

Comunicação com o/a parceiro/a sexual acerca de preocupações preventivas, auto-eficácia contraceptiva e (in)satisfação sexual

Alice Pereira* / Marisalva Fávero* / Maria Adelina Barbosa-Ducharne** / Ana Isabel Almeida* / Catarina Figueiredo*

* ISMAI – Instituto Universitário da Maia; ** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

A satisfação sexual tem sido relacionada com a comunicação com o/a parceiro/a e com o sentido de auto-eficácia contraceptiva. Este estudo pretende explorar diferenças entre homens e mulheres a nível da satisfação sexual, comunicação com um/a novo/a parceiro/a e autoeficácia contraceptiva, e as relações evidenciadas entre elas. Participaram 537 universitários (271 homens e 266 mulheres), dos 18 aos 25 anos e sexualmente ativos. Utilizaram-se as versões portuguesas das escalas Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS, Health Protective Sexual Communication Scale, e Contraceptive Self-Efficacy. Verificou-se que as mulheres apresentam maior capacidade de comunicação com um/a novo/a parceiro/a e maior auto-eficácia contraceptiva, sem diferenças entre sexos na satisfação sexual. A auto-eficácia contraceptiva associa-se positivamente à satisfação sexual sendo, no entanto, essa associação mais elevada nos participantes do sexo masculino do que nos do sexo feminino. A eficácia contraceptiva e a capacidade de comunicação com um/a novo/a parceiro/a estão também positivamente associadas, mas apenas nas mulheres.

Palavras-chave: Comunicação com parceiro sexual, Auto-eficácia contraceptiva, Satisfação sexual.

Introdução

As atitudes sexuais que influenciaram (e influenciam) a vivência da sexualidade são explicadas através de dois grandes paradigmas que dialogam entre dois pólos: o Repressor e o Democrático (também chamado Biográfico ou Profissional). Os discursos subjacentes ao paradigma Repressor enfatizam o controlo, a repressão e a obsessão por temas de sexualidade e, portanto, a normatização do sexo (Arnal & Llario, 2006; Ferreira, Fávero, & Del Campo, 2014; Gómez-Zapiain, Ortiz Barón, & Eceiza, 2013). Recorrendo a instrumentos de educação, o controlo da sexualidade foi sendo conseguido através de normas rígidas de comportamento, influenciado pelas religiões, marcado pelos costumes e consagrado nas leis (Frade, Marques, Alverca, & Vilar, 2010; Vilaça, 2007, 2012). Dentro deste paradigma Repressor destacam-se a abordagem Impositiva (que se baseia na crença de que existe uma única forma adequada de viver a sexualidade e, portanto, tem dificuldade em reconhecer o direito à diversidade) e a Médico-Preventiva (centrada na prevenção e nos riscos, descurando os aspetos económicos, políticos, sociais e culturais) (López, 2005; Pereira, 2013).

O paradigma Democrático, em que baseia a presente investigação, faz referência à abordagem positiva da sexualidade, baseando-se na premissa de que cada pessoa pode viver a sua sexualidade de forma livre, saudável e responsável tendo em conta o seu bem-estar e dos outros (López, 2005;

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Alice Pereira, ISMAI – Instituto Universitário da Maia, Av. Carlos Oliveira Campos, Castelo da Maia, 4475-690 Maia. E-mail: afpereira@ismai.pt

Pereira, 2013; Vilaça, 2012). Neste paradigma destacam-se as abordagens Ecológicas, que dirigem o seu foco para as populações e comunidades (Aral & Gorbach, 2002; Jensen, 2000) e do Desenvolvimento Pessoal (Vaz, Vilar, & Cardoso, 1996).

A abordagem de Desenvolvimento Pessoal, de especial relevância para o presente estudo, faz referência a um conceito holístico de sexualidade, visto que integra as dimensões biológica (anatomia/fisiologia da sexualidade e reprodução, resposta sexual humana); psicológica (identidade de género, orientação sexual, autoimagem, construção da identidade sexual e processo relacional); e social (valores e atitudes, modelos morais) (Pereira, 2013). Assim sendo, advoga o direito a viver a sexualidade como um dos elementos que podem promover o bem-estar, dando ênfase à sexualidade como uma característica que se desenvolve ao longo de todo o ciclo vital e à construção pessoal da sexualidade.

Nesta perspetiva, a forma como se vive a sexualidade poderá sofrer a interferência de diversos aspetos, entre outros, da capacidade de usufruir todo o prazer que lhe está inerente, evitando possíveis consequências negativas, como uma gravidez não desejada ou uma infeção sexualmente transmissível (Dias & Gomes, 2000; Tiefer, 2002, 2003). Níveis elevados de auto-eficácia contraceptiva (Levinson, Wan, LuAnn, & Beamer, 1998), bem como uma boa capacidade de abordar com um novo parceiro preocupações relacionadas com a saúde sexual (Catania, 1998) aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos preventivos. Levanta-se a questão de saber se também se traduzem em maior satisfação sexual.

