

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Instituto de Educação - IE

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PPG

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE DOIS
INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DA MULHER
BRASILEIRA**

Alexandra da Silva Pereira

Seropédica

Dezembro de 2021

Alexandra da Silva Pereira

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE DOIS
INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DA MULHER
BRASILEIRA**

Sob orientação do Professor Doutor

Wanderson Fernandes de Souza

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre** em Psicologia.

Área de concentração: Clínica, saúde, educação e contemporaneidade.

Seropédica

Dezembro de 2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P436a Pereira , Alexandra da Silva, 1996-
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE
DE DOIS INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE DA
MULHER BRASILEIRA / Alexandra da Silva Pereira . -
Seropédica, 2021.
110 f.

Orientador: Wanderson Fernades de Sousa.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, PPGPSI, 2021.

1. Adaptação transcultural. 2. Assertividade
Sexual. 3. qualidade de vida sexual. 4. funcionamento
sexual. 5. saúde da mulher. I. Sousa, Wanderson
Fernades de, ---, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. PPGPSI III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Instituto de Educação - IE

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PPG

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI

Alexandra da Silva Pereira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração em Clínica, Saúde, Educação e Contemporaneidade.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 21 DE DEZEMBRO DE 2021

Wanderson Fernandes de Souza. Dr. UFRRJ

(Orientador)

Ramiro Figueiredo Catelan. Dr. UFRJ

Ana Carolina Monnerat Fioravanti Bastos. Dra. UFF

“O que quer que você faça na sua vida será insignificante, mas é muito importante que você faça, porque ninguém mais o fará”.

Mahatma Gandhi.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças todas as vezes que eu já não aguentava seguir só com as minhas.

À minha família – pai, mãe, madrasta e tia –, que muitas vezes não entende exatamente o que eu faço, mas faz questão de se orgulhar mesmo assim do meu estudo e minha dedicação.

Aos amigos queridos que me ouviram sonhar e também reclamar do mestrado. Obrigada pela sua paciência, cuidado e carinho. Em especial Gabriel, Aline, Larissa, Gabriella, Ana, Carla, Thaís, Paloma e Djalma.

Ao meu noivo, que repetiu “calma, amor” um milhão de vezes ao longo desse processo, que acreditou na minha capacidade e me deu colo quando eu estava cansada.

Ao meu orientador, calmo além da conta, que foi delicado em suas conduções, se indignou de injustiças comigo e tentou manter esse processo o menos desgastante possível.

Aos psicólogos Aline Sardinha, Joaquim Leães e Márcia Votre, por colaborarem como especialistas em etapas relevantes dessa produção.

Às participantes da pesquisa, sem as quais nada disso seria possível.

À mim, primeira da minha família próxima a galgar um mestrado, filha de pais que nunca entraram na faculdade, por minha autodisciplina e recusa a desistir de ser tudo aquilo que eu posso ser.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

RESUMO

PEREIRA, Alexandra da Silva. **Adaptação transcultural e evidências de validade de dois instrumentos para avaliação da sexualidade da mulher brasileira. 2022. 110p.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2021.

A sexualidade é um dos fatores fundamentais na compreensão da vivência humana, influenciando na saúde, na satisfação com a vida e na forma de se relacionar com pessoas. Embora possua uma importância clara, instrumentos confiáveis e válidos para avaliar a sexualidade de mulheres brasileiras se mostram escassos ou inexistentes. O objetivo deste trabalho foi realizar a tradução, adaptação transcultural e apresentação de evidências de validade do Questionnaire on Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) e da Sexual Assertiveness Scale for Women (SAS for Women), além de correlacionar os dados obtidos com variáveis de funcionamento sexual. Os resultados são apresentados no formato de três artigos. No **primeiro artigo**, efetuou-se a tradução, avaliação da validade de conteúdo da SAS for Women, teste em um grupo piloto, aplicação da versão final em 935 mulheres através de formulários *online* e análise fatorial exploratória com rotação varimax dos dados obtidos. Os resultados sinalizaram que o modelo original de três fatores não se adequou perfeitamente, mas apresentou resultados satisfatórios explicando 46% da variância, com cargas fatoriais adequadas, *Alpha de Cronbach* total de 0,81 e alpha de cada fator variando de 0,69 a 0,81. Concluiu-se que a estrutura trifatorial se manteve estável e apresentou consistência interna e estrutura fatorial adequadas para utilização. No **segundo artigo**, também foi realizada a tradução, avaliação da validade de conteúdo do SQoL-F, teste em grupo piloto e análise fatorial exploratória do instrumento. Identificou-se a presença de um único fator que explicou 49% da variância, condizente com o proposto no questionário original. Este modelo unifatorial apresentou cargas fatoriais adequadas (entre 0,355 e 0,850). O questionário apresentou boa consistência interna e foram apresentadas evidências de validade satisfatórias para o uso com mulheres brasileiras. No **terceiro artigo**, foram obtidos dados acerca da assertividade sexual e do funcionamento sexual de mulheres brasileiras. Elas alcançaram média de 51,09 na EAS, com médias de 16,19 na escala de iniciação, 18,38 na de recusa e 16,52 na de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. A EAS se relacionou positivamente com todos os domínios da escala de funcionamento sexual. Conclui-se que esta pesquisa colaborou com a evolução do conhecimento em sexualidade feminina, em especial em assertividade e qualidade de vida sexuais.

Palavras-chave: assertividade sexual, qualidade de vida sexual, adaptação transcultural, psicometria, funcionamento sexual, saúde da mulher.

ABSTRACT

PEREIRA, Alexandra da Silva. **Cross-cultural adaptation and validity evidence of two instruments for the assessment of Brazilian women's sexuality. 2022. 110p.** Dissertation (Masters in Psychology). Institute of Education, Department of Graduate Studies, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2021.

Sexuality is one of the fundamental factors in understanding human experience, influencing health, satisfaction with life and the way of relating to people. Although it has a clear importance, reliable and valid instruments to assess the sexuality of Brazilian women are scarce or non-existent. The aim of this dissertation was to perform the translation, cross-cultural adaptation and presentation of evidence of validity of the Questionnaire on Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) and the Sexual Assertiveness Scale for Women (SAS for Women), in addition to correlating the data obtained with variables of sexual functioning. The results are presented in the format of three articles. In the **first article**, the translation, assessment of the content validity of the SAS for Women, test in a pilot group, application of the final version in 935 women through online forms and exploratory factor analysis with varimax rotation of the data obtained were performed. The results indicated that the original three-factor model did not fit perfectly, but presented satisfactory results explaining 46% of the variance, with adequate factor loadings, total Cronbach's Alpha of 0.81 and alpha of each factor ranging from 0.69 to 0.81. It was concluded that the three-factor structure remained stable and had adequate internal consistency and factor structure for use. In the **second article**, the translation, content validity assessment of SQoL-F, pilot group test and exploratory factor analysis of the instrument were also performed. The presence of a single factor was identified and explained 49% of the variance, consistent with what was proposed in the original questionnaire. This one-factor model presented adequate factor loadings (between 0.355 and 0.850). The questionnaire showed good internal consistency and satisfactory validity evidence was presented for use with Brazilian women. In the **third article**, data on sexual assertiveness and sexual functioning of Brazilian women were obtained. They achieved an average of 51.09 on the EAS, with an average of 16.19 on the initiation scale, 18.38 on the refusal scale and 16.52 on the prevention of pregnancy and sexually transmitted diseases scale. EAS was positively related to all domains of the sexual functioning scale. It is concluded that this research collaborated with the evolution of knowledge in female sexuality, especially in sexual assertiveness and quality of life.

Keywords: sexual assertiveness, quality of sexual life, cross-cultural adaptation, psychometrics, sexual functioning, women's health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivo Específico.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 Assertividade Sexual Feminina.....	12
3.2 Qualidade de Vida Sexual Feminina.....	16
4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	19
4.1 Estrutura da Dissertação.....	19
4.2 Estudo Transversal.....	19
4.2.1 Descrição do Método de Pesquisa.....	19
4.2.2 Participantes.....	19
4.2.3 Procedimentos.....	20
4.2.4 Instrumentos.....	21
4.2.5 Análise Estatística.....	23
4.2.6 Explicação sobre os Artigos.....	24
5 ARTIGOS.....	25
5.1 Adaptação Transcultural e Evidências de Validade da <i>Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women</i> no Brasil.....	25
5.2 Adaptação transcultural e evidências de validade do <i>Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female</i> para o Brasil.....	46
5.3 Avaliação da assertividade sexual em uma amostra de mulheres brasileiras: correlações com funcionamento sexual.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS.....	85
ANEXOS.....	88
Índice de Funcionamento Sexual Feminino.....	88
Sexual Assertiveness Scale for Women.....	92
Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire.....	93
APÊNDICES.....	94
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	94
Questionário Sociodemográfico.....	95
Escala de Assertividade Sexual para Mulheres – Tradutora 1.....	98
Escala de Assertividade Sexual para Mulheres – Tradutora 2.....	99
Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres: versão unificada.....	100
Retradução da Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women.....	101
Versão corrigida após CVC – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres.....	102
Versão final da Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres.....	104
Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino – Tradutora 1.....	105
Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino – Tradutora 2.....	105
Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F): versão unificada...106	
Retradução do Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire.....	107
Versão corrigida após CVC - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F).....	109
Versão final - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F).....	110

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade feminina foi negligenciada como objeto de estudo científico ao longo dos séculos, permeada por repressões religiosas, mitos de fragilidade, tabus e interditos que datam das referências bíblicas sobre a consciência, a criação do homem, os conceitos de procriação e de pudor (Brenot & Coryn, 2017). A história da humanidade foi constituída a partir de um tipo humano absoluto, o tipo masculino, dedicando-se a evolução do conhecimento, a explorar a anatomia, a posição social, a influência e as potências deste tipo absoluto (Beauvoir, 1949). Beauvoir citou, para elucidar a elaboração do que seria o ser feminino, uma frase do filósofo grego Aristóteles, que morreu em 322 a.C.: “A fêmea é fêmea em virtude de certa carência de qualidades.” (Beauvoir, 1949, v. 1, p. 18).

