

Margareth de Mello Ferreira dos Reis, Maria Beatriz Gracia Molina, Ana Claudia Fernandes Oliveira, Marilisa Pollone, Valéria Medeiros da Silva, Marília Rangel Machado, Leonardo Seligra Lopes e Sidney Glina

Disciplina de Urologia do Centro Universitário FMABC – Santo André/SP

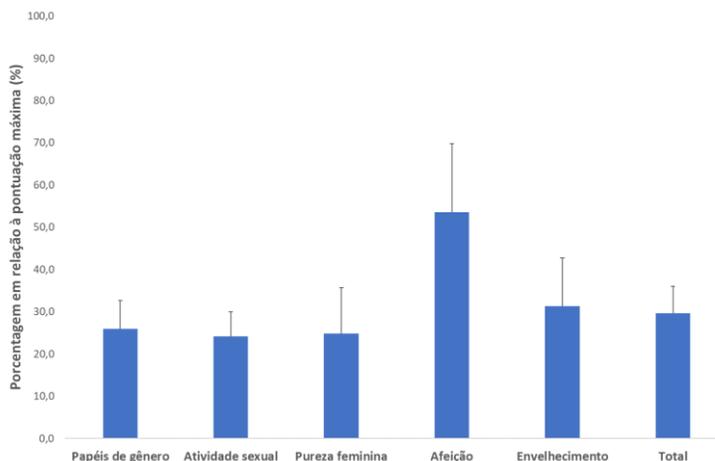
## Introdução e Objetivo

De acordo com a teoria cognitiva, as crenças estão entre os fatores cognitivos que permitem o processamento de informação e fazem com que os indivíduos construam suas representações de si mesmos e do mundo(1,2). As crenças relacionadas à sexualidade podem assumir um caráter recorrente e disfuncional e contribuir para o aparecimento e/ou manutenção das disfunções sexuais. A associação entre crenças relacionadas à sexualidade e disfunções sexuais é bidirecional, pois crenças disfuncionais podem potencializar as disfunções sexuais que, por sua vez, podem levar a crenças ainda mais disfuncionais(3). Estudos sugerem que crenças sexuais disfuncionais podem estar associadas a disfunções sexuais independentemente da orientação sexual(4). Há pouco conhecimento sobre as crenças sexuais das mulheres cisgênero brasileiras e sua possível associação com fatores sociodemográficos. Os objetivos deste estudo são descrever as crenças sexuais das mulheres brasileiras e investigar as características associadas a maiores escores de crenças sexuais disfuncionais.

## Método

Estudo de corte-transversal conduzido pela internet entre 22/09/2022 a 15/06/2023 em que foram incluídas mulheres brasileiras com idade igual ou superior a 18 anos que se autoidentificaram como cisgênero. Foram colhidas informações sobre faixa etária, escolaridade, orientação sexual, religião em que foi criada, religião atual e religiosidade (medida como a frequência a cerimônias religiosas). As crenças sexuais foram investigadas com uso da versão validada para o português brasileiro do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) – versão feminina(2,5). O QCSD é composto por 40 questões e avalia 5 domínios: normatização de papéis de gênero, atividade sexual, pureza feminina, afeição e envelhecimento. Quanto maior a pontuação obtida, maior a presença de crenças sexuais disfuncionais. A associação entre a resposta completa ao QCSD e as características sociodemográficas foi avaliada com o teste de qui-quadrado. Para investigar a associação entre a pontuação no QCSD e as demais variáveis foi utilizada a regressão linear. Admitiu-se nível de significância  $p < 0,05$ .

**Figura 1.** Média e desvio-padrão do percentual da pontuação máxima da versão feminina do Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais e de seus domínios de mulheres brasileiras cisgênero usuárias de internet (n= 489).



## Resultados

Foram incluídas no estudo 489 mulheres cisgênero, das quais 217 (44,4%) tinham idade superior a 39 anos, 333 (68,1%) residiam no estado de São Paulo, 240 (49,1%) cursaram pós-graduação, 269 (55,0%) moravam com uma parceria afetiva/sexual e 397 (81,2%) declararam-se heterossexuais. Cento e duas (20,9%) mulheres referiram ter sido criadas em mais de uma religião e 48 (9,8%) declararam ter atualmente mais de uma religião; 94 (19,2%) frequentavam cerimônias religiosas semanalmente.

