

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E O FUNCIONAMENTO SEXUAL MASCULINO

(2009)

Jorge Veigas
Fernando Catalão
Marco Ferreira
Rui Brites
Sotero Botto

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Email:

veigasjorge@hotmail.com

RESUMO

O objectivo deste estudo transversal é compreender a relação entre as características sócio demográficas e o funcionamento sexual masculino. Desta forma acredita-se que o funcionamento sexual masculino varia relativamente às diversas características sócio demográficas. Esta investigação trata-se de um estudo quantitativo (não-experimental), em que a amostra foi seleccionada por conveniência, constituída por 252 homens entre os 19 e os 86 anos. Os dados foram recolhidos através de um questionário de auto-avaliação que, para além das variáveis sócio demográficas incluí o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; tradução e adaptação por Nobre, 2001). Como resultados observou-se que as diversas características sócio demográficas influenciam, positiva e negativamente, o funcionamento sexual masculino, dependendo das diferentes variáveis.

Palavras-chave: Funcionamento sexual masculino, desejo, erecção, orgasmo, satisfação sexual

A sexualidade humana neste início do Séc. XXI passa por uma fase de mudança intensa na forma como é vivenciada por homens e mulheres. Uma maior liberdade sexual surgiu nos anos 60. Hoje não é novidade as notícias veiculadas através dos órgãos de comunicação relatarem,

problemas relacionados com a sexualidade, como, a legalização da prostituição, as paradas dos homossexuais reivindicando direito à diferença, o advento do viagra, das doença transmitidas sexualmente, da gravidez na adolescência, da legalização dos casamentos entre homossexuais, etc.

A par desta revolução de costumes evoluiu a sexologia. Já em 1906 Iwan Bloch empregou em primeira mão o conceito de ciência sexual, para explicar o comportamento sexual humano com base no modelo médico-biológico. Ao longo da nossa investigação vamos debruçar-nos sobre os problemas que afectam o funcionamento sexual masculino e ver qual é a influência das variáveis sócio-demográficas, como seja a idade, o estado civil, habilitações literárias, raça e etnia, religião e orientação sexual.

Neste sentido um dos problemas que mais importuna o género masculino é a disfunção eréctil (DE) e disfunção sexual (DS), que muitas vezes, são utilizadas como sinónimos. A (DE) designa a «incapacidade do homem conseguir a erecção do pénis como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino» (NIH Consensus Statement, 1992; cit. por. Pais Ribeiro & Santos, 2005).

A ejaculação precoce (EP) é outra disfunção que afecta o homem e constitui a dificuldade em perceber as sensações que antecedem o orgasmo. A ejaculação pode ocorrer antes, durante ou imediatamente após a penetração, bem antes do seu desejo (Teobósio da Ros, Teloken & Souto, 2001).

A maior parte dos estudos sobre a disfunção sexual masculina, atribuí sobretudo importância à disfunção eréctil (DE) e ejaculação precoce (EP) valorizando aspectos psicológicos em detrimento dos factores orgânicos.

Contudo, a conceptualização das causas das disfunções sexuais dos homens têm sido várias, vamos abordar dois modelos por considerarmos de abordagem mais fácil. O modelo pioneiro de (Masters e Johnson, 1970; cit. por Nobre, 2006) explicam as disfunções sexuais dos homens como resultado de dois processos básicos: a ansiedade de desempenho e o conceito de spectating, que caracteriza a posição de espectador de si próprio típica dos homens disfuncionais no decorrer da actividade sexual.

Barlow (1986; cit. por Nobre, 2006) desenvolveu um modelo alternativo aos trabalhos dos clássicos, para ultrapassar o insucesso das abordagens essencialmente vocacionadas para a redução da ansiedade. O modelo baseia-se num vasto conjunto de dados obtidos através de estudos empíricos, essencialmente realizados em contexto laboratorial e sugere a existência de diferenças entre sujeitos funcionais e disfuncionais em cinco dimensões distintas, resumidamente os disfuncionais, perante exigências de desempenho sexual (explícitas ou implícitas), têm expectativas negativas, inadequada auto-avaliação da erecção e percepção de falta de controlo, focus da atenção nas consequência públicas de um mau desempenho, diminuição acentuada dos

seus níveis de activação sexual em resposta ao aumento da actividade fisiológica. Este modelo cognitivo - afectivo, foi ampliado em 1996 por Sbroco e Barlow.

Para circunscrever quando poderá ocorrer disfunção sexual masculina usamos os modelos do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (1966, 1970) e Kaplan (1979), usado como referência pela DSM-IV ao classificar as disfunções sexuais com base nos processos que caracterizam a resposta sexual constituída pelas seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução, às quais a DSM-IV (2000) adicionou uma categoria específica associada à dor sexual.

A fase do desejo é caracterizada por fantasias sexuais e desejo de envolvimento em actividade sexual e em caso de disfunção provoca uma perturbação do desejo sexual hipoactivo ou uma aversão sexual. A fase da excitação é constituída pela sensação subjectiva de prazer sexual acompanhada de modificações fisiológicas correspondentes, é que ocorre a disfunção eréctil. A fase do orgasmo consiste num pico de prazer sexual, acompanhado de libertação da tensão sexual e da contracção rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores e na disfunção há uma perturbação do orgasmo no homem e ejaculação prematura.

A fase de resolução é caracterizada por uma sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar, em que os homens se encontram fisiologicamente refractários a uma nova erecção ou orgasmo durante um período de tempo variável. Decorrente da disfunção temos a dor em vez da resolução, e esta sintomatologia no caso do homem inclui o quadro clínico de dispareunia que é definida pelo DSM-IV-TR (2000).

A falta de informação sobre o que é a fisiologia e o desconhecimento da própria resposta sexual, a par de problemas de ordem pessoal e familiar em especial os conflitos conjugais constituem a origem ou são potenciadores de graves problemas emocionais que podem comprometer a resposta sexual do homem.