Os milênios de distanciamento de Aristóteles e as dezenas de anos que sucederam Simone de Beauvoir pouco fizeram para a desconstituição do feminino como um ser de faltas. Carvalho e Sardinha (2017) ressaltaram que prevalecem na literatura científica brasileira estudos, pesquisas, meta-análises e relatos que focalizam na passividade feminina frente às situações de disfunção sexual, dor, má conjuntura conjugal, visão negativa de si, do seu corpo e de seu desempenho, entre outros, deixando em aberto muitos temas relevantes para a construção da sexualidade feminina. Dentre eles, pode-se enfatizar a escassez de estudos e de instrumentos validados para avaliar a assertividade sexual e a qualidade de vida sexual femininas.

A assertividade sexual foi definida por diversos autores como a capacidade de comunicar preferências, necessidades e opiniões sexuais, bem como, de acordo com suas vontades, iniciar, recusar e negociar atividades sexuais (Morokoff et al., 1997; Torres-Obregon et al., 2017). Os benefícios de possuir bons níveis de assertividade sexual incluem uma boa saúde mental, melhora da autoestima e maior percepção de bem-estar, assim como uma maior satisfação sexual, melhor funcionamento sexual, mais chances de atingir metas românticas e sexuais e se proteger de comportamentos sexuais de risco e sensação de maior proximidade com a parceria. (Brassard et al., 2013; Eklund & Hjelm, 2018; Lammers & Stoker, 2019; Morokoff et al., 1997).

A assertividade sexual é apontada como correlata à qualidade de vida sexual. A qualidade de vida transcende o estar saudável fisicamente, relacionando domínios comportamentais, ambientais, psicológicos, emocionais e de autoavaliação (Rodrigues et al., 2014). Aplicada ao contexto sexual, torna-se uma medida ainda mais subjetiva, passando pela

avaliação individual não só do ato sexual e ou de boa funcionalidade sexual/ausência de disfunções, mas também de carícias, cumplicidade, habilidades próprias e da parceria, comunicação eficiente, empatia, resolução de problemas, além da própria assertividade (Sardinha et al., 2009).

A relevância dos eixos temáticos apresentados, apesar de visível, ainda não despertou completo interesse dos pesquisadores brasileiros na área, fato em destaque pela reduzida publicação de materiais a respeito e ausência de instrumentos com boas propriedades psicométricas traduzidos para avaliação da assertividade sexual e da qualidade de vida sexual no Brasil. Esta dissertação de mestrado visa, portanto, preencher uma lacuna existente na avaliação e na compreensão da sexualidade feminina, traduzindo e apresentando evidências de validade de duas escalas internacionalmente conhecidas e amplamente utilizadas em outros idiomas, fornecendo subsídios para a ampliação dos conhecimentos em assertividade sexual e em qualidade de vida sexual.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Apresentar a tradução e as evidências de validade de dois instrumentos relativos à sexualidade feminina para utilização em mulheres brasileiras.

2.2. Objetivos Específicos

Realizar a tradução e a apresentação de evidências de validade da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women*.

Realizar a tradução e a apresentação de evidências de validade do questionário *Sexual Quality of Life for Females (SQoL-F)*.

Investigar possíveis correlações entre assertividade sexual, funcionamento sexual e variáveis sociodemográficas relevantes.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Assertividade Sexual Feminina

A ideia de assertividade como utilizamos hoje teve seu auge na década de 1970, nos Estados Unidos, quando floresceram estudos sobre o comportamento assertivo. Ao mesmo tempo, na Inglaterra, cunhava-se o termo ‘habilidades sociais’ para designar um conjunto de

habilidades que possibilitavam a interação interpessoal de forma aceitável moralmente, dentre as quais se incluía a assertividade (Alberti & Emmons, 1970). Segundo Del Prette e Del Prette (2003) e Teixeira, Del Prette e Del Prette (2015) estes movimentos caminharam em concomitância, contribuindo para o desenvolvimento da assertividade tanto como ferramenta isolada, quanto como uma subcategoria do campo das habilidades sociais.

A título de delimitação conceitual, faz-se necessário definir assertividade para o contexto deste estudo, que não se debruçará sobre as diferenciações acerca dos campos nos quais a assertividade pode ser incluída. Os conceitos mundialmente aceitos quanto à assertividade são aqueles escritos por Alberti e Emmons (1970, p.13), no qual a asserção: “é o comportamento que capacita a pessoa a atuar em seu melhor interesse, afirmar-se sem ansiedade indevida, expressar confortavelmente e de forma honesta os seus sentimentos e exercitar os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros”; e por Lange e Jakubowski (1976, p.7 apud Del Prette & Del Prette, 2003), que implicam que a asserção “envolve afirmar os direitos pessoais, expressar pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, que não viole o direito das outras pessoas”.

Em ambas as definições, é clara a oposição da assertividade tanto a comportamentos não-assertivos (ou passivos) quanto à comportamentos agressivos. De fato, alguns autores que sucederam os acima citados no campo da assertividade, como Hargie et al. (1994) propuseram um *continuum* em que a assertividade aparecia no ponto intermediário entre a não-asserção e a agressividade, destacando ainda que este ‘ponto intermediário’ sofria influência de aspectos sociais e culturais, implicando em uma avaliação individualizada e sutil de que comportamentos serviriam à asserção, partindo-se das concepções advindas da subcultura de cada sujeito.

Alberti e Emmons (1970) afirmaram que o indivíduo assertivo tem controle de si mesmo nas relações pessoais, confiança e capacidade para reagir às circunstâncias sem afetação ou hostilidade exageradas, sendo espontâneo na expressão de seus sentimentos e emoções e nutrindo um sentimento positivo a respeito de si. Os autores apontaram que a assertividade também traria, por si só, benefícios sociais, na medida em que gera em quem a pratica iniciativas de flexibilidade, respeito por seus direitos e pelos direitos dos demais e preocupação acerca dos sentimentos daqueles que o rodeiam, além de mitigar sentimentos de autodepreciação, culpa e ansiedade nas relações sociais.

Considera-se que a assertividade pode ser desdobrada em algumas subclasses de resposta, como transcritas por Teixeira, Del Prette e Del Prette (2015) a partir de uma análise da produção de assertividade até o ano de publicação. São elas: (1) manifestar opinião, concordar, discordar; (2) fazer, aceitar e recusar pedidos; (3) desculpar-se e admitir falhas; (4) estabelecer relacionamento afetivo/sexual; (5) encerrar relacionamento; (6) expressar raiva e pedir mudança de comportamento; (7) interagir com autoridades; (8) lidar com a crítica. Estas subclasses não são igualmente desenvolvidas em todos os âmbitos da vida do indivíduo, nem são incentivadas em todos os seres humanos. Alberti e Emmons (1970) declararam que o comportamento assertivo é propriedade do adulto, branco e do sexo masculino, explicitando a necessidade de investigar e incentivar a assertividade em outros contextos e populações.

A assertividade sexual é uma habilidade que permite comunicar preferências, necessidades e opiniões sexuais a outra pessoa, afirmar seus direitos sexuais, buscar seus objetivos sexuais, decidir acerca de comportamentos e práticas que deseja ou não se engajar, negar a participação em situações de desagrado e exercer práticas sexuais mais saudáveis e seguras, se constituindo como um componente-chave da saúde sexual (Morokoff et al., 1997; Torres-Obregon et al., 2017). Pessoas sexualmente assertivas têm um melhor funcionamento sexual, maior capacidade de comunicação no âmbito sexual e utilizam de forma mais consistente os métodos contraceptivos (Darden et al., 2019; Torres-Obregon et al., 2017).

A boa assertividade sexual foi positivamente correlacionada com uma boa saúde geral e mental, maior percepção de bem-estar subjetivo e maior satisfação sexual (Eklund, & Hjelm, 2018). Em outros estudos, os benefícios da boa assertividade sexual incluem o atingimento de metas sexuais e românticas, proteção a comportamentos sexuais de risco e menor propensão ao envolvimento em situações de violência conjugal/sexual, maior percepção de intimidade com a parceria, melhor autoestima e maior senso de autoeficácia (Brassard et al., 2013; Lammers & Stoker, 2019; Morokoff et al., 1997)

Mulheres com baixa assertividade sexual sofrem mais experiências de abuso sexual e físico e têm mais disfunções sexuais (Sierra et al., 2018). Darden et al. (2019), em inúmeros estudos sobre ambivalência aplicada ao âmbito sexual, apontaram que 81% das mulheres já se sentiram ambivalentes (não tinham certeza) quanto a atividade sexual e mais de 10% delas declararam ceder à atividade sexual por se sentirem pressionadas ou forçadas. Os dados são reforçados por Morokoff et al. (1997) que pontuaram a coerção sexual não violenta como

muito mais comum e que 42% das mulheres vítimas de coerção sexual estavam em um relacionamento amoroso com homens.

Acerca dos direitos sexuais, Carvalho e Sardinha (2017) os listaram baseados tanto na literatura existente quanto em sua prática clínica como terapeutas cognitivo-sexuais: (1) direito à liberdade e autonomia sexual, (2) direito de privacidade sexual, (3) direito à igualdade sexual, (4) direito ao prazer, (5) direito de expressar suas emoções durante o ato sexual, (6) direito de escolher a hora de engravidar e (7) direito de ler mais e se informar melhor (sobre questões sexuais). Apesar dos direitos sexuais, assim como os direitos humanos, serem universais, há diferenças na experimentação desses por homens e mulheres devido a estereótipos e valores sociais profundamente arraigados (Carvalho & Sardinha, 2017).

