089. doi:10.1016/j.brat.2007.03.006
- Uhde, T., Cortese, B., & Vedeniapin, A. (2009). Anxiety and Sleep Problems: Emerging Concepts and Theoretical Treatment Implications. *Current Psychiatry Reports, 11*, 269-276.
- Van Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy, 15*(1), 47-57. doi:10.1080/14681990050001556
- Vendeira, P., Pereira, N., Tomada, N., & Carvalho, L. (2011). Estudo EPISEX-PT/Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. *Cadernos de Sexologia, 4*, 15-22.
- Walker, M. (2019). *Porque dormimos? - O que nos diz a ciência sobre o sono e os sonhos* (1ª ed.). (L. Real, Ed., & A. Lopes, Trad.) Porto Salvo: Desassossego.
- Watson, N., Badr, S., Belenky, G., Bliwise, D., Buxton, O., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F. & Tasali, E. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 11*, 591-592. doi:10.5664/jcsm.4758

- WHO - World Health Organization. (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa. Recuperado de: [WHR_2001_por.pdf?jsessionid=25160E1CB034C206AC4C443A8DCD6F8F](http://www.who.int/WHR_2001_por.pdf?jsessionid=25160E1CB034C206AC4C443A8DCD6F8F) (who.int)
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., Lewstarowicz, M., Jarkiewicz, M., Jernaczyk, W., & Jarema, M. (2017). Sexual Dysfunctions in Patients Referred to Sleep Disorders Center. *Journal of Sexual Medicine, 14*(5), 1. doi:10.1016/j.jsxm.2017.04.702
- Wilson, S. J., Jaremka, L. M., Fagundes, C. P., Andridge, R., Peng, J. P., Malarkey, W. B., Habash, D., Belury, M. A. & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Shortened sleep fuels inflammatory responses to marital conflict: Emotion regulation matters. *Psychoneuroendocrinology, 29-57*. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.02.015
- Wise, L., Rothman, K., Wesselink, A., Mikkelsen, E., Sorensen, H., McKinnon, C., & Hatch, E. (2018). Male sleep duration and fecundability in a North American preconception cohort study. *Andrology, 109*(3), 453-459. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.11.037

Anexo II – Consentimento Informado

O presente estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA – Instituto Universitário, no âmbito de um projeto de investigação de Mestrado em Psicologia Clínica. O objetivo da dissertação é explorar as relações entre a qualidade subjetiva do sono e o funcionamento sexual em indivíduos heterossexuais.

Este questionário destina-se a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. O tempo total de preenchimento é entre 10 a 15 minutos. Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais, sendo tratadas exclusivamente para fins estatísticos.

Importa ainda destacar que todas as respostas são válidas não existindo, por isso, respostas certas nem erradas. Solicita-se o máximo de sinceridade possível e que responda a todas as questões apresentadas.

Se tiver alguma questão relativamente ao preenchimento do questionário poderá entrar em contacto com:


Sara Lopes: 25720@alunos.ispa.pt

Professor Orientador Doutor Rui Miguel Costa: rmscosta@gmail.com

Declaro que compreendi todas as condições relativas à participação neste projeto de investigação.

Anexo III – Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth (versão portuguesa)

Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth 📎 2 ▾ 📄

 Sara dos Santos Tomás Lopes
qui, 14/10/2021 18:15
Para: p970@ulusofona.pt 👍 ↶ ↷ → …

Boa tarde,

Sou aluna do 5º ano de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário, localizado em Lisboa. Neste momento encontro-me a realizar a minha dissertação sob a orientação do Professor Doutor Rui Miguel Costa. O tema vai incidir sobre o sono, mais especificamente sobre a insónia e a hipersónia, e a sua relação com o funcionamento sexual. Tenho todos os questionários reunidos para avaliar as variáveis do estudo, exceto a versão traduzida do Epworth Sleepiness Scale (ESS). Assim sendo, venho por este meio solicitar autorização para utilizar o referido questionário e, se possível, o envio da tradução do mesmo.

Ficar-lhe-ia muito agradecida.

Os meus melhores cumprimentos,


Sara Lopes


Anexo IV – Resposta ao Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth

Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth 📎 2 ✓ 📄

P Paulo Sargento dos Santos <p970@ulusofona.pt>
ter, 02/11/2021 18:30 👍 ↶ ↷ → ...