É de referir que os tratamentos farmacológicos podem comprometer a resposta sexual do homem, nomeadamente os anti-hipertensores, inibidores selectivos da recaptação da serotonina e a quimioterapia.

A literatura investigada pretende evidenciar as variáveis sócio demográficas que estão associadas ao disfuncionamento sexual masculino, como passamos a descrever sucintamente.

Num estudo transversal com uma amostra de 2862 homens com idades superiores a 18 anos verificou-se uma prevalência de DE, de 45,1%. Este estudo demonstrou: uma média de 43,9% no intervalo dos 18-39 anos; No intervalo dos 40-49 anos existe uma diminuição da disfunção para 38,7%; A partir dos 50 anos o aumento é gradual e acentua-se acima dos 70 anos, revelando que a idade é um importante factor de risco. No que respeita ao nível da educação constata-se que aos níveis mais baixos de escolaridade correspondem valores de disfunção mais elevados. Relativamente à raça ou etnia o estudo refere que os valores mais elevados na raça asiática sugerem a necessidade de mais pesquisas já que o número de inquiridos não foi representativo. Na variável estado civil a DE está associada à situação de solidão, referindo a disfunção,

respectivamente, 60% dos viúvos, 47% dos divorciados, 45% solteiro e 43% dos casados. Na situação laboral, a DE predomina nos aposentados com 62% seguida dos desempregados com valores de 52%, o estudo referiu que o desemprego está associado a uma condição socioeconómico baixa e a uma fraca auto-estima, assumindo-se como um importante factor de risco e, permite uma leitura em que associa a situação de aposentado a uma idade mais avançada. Por último declaram DE 45,8% dos crentes religiosos e apenas 40,3% dos não crentes, essa diferença reflecte as restrições impostas pela religião quanto à actividade sexual, o que elevaria a ansiedade em relação ao sexo e afecta o desempenho sexual (Abdo, C; Oliveira, W; Scanabino, M & Martins, F., 2006).

Um estudo com 133 indivíduos do sexo masculino e idades compreendidas entre os 21 e os 78 anos, com Habilitações Literárias desde o 4º ano ao 21º ano, com vista a verificar a associação do funcionamento sexual e a qualidade de vida. Dentro desta amostra 32,8% apresentavam DE desde a categoria ligeira a grave; o grupo com DE era significativo mais velho se comparado com o grupo sem DE; no que diz respeito à escolaridade não se verificaram diferenças; quanto à idade, os valores encontrados vão de encontro às investigações conhecidas que mostram que há correlação significativa entre o aumento de idade e a diminuição da função eréctil. Os resultados permitiram concluir que existia uma associação clara e positiva entre a percepção do funcionamento eréctil e a qualidade de vida. Ribeiro, J & Santos, A. (2005).

Lopes J. (2000) num estudo realizado na cidade brasileira de Poços de Caldas com 2000 sujeitos masculinos, de idades compreendidas entre os 20 e os 85 anos, realçou que apenas 34 homens (1,7%) se queixavam de disfunção eréctil e que a baixa prevalência encontrada vem corroborar o facto de que as diferenças regionais e heterogeneidade de factores sociais, educacionais e culturais interferem nos resultados encontrados em cada comunidade pesquisada. Refere que dos 34 indivíduos que se queixavam de DE, 9 tinham idades entre os 51 e os 60 anos e 18 tinham acima dos 61, reflectindo também, a frequente associação da DE às idades mais avançadas. Também espelha a baixa prevalência de DE e uma condição satisfatória de qualidade de vida.

Laumann, Paik & Rosen (2008) dizem que as disfunções sexuais (DS) são caracterizadas por distúrbios do desejo sexual e nas mudanças psicofisiológicas associadas com a resposta do ciclo sexual em homens e mulheres. Nos poucos estudos disponíveis, consideram que disfunções sexuais são altamente prevalentes em ambos os sexos, variando entre 10% a 52% dos homens e 25% a 63% das mulheres.

Através de dados recolhidos do Massachusetts Male Aging Study, verificaram que os mesmos apontavam 34,8% dos homens com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos apresentavam moderada a completa disfunção eréctil, sendo fortemente relacionada à idade, estado de saúde e funções emocionais.

Verificaram ainda que o National Institutes of Health Consensus Panel, descreve a DS como um importante problema de saúde pública e, identificando uma necessidade urgente para a população com base em dados relativos à prevalência, determinantes, e as consequências desta desordem.

Estes autores concluíram que o aumento da idade nos homens está associada positivamente com a experiência de problemas de erecção e falta de desejo sexual. Os resultados obtidos mostraram também que a prevalência de problemas sexuais também varia significativamente consoante o estado civil elevando-se o risco de experimentar problemas sexuais, nos divorciados, viúvos ou separados. Por outro lado os homens solteiros relatam taxas significativamente maiores para a maioria dos sintomas da disfunção sexual do que os homens casado.

Assim, as mulheres casadas e os homens estão claramente em risco menor de experimentar sintomas sexuais do que os seus homólogos solteiros.

Observaram ainda que as mulheres e os homens com baixos níveis de habilitações apresentavam experiências sexuais menos agradáveis e níveis elevados de ansiedade sexual.

Os factores de risco apontados por Laumann et. al (1999) são variados, como os maus hábitos de saúde que acarretam risco elevado para todas as categorias de disfunção sexual; o estatuto social e a deterioração da situação económica são, geralmente associados, a um ligeiro aumento no risco na disfunção erétil para os homens; vários aspectos das experiências sexuais podem resultar num aumento do risco de disfunção sexual, sendo pertinente apontar, entre eles, o impacto dos eventos sexuais potencialmente traumáticos nas vítimas. Estes eventos no sexo masculino, vítimas adultas ou crianças, têm 3 vezes mais probabilidade de apresentarem disfunção erétil e, aproximadamente 2 vezes mais de sentirem ejaculação precoce e baixo desejo sexual. Apontam ainda um dado relevante, que os homens que fazem as mulheres vítimas de violência sexual têm 31/2 vezes mais probabilidades de apresentar um relatório de disfunção erétil. Indiscutivelmente, os actos sexuais traumáticos continuam a exercer profundos efeitos sobre o funcionamento sexual e psicológico.