A assertividade sexual feminina, em específico, tem sua construção confrontada por inúmeras instituições sociais, em especial a família, as organizações religiosas e as conjunturas políticas, bem como por uma dinâmica de poder que favorece aos homens (Alberti & Emmons, 1970). Carvalho e Sardinha (2017) apontaram que para a mulher ainda se atribuem papéis de reprodução, monogamia e ausência de direitos ao prazer; Alberti e Emmons destacaram que ao mesmo tempo em que a sociedade espera inocência, meiguice e passividade das mulheres, também as incentivam a serem sensuais e sedutoras, causando uma dicotomia angustiante e que constitui base pra muitas disfunções e dificuldades sexuais.

Tendo em mente as expectativas baseadas no gênero, há problemas específicos na construção da assertividade sexual feminina, como a passividade sexual, a dificuldade em descobrir e explorar seus próprios interesses sexuais e crenças disfuncionais a respeito de iniciar o comportamento sexual (Morokoff et al., 1997). Uma série de estudos conduzidos por Morokoff et al. (1997) delineou que mesmo mulheres que eram razoavelmente assertivas em recusar experiências sexuais e utilizar métodos contraceptivos tinham dificuldade em “dar o primeiro passo” em direção à atividade sexual com seus parceiros.

Em suma, a assertividade sexual visa construir com os indivíduos a capacidade de consentir às atividades que lhes interessam e expressar recusa àquelas que os ofendem, os insultam ou simplesmente não os interessam. A assertividade sexual precede a comunicação, que por sua vez abre espaço a negociações valiosas no âmbito romântico e sexual (Darden et al., 2019). Embora esta temática já seja explorada em outros países, não há, no contexto brasileiro, instrumentos, protocolos ou até mesmo narrativas acerca da assertividade sexual

feminina. Este projeto visa, portanto, iniciar o preenchimento de uma lacuna na pesquisa da sexualidade humana brasileira.

3.2. Qualidade de Vida Sexual Feminina

A qualidade de vida pode ser abordada como sinônimo de saúde ou de forma mais abrangente, elencando tópicos como felicidade, satisfação pessoal, objetivos de vida, escolaridade, condições socioeconômicas, sexualidade, aspectos espirituais e de pertencimento, dentre outros (Pereira et al., 2012). A sexualidade é considerada um aspecto importante na vivência da qualidade de vida, impactando significativamente (Den Oudsten et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2006) define saúde sexual como um estado de saúde físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, não caracterizado apenas pela ausência de doença. Isso nos leva a ideia de que a saúde sexual tem vinculação não apenas com aspectos reprodutivos, sendo influenciada e influenciando o âmbito biológico, econômico, psicológico, ético, social, emocional, espiritual e relacional, afetando a qualidade de vida geral (Barreto et al., 2018). A atenção à saúde sexual feminina é, então, um aspecto importante para a qualidade de vida geral e sexual em específico e cerca de 43% da população reporta perturbações na saúde sexual (Blouet et al., 2018).

Articulando-se os conceitos de qualidade de vida e de saúde sexual da mulher, ao aplicar a expressão “qualidade de vida sexual” (QVS) se estará fazendo referência à correlação entre a boa função sexual, a expressão de desejos, valores e vontades sexuais, a satisfação sexual, a boa imagem corporal, a sensação de autoeficácia sexual, a satisfação com a parceria e com suas habilidades e práticas sexuais, além de questões de ordem física, comportamentais, psicológicas e emocionais que afetam a sexualidade (Den Oudsten et al., 2009). Zhao e colaboradores (2018) apontaram que a QVS é um dos aspectos mais importantes para determinar o bem-estar nas mulheres, dado que mulheres sofrendo uma vida sexual anormal reportaram uma pior qualidade de vida em medidas de saúde.

Destaca-se, entretanto, que a delimitação de significado da expressão é de cunho conceitual, visto que a literatura fornece diversas opções de definições, nenhuma evocando concordância entre os teóricos do tema. Sobre a dificuldade em estabelecer o conceito de qualidade de vida Barreto et al. (2018) sinalizaram que há diversos domínios a serem explorados e correlacionados. Acerca da qualidade de vida sexual, Zhao et al. (2018)

postulou que os fatores que a afetam ainda estão longe de serem determinados com precisão, destacando uma influência cultural importante e Blouet et al. (2018) enfatizou os *taboos* e a dificuldade de falar sobre o assunto como dificultadores na construção deste conhecimento.

Além da dificuldade de conceituação por parte dos estudiosos, os profissionais da saúde também enfrentam desafios ao abordar a QVS com pacientes e familiares. Tugut et al. (2017) declaram que profissionais da saúde tendem a ignorar assuntos vinculados a sexualidade, principalmente quando outras questões de saúde física aparecem, tomando estes problemas como prioridade. Os autores também destacaram que as razões pelas quais as mulheres tendem a não demandar esse olhar holístico do profissional são principalmente vergonha e/ou desconforto, medo de ser mal compreendida pelo profissional e tendência a ignorar a própria QVS e sua importância.

Dado que a qualidade de vida sexual (QVS) é um conceito amplo e multifacetado, os autores costumam se valer da associação com a boa sexual para avaliá-la, visto que ao avaliar a funcionalidade, a presença de disfunções implicaria em uma piora da QVS e do bem estar geral (Maasumi et al., 2013). Pode-se definir boa função sexual como manifestações adequadas nas quatro fases do ciclo de resposta sexual, composto por desejo, excitação, orgasmo e resolução; conseqüentemente, o comprometimento em uma das fases sinaliza disfunção sexual (Correia et al., 2016). Disfunções sexuais podem estar presentes em quase 70% das mulheres brasileiras em diferentes faixas etárias (Wolpe et al., 2017).

Lukic et al. (2016) apontou que embora as mulheres percebam alterações negativas da sua qualidade de vida sexual (por vezes sinalizadas através da presença de disfunções e/ou dores durante ou depois da relação sexual), estas se privam de tratamentos adequados por vergonha, frustração ou mesmo por acharem que é uma condição normal ou não relevante, com apenas um terço das mulheres procurando ajuda. A visão de alterações negativas como sendo intrínsecas ao envelhecimento também influencia a não busca por tratamentos adequados (Correia et al., 2016).

O nível de educação formal da mulher é altamente associado com o aumento na qualidade de vida sexual, na medida em que é prestada mais atenção à saúde como um todo (Tugut et al., 2017). Em contra partida, características de personalidade como o neuroticismo e a afetividade negativa podem influenciar negativamente a função sexual e a QVS, assim como fases específicas da vida da mulher como a menopausa e a gestação (Den Oudsten et al., 2009).

Apesar de ser uma fase natural da vida humana, é atribuída a gestação a redução do desejo sexual, da intimidade sexual, da frequência do sexo e do aproveitamento sexual, que vai decaindo ao longo dos trimestres. Tugut et al. (2017) apontaram que não é algo apenas decorrente das complicações normais da gravidez, como mudanças nas funções e estrutura corporais, mas também diz respeito a mudanças percebidas pela mulher em sua autoestima, papel social e relações estabelecidas. Ao se enfrentar uma gravidez de risco, a deteriorização da vida sexual é sentida como mais adversa, levando a insatisfação sexual e consigo (Tugut et al., 2017).

Ao abordar a menopausa, Zhao et al. (2018) percebeu que mais de 1/5 das mulheres cessou completamente suas vidas sexuais e que dentre aquelas que se mantinham ativas, a maior porcentagem se envolvia em atividade sexual menos de uma vez ao mês, indicando uma redução significativa de atividade sexual. Além disso, o autor e seus colaboradores também apontaram que quase metade delas via a vida sexual como algo não essencial e sentiam pouco desejo, além de biologicamente existir a redução da lubrificação vaginal. Como resultado, as mulheres na menopausa experienciam menor satisfação sexual e mais ansiedade aplicada ao âmbito sexual, reduzindo significativamente sua QVS.

Doenças específicas ou que afetam significativamente mais o público feminino como a endometriose (acrescida ou não de dispareunia) e o câncer de mama também tem sua parcela na diminuição da qualidade de vida sexual. Com relação à endometriose, esta afeta cerca de 10% de todas as mulheres em idade reprodutiva, acarretando dores significativas e invalidantes e, acrescida a dispareunia, causa consequências negativas nos âmbitos sexuais e sociais (Lukic et al., 2016). Outros atravessamentos experimentados, destacados pelo mesmo autor, são redução de desejo, da lubrificação e da função sexual, implicando em menor qualidade de vida sexual.

Den Oudsten e colaboradores (2010) sinalizaram que cerca de 10% das mulheres com câncer de mama consideravam suas vidas sexuais ruins ou muito ruins. Os dados obtidos por Blouet e colaboradores (2018) informaram que o desejo e a capacidade de atingir o orgasmo são domínios comumente afetados durante o processo cancerígeno, assim como a redução na frequência da atividade sexual. Em contrapartida, a satisfação com a parceria se mostrou um fator relevante, que elevava a percepção subjetiva de qualidade de vida geral, enquanto a qualidade de vida sexual sofria com perdas e diminuições (Blouet et al., 2018).

As disfunções sexuais femininas também causam impacto na qualidade de vida geral e sexual, sendo agravadas pela privação da busca de tratamento por parte das mulheres, que ainda sentem vergonha e/ou atribuem o rótulo de ‘normal’ a vivência de uma disfunção (Correia et al., 2016).

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação está dividida em três capítulos correlacionados, elaborados no formato de artigos. No primeiro artigo, está descrito o processo de adaptação transcultural, análise fatorial e evidências de validade da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women*, no segundo, a adaptação transcultural, análise fatorial e evidências de validade do *Questionnaire on Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F)* e, no terceiro, um estudo transversal visando avaliar a assertividade sexual de mulheres brasileiras através da aplicação da traduzida da SAS, assim como traçar correlações com o funcionamento sexual, obtido do Índice de Funcionamento Sexual Feminino.