Uma boa parte dos homens e mulheres dizem-se satisfeitos quanto à forma como vivem a sua sexualidade (Higgins, Mullinax, Trussell, Davidson, & Moore, 2011; Pascoal, 2012; Vilarinho, 2010), ou seja, fazem uma atribuição positiva à qualidade da sua vivência sexual (Holmberg & Blair, 2009). Contudo, apesar de amplamente estudada (Pechorro, Diniz, & Vieira, 2009), não há concordância quanto às diferenças nos níveis de satisfação sexual dos homens (Smith et al., 2011) e das mulheres (Holmberg & Blair, 2009). Por outro lado, assuntos relacionados com práticas sexuais no âmbito da sexualidade feminina têm sido negligenciados, levando à subestimação da capacidade da mulher sentir satisfação sexual através do envolvimento numa panóplia de atividades sexuais, nem sempre relacionadas apenas com a obtenção de orgasmo (Holmberg & Blair, 2009; Vilarinho, 2010). Ou seja, os fatores que contribuem para que homem e mulher se sintam satisfeitos/as com a sua relação afetiva (não só, mas também sexual) podem não ser os mesmos (Traeen, 2010).

Manter uma atividade sexual saudável implica a capacidade de negociar o uso de contraceptivos com parceiros/as (Basen-Engquist & Parcel, 1992). A comunicação com o/a parceiro/a sexual, sobretudo acerca da sexualidade, foi ainda associada a uma maior satisfação com a sua relação afetiva (Timm & Keiley, 2011; Widman, Welsh, McNulty, & Litle, 2006), sexual (Byers, 2005) e a uma maior utilização de métodos contraceptivos (Widman et al., 2006).

A auto-eficácia tem-se revelado fundamental para que as pessoas se empenhem em apresentar determinados comportamentos, o que também parece aplicar-se na área do comportamento sexual, entre outros na utilização de contraceção (Catania et al., 1989). Para Catania e colaboradores (1989), a autoeficácia está muito ligada à perceção de custos e benefícios, fundamental para que a pessoa se empenhe em ter determinado comportamento. Basen-Engquist e Parcel (1992) e Cardoso (1999) concluíram que contribui de modo significativo para explicar as intenções e comportamentos sexuais, particularmente no domínio do uso do preservativo. Por outro lado, segundo Figueiredo (2005), o comportamento sexual pode alterar-se mediante a crença de que a pessoa tem o controlo sobre a relação, afetando, por exemplo, a utilização de métodos preventivos.

Em suma, a literatura centrada na exploração de preditores da satisfação sexual tem avançado na identificação de variáveis significativas, mas pouco se sabe acerca das diferenças entre homens e mulheres neste campo, e muito pouco se sabe ainda sobre como esta se relaciona com duas das variáveis que estão ligadas a comportamentos preventivos, nomeadamente a auto-eficácia contraceptiva e a comunicação com um novo parceiro acerca de preocupações preventivas.

O presente estudo tem como objetivo explorar a existência de diferenças associadas ao sexo a nível da satisfação sexual, da comunicação com o/a parceiro/a numa primeira relação sexual acerca de preocupações preventivas e da auto-eficácia contraceptiva, ambos concebidos à luz do Paradigma Democrático, mas especificamente, da abordagem Desenvolvimental, numa amostra de estudantes universitários portugueses/as. Pretende ainda explorar as relações entre satisfação sexual, auto-eficácia contraceptiva e comunicação acerca de preocupações preventivas com um/a novo/a parceiro/a.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 537 estudantes do Ensino Superior, 271 (50.5%) do sexo masculino e 266 (49.5%) do sexo feminino. Os/As participantes têm idades entre os 18 e os 25 anos ($M=20.60$, $DP=1.85$), com atividade sexual já iniciada e heterossexuais. Os dados foram recolhidos em diversas Instituições de Ensino Superior do Norte e Centro de Portugal, através de amostragem não probabilística de tipo acidental, ou seja, por conveniência (Cozby, 2003).

Instrumentos

Os dados foram recolhidos através das versões portuguesas de Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS (Rust & Golombok (1986), Health Protective Sexual Communication Scale (Catânia, 1998), e Contraceptive Self-Efficacy (Levinson et al., 1998).

O *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction – GRISS* (Rust & Golombok, 1986) pretende avaliar a perceção dos homens e mulheres acerca do relacionamento sexual, numa relação heterossexual. É constituída por 28 questões podendo, cada uma delas, ser respondida de acordo com uma escala tipo Lickert, de 5 pontos, em função de cinco classes: “Nunca” (1), “Quase nunca”, “Ocasionalmente”, “Habitualmente”, “Sempre” (5). Existem duas versões: uma feminina e uma masculina, com itens adaptados a cada sexo. Alguns dos itens apresentam cotação invertida.

Os resultados produzidos correspondem a um score total e a sete dimensões constituintes. O score total corresponde a um índice de (in)satisfação sexual que, por razões práticas será, neste estudo, referida de forma resumida como “(in)satisfação”. As sete dimensões incluem cinco escalas ou dimensões comuns às duas versões, masculina e feminina (apesar de a redação dos itens poder ser ligeiramente diferente) e mais duas dimensões específicas para cada versão, e correspondem, cada uma delas, a possíveis razões de insatisfação sexual.