No que diz respeito à qualidade de vida, os autores afirmam que os homens com disfunção erétil e baixo desejo sexual sentem uma diminuição da qualidade de vida, porém, os que apresentam ejaculação precoce não são afectados.

Apontam a experiência da disfunção sexual associada à má qualidade de vida dos indivíduos, no entanto, os resultados negativos parecem ser mais extensa e possivelmente mais grave nos homens que para as mulheres.

Um dado que sobressaiu aos investigadores foi que somente cerca de 10% e 20% de homens e mulheres com DS, respectivamente, procuraram consulta médica para os seus problemas sexuais.

Os factores demográficos também foram observados pelos investigadores, sendo a idade um forte preditivo de dificuldades sexuais, principalmente a DS. Uma observação curiosa é que os problemas sexuais são mais comuns entre as mulheres jovens e homens mais velhos.

Para Vacanti e Caramelli (2005) a actividade sexual é um importante componente da qualidade de vida, está relacionada à longevidade e é uma prática frequente. Porém, não é incomum a alta prevalência de disfunção sexual na ocasião do diagnóstico do enfarto agudo do miocárdio (EAM) e a elevada incidência de distúrbios sexuais após o evento coronário, tendo constatado esta prevalência na literatura existente há mais de 40 anos, demonstrado o impacto negativo do EAM na actividade sexual.

O contacto com pacientes nos institutos do coração, permitiu-lhes verificar que embora tenham reiniciado a vida sexual no primeiro mês após a ocorrência, houve uma redução de 40% da frequência de intercursos sexuais e 9% dos pacientes não reassumiram a actividade sexual. A literatura descreve que o reinício da actividade sexual ocorre, em média, entre 36 a 90 dias, após a alta hospitalar, contudo 5% a 35% dos pacientes não a reassumem, 35% a 70% reduzem significativamente a frequência do coito, e entre 25 a 39% relatam redução da satisfação com a actividade sexual.

O estudo elaborado pelos autores permitiu-lhes identificar a idade e os distúrbios psicológicos (ansiedade e/ou depressão) como variáveis associadas à disfunção sexual após o EAM. Na revisão bibliográfica que efectuaram verificaram que Hellerstain e Friedman (1970) também demonstraram que a actividade sexual diminui com a idade e ainda mais após o EAM. Constataram também que Drory et. al (1995) observaram que a idade estava inversamente relacionada à frequência e à satisfação da actividade sexual, com maior relevância que qualquer variável médica ou psicológica estudada.

Na investigação que efectuaram, tiveram em conta os aspectos referidos pelos autores (Hellerstain & Friedman e Drory e col.), e aprontaram a idade como um facilitador e precipitador das desordens sexuais, pela forma de valorizar a actividade sexual, por sua interacção com outros factores, e pela própria redução da erotização com a idade, bem como o medo de complicações cardíacas, tanto do paciente quanto de sua companheira, que causavam ansiedade, raiva e até mesmo regressão.

Constataram ainda que os pacientes apresentavam significativa redução da frequência da actividade sexual e elevada incidência de disfunção sexual após o EAM. A presença de distúrbios psicológicos e a idade mais elevada estavam associadas à maior incidência de disfunção sexual após o enfarto.

METODOLOGIA

Os dados deste estudo foram recolhidos num só momento, caracterizando-se deste modo, de natureza transversal e confirmatório na medida em que procura corroborar as hipóteses propostas, e também descritivo. Tem por base a metodologia quantitativa e tende a compreensão de padrões gerais de comportamento, como procura a universalidade para posterior generalização.

Participantes

A amostra desta investigação é de conveniência, visto que participantes foram seleccionados tendo em ponderação uma tabela dos participantes em função da idade e das habilitações literárias. Foram inquiridos 252 homens portugueses.

A amostra foi constituída por homens com idades compreendidas entre os 19 e os 86 anos, e cuja média de idade é 40,89 anos.

Relativamente às habilitações literárias verificou-se que 0,8% sabe ler e escrever, 23,1% tem a 4ª classe, 12,1% tem entre o 5º e o 6º ano, 17,8% tem entre o 7º e o 9º ano, 27,9% tem entre o 10º e 12º ano, 4% tem o ensino médio e 14,2% tem o Ensino Superior.

No que respeita ao estado civil, 32,9% dos participantes eram solteiros, 57,9% eram casados, 3,6% eram divorciados, 2,8% eram viúvos, 1,6% viviam em união de facto e 1,2% estão separados. Ao nível do local de residência, a amostra dividiu-se entre urbano (39,9%) e rural (60,1%). A amostra foi também caracterizada pela zona de residência observando-se que, 90% são da zona Norte, 8,8% da zona Centro, 0,4% de Lisboa e outras zonas de residência existem apenas 0,4%.

No que diz respeito à etnia, os participantes são maioritariamente Caucasianos apresentando 86,1%, negra 0,4%, latino-americano 6,6% e outros 7%.

A idade das parceiras dos inquiridos está compreendida entre 16 e 77 anos e o número de filhos está compreendido entre 0 e 7. Quanto à religião 184 participantes são católicos, 1 Jeová e 67 não responderam. Contudo, relativamente ao grau de praticante, apenas 16,8% é muito pouco praticante e 7,4% é muitíssimo praticante.

No que diz respeito à actividade sexual, 2,9% afirma nunca ter tido nenhuma actividade sexual, 2,1% menos de uma vez por ano, 5,9% menos de uma vez por mês, 18,8% de 1 a 3 vezes por mês, 37,7% 1 a duas vezes por semana, 22,6% de 3 a 5 vezes por semana, 8,4% todos os dias e 1,7% mais de uma vez por dia.

Neste estudo verificamos que 93,9% nunca experienciaram nenhuma actividade sexual não desejada e 6,1% já sofreu uma actividade sexual não desejada.