Para: Sara dos Santos Tomás Lopes

 Epworth.docx
16 KB ▼

 Epworth Sleepiness Scale Sle...
631 KB ▼

2 anexos (647 KB) 📁 Guardar tudo no OneDrive - ISPA ⬇️ Transferir tudo

----- Forwarded message -----
De: **Paulo Sargento** <paulo.sargento@erisa.pt>
Date: terça, 2/11/2021 à(s) 10:32
Subject: Re: Pedido de Autorização da Escala de Sonolência de Epworth
To: Paulo Sargento dos Santos <p970@ulusofona.pt>

Alô Sara
Tal como solicitado, envio em anexo o ESE e o artigo da versão portuguesa.
No link abaixo encontra mais informações.
Qualquer coisa que necessite é só apitar, valeu?
Bom trabalho
Saudações
Aaulo

<https://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>

Anexo V – Questionário *Online* Geral

1. Género:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Zona de residência: _____

5. Habilitações literárias:

- Inferior ao 12º ano
- 12º ano
- Frequência Universitária
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Situação profissional:

- Estudante
- Empregado(a)
- Trabalhador(a) estudante
- Desempregado(a)
- Reformado(a)

Se assinalou a opção “Empregado(a)”, por favor indique a sua profissão: _____

7. Estado Civil:

- Solteiro(a)
- União de Facto
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

8. Tem um parceiro sexual regular?

- Sim
- Não
- Incerto

9. Se sim, tem uma relação de compromisso com esse parceiro?

- Sim
- Não

10. Se sim, qual a duração da sua relação? ____anos e ____meses

11. Se sim, coabitam?

- Sim
- Não

12. Se coabitam, qual a duração da coabitação? _____

13. Assinale a opção que melhor descreve a sua sexualidade:

- Só com o sexo oposto
- Principalmente com o sexo oposto
- Aproximadamente o mesmo com o sexo oposto e o mesmo sexo
- Principalmente com o mesmo sexo
- Só com o mesmo sexo

14. Toma medicamentos?

- Sim
- Não

Se sim, quais? _____

15. Tem problemas de saúde?

- Sim
- Não

Se sim, quais? _____

16. No último mês, teve relações sexuais com o sexo oposto? (Não considere cibersexo ou masturbação enquanto relações sexuais).

- Sim
- Não

EADS-21 – Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. *A classificação é a seguinte:*

0 – Não se aplicou nada a mim

1 – Aplicou-se a mim algumas vezes

2 – Aplicou-se a mim muitas vezes

3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3

17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono, **APENAS NO ÚLTIMO MÊS**. As suas respostas devem indicar a opção mais correta para a maioria dos dias e das noites do último mês.

1. A que horas normalmente se deitou? _____
2. Quanto tempo, em minutos, normalmente demorou a adormecer por noite? _____
3. A que horas normalmente se levantou de manhã? _____
4. Quantas horas realmente dormiu por noite? (Isto pode ser diferente do número de horas que passa na cama) _____
5. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque:

	0 Nunca durante o último mês	1 Menos do que uma vez por semana	2 Uma a duas vezes por semana	3 Três ou mais vezes por semana
1. Não conseguiu dormir em 30 minutos				
2. Acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo				
3. Teve de se levantar para ir à casa de banho				
4. Não conseguiu respirar confortavelmente				
5. Tossiu ou ressonou alto				
6. Teve muito frio				
7. Teve muito calor				
8. Teve pesadelos				
9. Teve dores				
10. Outras razões (se sim, descreva):				

6. Durante o último mês, como classificaria a qualidade do seu sono, em geral?

- Muito boa
- Razoavelmente boa
- Razoavelmente má
- Muito má

7. Durante o último mês, com que frequência tomou remédios (prescritos ou “sem receita”) para ajudá-lo a dormir?

- Não durante o mês passado
- Menos de 1 vez por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- 3 ou mais vezes por semana

8. Durante o último mês, com que frequência teve problemas para permanecer acordado enquanto conduzia, tomava refeições ou participava em atividades sociais?

- Não durante o mês passado
- Menos de 1 vez por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- 3 ou mais vezes por semana

9. Durante o último mês, quão problemático foi para si manter o entusiasmo suficiente para fazer as coisas?

- Sem problema nenhum
- Apenas um pequeno problema
- Um pouco problemático
- Um grande problema

Escala de Sonolência Epworth (ESE-PT)

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Qual a probabilidade de dormir (*passar pelas brasas*) ou de adormecer – e não apenas sentir-se cansado/a – nas seguintes situações?

0 = *nenhuma* probabilidade de “passar pelas brasas” ou dormir

1 = *ligeira* probabilidade de “passar pelas brasas” ou dormir

2 = *moderada* probabilidade de “passar pelas brasas” ou dormir

3 = *forte* probabilidade de “passar pelas brasas” ou dormir

Sentado/a a ler	0	1	2	3
A ver televisão	0	1	2	3
Sentado/a inativo/a num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema ou reunião)	0	1	2	3
Como passageiro num carro durante uma hora, sem paragem	0	1	2	3
Deitado/a a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	0	1	2	3
Sentado/a a conversar com alguém	0	1	2	3
Sentado/a calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	0	1	2	3
Ao volante, parado/a no trânsito durante uns minutos	0	1	2	3

No próximo conjunto de questões, indique a resposta mais adequada à sua situação, tendo em conta as últimas quatro semanas:

1. No último mês, teve relações sexuais com o sexo oposto? (Não considere cibersexo ou masturbação enquanto relações sexuais)
 - Sim
 - Não