As cinco dimensões comuns incluem: “Não atividade” (baixa frequência com que tem relações sexuais), “Não comunicação” (dificuldade de referir o que apreciam mais, e perguntar o que os/as parceiros/as apreciam mais), “Insatisfação” (relacionada com a pouca variedade da vida sexual, ausência de amor e afeto, insatisfação durante as carícias ou durante a relação sexual), “Evitamento” (existência de situações em que há desagrado, recusa ou evitamento do relacionamento sexual) e “Não Sensualidade” (desprazer em ser tocado ou tocar o/a companheiro/a). As dimensões específicas da versão feminina são “Anorgasmia” (dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo, com penetração ou com estimulação clitoridiana) e “Vaginismo” (desconforto ou incapacidade de penetração de um dedo ou do pénis na vagina, devido a contração muscular). As dimensões específicas da versão masculina são “Ejaculação precoce” (tensão anterior às relações sexuais e rapidez na ejaculação), e “Impotência” (dificuldade de excitação, dificuldade de obter ou manter a ereção durante as relações sexuais).

O resultado global é dado pelo somatório de todas as dimensões, com exceção da dimensão insatisfação (Rust & Golombok, 1986). Valores elevados em cada uma das dimensões e no total correspondem a maior insatisfação sexual. Na interpretação dos valores das dimensões, quanto maior for a pontuação de cada uma delas, maior é a sua contribuição para a Insatisfação Sexual.

A versão feminina encontra-se traduzida e adaptada à população portuguesa (Vilarinho, 2010; Vilarinho & Nobre, 2006) e a versão masculina encontra-se apenas traduzida (Vilarinho & Nobre, 2006).

No presente estudo, no que diz respeito à versão feminina, o total apresentou um bom nível de consistência interna, com o valor de $\alpha=.85$. No que toca aos fatores, com exceção do fator “Não comunicação”, que apresentou um valor de $\alpha=.21$, todos os níveis de consistência interna variam entre $\alpha=.59$ (Não sensualidade) e $\alpha=.74$ (Não atividade). Na versão masculina, o total apresentou um valor de $\alpha=.83$, enquanto que nos fatores (com exceção do fator “Não comunicação”, que apresenta um valor de $\alpha=.08$), todos os níveis de consistência interna variam entre $\alpha=.47$ (Impotência) e $\alpha=.67$ (Ejaculação precoce).

A *Health Protective Sexual Communication Scale* (Catania, 1998), pretende avaliar a frequência com que os/as participantes sexualmente ativos/as abordam temas relacionados com a prevenção da saúde sexual, com um/a novo/a parceiro/a, numa primeira relação sexual.

Os itens relacionam-se com preocupações preventivas associadas ao sexo seguro, história sexual e uso de contraceptivos. Esta é constituída por 10 itens, a serem respondidos segundo uma escala tipo Lickert, de 6 pontos, em função de 6 classes: “Sempre” (1), “Quase sempre” (2), “Por vezes” (3), “Nunca” (4), “Não sei” (5), e “Recusa em responder” (6).

O score total é calculado através do somatório de todos os itens. Valores mais elevados representam uma maior capacidade de comunicação consistente, com um novo parceiro, numa primeira relação sexual, acerca de temas relacionados com a sexualidade. Por razões práticas, esta variável será, neste estudo, referida, de forma resumida como “Comunicação”.

Os estudos de Catania (1998) foram realizados com 320 participantes (165 do sexo feminino e 155 do sexo masculino), entre os 18 e os 49 anos, de diversas etnias e graus de ensino e revelaram uma boa consistência interna ($\alpha=.84$). Os estudos de validade revelam que valores mais elevados na escala estavam significativamente relacionados com um maior uso do preservativo e menor número de parceiros/as e uso de álcool antes das relações sexuais.

A escala foi traduzida e adaptada para o presente estudo, e apresentou uma consistência interna bastante aceitável ($\alpha=0.87$; Hair, Anderson, Tath, & Black, 1998).

O *Contraceptive Self-Efficacy* (Levinson, 1998) é constituído por 18 itens, e pretende avaliar a força da convicção que pessoas sexualmente ativas têm face à sua capacidade para dever/poder controlar aspetos subjacentes à proteção durante as relações sexuais. A versão traduzida por Roque (2001), utilizada neste estudo, é constituída por 10 itens (itens com cotação invertida: 4, 5, 6, 7, 8), em que cada um deles pode ser respondido segundo uma escala tipo Lickert, de 5 pontos, em função de cinco classes. Neste estudo optou-se pela forma de resposta: 1 – “Totalmente em desacordo” a 5 – “Totalmente de acordo” de modo que a uma pontuação mais elevada correspondesse uma maior eficácia contracetiva.

A análise da consistência interna da versão utilizada revelou, neste estudo, um valor de $\alpha=0.65$.