No que concerne a actividades que pusesse em risco de contrair a sida, 89,3% respondeu de forma negativa e 10,7% de forma positiva.

Procedimentos

Operacionais/Funcionais

Para a realização deste estudo procedeu-se à composição de um questionário auto-avaliativo (ver anexo B), o qual foi aplicado a uma amostra de conveniência, à qual foram explicados os objectivos do estudo e esclarecidas possíveis dúvidas. Do mesmo modo, a confidencialidade e anonimato dos dados foram totalmente assegurados, sendo também facultado um formulário de consentimento assinado pelo investigador, no qual o participante colocava uma cruz, como forma de aceitação na investigação.

O questionário distribuído a cada sujeito englobava um questionário introdutório (Nobre, 2007) de variáveis sócio-demográficas, o questionário Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales (SIS/SES; Janssen, Vorst, Finn, & Bancroft, 2002) tradução e adaptação (Lígia & Pinto-Gouveia, 2005), o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; tradução e adaptação por Nobre, 2001).

Assim sendo, inicialmente, cada um dos elementos do grupo distribuiu 10 questionários perfazendo um total de 40 por grupo, os quais posteriormente foram adicionados aos questionários dos restantes elementos da turma. No entanto, aquando da introdução dos dados na base de dados do SPSS, alguns questionários foram excluídos dado que o seu preenchimento demonstrou ser erróneo.

Estatísticos

Ao nível estatístico, realizámos testes *t* para amostras independentes, visto que pretendemos proceder a comparações entre conjuntos de dois grupos relativamente ao meio de residência: urbano vs rural, religião: católica vs ateu, experiência sexual não desejada vs não experienciou.

Utilizamos ainda, a análise de variância univariada (ANOVA) a fim de compararmos conjuntos de mais de dois grupos (estado civil, habilitações literárias, frequência de relações sexuais), ao nível do IIEF e as suas subescalas.

Realizamos também correlações de *Pearson* de modo a avaliarmos o tipo de correlação/associação entre as características sócio demográficas e funcionamento sexual, bem como correlações de *Spearman* para avaliar o grau de satisfação da parceira com o funcionamento sexual.

Por fim, utilizámos a regressão linear para analisar associações entre pares de variáveis, nomeadamente entre as variáveis independentes: idade da parceira, duração da relação e número de parceiras; e a variável dependente, funcionamento sexual masculino total, visto que a regressão é um poderoso instrumento para resumir a natureza da associação entre variáveis e para fazer previsões acerca dos valores prováveis da variável dependente.

Todos estes procedimentos estatísticos foram realizados através do programa SPSS 16.0.

Instrumentos

A operacionalização das variáveis foi feita da seguinte forma: utilizámos um questionário relativo às características sócio demográficas e o funcionamento sexual masculino.

O questionário introdutório (Nobre, 2007) de variáveis sócio demográficas recolhe informações como a idade, habilitações literárias, estado civil, questões relacionais, religiosas e médicas. Um outro instrumento utilizado foi o Índice Internacional de função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002). O IIEF, é um questionário constituído por 15 itens tipo Likert, que avaliam cinco dimensões da função sexual masculina: função erétil (itens 1, 2, 3, 4, 5 e 15), função orgásmica (itens 9 e 10), desejo sexual (itens 11 e 12), satisfação sexual (itens 6, 7 e 8) e satisfação geral (itens 13 e 14), no questionário também inclui a avaliação da ejaculação prematura (itens 18, 19 e 20) onde os itens que compõem esta dimensão não são incluídos no cálculo do total do questionário. Convém referir que o item 18 é cotado de forma inversa. O instrumento permite calcular índices específicos para cada dimensão avaliada, bem como um índice total de funcionalidade sexual, resultante do seu somatório.

RESULTADOS

Analisando o quadro 12 (em anexo A), que reporta para a análise descritiva da nossa amostra, verificamos estar perante uma distribuição normal, uma vez que os valores de Skewness (assimetria) e Kurtosis (achatamento) na dimensão e sub-dimensões do IIEF encontram-se maioritariamente dentro do intervalo] -1,1 [. Consequentemente, utilizámos testes paramétricos para a caracterização dos resultados. Na avaliação da consistência interna do instrumento utilizado (IIEF) determinou-se o alpha de Cronbach, o qual indica uma boa consistência, visto apresentar o seguinte valor ($\alpha = 0,959$). Para as sub-dimensões do funcionamento sexual masculino foram obtidos os seguintes valores de consistência: desejo sexual ($\alpha = 0,809$), função erétil ($\alpha = 0,937$), função orgásmica ($\alpha = 0,940$), satisfação sexual ($\alpha = 0,805$), satisfação geral ($\alpha = 0,812$) e ejaculação prematura ($\alpha = 0,754$) demonstrando assim, serem valores muito bons, sendo a escala fiável.

Atendendo à capacidade preditiva da variável, idade do parceiro, duração da relação, e número de parceiros sexuais analisou-se, que, nenhuma delas era estatisticamente significativa sendo que a variável que apresenta maior capacidade preditiva é a idade do parceiro ($\beta = -0,59$). Para tal realizamos uma regressão linear efetuada entre o IIEF total e as variáveis acima descritas, constatando que o $R = 0,44$ e $R^2 = 0,20$ a um nível estatisticamente significativo ($p < 0,01$) (ver quadro 13 em anexo A).

No que diz respeito à comparação de dois grupos das variáveis independentes meio de residência, experiência sexual não desejada e religião, com o funcionamento sexual total, verificamos na variável meio de residência que, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre o meio rural e urbano embora o meio urbano ($58,78 \pm 14,72$) apresenta valores médios superiores ao rural ($55,16 \pm 17,72$). Já nas sub-dimensões, existem diferenças estatisticamente significativas no desejo sexual ($p < 0,05$) (ver quadro 14 anexo A).