Responderam integralmente ao instrumento de investigação sobre as crenças sexuais 366 (74,8%) mulheres. A ausência de resposta completa ao QCSD esteve associada a faixas etárias mais altas ( $p < 0,001$ ), escolaridade mais baixa ( $p < 0,001$ ), frequentar cerimônias religiosas irregular ou semanalmente ( $p < 0,001$ ), morar com parceria afetiva/sexual ( $p = 0,050$ ), ser católica atualmente ( $p = 0,023$ ) ou evangélica ( $p = 0,029$ ). Não foram observadas associações entre a religião professada na infância e a resposta completa ao QCSD. Mulheres que declararam não professar religião alguma atualmente apresentaram menor proporção de não completude do questionário ( $p < 0,001$ ). Mulheres heterossexuais e pansexuais apresentaram maiores proporções de não completude do QCSD, sem significância estatística.

As participantes apresentaram aproximadamente entre 25% e 30% da pontuação máxima possível do QCSD e de seus domínios, com exceção do domínio afeição, no qual a pontuação média foi 53,6% (Figura 1). As características associadas a maiores pontuações totais no QCSD foram: não manter relações sexuais ( $\beta = 15,0$ ; IC95%: 6,5 a 23,5;  $p = 0,001$ ), frequentar cerimônias religiosas irregularmente ( $\beta = 4,7$ ; IC95%: 2,1 a 7,3;  $p < 0,001$ ) ou semanalmente ( $\beta = 9,2$ ; IC95%: 5,6 a 12,8;  $p < 0,001$ ) e declarar-se evangélica atualmente ( $\beta = 5,4$ ; IC95%: 0,8 a 10,1;  $p = 0,021$ ). Por outro lado, ter cursado ensino superior ( $\beta = -4,4$ ; IC95%: -8,7 a -0,1;  $p = 0,045$ ) ou pós-graduação ( $\beta = -7,8$ ; IC95%: -11,9 a -3,6;  $p < 0,001$ ) e declarar-se bissexual ( $\beta = -4,1$ ; IC95%: -7,6 a -0,7;  $p = 0,018$ ) foram características associadas a menores pontuações.

## Conclusão

A amostra estudada caracterizou-se pelo maior nível de escolaridade, pela idade mais jovem e pela diversidade de orientações sexuais em comparação à população feminina brasileira. As pontuações médias obtidas no QCSD e em seus domínios foram baixas em comparação às máximas pontuações possíveis; todavia, esses resultados indicativos de baixa frequência de crenças sexuais disfuncionais estão provavelmente subestimados, pois mulheres com menor escolaridade, mais velhas e com maiores níveis de religiosidade não completaram o questionário. É possível que estas participantes apresentem mais crenças inflexíveis e conservadoras em relação a sexualidade e não se sintam à vontade sequer para responder às perguntas do QCSD.

Mulheres que não mantêm relações sexuais apresentaram pontuações significativamente mais altas no QCSD que as demais; porém, não é possível saber se a presença de crenças sexuais disfuncionais leva à ausência de relação sexual ou se as crenças são consequência da abstinência. As mulheres bissexuais apresentaram menores níveis de crenças sexuais disfuncionais em comparação tanto às mulheres homo como heterossexuais. Maiores níveis de religiosidade estiveram associados a maiores pontuações no QCSD, independentemente da religião professada, reforçando a necessidade de usar ambas as variáveis para estudar a associação entre religião e crenças sexuais. Finalmente, maiores níveis de escolaridade, possivelmente levando à maior exposição a informações científicas sobre saúde sexual, estiveram associadas a menores níveis de crenças sexuais disfuncionais.

## Referências

- Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Braz J Psychiatry. outubro de 2008;30:s54-64. • 2. Lucena, BB. Fatores cognitivos na função sexual: adaptação transcultural e estudo psicométrico de instrumentos de medida em sexualidade [Internet] [Tese de Doutorado]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2018. • 3. Nobre PJ. Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model. J Sex Med. 1º de abril de 2010;7(4\_Part\_1):1429-37. • 4. Peixoto MM, Nobre P. Dysfunctional Sexual Beliefs: A Comparative Study of Heterosexual Men and Women, Gay Men, and Lesbian Women With and Without Sexual Problems. J Sex Med. novembro de 2014;11(11):2690-700. • 5. Nobre P, Gouveia JP, Gomes FA. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. Sex Relatsh Ther. maio de 2003;18(2):171-204.