Procedimentos

O projeto de investigação foi aprovado Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Depois de obter as autorizações dos responsáveis das Universidades, os/as participantes foram abordados durante as aulas, foram-lhes explicados os objetivos do estudo, o carácter anónimo e confidencial dos dados recolhidos, foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados e foram dadas instruções de preenchimentos. Os dados foram analisados através do programa SPSS Statistics 20 para realização de estatísticas descritivas, e inferenciais. As estatísticas inferenciais realizadas incluíram testes de diferenças entre médias (*t*-Student) e Correlações de Pearson.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas relativas às diversas variáveis estudadas (Comunicação, Auto-eficácia Contraceptiva, e (In)Satisfação Sexual), bem como as diferenças entre sexos verificadas.

Tabela 1

Comunicação com novo/a parceiro/a, autoeficácia contraceptiva e (in)satisfação – Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos

Variáveis	N			Média (DP)			T-Student (g.l)
	N=537	n _f =271	n _m =266	Tot.	Fem.	Masc.	
Comunicação ^a	374	180	194	25.80 (7.83)	27.78 (7.82)	23.97 (7.40)	4.847 (372)***
Autoeficácia ^b	518	258	260	37.02 (5.36)	39.00 (4.97)	35.06 (5.00)	9.009 (516)***
(In)Satisfação ^c	447	227	220	18.92 (9.83)	19.09 (9.78)	18.74 (9.91)	0.996 (445) ^{ns}

Nota. ^aTotal – Somatório de todos os itens, com valores possíveis de 10 a 40. Valores mais elevados=maior comunicação; ^bTotal – Somatório de todos os itens, com valores possíveis de 10 a 50. Valores mais elevados=maior auto-eficácia contraceptiva percebida; ^cTotal – Versão feminina – somatório de todos os itens, exceto 5, 10, 18, 22; Versão masculina – somatório de todos os itens, exceto 5, 11, 15, 21. Valores possíveis de 0 a 96. Valores mais elevados=maior insatisfação; ****p*<.001; g.l – Graus de liberdade; n_f – Número de participantes do sexo feminino; n_m – Número de participantes do sexo masculino.

No que se refere à variável “Comunicação”, os 374 participantes (180 do sexo feminino, 194 do sexo masculino) que preencheram todos os itens da escala, apresentaram valores entre 10 e 40, com uma média de 25.80 (*DP*=7.83). As participantes do sexo feminino apresentam uma média superior (*M*=27.78, *DP*=7.82) aos participantes do sexo masculino (*M*=23.97, *DP*=7.40), diferença essa que se revela estatisticamente significativa, com *t*(372)=4.847, *p*=0.000.

Na variável “Auto-eficácia contraceptiva”, os 518 participantes (258 mulheres e 260 homens) que preencheram todos os itens da escala, apresentaram valores entre 10 e 42, com uma média de 37.02 (*DP*=5.36). As mulheres apresentaram uma média superior (*M*=39.0, *DP*=4.97) aos homens (*M*=35.06, *DP*=5.00), diferença essa que se revela estatisticamente significativa, com *t*(516)=9.009, *p*=.000.

Quanto à variável “(In)Satisfação”, os 447 participantes que preencheram todos os itens, apresentaram valores entre 1 e 52, com uma média de 18.92 (*DP*=18.92), revelando níveis de satisfação sexual elevados (já que os valores podem ir até 96 que significaria o máximo de insatisfação). As diferenças encontradas entre mulheres e homens não foram consideradas estatisticamente significativas (*p*≥05).

Analisando, no entanto, cada um dos fatores que compõe a escala de (In)satisfação Sexual (Tabela 2) verifica-se que as mulheres apresentam valores mais baixos que os homens nas dimensões “Não comunicação” [$M=2.06$, $DP=1.69$, nas mulheres, 2.42 , $DP=1.69$, no caso dos homens, $t(516)=-2.404$, $p=.017$] e “Insatisfação” [$M=2.66$, $DP=2.68$, nas mulheres, $M=4.12$, $DP=2.85$ no caso dos homens $t(509)=5.981$, $p=.000$].

Tabela 2

(In)satisfação sexual – Estatísticas descritivas e diferenças entre sexos

Fatores de (In)Satisfação Sexual	N		Min.-Max.		Média		T-Student (g.l)
	n _f =266	n _m =271	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	
1. Não atividade ^a	250	264	0-8	0-8	3.24 (1.90)	3.13 (1.83)	0.699 (512) ^{ns}
2. Não comunicação ^a	254	263	0-6	0-8	2.06 (1.69)	2.42 (1.69)	-2.404 (516) [*]
3. Insatisfação ^b	253	258	0-13	0-12	2.66 (2.68)	4.12 (2.85)	-5.981 (509) ^{***}
4. Evitamento ^b	252	258	0-11	0-11	1.80 (2.06)	2.12 (2.41)	-1.605 (508) ^{ns}
5. Não sensualidade ^b	253	257	0-11	0-19	1.50 (1.97)	1.83 (2.45)	-1.660 (508) ^{ns}
6. Anorgasmia (♀) ^b	253	-	0-15	-	4.13 (2.58)	-	-
7. Vaginismo (♀) ^b	245	-	0-16	-	4.08 (3.01)	-	-
6. Ejac.precoce (♂) ^b	-	255	-	0-15	-	4.11 (2.65)	-
7. Impotência (♂) ^b	-	257	-	0-9	-	3.24 (2.22)	-

Nota. ^aFatores constituídos por 2 itens – valores de 0 a 8; ^bFatores constituídos por 4 itens – valores de 0 a 16; * $p<.05$; *** $p<.001$.