Na análise comparativa entre "ter experienciado ou não uma relação sexual não desejada" e o IIEF e sub-dimensões não revelou resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$). Nas sub-dimensões desejo sexual ($7,92 \pm 1,74$), função erétil ($23,26 \pm 7,67$), função orgásmica ($7,91 \pm 2,8$), satisfação sexual ($10,46 \pm 3,96$), satisfação geral ($8,23 \pm 1,95$) e ejaculação prematura ($10,56 \pm 3,09$), os valores médios foram superiores nos homens que não experienciaram relações sexuais indesejadas, comparativamente aos homens que experienciaram, na dimensão IIFE total, os valores médios também são superiores para o grupo que "não experienciou relações sexuais indesejadas" ($57 \pm 16,50$) comparativamente ao que experienciou ($54,53 \pm 11,17$) (ver quadro 15 em anexo A).

Na comparação entre professar uma religião (católica) e não professar (ateu) verificamos que, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), tanto nas sub-dimensões como no IIEF total, contudo na sub-dimensão satisfação geral ($8,22 \pm 1,87$) os valores médios são superiores nos católicos comparativamente aos ateus ($7,71 \pm 2,46$), uma vez que as outras sub-dimensões e o IIEF total apresenta médias superiores nos ateus (ver quadro 16 anexo A).

Relativamente à regressão linear efetuada entre o IIEF total e as variáveis grau de crença e grau de prática religiosa, constatamos que o $R = 0,21$ e $R^2 = 0,04$ a um nível estatisticamente não significativo ($p > 0,05$). Atendendo à capacidade preditiva das variáveis analisadas verificamos que, nenhuma das variáveis é estatisticamente significativa sendo que, a variável que apresenta maior capacidade preditiva é o grau de praticante ($\beta = -0,22$) (ver quadro 17 em anexo A).

A comparação entre o IIEF total, sub-dimensões e o estado civil revelou que, os resultados eram estatisticamente significativos ($p < 0,01$) para todas as sub-dimensões, excepto para a satisfação geral que é estatisticamente significativo ao nível ($p < 0,05$) (ver quadro 18 anexo A). O IIEF total apresentou também um valor estatisticamente significativo, ao nível de ($p < 0,01$). Atendendo ao facto das dimensões dos grupos, divorciado, viúvo, união de facto e separado serem reduzidas, a comparação com os restantes grupos não será efectuada para não existirem

posteriores enviesamentos de resultados. Os valores médios dos solteiros foram superiores nas subdimensões desejo ($8,21 \pm 1,61$) e função erétil ($23,31 \pm 8,4$) em comparação com os casados. Contudo no IIEF total ($57,76 \pm 13,59$) os valores médios dos casados são superiores aos dos solteiros (ver quadro 18 em anexo A).

No que diz respeito à comparação entre as habilitações literárias, também os grupos “não sabe ler ou escrever”, “sabe ler e escrever” e “ensino médio” não vão ser analisados pela sua reduzida dimensão. O IIEF total revelou ser altamente significativo ($p < 0.01$), sendo que o grupo “entre o 10º e 12º ano” ($63,47 \pm 10,80$) apresentou valores médios superiores, seguindo-se o “ensino superior” ($58,17 \pm 16,99$), “7º e 9º ano” ($57,79 \pm 18,14$), “5º e 6º ano” ($51,16 \pm 16,22$) e “4º ano” ($50,85 \pm 16,53$) (ver quadro 19 em anexo A). As subdimensões desejo sexual, função erétil, função orgásmica apresentam valores estatisticamente significativos ao nível de significância $p < 0,001$ bem como a satisfação sexual ao nível de significância $p < 0,05$ quando da comparação na variável habilitação literárias. Nas subdimensões satisfação geral e ejaculação prematura verifica-se não haver valores estatisticamente significativos (ver quadro 19 em anexo A).

Na comparação das variáveis frequência de relações sexuais com o funcionamento sexual masculino, os grupos de “Nunca”, “Menos de 1 vez por ano” e “Mais do que 1 vez por dia” não vão ser alvo de análise pela dimensão reduzida da amostra, sendo que os restantes grupos apresentam resultados altamente significativo ($p < 0.001$). Comparando os vários grupos, observamos que os valores médios são sempre superiores no grupo que tem relações sexuais “todos os dias”. À medida que aumenta a frequência de relações sexuais também aumentam os valores de funcionamento sexual e nas suas subdimensões (ver quadro 20 em anexo A).

Já quanto à idade constatou-se que, no IIEF total, as idades (21 aos 40 anos de idade) apresentaram médias mais altas comparativamente às idades superiores bem como às inferiores, apresentando resultados altamente significativos ($p = 0.001$). Nas subdimensões desejo sexual, função erétil também apresentam resultados estatisticamente significativos ao nível ($p = 0.001$) e a função orgásmica, satisfação sexual e satisfação geral ao nível ($p < 0,05$) na ejaculação prematura, os valores não são estatisticamente significativos (ver quadro 21 em anexo A). Contudo nas idades entre os 41 e 65 anos, as subdimensões função erétil, satisfação sexual, satisfação geral e ejaculação prematura têm valores superiores aos grupos de 19 a 20 anos e > que 65 anos de idade (ver quadro 21 em anexo A).

Na análise da associação entre a variável idade e o IIEF total, verificou-se existir uma correlação linear negativa ($r = -0,31$, $p = 0,000$), o que sugere que, quanto maior a idade menor o funcionamento sexual masculino (ver quadro 22 em anexo A).

DISCUSSÃO

Os resultados alcançados neste estudo fortalecem a hipótese de que as variáveis sócio demográficas influenciam o funcionamento sexual masculino. As várias variáveis têm diferentes efeitos no funcionamento sexual, umas produzem efeitos positivos, outras negativas. A identificação e monitorização destas variáveis é importante na perspectiva clínica onde o paciente é informado e aconselhado para que este possa ter uma vida sexual normal e satisfatória.

Quando procedemos à análise descritiva dos itens que compõem o IIEF, verificou-se que os resultados do *alpha* de *Cronbach* eram muito bons tanto para a escala total como para as suas subdimensões, sendo por isso fiável calcular o Índice de Funcionamento Sexual Masculino total através da soma dos itens, bem como as suas subdimensões.