Os procedimentos e processos estão descritos em detalhes nos seus respectivos capítulos. Neste, portanto, será fornecida uma descrição geral dos instrumentos, métodos e resultados obtidos.

4.2 Estudo Transversal

4.2.1 Descrição do método de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa transversal, com viés quantitativo em vistas a coletar os dados necessários para avaliar a qualidade de vida e a assertividade sexuais de mulheres brasileiras. O meio de acesso às participantes da pesquisa foi *online*, através de um questionário disponibilizado com auxílio do *google* formulários. A coleta de dados foi realizada entre o mês de agosto de 2020 e o mês de janeiro de 2021.

4.2.2 Participantes

A partir da divulgação do estudo, foram elegíveis para participar mulheres maiores de 18 anos, com vida sexual ativa (que se engajaram em atividade sexual compartilhada com a parceria ao menos uma vez nas últimas quatro semanas), de nacionalidade brasileira e que desejassem participar de forma voluntária.

A amostra final do estudo online foi de 938 mulheres cisgênero. A maior concentração etária das participantes se deu na faixa de 18 a 25 anos (42%) e 26 a 35 anos (34%). A maior parte das participantes possui ensino superior completo (53%) ou em andamento (32%) e exerce uma ocupação laboral (59%). As mulheres pesquisadas vivem em sua maioria na região sudeste (84%) e não tem filhos (73%).

Quanto a variáveis relativas à sexualidade, 595 (63%) mulheres apontaram se interessar apenas por homens, seguidas por 198 (21%) que se interessam tanto por homens quanto por mulheres. A maioria das mulheres (86%) estava em um relacionamento no momento da pesquisa e utilizavam algum método contraceptivo, sendo os mais comuns a camisinha (31%) e o anticoncepcional hormonal (31%). Quanto à frequência sexual, 563 (60%) das mulheres alegaram estar satisfeitas.

4.2.3 Procedimentos

Inicialmente, foi conduzido o processo de tradução independente da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* e do *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQOL-F)* por duas psicólogas fluentes em inglês, unificação das versões e retradução para o inglês com auxílio de um professor da língua inglesa. Em consequente, três especialistas em psicologia e sexualidade foram convidados a participar da pesquisa para realizarem a avaliação de conteúdo dos itens e colaborarem com a equivalência semântica dos instrumentos, resultando em uma versão pré-final.

Após ambos os procedimentos, 10 mulheres com idades entre 20 e 56 foram entrevistadas acerca das suas compreensões sobre cada item da versão pré-final dos instrumentos. Através de suas opiniões e observações, o instrumento sofreu algumas mudanças e foi considerado apto para a aplicação em larga escala.

A pesquisa obteve aprovação da Plataforma Brasil, nº 4.431.551/2020. Os instrumentos traduzidos foram aplicados em uma amostra de 938 mulheres brasileiras, convidadas a participar da pesquisa através de divulgações *online* em mídias sociais e grupos de mulheres. A participação teve caráter voluntário, com anuência das mulheres a um termo de consentimento livre e esclarecido e disponibilização de um e-mail de contato caso as participantes desejassem alguma informação a mais sobre a pesquisa. A descrição detalhada dos procedimentos pode ser encontrada nos artigos respectivos de cada instrumento.

4.2.4 Instrumentos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Elaborado com informações relevantes às participantes da pesquisa, de forma a esclarecê-las e assegurar-lhes uma participação sigilosa e segura, bem como voluntária. Foi destacada também a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem acarretar nenhuma adversidade (APÊNDICE 1).

Questionário Sociodemográfico. Criado a fim de colher informações gerais acerca das participantes como idade e condições de saúde e informações relevantes ao campo estudado (APÊNDICE 2).

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). Constitui-se como um inventário autoaplicado, válido e seguro, elaborado por Rosen et al. (2000) e traduzido para o português por Pacagnella et al. em 2008. O FSFI se propõe a avaliar, utilizando uma pontuação de 0 a 5, seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para este projeto, o domínio da dor foi desconsiderado devido a sua avaliação de dor ser derivada exclusivamente da penetração do pênis na vagina. Sendo assim o instrumento contou com 16 itens no total. A definição de ato sexual provida pelo instrumento “definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina” também foi removida, sendo considerada atividade ou ato sexual qualquer interação com interesse sexual, como carícias, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, etc.

O FSFI é um instrumento amplamente utilizado em pesquisas, tendo sido traduzido e adaptado para estudar mulheres que falam inglês, espanhol, português, francês, italiano, holandês, entre outras línguas. Ao permitir que sejam acessados estudos de diferentes partes do mundo, é possível correlacionar os dados que foram obtidos com as experiências femininas em outras culturas e países. O instrumento também conta com publicações recentes envolvendo seu uso em amostras clínicas e comunitárias de mulheres, como os estudos de Abdullahi et al. (2019) e Silva e Damasceno (2019).

A assertividade sexual está vinculada a um melhor funcionamento sexual e mulheres com bom funcionamento sexual têm uma melhor qualidade de vida sexual (Darden et al., 2019; Maasumi et al., 2013; Torres-Obregon et al. 2017). Sierra et al. (2018) destacaram que mulheres não assertivas são mais propensas a desenvolver disfunções sexuais. Desta

forma, o acesso a dados relativos ao funcionamento sexual das mulheres contribuirá com a compreensão das temáticas de qualidade de vida e assertividade sexuais (ANEXO 1).

Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women. Foi elaborada e validada por Patricia Morokoff e colaboradores, publicada em 1997. A justificativa apontada pelos autores para construção da escala reside na importância da assertividade sexual para o atingimento de objetivos sexuais, mas principalmente no papel da assertividade sexual como protetora de comportamentos não desejados e desprotegidos dentro do contexto sexual. Morokoff e colaboradores (1997) destacaram que existem especificidades de gênero importantes ao se pensar em uma escala focada em mulheres como a passividade sexual e a falta de iniciativa.

Assim sendo, a *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* foi elaborada com base nos direitos humanos de autonomia frente à experiência sexual e tendo como inspiração escalas anteriores publicadas para identificar mulheres em risco de coerção sexual. Sua primeira versão incluía 121 itens, refinados até os 18 itens atuais que representam três componentes centrais na assertividade sexual: início, recusa e proteção a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez. Os itens de 1 a 6 se referem às habilidades da mulher em dar início à atividade sexual da forma desejada; os itens de 7 a 12 avaliam a frequência em que a mulher é capaz de recusar e evitar qualquer prática sexual indesejada; e os itens finais, de 13 a 18, correspondem ao uso do método de proteção no contexto sexual. Suas respostas são dadas em uma escala likert de 5 pontos partindo de *never* até *always*.

Em sua versão original em inglês, a escala foi amplamente avaliada e utilizada, sendo reportada boa confiabilidade da escala como um todo (0,82) e em suas subescalas. A subescala de início teve consistência interna (*alpha*) de 0,77, a de recusa 0,74 e a de proteção à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis 0,82. Dada a sua aplicação em diversos países, é clara a estabilidade da escala e sua consistência avaliativa, porém é necessária cuidadosa adaptação transcultural e linguística, como sinalizam Torres-Obregon e colaboradores (2017) (Para versão original em inglês ver anexo 2; para acompanhar as etapas de tradução e ajuste da SAS ver apêndices 3 a 7; para conferir a versão traduzida final da SAS ver apêndice 8).

Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQOL-F). Desenvolvido a partir de um estado de insatisfação no qual se constatou a existência de alguns instrumentos que avaliavam a qualidade de vida sexual do homem, principalmente na temática de disfunção erétil, e a inexistência de métodos para mensurar a qualidade de vida sexual

feminina. Tyra Symons, ao lado de suas colaboradoras Mitra Boolell e Frances Quirk publicaram em 2005 seu artigo de desenvolvimento de um questionário que pudesse preencher esta lacuna.

As autoras consideraram a qualidade de vida um construto multidimensional e que abordava a saúde física, social, emocional, psicológica e também sexual. Foi sinalizada associação entre funcionamento sexual adequado e qualidade de vida geral, implicando na construção da qualidade de vida sexual. Destacou-se que as disfunções sexuais podem ocorrer em até 63% das mulheres, demandando instrumentos específicos que pudessem acessar o impacto das disfunções sexuais na vida das mulheres (Symonds et al., 2005).

Para desenvolvimento do questionário original, utilizou-se uma entrevista semiestruturada de 17 itens, com duração entre 60 e 90 minutos, que abordava a disfunção sexual e seus desdobramentos para a mulher, sua parceria e a relação compartilhada. Foram entrevistadas 82 mulheres de 7 países, com e sem diagnóstico de disfunção sexual. Após, as autoras agregaram as respostas aos itens em temas e revisaram novamente a literatura, produzindo 24 itens. Após revisão de especialistas, cinco itens foram rejeitados e um posteriormente removido, totalizando 18 itens finais presentes no questionário a serem respondidos em uma escala de 6 pontos (de “*completely agree*” até “*completely disagree*”), quanto mais alto o escore, maior a qualidade de vida sexual.

A consistência interna da escala foi considerada muito alta ($\alpha = 0,95$). A validade convergente do questionário também foi testada em comparação a dois itens do “*Life Satisfaction Checklist*” (“*Satisfaction with sex life*” and “*Satisfaction with partner relationship*”) com os resultados do SQOL-F. Foi encontrada correlação positiva com ambos os itens, sinalizando que quando a satisfação com a vida sexual aumenta, a qualidade de vida sexual também aumenta. A escala também foi sensível ao identificar diferença significativa entre respondentes com e sem depressão (No anexo 3 consta a versão original em inglês, nos apêndices de 9 a 13 as etapas de tradução e ajuste do SQoL-F e no apêndice a versão traduzida final do SQoL-F).