No que toca aos fatores específicos de cada sexo, as mulheres apresentam, na variável “Anorgasmia”, uma média de 4.13 ($DP=2.58$), e no fator “Vaginismo”, uma média de 4.08 ($DP=3.01$). Os homens apresentam, no fator “Ejaculação Precoce” uma média de 4.11 ($DP=2.65$) e no “Impotência”, uma média de 3.24 ($DP=2.22$).

Apesar de os valores associados a cada dimensão da (In)Satisfação Sexual serem baixos, em ambos os sexos há determinados fatores que parecem ter um peso relativo maior. Entre as mulheres, as causas de maior insatisfação são, por ordem decrescente: (a) “Não atividade”, com uma média de 3.24; (b) “Não comunicação”, com uma média de 2.06 (ambos os fatores com um valor máximo possível de 8); (c) “Anorgasmia”, com uma média de 4.13; e (d) “Vaginismo”, com uma média de 4.08 (os dois últimos fatores com um valor máximo possível de 16). Entre os homens: (a) “Não atividade” com uma média de 3.13; (b) “Não comunicação”, com uma média de 2.42 (ambos os fatores com um valor máximo possível de 8); (c) “Insatisfação”, com uma média de 4.12; e (d) “Ejaculação precoce”, com 4.12 (os dois últimos fatores com um valor máximo possível de 16).

Analisando as correlações entre as variáveis estudadas (Correlação de Pearson), no grupo de mulheres (Tabela 3), a “Auto-eficácia contracetiva” encontra-se correlacionada positivamente com a “Comunicação” ($r=.285$, $p=.000$), e negativamente com “(In)Satisfação” ($r=-.291$, $p=.000$).

Tabela 3

Correlações, por sexo, entre as variáveis “Comunicação”, “Auto-eficácia contracetiva” e “(In)Satisfação”

	Comunicação		Autoeficácia	
	Fem.	Masc	Fem.	Masc.
Comunicação	1	1	-	-
Autoeficácia	.285***	.001	1	1
(In)Satisfação	-.040	.030	-.291***	-.407***

Nota. *** $p<.001$.

No grupo de homens (Tabela 3) apenas se encontrou correlação significativa entre a “Auto-eficácia contraceptiva” e a “(In)Satisfação” ($r=.407, p=.000$).

Para perceber melhor quais as dimensões da “(In)Satisfação” que se relacionam com as variáveis “Comunicação” e “Auto-eficácia contraceptiva” procedeu-se a uma análise de correlações (Tabela 4).

Tabela 4

Correlação entre os fatores de “(In)Satisfação” e as variáveis “Comunicação” e “Auto-eficácia contraceptiva”

Fatores de (In)Satisfação	Comunicação		Auto-eficácia contraceptiva	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
1. Não atividade	.003	-.022	-.001	-.096
2. Não comunicação	-.270***	-.090	-.224***	-.256***
3. Insatisfação	-.158*	-.096	-.345***	-.281***
4. Evitamento	-.025	.110	-.283***	-.317***
5. Não sensualidade	-.031	.070	-.352***	-.333***
6. Anorgasmia (♀)	-.083	-	-.172**	-
7. Vaginismo (♀)	.091	-	-.193**	-
6. Ejaculação precoce (♂)	-	.022	-	-.294***
7. Impotência (♂)	-	.032	-	-.310***

Nota. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

Tal como já verificado, nas mulheres a “Comunicação” e a “Auto-eficácia contraceptiva” encontram-se correlacionada negativamente com a “(In)Satisfação”. Analisando as correlações entre a “Comunicação” e as dimensões subjacentes à “(In)Satisfação”, verifica-se que são negativas respeitante à dimensão “Não comunicação” ($r=-.270, p=.000$) e à dimensão “Insatisfação” ($r=-.158, p=.037$). Por outro lado, são negativas as correlações entre a “Auto-eficácia contraceptiva” e quase todas as dimensões da “(In)Satisfação” (com exceção da dimensão “Não atividade”, com quem não apresentou correlação significativa): “Não comunicação” ($r=-.224, p=.000$), “Insatisfação” ($r=-.345, p=.000$), “Evitamento” ($r=-.283, p=.000$) e “Não Sensualidade” ($r=-.352, p=.000$) “Anorgasmia” ($r=-.172, p=.007$) e “Vaginismo” ($r=-.193, p=.003$). As dimensões que apresentam uma maior correlação são a “Insatisfação”, a “Não sensualidade”.

Nos homens, tal como já referido, verificou-se correlação significativa entre a “Auto-eficácia contraceptiva” e a “(In)Satisfação”, mas não entre a “Comunicação” e a “(In)Satisfação”. Analisando as correlações entre “Comunicação”, “Auto-eficácia contraceptiva”, e as dimensões subjacentes à “(In)Satisfação”, por um lado, verificou-se a ausência de correlação significativa entre a “Comunicação” e todas as dimensões de “(In)Satisfação”; por outro lado, encontraram-se correlações negativas entre “Auto-eficácia contraceptiva” e quase todas as dimensões da “(In)Satisfação” (com exceção da dimensão “Não atividade”, com quem não apresentou correlação significativa): “Não comunicação” ($r=-.256, p=.000$), “Insatisfação” ($r=-.281, p=.000$), “Evitamento” ($r=-.317, p=.000$) e “Não Sensualidade” ($r=-.333, p=.000$), “Ejaculação precoce” ($r=-.294, p=.000$) e “Impotência” ($r=-.310, p=.000$).