Assim, e depois de interpretados os dados estatísticos verificamos que estes vão ao encontro da produção científica por nós consultada.

Através do índice de funcionamento sexual masculino verificamos que a regressão linear entre o IIEF e as variáveis sócio demográficas apresenta resultados estatisticamente significativos, sendo que a associação entre as variáveis era razoável ($R = 0,44$). Observando o R^2 verificamos que 20% das variáveis idade, idade do parceiro, duração da relação e número de parceiros sexuais explicam o funcionamento sexual masculino. Quanto à capacidade preditiva, apesar de não termos observado resultados estatisticamente significativos verificamos, que é a idade do parceiro que mais prediz o funcionamento sexual masculino ($\beta = -0,59$), o que pode ser explicado pelo facto de que a idade da parceira não só influencia o seu próprio funcionamento, desempenho e aptidão sexual como também por consequência influencia o funcionamento sexual do homem com quem mantém relações.

De acordo com o estudo, a variável idade dos inquiridos por categorias é preditiva de informar que pessoas com idade mais avançada têm uma predisposição sexual menor em comparação com indivíduos de idades inferiores, embora o período entre os 19 e os 20 anos de idade contenha índices baixos de funcionamento sexual. Este facto deve-se a uma inexperiência sexual e à imaturidade característica destas idades.

Uma outra característica que estudamos foi a variável estado civil, sendo possível concluir que o estado que possui maiores níveis de funcionamento sexual é a união de facto, e o que tem valores mais baixos é o estado de viuvez. Os valores baixos no estado civil de viúvo deve-se ao facto de este estar relacionado maioritariamente a um nível de idade mais avançado e que como já se referiu a idade influencia o funcionamento sexual tendo uma relação linear negativa. Em relação à união de facto, por esta possuir médias mais elevadas, pode concluir-se que este estado civil dá uma ideia de liberdade porque não tem barreiras legais que condicionam a relação caso

esta não corra bem. O homem embora esteja comprometido e numa situação estável, sentindo-se bem consigo e na relação, o que leva a que tenha uma maior satisfação sexual comparado com a categoria dos homens casados que acarreta um maior número de responsabilidades, e que com o passar dos anos a relação tende a tornar-se monótona.

Comparativamente à influência da variável meio de residência, analisando os nossos resultados, mostra que os residentes em meios urbanos alcançaram valores mais elevados no IIEF total, bem como nas suas subdimensões comparativamente aos residentes em meios rurais. Na nossa opinião estes resultados vão ao encontro do senso comum, pois as pessoas do meio urbano, normalmente, têm acesso a mais informação acerca do funcionamento sexual bem como aos problemas sexuais, o que leva a que as pessoas deste meio tenham um melhor funcionamento ao nível sexual do que as do meio rural.

Também são verificados níveis mais elevados de funcionamento sexual nos indivíduos que possuem níveis mais elevados de habilitações literárias, concluindo-se que este facto se deve a que um maior nível de habilitações esteja ligado a uma maior capacidade perceptiva do relacionamento sexual ultrapassando todos os tabus que rodeiam este tema. Já os indivíduos com menores níveis de literatura têm menores níveis de desejo, erecção, orgasmo, satisfação sexual, satisfação geral e ejaculação prematura e funcionamento sexual no geral, porque têm um menor conhecimento do tema sexualidade, não tendo conhecimento e desinibição na prática de jogos eróticos que ajudam na relação interpessoal combatendo de certa maneira a disfunção sexual.

A investigação realizada permite-nos concluir que uma maior frequência de relações sexuais faz com que os homens tenham índices de funcionamento sexual mais elevados. Tal facto deve-se a uma maior experiência e maturidade sexual que o leva a um maior domínio do seu funcionamento fisiológico e dos seus impulsos, o que leva a que estes tenham mais confiança na sua relação.

CONCLUSÃO

As variáveis que fizeram parte deste estudo foram, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o meio de residência, a zona de residência, etc. Estas características foram inquiridas no questionário e dizem respeito quer à própria pessoa quer ao seu parceiro sexual. Verificou-se que o funcionamento sexual é assente numa relação interpessoal, onde o parceiro sexual tem um papel importante na sexualidade do casal. De um modo geral pode-se concluir que o funcionamento sexual masculino é influenciado por estas características predizendo de forma segura, por um clínico da área sexual, determinar se uma disfunção se deve ou não a determinada característica sócio demográfica. Também foi possível determinar no estudo que o funcionamento sexual depende das características da parceira e da relação que ambos têm, como também das responsabilidades e dificuldades que o casal tem.

A divulgação desta informação pode proporcionar a que indivíduos com problemas disfuncionais possam ultrapassar essas dificuldades deitando abaixo o tabu que o sexo transmite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association (5ª edição)*. Washington, DC: Autor.

Laumann, O; Paik, A & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States prevalence and predictors (Electronic version). *American Medical Association*, 281 (6), 537-544. Retrived November 27, 2008, from <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/281/6/537>

Nobre, P., (2006). *Disfunções sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.

Vacanti, L; & Caramelli, B. (2005). Idade e distúrbios psicológicos: Variáveis Associadas à Disfunção Sexual no Período Pós – Enfarto (Electronic version). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85 (2), 110-114.

Abdo, C. Oliveira jr, W.; & Tubino, M.; (2006). Disfunção erétil - resultados do estudo da vida sexual do brasileiro (Electronic version). *Revista Associação Medica Brasileira*, 52(6), 424-429.