4.2.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20. Foram desenvolvidas estatísticas descritivas como médias, frequências e desvio-padrão. A análise estatística envolveu correlações bivariáveis entre as variáveis

contínuas e testes de comparação de médias: Teste T de Student e ANOVA. Também foram realizados: análise da consistência interna a partir do *Alpha de Cronbach* e da correlação item-escala, índice de adequação da amostra e o Teste de esfericidade de Bartlett e análise fatorial exploratória (AFE). A explicação detalhada de cada procedimento encontra-se descrita no corpo de cada artigo.

4.2.6 Explicação sobre os artigos

Nesta dissertação em formato de artigos, buscou-se responder aos objetivos da pesquisa de forma sistematizada, cada um deles no formato de um artigo publicável em revistas científicas.

Artigo 1. Desenvolvido em torno do processo de tradução, adaptação transcultural e apresentação de evidências de validade para uma versão em português brasileiro da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women*.

Artigo 2. Baseado na mesma lógica do artigo anterior, o segundo artigo se articula explicando o processo de tradução, adaptação transcultural e apresentação de evidências de validade para uma versão em português brasileiro do *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQOL-F)*.

Artigo 3. Focado em avaliar a assertividade sexual em uma amostra de mulheres brasileiras utilizando a escala de assertividade sexual traduzida no artigo 1. Foram analisadas correlações da assertividade com variáveis sociodemográficas e relativas ao funcionamento sexual, obtidas através do FSFI.

5. ARTIGOS

5.1 Adaptação Transcultural e Evidências de Validade da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* no Brasil

Adaptação transcultural e evidências de validade da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* no Brasil ¹

Cross-cultural adaptation and validity evidence of the *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* in Brazil

Título curto: Adaptação transcultural da SAS for Women

Título curto: Cross-cultural adaptation of SAS for Women

Autoria: Alexandra da Silva Pereira. Mestranda em Psicologia.

Afiliação institucional: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia. Seropédica, Rio de Janeiro, Brasil.

Vínculo Institucional: Aluna de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3912-8469>

Email de contato: psicologaalexandrapereira@gmail.com

Telefone de contato: (21)964803943

Participação no manuscrito: Concepção e desenho do estudo e das análises, interpretação dos dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

Wanderson Fernandes de Souza. Doutor em Saúde Pública.

Afiliação institucional: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Programa de Pós Graduação em Psicologia. Seropédica, Rio de Janeiro, Brasil.

¹ Artigo submetido à revista Estudos de psicologia (Campinas) seguindo as normas de formatação exigidas pela revista.

Vínculo Institucional: Professor adjunto do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9389-6234>

Email de contato: wanderson.souza@gmail.com

Telefone de contato: (21)987229245

Endereço institucional: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, BR-465, Km 7 Seropédica-Rio de Janeiro. CEP: 23.897-000.

Participação no manuscrito: Colaboração substancial no desenho do estudo e das análises, interpretação dos dados, revisão crítica e correção do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

O artigo é parte da Dissertação de Mestrado de Alexandra da Silva Pereira, primeira autora do artigo, orientada pelo professor doutor Wanderson Fernandes de Souza. A Dissertação se intitula “Avaliação da qualidade de vida e da assertividade sexuais em uma amostra de mulheres brasileiras” e será defendida em dezembro do ano de 2021 na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O artigo não foi previamente submetido a alguma plataforma Preprints.

Não há conflitos de interesse.

Resumo

A assertividade sexual é a capacidade de comunicar preferências, necessidades e opiniões sexuais, bem como iniciar, recusar e negociar atividades sexuais. Este estudo buscou apresentar evidências de validade da *Sexual Assertiveness Scale for Women* no contexto brasileiro. Efetuou-se a tradução, avaliação da validade de conteúdo, teste da versão pré-final com 10 mulheres, aplicação da versão final em 935 mulheres através de formulários *online* e análise fatorial exploratória com rotação varimax dos dados obtidos. Os resultados sinalizaram que o modelo original de três fatores não se adequou perfeitamente, mas apresentou resultados satisfatórios explicando 46% da variância, com cargas fatoriais adequadas, *Alpha de Cronbach* total de 0,81 e alpha de cada fator variando de 0,69 a 0,81. Concluiu-se que a estrutura trifatorial se manteve estável e apresentou consistência interna e estrutura fatorial adequadas para utilização.

Palavras-chave: Assertividade sexual; Sexualidade feminina; Adaptação transcultural; Estudos de validação; Psicometria.

Abstract

Sexual assertiveness is the ability to communicate sexual preferences, needs and opinions, as well as initiating, refusing and negotiating sexual activities. This study sought to present evidence of the validity of the Sexual Assertiveness Scale for Women in the Brazilian context. The translation, content validity evaluation, pre-final version test with 10 women, application of the final version in 935 women through online forms and exploratory factor analysis with varimax rotation of the obtained data were performed. The results indicated that the original three-factor model did not fit perfectly, but presented satisfactory results explaining 46% of the variance, with adequate factor loadings, total Cronbach's Alpha of 0.81 and alpha of each factor ranging from 0.69 to 0.81. It was concluded that the three-factor model remained stable and showed adequate internal consistency and factor structure for use.

Keywords: Sexual assertiveness; Female sexuality; Cross-cultural adaptation; Validation studies; Psychometrics.

Introdução

A assertividade sexual é uma habilidade que permite comunicar preferências, necessidades e opiniões sexuais a outra pessoa, afirmar seus direitos sexuais, buscar seus objetivos sexuais, decidir acerca de comportamentos e práticas que deseja ou não se engajar, negar a participação em situações de desagrado e exercer práticas sexuais mais saudáveis e seguras, se constituindo como um componente-chave da saúde sexual (Morokoff et al., 1997; Torres-Obregon et al., 2017). Segundo Darden et al. (2018) e Torres-Obregon et al. (2017), pessoas sexualmente assertivas têm um melhor funcionamento sexual, maior capacidade de comunicação no âmbito sexual e utilizam de forma mais consistente os métodos contraceptivos.

A boa assertividade sexual está positivamente correlacionada com uma boa saúde geral e mental, maior percepção de bem-estar subjetivo e maior satisfação sexual (Eklund & Hjelm, 2018). Os benefícios da boa assertividade sexual incluem o atingimento de metas sexuais e românticas, proteção a comportamentos sexuais de risco e menor propensão ao envolvimento em situações de violência conjugal e sexual, maior percepção de intimidade com a parceria, melhor autoestima e maior senso de autoeficácia (Brassard et al., 2013; Lammers & Stoker, 2019; Morokoff et al., 1997).

Mulheres com baixa assertividade sexual tendem a sofrer mais experiências de abuso sexual e físico e têm mais disfunções sexuais (Sierra et al., 2018). Darden et al. (2018) apontaram que 81% das mulheres já se sentiram ambivalentes quanto a atividade sexual e mais de 10% delas declararam ceder à atividade sexual por se sentirem pressionadas ou forçadas. Diferente do imaginário social, Morokoff et al. (1997) escreveram que a coerção sexual não violenta é relativamente comum. A autora destacou que 42% das mulheres vítimas de coerção sexual estavam em um relacionamento amoroso (Morokoff et al., 1997).

Acerca dos direitos sexuais, Carvalho e Sardinha (2017) apresentaram uma lista baseada tanto na literatura existente quanto em sua prática clínica como terapeutas cognitivo-sexuais: (1) direito à liberdade e autonomia sexual, (2) direito de privacidade sexual, (3) direito à igualdade sexual, (4) direito ao prazer, (5) direito de expressar suas emoções durante o ato sexual, (6) direito de escolher a hora de

engravadar e (7) direito de ler mais e se informar melhor (sobre questões sexuais). Apesar dos direitos sexuais, assim como os direitos humanos, serem universais, há diferenças na experimentação desses por homens e mulheres devido a estereótipos e valores sociais profundamente arraigados (Carvalho & Sardinha, 2017).

A assertividade feminina, em específico, tem sua construção confrontada por inúmeras instituições sociais, em especial a família, as organizações religiosas e as conjunturas políticas, bem como por uma dinâmica de poder que favorece os homens (Alberti & Emmons, 1978). Carvalho e Sardinha (2017) reforçam que, para as mulheres, ainda se atribuem papéis focados na reprodução, na monogamia e na ausência de direitos ao prazer. Alberti e Emmons (1978) destacaram que ao mesmo tempo em que a sociedade espera inocência, meiguice e passividade das mulheres, também as incentiva a serem sensuais e sedutoras, causando uma dicotomia angustiante e que constitui base pra muitas disfunções e dificuldades sexuais.

Tendo em mente as discrepâncias baseadas em gênero, há problemas específicos na construção da assertividade sexual feminina, como a passividade sexual, a dificuldade em descobrir e explorar seus próprios interesses sexuais e crenças disfuncionais a respeito de iniciar o comportamento sexual (Morokoff et al., 1997). Uma série de estudos conduzidos pelas autoras mencionadas delineou que mesmo mulheres que eram razoavelmente assertivas em recusar experiências sexuais e utilizar métodos contraceptivos tinham dificuldade em “dar o primeiro passo” em direção à atividade sexual com seus parceiros.

Embora clara a importância da temática, já explorada em outros países, não há instrumentos válidos e confiáveis para avaliação da assertividade sexual das mulheres brasileiras. Este artigo visa apresentar a tradução e a adaptação cultural, contextual e linguística da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women*. Também são apresentadas as evidências de validade encontradas para aplicação da escala traduzida em mulheres brasileiras.

Métodos e Procedimentos

Participantes

Para participarem da pesquisa, as mulheres assinalaram um termo de consentimento livre e esclarecido virtual. Elas também atestaram ter 18 anos ou mais, possuir vida sexual ativa (ter se engajado em no mínimo uma atividade sexual nas últimas quatro semanas) e terem nacionalidade brasileira. As respostas foram obtidas através de formulários virtuais.