Discussão

No que diz respeito à satisfação sexual, e especificamente à diferença entre homens e mulheres, parece não existir consenso nem resultados conclusivos na literatura existente. Algumas investigações verificaram maiores níveis de satisfação sexual nos homens (Smith et al., 2011),

enquanto outras verificaram níveis superiores nas mulheres no que respeita a diversos comportamentos sexuais, não necessariamente relacionados com a obtenção de orgasmo (Holmberg & Blair, 2009).

Apesar de apresentar algumas limitações (nomeadamente o facto de os participantes serem estudantes universitários, constituindo uma amostra de conveniência, e o facto de alguns valores de α das dimensões da escala de (In)Satisfação apresentarem valores inferiores a .60), o presente estudo contribui para uma melhor compreensão da relação existente entre as variáveis estudadas.

O presente estudo aponta para uma satisfação sexual elevada, corroborando diversos estudos anteriores (Higgins et al., 2011; Pascoal, 2012; Vilarinho, 2010) e para uma igualdade dos níveis de satisfação em ambos os sexos.

Os níveis especialmente elevados de satisfação sexual podem dever-se ao facto de a amostra ser constituída por jovens entre os 18 e os 25 anos, solteiros e com grau de escolaridade elevado, variáveis estas que segundo Vilarinho (2010) parecem estar associadas, nas mulheres, à satisfação sexual.

Apesar de não haver diferenças na satisfação sexual geral, analisando as várias dimensões que a compõe verifica-se que as mulheres se consideram mais capazes de, durante as relações sexuais, referirem o que querem e questionarem o que o/a parceiro/a quer, bem como referem maior satisfação com a variedade da vida sexual, presença de amor ou afeto e apreço pelas carícias. Se é verdade que cada um dos fatores de insatisfação obtém uma pontuação baixa, há, no entanto, alguns que parecem ter um peso relativo maior, consoante o sexo dos/a participantes. Em ambos os sexos, os fatores mais referenciados e mais responsáveis pelos níveis de insatisfação parecem ser, por ordem decrescente: (1) a baixa frequência com que têm relações sexuais e (2) a dificuldade de referir o que apreciam mais, e perguntar o que os parceiros apreciam mais durante as relações sexuais. Nas participantes do sexo feminino, de seguida surgem: (3) a dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo, com penetração/estimulação clitoridiana; e (4) o desconforto/incapacidade de penetração de um dedo/pénis na vagina devido a contração muscular. Nos participantes do sexo masculino, de seguida surgem: (3) as situações relacionadas com a pouca variedade da vida sexual, ausência de amor e afeto, insatisfação durante as carícias e na relação sexual; e (4) tensão anterior às relações sexuais e rapidez na ejaculação.

No que diz respeito à comunicação, com um/a novo/a parceiro/a, numa primeira relação sexual, com preocupações preventivas, as participantes do sexo feminino apresentam valores mais elevados, pelo que parece ser-lhes mais fácil, neste tipo de situação, manifestarem as suas preocupações com a sua saúde.

Analisando os dados referentes à auto-eficácia contraceptiva, verificaram-se diferenças significativas entre os sexos. As mulheres acreditam ter maior capacidade para dever/poder controlar aspectos subjacentes à proteção durante as relações sexuais, do que os homens.

No que diz respeito às relações encontradas entre as variáveis, no grupo de mulheres, o sentimento de auto-eficácia contraceptiva está associado a uma maior comunicação com um/a novo/a parceiro/a, numa primeira relação sexual, com preocupações preventivas, estando também associado a maior satisfação sexual (apesar de ser uma correlação positiva baixa). Esta associação não se verifica nos participantes homens.

Uma maior satisfação sexual encontra-se associada a uma maior auto-eficácia contraceptiva, tanto nas mulheres, como nos homens. Fazendo esta análise tendo em conta as dimensões da satisfação sexual, verifica-se que a auto-eficácia contraceptiva não se encontra associada à frequência com que têm relações sexuais, mas encontra-se associada a todas as outras dimensões. Ou seja, um maior sentimento de auto-eficácia contraceptiva está associado a: (i) maior facilidade em referirem o que apreciam mais, e perguntarem o que os/a parceiros/a apreciam mais; (ii) maior variedade da vida sexual, presença de amor e afeto, e satisfação durante as carícias e na relação sexual; (iii) ausência de desagrado, recusa ou evitamento ao relacionamento sexual; (iv) prazer

em ser tocado e tocar o/a companheiro/a. Nas participantes do sexo feminino, valores mais elevados de auto-eficácia contraceptiva estão ainda associados a: (v) menores dificuldades ou incapacidade de atingir o orgasmo; e (vi) menor desconforto/incapacidade de penetração por contração muscular. No grupo de homens, valores mais elevados a nível da auto-eficácia contraceptiva estão ainda associados a: (v) menor tensão anterior às relações sexuais e menos ejaculação precoce; e (vi) menores dificuldades de excitação e de obter ou manter ereção durante as relações sexuais.