Teodósio da Ros, C.; Teloken, C.; Tanhauser, M.; & Souto, C.; (2001). Ejaculação precoce: abordagem terapêutica (Electronic version). *Revista AMRIGS*, 45 (1,2), 58-60. Retrived November, 27, 2008 <http://www.amrigs.org.br/revista/45-01-02/pg58a60.pdf>

Lopes, J. (2000). Prevalência da disfunção erétil em Poços De caldas - Minas Gerais: Avaliação com 2000 entrevistados. Dissertação não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

ANEXO A

Quadro 1: Análise da idade dos homens

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	252	19	86	40,88	1,56

Quadro 2: Análise descritiva da variável habilitações literárias

	Frequência	Percentagem
Não sabe ler ou escrever	0	0,0
Sabe ler e escrever	2	0,8
4ºano	57	23,1
5º - 6ºano	30	12,1
7º - 9ºano	44	17,8
10º - 12ºano	69	27,9
Ensino Médio	10	4,0
Ensino Superior	35	14,2

Quadro 3: Análise descritiva da variável estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro	83	32,9
Casado	146	57,9
Divorciado	9	3,6
Viúvo	7	2,8
União de facto	4	1,6
Separado	3	1,2

Quadro 4: Análise descritiva da variável etnia

	Frequência	Percentagem
Caucasiana	210	86,1
Negra	1	0,4
Latino-americana	16	6,6
Outra	17	7,0

Quadro 5: Análise descritiva do número de filhos das participantes

	Frequência	Percentagem
0	79	35,6
1	53	23,9
2	52	23,4
3	23	10,4
4	12	5,4
5	1	0,5
6	0	0,0
7	2	0,9

Quadro 6: Análise descritiva da variável religião

	Frequência	Percentagem
Não	56	22,8
Sim	190	77,2

Quadro 7: Análise descritiva da variável grau de praticante

	Frequência	Percentagem
Muito pouco 1	34	16,8
2	39	19,3
3	31	15,3
4	36	17,8
5	31	15,3
6	16	7,9
Muitíssimo 7	15	7,4

Quadro 8: Análise descritiva da variável frequência da actividade sexual

	Frequência	Percentagem
Nunca	7	2,9
Menos de 1 vez por ano	5	2,1
Menos de uma vez por mês	14	5,9
1 a 3 vezes por mês	45	18,8
1 a 2 vezes por semana	90	37,7
3 a 5 vezes por semana	54	22,6
Todos os dias	20	8,4
Mais de uma vez por dia	4	1,7

Quadro 9: Análise descritiva da variável experiência sexual não desejada

	Frequência	Percentagem
Não	215	93,9
Sim	14	6,1

Quadro 10: Análise descritiva da variável meio de residência

	Frequência	Percentagem
Rural	149	60,1
Urbano	99	39,9

Quadro 11: Análise descritiva da variável zona de residência

	Frequência	Percentagem
Norte	225	90,0
Centro	22	8,8
Lisboa	1	0,4
Madeira	1	0,4
Outra	1	0,4

Quadro12: Análise da média, desvio padrão, Skewness, Kurtosis e alpha de Cronbach

	Média	Desvio Padrão	Skewness	Kurtosis	α
IEEF total	56,75	16,61	-1,52	1,82	0,95
Desejo	7,89	1,73	-0,79	-0,58	0,80
Erecção	22,94	7,71	-1,42	1,49	0,93
Orgasmo	7,79	2,87	-1,53	1,52	0,94
Satisfação sexual	10,20	4,04	-1,17	0,77	0,80
Satisfação geral	8,08	2,06	-1,23	1,10	0,81
Ejaculação prematura	10,48	3,14	-1,40	2,26	0,75

Quadro 13: Regressão entre as variáveis duração da relação, idade parceiro, número de parceiros sexuais e IIEF

	β	P
Duração da relação	0,17	0,20
Idade do parceiro	-0,59	0,00
Número de parceiros sexuais	-0,01	0,84

Quadro 14: Análise comparativa da variável por meio de residência

	Rural M \pm DP	Urbano M \pm DP	T	p
IIEF total	55,16 \pm 17,72	58,78 \pm 14,72	-1,66	0,09
Desejo	7,63 \pm 1,91	8,25 \pm 1,38	-2,95	0,00
Erecção	22,02 \pm 8,00	24,14 \pm 7,19	-2,11	0,03
Orgasmo	7,63 \pm 3,06	8,00 \pm 2,59	-0,97	0,33
Satisfação sexual	10,10 \pm 4,17	10,32 \pm 3,85	-0,41	0,68
Satisfação geral	8,01 \pm 2,02	8,15 \pm 2,12	-0,52	0,59
Ejac. prematura	10,30 \pm 3,24	10,64 \pm 2,98	-0,84	0,40

Quadro 15: Análise comparativa da variável experiência sexual não desejada

	NÃO M \pm DP	SIM M \pm DP	T	p
IIEF total	57,60 \pm 16,50	54,53 \pm 11,17	0,66	0,50
Desejo	7,92 \pm 1,74	7,76 \pm 1,64	0,32	0,74
Erecção	23,26 \pm 7,67	22,76 \pm 5,03	0,23	0,81
Orgasmo	7,91 \pm 2,83	7,38 \pm 2,02	0,65	0,51
Satisfação sexual	10,46 \pm 3,96	9,46 \pm 3,61	0,89	0,37
Satisfação geral	8,23 \pm 1,95	7,15 \pm 2,07	1,91	0,05
Ejac. prematura	10,56 \pm 3,09	10,38 \pm 2,32	0,20	0,83

Quadro 16: Análise comparativa da variável religião

	NÃO M ± DP	SIM M ± DP	<i>T</i>	<i>p</i>
IIEF total	57,35±18,34	56,81±15,87	0,28	0,77
Desejo	8,14±1,84	7,83±1,71	1,13	0,25
Ereção	23,66±8,33	22,82±7,42	0,71	0,47
Orgasmo	7,62±3,15	7,90±2,74	-0,65	0,51
Satisfação sexual	10,37±4,48	10,24±3,87	-0,21	0,82
Satisfação geral	7,71±2,46	8,22±1,87	-1,41	0,16
Ejac. prematura	9,92±3,73	10,70±2,84	-1,42	0,15

Quadro 17: Regressão entre as variáveis grau de crença, grau de praticante e IIEF