O banco de dados foi constituído por 935 mulheres brasileiras que responderam os instrumentos descritos abaixo. A maior parte das respondentes tem idade entre 18 e 25 anos (41%) e 26 a 35 anos (34%) e reside na região sudeste (84%) do Brasil. A maioria das participantes da pesquisa tem diploma do ensino superior completo (53%) ou superior em andamento (32%), trabalham fora de casa (59%) e não tem filhos (73%).

Sobre a sexualidade das respondentes, é possível perceber que a maior parte da amostra se interessa apenas por homens (64%) ou tanto por homens quanto por mulheres (21%). A maioria das mulheres (87%) estava em um relacionamento no momento da pesquisa. Quanto à frequência sexual, a maior parte das pesquisadas se engajava em atividades sexuais 1 ou 2 vezes na semana (43%), seguidas por aquelas que se engajavam 2 ou 3 vezes no mês (25%) e estavam, em sua maioria, satisfeitas com essa frequência (60%). No momento da pesquisa grande parte das mulheres utilizava algum método contraceptivo, sendo mais comuns a camisinha (30%) e o anticoncepcional hormonal (32%). Apenas 26% das mulheres alegaram não usar nenhum método contraceptivo.

Instrumentos

As respondentes do estudo preencheram um questionário sociodemográfico e a *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women*. As perguntas do questionário sociodemográfico objetivaram coletar dados como idade, escolaridade, região de residência, orientação sexual e frequência sexual.

A *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* foi elaborada por Patricia Morokoff e colaboradoras e publicada em 1997 com base nos direitos humanos de autonomia frente à experiência sexual. Ela possui 18 itens divididos em 3 subescalas. Os itens 1, 2, 5, 9, 11, 12, 15, 17 e 18 são de pontuação direta e os itens 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14 e 16 são de pontuação reversa.

Cada subescala possui 6 itens. Os itens de 1 a 6 se referem às habilidades da mulher em dar início à atividade sexual de forma voluntária; os itens de 7 a 12 avaliam se a mulher é capaz de recusar e/ou evitar qualquer prática sexual indesejada; e os itens finais, de 13 a 18, correspondem ao uso de camisinha como método de prevenção à doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez. Suas respostas são dadas em uma escala likert de 5 pontos partindo de *never* (nunca, pontuação 0) até *always* (sempre, pontuação 4).

Em sua versão original em inglês, a escala tem sido a utilizada em diversas amostras, sendo reportada boa confiabilidade geral da escala ($\alpha = 0,82$) e em suas subescalas. As subescalas correspondem precisamente aos três fatores nomeados início, recusa e prevenção. A subescala de início da atividade sexual teve consistência interna (α) de 0,77, a de recusa 0,74 e a de prevenção à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis 0,82 (Morokoff et al., 1997).

Procedimentos

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: (1) tradução, síntese e retradução da escala; (2) validade de conteúdo; (3) teste da versão pré-final e (4) análise estatística. As etapas seguidas tiveram como base as diretrizes propostas por Beaton et al., (2000) e por Reichenheim et al. (2000).

Etapa 1 – Tradução, síntese e retradução

Para comprovação de equivalência semântica da escala traduzida para o português se utilizou como base o modelo proposto por Reichenheim et al. (2000). Este postula quatro etapas: tradução, retradução, apreciação formal de equivalência e interlocução com a população-alvo. O processo de tradução foi realizado a partir do original em inglês por duas psicólogas, em seus períodos de mestrado em psicologia, fluentes em inglês, de forma independente.

Optou-se por unificar as traduções independentes em uma nova etapa, conduzida por um terceiro tradutor, doutor em saúde pública e fluente em inglês. A versão unificada foi encaminhada a um professor da língua inglesa (não relacionado às áreas da psicologia ou da sexualidade) para retradução independente para o inglês. Após ser considerada apta, a versão unificada da escala foi encaminhada a três especialistas da área de psicologia e sexualidade para continuidade do processo de avaliação.

Etapa 2 – Validade de conteúdo

Para realização desta etapa, tomou-se como base o procedimento de análise de conteúdo postulado por Hernandez-Nieto (2002). De acordo com suas recomendações, convidam-se três ou cinco especialistas de reconhecido saber na área de conhecimento a ser avaliada para darem seus pareceres (Hernandez-Nieto, 2002). Os critérios utilizados para a seleção dos avaliadores foram: conhecimento teórico e técnico no campo da sexualidade, mínimo de 10 anos de atuação profissional e fluência no idioma original da SAS (inglês). Foram selecionados três especialistas, duas avaliadoras do sexo feminino e um do sexo masculino.

Os especialistas foram contatados e concordaram em participar da pesquisa de livre e espontânea vontade. Eles receberam o instrumento em sua versão original e traduzida, bem como um resumo da pesquisa, com ênfase nos objetivos e na população alvo, além de um conjunto de instruções para direcionar as análises. Cada item foi julgado comparando a versão original e a versão traduzida, partindo-se de dois critérios: clareza e pertinência.

Com relação à clareza, os especialistas tiveram como base de reflexão a pergunta: “Você acredita que este item/questão está claro o suficiente para o entendimento da população alvo?”, pontuando numa escala likert variável de 1 a 5 (em que 1 representou pouquíssima clareza e 5 significou muitíssima clareza). Quanto à pertinência, seguiu-se o mesmo critério, respondendo a pergunta: “Você acredita que este item/questão é pertinente ao estudo e a população alvo?”, também pontuando em uma escala likert variável de 1 a 5 (na qual 1 indicou pouquíssima pertinência e 5 muitíssima pertinência).

Além dos dois critérios propostos, cada item também contou com um espaço para avaliação qualitativa, na qual os especialistas puderam apresentar opiniões e contribuições em vistas a melhorar a tradução e sua aplicabilidade. Um item foi considerado passível de modificação quando um ou mais juízes pontuaram 4 ou menos na escala *likert* de clareza e/ou pertinência. As sugestões dadas pelos especialistas foram utilizadas para substituir expressões ou palavras.

O produto pré-final resultante desta etapa foi encaminhado a mulheres da população geral para teste de compreensão semântica.

Etapa 3 – Teste da versão pré-final

A versão pré-final foi apresentada a 10 mulheres, de idades compreendidas entre 20 e 56 anos, para identificar suas compreensões sobre a escala. Para tal, uma psicóloga com conhecimento da escala conduziu entrevistas individuais indagando sobre o entendimento das mulheres a cada afirmação.

Etapa 4 - Análise estatística

O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20 foi utilizado para analisar a consistência interna da versão final a partir do *Alpha de Cronbach* e a correlação item-escala. Realizou-se o índice de adequação da amostra e o Teste de esfericidade de Bartlett para avaliar a qualidade dos dados para a realização da análise fatorial exploratória (AFE). Utilizou-se o método de extração de componentes principais com rotação *varimax* na AFE.

A pesquisa obteve o parecer favorável através da Plataforma Brasil, nº 4.431.551, CAAE: 40209520.2.0000.8044 para sua realização.

Resultados

Etapa 1 – Tradução, síntese e retradução

No processo de unificação da escala foi percebida a utilização de palavras ligeiramente diferentes, representando sinônimos na língua portuguesa. O terceiro tradutor selecionou as palavras e expressões que lhe pareciam melhor refletir o linguajar brasileiro, culminando em uma versão unificada, em português, da escala.

Após apreciação da retradução feita pelo professor da língua inglesa, foi constatado que não havia a necessidade de alterações semânticas.

Etapa 2 – Validade de conteúdo

A partir das avaliações recebidas dos especialistas, algumas mudanças sintáticas foram realizadas, como remoção da expressão “meu/minha parceiro(a)” para um substitutivo não imbuído de gênero: “minha parceria”. Outra substituição relevante foi trocar “partes íntimas” por “genitais”. Os especialistas também fizeram sugestões de expressões que eles consideraram mais adaptadas linguisticamente, favorecendo por vezes a melhor compreensão a uma tradução literal do inglês. Dois exemplos são trocar a expressão “deixa-lo(a) saber” para “comunicar” e “comecem coisas” para “tomar a iniciativa”.

Etapa 3 – Teste da versão pré-final

Houve compreensão adequada da maioria das afirmações por parte das mulheres entrevistadas. Pode-se tomar como exemplo a afirmação 1: “Eu inicio o sexo com a minha parceria se eu quiser”, resposta da entrevistada 6: “Uma decisão da pessoa ter a iniciativa pro sexo”.

A única afirmação que causou confusão em algumas entrevistadas foi a de número 15, que estava formulada como: “Eu me asseguro que minha parceria e eu usemos camisinha (proteção) quando fazemos sexo”. A expressão “me asseguro” foi o foco de estranheza: “Eu acho que assegurar talvez seja se sentir mais seguro quando eu uso” – entrevistada 3. Optou-se então por substituir a expressão por “eu garanto” na versão final da escala, sugestão que as próprias entrevistadas trouxeram.

Etapa 4 - Análise estatística

A confiabilidade faz referência à consistência ou estabilidade de um instrumento, sendo o coeficiente *alpha* uma das medidas mais utilizadas nas ciências sociais para estimar confiabilidade (Quero Virla, 2010; Galván, 2017). O *Alpha de Cronbach* da escala foi de 0,81, considerada quase perfeita (Landis & Koch, 1977). A correlação item-escala mostrou boa correlação dos itens com o total onde apenas os itens 5 e 6 apresentaram correlação item-total menor que 0,3. Foi

identificado que a exclusão de qualquer um dos itens resultaria em diminuição do *alpha* total, afirmando a contribuição de cada item para a consistência geral da escala.