Tanto nas participantes do sexo feminino, como nos do sexo masculino, não se verificaram associações significativas entre a satisfação sexual e a capacidade de comunicação, com um/a novo/a parceiro/a, numa primeira relação sexual, acerca de preocupações preventivas. Estes dados parecem ir contra as conclusões de Traeen (2010) e Timm e Keiley (2011), sendo que, nas suas investigações a variável comunicação é muito mais ampla do que a utilizada no presente estudo (já que envolve comunicação em situações de intimidade e não apenas acerca de preocupações preventivas).

No entanto, quando se analisam as associações com as dimensões da satisfação sexual, no grupo de homens, continua a não se encontrar qualquer associação, mas no caso das mulheres encontraram-se associações significativas entre esta capacidade de comunicação e dois dos fatores. Ou seja, maiores valores na capacidade de comunicar com um novo parceiro, numa primeira relação sexual, acerca de preocupações preventivas está relacionado com: (a) uma maior capacidade de, durante a relação sexual dizer o que deseja, ou perguntar ao outro o que deseja; e (b) com uma maior variedade da vida sexual, presença de amor e afeto, e satisfação durante as carícias e na relação sexual.

Quanto à relação entre comunicação e auto-eficácia contraceptiva que os nossos resultados indiciam, parece-nos pertinente que, no futuro, se possa aprofundar estas conclusões, de forma a investir na implementação de ações preventivas. Estas devem ser capazes de promover uma evolução positiva entre maiores índices de comunicação e sentimentos de auto-eficácia contraceptiva, já que poderão estar associados, de forma positiva, à utilização de métodos contraceptivos (Basen-Engquist & Parcel, 1992; Cardoso, 1999; Catania et al., 1989). E se, além disso, a utilização de métodos contraceptivos está bastante condicionada às características dos relacionamentos (extensão temporal das relações, intimidade e compromisso, níveis de conflito percebido) (Manlove et al., 2011), convém tentar perceber quais as relações que se estabelecem entre as características do relacionamento e o recurso a métodos contraceptivos.

E se, tal como defendem Traeen (2010) e Timm e Keiley (2011), a qualidade da comunicação, além de estar associada ao sentimento de auto-eficácia contraceptiva está subjacente às diferentes dimensões da vivência sexual, parecendo condicionar, entre outros, a satisfação com o envolvimento sexual, poderá salientar uma especial necessidade de abordagem a este nível, em termos de possíveis implicações nas políticas preventivas.

Manlove e colaboradores (2011), nos estudos com jovens adultos/as, verificaram a necessidade de implementar programas orientados para uma perspetiva preventiva, centrada na necessidade de adotar estratégias de educação sexual focadas nas competências de comunicação, capazes de fomentar uma correta tomada de decisões quanto ao uso de métodos contraceptivos.

Concluindo, homens e mulheres parecem ter competências/fragilidades diferentes em termos de vivência da sexualidade, que neste estudo se revelaram não só a nível do sentimento de auto-eficácia contraceptiva, mas também da capacidade de comunicar acerca de preocupações preventivas, com um/a novo/a parceiro/a, numa primeira relação sexual. Mesmo no que se refere à satisfação sexual, em que aparentemente não houve diferenças, quando analisadas as dimensões que a compõem verifica-se diferenças significativas na capacidade percebida de dizer o que deseja e perguntar o que o/a parceiro/a deseja, com os homens a apresentarem maiores dificuldades.

Estas diferentes competências/fragilidades na vivência da sexualidade de homens e mulheres poderão ser remetidas para diferentes necessidades em termos de educação sexual, reforçando a ideia de que os programas de educação sexual deverão ter, pelo menos, enfoques diferentes das competências que tentam desenvolver.

Referências

- Aral, S. O., & Gorbach, P. M. (2002). Sexually transmitted infections. In G. M. Wingood & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of women's sexual and reproductive health* (pp. 255-279). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Arnal, R. B., & Llario, M. D. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18, 25-30.
- Basen-Engquist, K., & Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: A model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education, Quarterly*, 19, 263-277.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42, 113-118. doi: 10.1080/00224490509552264
- Cardoso, A. F. P. (1999). *Prevenção primária da SIDA em jovens. Avaliação de um projecto de prevenção: Conhecimentos, comportamentos e atitudes*. Tese de Mestrado (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Catania, J.A. (1998). Health Protective Sexual Communication Scale. In C. Davis, W. Yarber, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 544-547). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Catania, J. A., Coates, T. Y., Kegeles, S. M., Ekstrand, M., Guydish, J. R., & Bye, L. L. (1989). Implications of the AIDS Risk Reduction Model for gay community: The importance of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviours. In V. Mays, G.W. Albee, & S. F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 224-261). Newbury Park: Sage.
- Cozby, P. C. (2003). *Método de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Dias, A. C., & Gomes, W. (2000). Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: Percepção das jovens gestantes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 3, 109-125. doi: 10.1590/S0102-79722000000100013
- Ferreira, P., Fávero, M., & Del Campo, A. (2014). Avaliação do impacto de um programa de educação sexual no primeiro ciclo de escolaridade. *Educação: Teoria e Prática*, 24, 76-95.
- Figueiredo, P. M. (2005). A influência do locus de controlo conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciências e Cognição*, 6, 123-132.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C., & Vilar, D. (2010). *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz Barón, M., & Eceiza, A. (2013). *Comportamiento sexual de los y las adolescentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Perfiles de comportamiento sexual y estado de la educación sexual en la educación secundaria obligatoria del País Vasco*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Hair, J. F., Anderson, P. E., Tath, R. L., & Black W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, S. J. K., & Moore, N. B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the united states. *American Journal of Public Health*, 101, 1643-1654. doi: 10.2105/AJPH.2011.300154