	<i>β</i>	<i>P</i>
Grau de crença	0,01	0,86
Grau de praticante	-0,22	0,01

Quadro 18: Análise dos valores médios (ANOVA) das categorias da variável estado civil

	Solteiro M ± DP	Casado M ± DP	Divorciado M ± DP	Viúvo M ± DP	U. Facto M ± DP	Separado M ± DP	<i>F</i>	<i>p</i>
IIFE	57,38±18,42	57,76±13,59	62,11±7,99	25,14±22,79	65,00±9,48	30,66±28,91	7,16	0,00
DES.	8,21±1,61	7,80±1,61	8,55±1,23	5,28±2,75	9,00±0,81	6,33±4,04	5,29	0,00
ERC.	23,31±8,48	23,28±6,38	25,44±4,41	9,14±12,01	27,00±3,46	15,66±13,31	6,09	0,00
ORG.	7,82±3,11	8,01±2,48	8,44±1,33	2,57±3,40	9,50±1,00	4,66±4,50	6,55	0,00
SAT.S	10,40±4,68	10,48±3,26	11,33±2,34	2,85±4,01	10,25±4,64	4,66±4,50	6,77	0,00
SAT.G	7,93±2,42	8,28±1,66	8,33±1,22	5,28±3,25	9,25±0,50	6,33±7,78	3,84	0,00
E.PRE	10,16±3,48	10,81±2,54	11,77±1,20	4,85±4,52	12,25±0,95	10,00±7,81	6,12	0,00

Quadro 19: Análise dos valores médios (ANOVA) das categorias da variável habilitações literárias

	Ler/escrever M ± DP	4ºano M ± DP	5º- 6ºano M ± DP	7º - 9ºano M ± DP	10º- 12ºano M ± DP	13 - 15 M ± DP	+ 15 M ± DP	<i>F</i>	<i>p</i>
IIFE	30,00±32,52	50,85±16,53	51,16±16,22	57,79±18,14	63,47±10,80	57,60±21,44	58,17±16,99	4,99	0,00
DES.	7,00±4,24	7,10±1,80	7,26±1,98	8,27±1,54	8,45±1,36	8,50±0,97	8,05±1,67	4,92	0,00
ERC.	9,50±12,02	20,30±7,63	20,36±7,98	22,95±8,40	26,17±5,31	22,80±9,88	23,68±7,44	5,17	0,00
ORG.	3,50±4,94	7,00±2,96	6,66±3,09	7,74±3,21	8,89±1,70	8,30±3,09	8,11±2,91	4,40	0,00
SAT.S	4,00±5,65	9,03±3,87	9,03±3,66	10,48±4,39	11,45±3,29	10,20±5,63	11,00±3,99	3,55	0,00
SAT.G	6,00±5,65	7,67±2,10	7,83±1,82	8,32±1,92	8,48±1,86	8,66±2,95	7,85±2,19	1,50	0,17
E.PRE	6,50±7,77	10,23±3,45	9,86±2,33	10,23±3,18	11,13±2,60	10,30±4,11	10,88±3,30	1,45	0,19

Quando 20: Análise dos valores médios (ANOVA) das categorias da variável frequência da actividade sexual

	Nunca M ± DP	-1x/ano M ± DP	-1x/mês M ± DP	1 a 3x/mês M ± DP	1 a 2/sem M ± DP	3 a 5/sem M ± DP	Todos dias M ± DP	+1x/dia M ± DP	<i>F</i>	<i>p</i>
IIFE	17,28±10,90	36,20±21,08	41,64±20,77	53,66±11,14	11,44±10,36	63,62±12,01	68,26±7,77	65,00±15,14	23,69	0,00
DES.	5,85±1,57	5,60±2,19	7,07±1,65	7,37±1,77	8,38±1,31	8,30±1,50	8,89±1,19	8,50±2,38	7,72	0,00
ERC.	6,14±6,66	13,20±9,98	16,07±9,94	21,80±5,92	25,12±5,16	25,81±5,25	27,78±2,85	27,50±5,00	19,42	0,00
ORG.	0,85±1,57	4,40±4,03	5,21±3,62	7,55±2,24	8,59±2,00	8,73±2,15	9,15±1,46	8,00±2,82	17,96	0,00
SAT.S	1,42±2,50	6,60±6,30	7,28±4,95	9,53±2,75	10,89±2,66	12,01±3,28	12,94±2,97	11,50±4,35	15,77	0,00
SAT.G	3,00±1,82	6,40±1,14	7,00±1,91	7,40±1,75	8,67±1,42	8,75±1,69	9,47±0,90	9,50±1,00	19,23	0,00
E.PRE	2,14±2,91	8,60±3,71	9,07±4,25	10,20±2,58	11,14±2,35	11,50±2,09	11,21±2,50	11,00±1,63	14,15	0,00

Quadro 21: Análise dos valores médios (ANOVA) das categorias da variável idade

	19 - 20 M ± DP	21- 40 M ± DP	41- 65 M ± DP	> 66 M ± DP	<i>F</i>	<i>P</i>
IIFE	52,64±17,90	60,79±16,44	54,98±13,96	41,16±21,31	8,76	0,00
DES.	8,14±1,35	8,43±1,54	7,60±1,53	5,66±2,30	17,08	0,00
ERC.	21,57±9,79	24,82±7,41	22,17±6,66	15,27±9,09	9,30	0,00
ORG.	8,14±2,90	8,23±2,88	7,56±2,57	5,50±3,65	5,11	0,00
SAT.S	8,14±4,78	11,07±4,12	9,75±3,44	8,00±4,98	5,26	0,00
SAT.G	7,15±2,40	8,40±2,06	8,05±1,79	6,72±2,42	4,62	0,00
E.PRE	9,57±3,89	10,84±3,07	10,57±2,75	8,55±4,39	3,23	0,02

Quadro 22: Análise correlacional entre o IIEF e a idade

	<i>R</i>	<i>p</i>
Idade	-0,31**	0,00

**p< 0,01