O índice de adequação da amostra ($KMO = 0,77$) e o Teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 5633,9$; $p = 0,000$) apontaram adequação dos dados para a realização da análise fatorial exploratória. O método de extração realizado na análise foi o de componentes principais com rotação *varimax*, obtendo-se seis fatores que explicaram 67% da variância observada. A escala original apresentou apenas três fatores relacionados as três subescalas.

Apesar dos seis fatores inicialmente identificados, a Tabela 1 mostra que os itens que fazem parte de cada subescala se dividiram em dois fatores distintos. A subescala de início teve sua carga fatorial distribuída nos fatores 1 e 2, a de recusa nos fatores 3 e 4 e a de prevenção à doenças sexualmente transmissíveis e gravidez nos fatores 5 e 6. Ao longo de toda análise, as perguntas diretas se diferenciaram das perguntas que tiveram suas pontuações revertidas, dividindo-se assim cada subescala em dois fatores. A subescala de iniciação sexual, por exemplo, apresentou altas cargas fatoriais dos itens 1, 2 e 5 (itens diretos) no fator 2 enquanto os itens 3, 4 e 6 (itens de pontuação revertida) carregaram no fator 1.

{tabela 1}

Tendo em vista a configuração encontrada, foi realizada uma nova AFE. O critério para extração baseado nos autovalores acima de um foi retirado e fixado o número de fatores a serem extraídos em três. O novo modelo obtido, agora com três fatores explicou 46% da variância observada. O resultado desta segunda Análise Fatorial com as cargas de cada item em cada fator está apresentado na Tabela 2.

{tabela 2}

A nova AFE fixada em três fatores mostrou que a maior parte dos itens possui boas cargas fatoriais em seus respectivos fatores, com exceção dos itens 7, 8 e 10. Os três itens foram inicialmente postulados como pertencentes ao segundo fator, que compõe a subescala de recusa a comportamentos sexuais indesejados, porém apresentaram cargas cruzadas entre o fator 1 e 2. A consistência interna de cada subescala como originalmente proposta foi analisada e foram encontrados

alphas de 0,69, para a subescala de iniciação, 0,74 para a subescala de recusa e 0,80 para a de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.

Embora tenha sido encontrada carga cruzada em todos os itens invertidos da escala de recusa (itens 7, 8 e 10), apenas o item 8 apresentou carga mais alta na escala de iniciação e não na escala de recusa, como originalmente foi proposto. Apesar das cargas cruzadas, todos os itens tiveram correlação item-total superior a 0,3 na subescala de recusa e a remoção de qualquer um deles resultaria na diminuição do *alpha* da subescala e do *alpha* total, afirmando a colaboração de cada item para a consistência interna do instrumento. Sendo assim, optou-se por manter a escala em sua configuração original.

Discussão

Os resultados encontrados na tradução brasileira tanto diferem quanto se assemelham aos demais modelos publicados. A tradução da SAS para o espanhol foi realizada por Sierra et al. em 2011. Em sua AFE foram identificados inicialmente quatro fatores: os três propostos pelo instrumento original, com adição de um fator que combinava questões das subescalas de recusa e de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis, composto em sua maioria por itens de pontuação reversa (apenas 1 dos 6 itens era de pontuação direta).

Os autores atribuíram o fato a ocorrência de um artefato estatístico, recorrendo a uma nova AFE, desta vez direcionando a análise a um modelo trifatorial. Os 3 fatores encontrados corresponderam as subescalas propostas no instrumento original, explicando 48% da variância acumulada, semelhante aos 46% encontrados na versão brasileira (Sierra et al., 2011). A subescala com maior índice de confiabilidade foi a de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis em ambas versões.

A AFE da versão espanhola encontrou os itens 3 e 5, integrantes da escala de iniciação, com correlação item-total inferior a 0,30, (Sierra et al., 2011). Os autores optaram por mantê-los, dado que estes reforçam as propriedades psicométricas da subescala de iniciação, também resultando em diminuição do *alpha de Cronbach* total se retirados. A análise brasileira de três fatores também encontrou item 5, acrescido do item 6, com correlações item-total inferior a 0,30,

ambos da escala de iniciação, também mantidos por reforçarem a consistência interna total e da subescala a que pertencem.

Sierra et al. (2011) concluiu que a versão espanhola da escala representou a assertividade sexual como definida por Morokoff et al. (1977), apresentando consistência interna e validade concorrente adequadas. Embora originalmente projetada para mulheres, a versão em espanhol da escala foi organizada de forma a abarcar respondentes femininos e masculinos, obtendo-se boa adequação psicométrica em ambos os sexos. Sierra et al. (2011) pontuou a necessidade de estudos complementares e a utilização criteriosa dos dados obtidos.

Em um estudo posterior que visava conhecer a equivalência fatorial e métrica da SAS em espanhol por sexo, Sierra et al. (2012) avaliou que havia um mau ajuste dos itens redigidos inversamente, causando prejuízo à invariância fatorial necessária para adequação do modelo proposto. Como solução, optou-se por covariar os erros dos itens reversos entre si e dentro dos fatores aos quais pertenciam. O problema encontrado por Sierra et al. (2012) se assemelha ao deste estudo, dado que os itens que apresentam cargas cruzadas são itens reversos e os seis fatores encontrados na primeira AFE se referiram precisamente a divisão entre itens diretos e itens reversos.

Após a correção dos erros advindos dos itens reversos, Sierra et al. (2012) confirmou o modelo de três fatores, assim como a equivalência fatorial da escala entre os sexos. Os autores encontraram apenas o item 1 com variação leve entre os sexos (*"Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo"*), com os homens sendo mais assertivos que as mulheres, apontando para possível interferência dos papéis de gênero, nos quais a mulher permanece atrelada à passividade (Alberti & Emmons, 1978).

Torres-Obregon et al. (2017) utilizou a versão espanhola da escala para aplicação em mulheres mexicanas. Apesar de optar por uma análise fatorial confirmatória, também concluiu que a retirada de qualquer item da escala diminuiria o *alpha* global encontrado (0,78). Sua análise confirmou o modelo trifatorial previamente encontrado e considerou o instrumento confiável, com consistência interna, validade de constructo e validade concorrente adequados para utilização em mulheres mexicanas.

Galván (2017) realizou a tradução da SAS para castelhano a partir do original em inglês, realizando também a tradução inversa para verificação da similaridade conceitual das escalas, a semelhança desta pesquisa. A autora também realizou um estudo piloto com amostra reduzida (35 estudantes) para testar a compreensão dos itens, resultando em uma versão final da escala que foi respondida por 832 estudantes de duas universidades peruanas.

A escala de Galván (2017) obteve adequação amostral $KMO = 0,809$, considerada boa pela autora, bem como resultados adequados no Teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 2290,1$; $p < 0,001$). O *alpha de Cronbach* encontrado foi de 0,701, considerado substancial (Landis & Koch, 1977). A AFE foi empregada gerando três modelos fatoriais distintos e os itens 1, 2, 4, 6, 10, 14 e 16 foram eliminados por obterem correlações abaixo de 0,30 com a escala, consideradas inadequadas pela autora (Galván, 2017).

O modelo de Galván (2017) com apenas dois fatores prevaleceu dentre os modelos fatoriais gerados e o *alpha de Cronbach* total foi de 0,781, com 0,792 na primeira subescala e 0,750 na segunda. A autora aponta que a diferença de modelo encontrada pode estar relacionada a uma manifestação diferente da assertividade sexual em estudantes peruanas se comparadas aos resultados já descritos da escala original e das adaptações para espanhóis e mexicanos.

Calixto Pinedo e Perez Chamorro (2019) tiveram como base a adaptação em espanhol de Montoya (2015) para aplicação em 550 estudantes da cidade de Trujillo. Montoya (2015) encontrou uma consistência interna de 0,54 para a subescala de iniciação, 0,67 para a de recusa e 0,75 para a de prevenção à gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Através de uma análise fatorial confirmatória, os autores concluíram que os itens 4, 6, 9, 11, 12, 15, 17 e 18 possuíam cargas fatoriais baixas (de -,14 a ,41) e não satisfatórias, optando pela exclusão destes itens. Uma nova análise com os 10 itens restantes confirmou o modelo de três fatores, com valores de adequação superiores ao modelo com 18 itens.

A análise de itens culminando em exclusão de quase metade da escala realizadas por Calixto Pinedo e Perez Chamorro (2019) e Galván (2017) se diferem das adaptações espanholas e mexicanas, bem como da tradução brasileira. Embora

ambas as autoras tenham obtido sua amostra entre residentes do Peru, há discordância entre os itens a serem removidos, sinalizando possíveis interferências em adaptações transculturais dentro de um mesmo país.

A postura das respondentes brasileiras frente à escala revelou indícios de confluência entre as subescalas de início e de recusa do instrumento original, representada pelas cargas cruzadas. É possível que as brasileiras não sintam diferenças tão marcantes entre iniciar ou recusar um comportamento na esfera sexual, considerando ambos como partes de um mesmo conjunto pertinente a assertividade sexual. Mais pesquisas precisam ser desenvolvidas para elucidar esses indícios.

Torres-Obregon e colaboradores (2017) sinalizaram que é necessária cuidadosa adaptação transcultural e linguística para adequação de um instrumento a sua população alvo e Betancourt (2015) enfatizou que atualmente existe grande impacto cultural nas condutas de saúde, bem como normas, papéis e valores sociais que podem variar entre países e até mesmo dentro de um mesmo país.

O estudo apresentado visou propiciar uma adaptação transcultural cuidadosa e apresentar de evidências de validade adequadas para a utilização da *Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women* na população feminina brasileira. Considera-se que o conceito de assertividade proposto no instrumento original foi mantido nesta tradução, bem como a integridade das três subescalas presentes no instrumento original e nas adaptações para mulheres espanholas e mexicanas.