- Holmberg, D., & Blair, K. L. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction and preferences of men and women in same-sex versus mixed sex relationships. *Journal of Sex Research, 46*, 57-66. doi: 10.1080/00224490802645294
- Jensen, B. (2000). Participation, commitment and knowledge as components of pupil's action competence. In B. Jensen, K. Schnack, & V. Simovska (Eds.), *Critical environmental and health education* (pp. 219-237). Copenhagen: The Danish University.
- Levinson, R. A. (1998). Contraceptive Self-Efficacy. In C. Davis, W. Yarber, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 166-167). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Levinson, R. A., Wan, C. K., LuAnn, J., & Beamer, L. J. (1998). The contraceptive self-efficacy scale: Analysis in four samples. *Journal of Youth and Adolescence, 27*, 773-793. doi: 10.1023/A:1022865900546
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Manlove, J., Welti, K., Barry, M., Peterson, Schelar, E., & Wildsmith, E. (2011). Relationship characteristics and contraceptive use among young adults. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 43*, 119-128. doi: 10.1363/4311911
- Pascoal, P. (2012). *Contributo de variáveis individuais e relacionais para a satisfação sexual de pessoas em relação de conjugalidade com e sem problemas sexuais*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2009). Satisfação sexual feminina: Relação com funcionamento sexual e comportamentos sexuais. *Análise Psicológica, XXVII*, 99-108.
- Pereira, A. (2013). *Determinantes familiares da vivência de sexualidade em jovens universitários*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Roque, O. (2001). *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e risco de gravidez não desejada*. Lisboa: APF.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 15*, 157-165. doi: 10.1007/BF01542223
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., Shelley, J., & Simpson, J. M. (2011). Sexual and relationship satisfaction among heterosexual men and women: The importance of desired frequency of sex. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 104-115. doi: 10.1080/0092623X.2011.560531
- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of "female sexual dysfunction". *Sexual and Relationship Therapy, 17*, 127-135.
- Tiefer, L. (2003). Female sexual dysfunction (FSD): Witnessing social construction in action. *Sexualities, Evolution & Gender, 5*, 33-36.
- Timm, T. M., & Keiley, M. K. (2011). The effects of differentiation of self, adult attachment, and sexual communication on sexual and marital satisfaction: A path analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 206-223. doi: 10.1080/0092623X.2011.564513
- Træen, B. (2010). Sexual dissatisfaction among heterosexual Norwegians in couple relationships. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 132-147. doi: 10.1080/14681991003622518
- Vaz, J. M., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vilaça, M. T. (2007). Dos modelos de educação para a saúde tradicionais aos modelos de capacitação: Abordagens metodológicas da educação sexual em Portugal do 7º ao 12º ano de escolaridade. *Boletim das Ciências, 20*, 97-98.
- Vilaça, M. T. (2012). Metodologia de ensino para uma sexualidade positiva e responsável. *ELO, 19*, 91-102.
- Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vilarinho, S. M., & Nobre, P. J. (2006). *Tradução e adaptação para a população portuguesa da versão masculina, do Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction* (GRISS; Rust & Golombok, 1986).

Widman, L., Welsh, D. P., McNulty, J. K., & Little, K. C. (2006). Sexual Communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescent Health, 39*, 893-899. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.06.003

Sexual satisfaction has been related to communication with the partner and with contraceptive self-efficacy. This study aims to examine sex differences not only at sexual satisfaction, communication skills with a new sexual partner, and perception of contraceptive self-efficacy, but also the associations between these variables. The sample consisted of 537 college student (271 men and 267 women), aged between 18 and 25 years old and sexually active. Data were collected by Portuguese versions of Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, Health Protective Sexual Communication Scale, e Contraceptive Self-Efficacy. Women have more communication skills with a new sexual partner and a higher contraceptive self-efficacy, though they are similar in sexual satisfaction level. Contraceptive self-efficacy is positively related to sexual satisfaction, however, this association in male participants is higher than in females. Contraceptive self-efficacy and communication skill with a new sexual partner are positively related, but just in women.

Key words: Communication with sexual partner, Contraceptive self-efficacy, Sexual satisfaction.

Submissão: 03/09/2014

Aceitação: 05/02/2015