2. No último mês, quantos dias (não vezes) teve coito vaginal (penetração da vagina pelo pênis)? _____

3. No último mês, quantos dias (não vezes) teve relações sexuais não coitais (sexo oral, anal ou masturbação) que antecederam o coito vaginal? _____

4. No último mês, quantos dias se masturbou sozinho/a? _____

5. No último mês, quantos dias sentiu excitação genital espontânea (sem estar na companhia de ninguém nem a presenciar nenhum estímulo sexual ao seu redor – filmes, fotos, pessoas atraentes a passar, etc.)? _____

6. Para mim, as relações sexuais são importantes para adormecer?
 - Sim
 - Não

7. Para mim, a masturbação solitária é importante para adormecer?
 - Sim
 - Não

Anexo VI – Questionário *Online* Funcionamento Sexual Feminino

FSDS – *Female Sexual Distress Scale*

Utilizando a seguinte escala, de 0 (nunca) a 4 (sempre), indique como se sentiu nas últimas quatro semanas:

	0 Nunca	1 Raramente	2 Ocasionalmente	3 Frequentemente	4 Sempre
1. Angustia da com a sua vida sexual.					
2. Infeliz com o seu relacionamento sexual.					
3. Culpada pelas suas dificuldades sexuais.					
4. Frustrada pelos seus problemas sexuais.					
5. <i>Stressada</i> com o sexo.					
6. Inferior por causa dos seus problemas sexuais.					
7. Preocupada com o sexo.					
8. Sexualmente problemática.					
9. Arrependida com a sua sexualidade.					
10. Envergonhada com os seus problemas sexuais.					
11. Insatisfeita com a sua vida sexual.					
12. Irritada com a sua vida sexual.					
13. Incomodada por baixo desejo sexual.					

FSFI – Female Sexual Function Index

No próximo conjunto de questões, indique a resposta mais adequada à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**:

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível de excitação sexual durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir ficar excitada durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim das relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim das relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante as relações sexuais?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível (grau) de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tive penetração vaginal
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo através da penetração vaginal, sem estimulação direta do clitóris?

- Não tive penetração vaginal
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

Anexo VII – Questionário *Online* Funcionamento Sexual Masculino

PEDT – *Premature Ejaculation Diagnostic Tool*

Indique, numa escala de 0 a 4, a resposta mais adequada.

1. Até que ponto é difícil para si atrasar a sua ejaculação?

- Não é difícil
- Um pouco difícil
- Moderadamente difícil
- Muito difícil
- Extremamente difícil

2. Ejacula antes de querer?

- Quase nunca ou nunca (0%)
- Menos de metade das vezes (25%)
- Cerca de metade das vezes (50%)
- Mais de metade das vezes (75%)
- Quase sempre ou sempre (100%)

3. A sua ejaculação acontece com pouco estímulo?

- Quase nunca ou nunca (0%)
- Menos de metade das vezes (25%)
- Cerca de metade das vezes (50%)
- Mais de metade das vezes (75%)
- Quase sempre ou sempre (100%)

4. Sente-se frustrado por ejacular antes de querer?

- De modo nenhum
- Levemente
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

5. Fica preocupado por achar que o tempo que demora a ejacular deixa a sua parceira sexual insatisfeita?

- De modo nenhum
- Levemente
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

IIEF – International Index of Erectile Function

Indique a resposta mais adequada às suas relações sexuais com o sexo oposto nas **últimas quatro semanas:**

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?

- Não tive atividade sexual com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

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

- Não tive atividade sexual com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

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

- Não tentei ter relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

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

- Não tive atividade sexual com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

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

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Extrema dificuldade
- Muita dificuldade
- Dificuldade moderada
- Ligeira dificuldade
- Nenhuma dificuldade

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

- Não tentei ter relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

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

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Nenhuma satisfação
- Pouca satisfação
- Satisfação moderada
- Grande satisfação
- Muito grande satisfação

8. Quando teve relações sexuais, com que frequência ejaculou?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

9. Quando teve relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?

- Não tive relações sexuais com o sexo oposto
- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- Quase sempre/sempre

10. Com que frequência sentiu desejo sexual?

- Quase nunca/nunca
- Poucas vezes
- Algumas vezes
- A maior parte das vezes
- Quase sempre/sempre

11. Como classifica o seu desejo sexual?

- Muito baixo/nenhum
- Baixo
- Moderado
- Elevado
- Muito elevado

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

- Grande insatisfação
- Insatisfação moderada
- Igualmente satisfeito e insatisfeito
- Satisfação moderada
- Grande satisfação

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

- Grande insatisfação
- Insatisfação moderada
- Igualmente satisfeito e insatisfeito
- Satisfação moderada
- Grande satisfação

14. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma ereção?

- Muito baixa
- Baixa
- Moderada
- Elevada
- Muito elevada