A estrutura trifatorial proposta se manteve estável nesta tradução. Demonstrou-se propriedades psicométricas substanciais, com boa consistência interna, análise fatorial adequada e boa correlação item-escala. Apesar das nuances apontadas, a escala possui adequação necessária para utilização em pesquisas e também qualitativamente, incentivando-se a utilização crítica dos dados obtidos.

É preciso destacar que o estudo proposto não esgotou as possibilidades de pesquisa e exploração da área de assertividade sexual feminina e contou com limitações como coleta de dados *online*, concentração da amostra na região sudeste do país e alto nível de escolaridade das respondentes. Estimulam-se pesquisas que enfoquem na adequação dos itens para diferentes amostras, ampliação para o

público masculino e análises fatoriais confirmatórias que agreguem informações relevantes.

Referências

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978) *Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão* (J. M. Corrêa Trad.). Interlivros. (Trabalho original publicado em 1970).
- Beaton D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report*, 25(24), 3186-91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Betancourt, H. (2015). Investigación sobre cultura y diversidad en psicología: Una mirada desde el modelo integrador. *Psykhé*, 24(2), 1-4. <https://doi.org/10.7764/psykhe.24.2.974>
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2013). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sex Research*, 52(1), 110-119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>
- Calixto Pinedo, C. C., & Perez Chamorro, K. Y. (2019). Evidencias psicométricas de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) en estudiantes de institutos de la ciudad de Trujillo [Tese para obter o título de profissional licenciada em psicologia, Universidad César Vallejo].
- Carvalho, A., & Sardinha, A. (2017). *Terapia cognitiva sexual: Uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade*. Editora Cognitiva.
- Darden, M. C., Ehman, A. C., Lair, E. C., & Gross, A. M. (2018). Sexual compliance: examining the relationships among sexual want, sexual consent, and sexual assertiveness. *Sexuality & Culture*, 23(1), 220-235. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9551-1>
- Eklund, R.; Hjelm, A. (2018). "Til' I can get my satisfaction": the role of sexual assertiveness in the relationship between attachment orientation and sexual satisfaction [Dissertação de Mestrado, Örebro University da Suécia]. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1188922/FULLTEXT01.pdf>

- Galván, I. P. P. (2017). Análisis psicométrico de la escala de asertividad sexual en estudiantes universitarios de Huancayo [Tese para obter o título de profissional licenciada em psicologia, Universidad Continental]. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/3824>
- Granados, M. R., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. Relación de la ansiedad y la depresión com la asertividad sexual. (2011). *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155-156), 77-90. <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1319>
- Hernandez-Nieto R. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Los Andes University Press.
- Lammers, J., & Stoker, J. I. (2019). Power affects sexual assertiveness and sexual esteem equally in women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 645-652. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1285-5>
- Landis, J. R., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Morokoff, P., J., Quina, L. L., Harlow, L. W., Grimley, D., M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual assertiveness scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>
- Quero Virla, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(2), 248-252. Disponible em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99315569010>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 610-616. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600008>
- Sierra, J. C., Herrera, F. L., Muelas, A. A., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*, 25(2), 146-152. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>

Sierra, J. C., Vallejo Medina, P., & Santos Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1), 17-26. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113431>

Sierra, J. C., Vallejo Medina, P., & Santos Iglesias, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la Sexual Assertiveness Scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24(2), 316-322. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277270139_Evaluacion_de_la_equivalencia_factorial_y_metrica_de_la_sexual_assertiveness_scale_SAS_porsexo

Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Benavides-Torres, R. A., & Garza-Elizondo, M. E. (2017). Validación de la sexual assertiveness scale en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica*, 24, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.001>

Anexo – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres

Instruções: ‘Pense sobre a pessoa com quem você normalmente faz sexo ou alguém com quem você costumava fazer sexo regularmente. Responda as seguintes questões tendo essa pessoa em mente. Reflita sobre o que você faria mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.

	Nunca	Às vezes	Metade das vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu inicio o sexo com a minha parceria se eu quiser.	0	1	2	3	4
2. Eu deixo minha parceria saber se eu quiser que ele(a) toque meus genitais.	0	1	2	3	4
3. Eu espero minha parceria tocar meus genitais ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4
4. Eu espero minha parceria tocar meus seios ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4
5. Eu comunico minha parceria se eu quiser que ele(a) beije meus genitais (prática de sexo oral).	0	1	2	3	4
6. Mulheres devem esperar que os homens tomem a iniciativa em coisas como tocar nos seios. (R)	0	1	2	3	4
7. Eu cedo e beijo minha parceria se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. (R)	0	1	2	3	4
8. Eu coloco minha boca nos genitais da minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
9. Eu me recuso a deixar minha parceria tocar meus seios se eu não quiser, mesmo que ele(a) insista.	0	1	2	3	4
10. Eu faço sexo com minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
11. Se eu disse não, não permito que minha parceria toque meus genitais, mesmo se ele(a) me pressionar.	0	1	2	3	4
12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira, mesmo se minha parceria insistir.	0	1	2	3	4
13. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria não gostar de usá-las, mesmo que eu queira usar. (R)	0	1	2	3	4
14. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria insistir, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
15. Eu garanto que minha parceria e eu usemos camisinha (proteção) quando fazemos sexo.	0	1	2	3	4
16. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria quiser. (R)	0	1	2	3	4
17. Eu insisto no uso da camisinha (proteção) se eu quiser usá-la, mesmo que minha parceria não goste dela.	0	1	2	3	4
18. Eu me recuso a fazer sexo com minha parceria se ele(a) se recusar a usar camisinha (proteção).	0	1	2	3	4

Tabela 1

AFE com rotação varimax dos itens da SAS for Women

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
Item 1		.771				
Item 2		.768				
Item 3 ®	.860					
Item 4 ®	.863					
Item 5		.595				
Item 6 ®	.498					
Item 7 ®				.765		
Item 8 ®				.789		
Item 9			.696			
Item 10 ®				.806		
Item 11			.850			
Item 12			.809			
Item 13 ®						.895
Item 14 ®						.891
Item 15					.818	
Item 16 ®					.557	.430
Item 17					.794	
Item 18					.845	

® Itens reversos

Tabela 2

AFE com rotação varimax e número fixo de três fatores

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Eu inicio o sexo com a minha parceria se eu quiser.	.370		
2. Eu deixo minha parceria saber se eu quiser que ele(a) toque meus genitais.	.555		
3. Eu espero minha parceria tocar meus genitais ao invés de comunicar que é isso que eu quero. ®	.795		
4. Eu espero minha parceria tocar meus seios ao invés de comunicar que é isso que eu quero. ®	.757		
5. Eu comunico minha parceria se eu quiser que ele(a) beije meus genitais (prática de sexo oral).	.432		
6. Mulheres devem esperar que os homens tomem a iniciativa em coisas como tocar nos seios. ®	.500		
7. Eu cedo e beijo minha parceria se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. ®	.388	.504	
8. Eu coloco minha boca nos genitais da minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. ®	.399	.382	
9. Eu me recuso a deixar minha parceria tocar meus seios se eu não quiser, mesmo que ele(a) insista.		.628	
10. Eu faço sexo com minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. ®	.389	.449	
11. Se eu disse não, não permito que minha parceria toque meus genitais, mesmo se ele(a) me pressionar.		.799	
12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira, mesmo se minha parceria insistir.		.813	
13. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria não gostar de usá-las, mesmo que eu queira usar. ®			.659
14. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria insistir, mesmo que eu não queira. ®			.681
15. Eu garanto que minha parceria e eu usemos camisinha (proteção) quando fazemos sexo.			.700
16. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria quiser. ®			.706
17. Eu insisto no uso da camisinha (proteção) se eu quiser usá-la, mesmo que minha parceria não goste dela.			.729
18. Eu me recuso a fazer sexo com minha parceria se ele(a) se recusar a usar camisinha (proteção).			.748

5.2 Adaptação Transcultural e Evidências de Validade do *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQOL-F)* para o Brasil ²

Título: Adaptação transcultural e evidências de validade do *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female* para o Brasil

Cross-cultural adaptation and validity evidence of the *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQOL-F)* in Brazil

Título curto: Adaptação transcultural do *SQOL-F*

Cross-cultural adaptation of *SQOL-F*

Contagem de palavras: 3310

Autoria: Alexandra da Silva Pereira – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3912-8469>

Wanderson Fernandes de Souza – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9389-6234>

² Artigo aceito pelo *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, volume 71(1), 2022.

Resumo

Objetivo: A qualidade de vida sexual abarca a satisfação sexual e com a parceria, a expressão de desejos e valores sexuais, a boa imagem corporal, além de questões de ordem física, comportamentais, psicológicas e emocionais que afetam a sexualidade. Não há instrumentos confiáveis e válidos para avaliar a qualidade de vida sexual das mulheres brasileiras, portanto este estudo buscou traduzir o Questionnaire on Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) e apresentar evidências de validade do instrumento no contexto brasileiro.

Métodos: Realizou-se a tradução, avaliação da validade de conteúdo, teste da versão pré-final e análise fatorial exploratória do instrumento. **Resultados:** Identificou-se a presença de um único fator que explicou 49% da variância, condizente com o proposto no questionário original. Este modelo unifatorial apresentou cargas fatoriais adequadas (entre 0,36 e 0,85).

Conclusão: O questionário apresentou boa consistência interna e foram apresentadas evidências de validade satisfatórias para o uso com mulheres brasileiras.

Palavras-chave: Qualidade de vida sexual; sexualidade feminina; adaptação transcultural; análise fatorial, psicometria.

Abstract

Objective: The quality of sexual life encompasses sexual satisfaction and with partnership, the expression of sexual desires and values, good body image, in addition to physical, behavioral, psychological and emotional issues that affect sexuality. There are no reliable and valid instruments to assess the quality of sexual life of Brazilian women, so this study sought to translate the Questionnaire on Sexual Quality of Life - Female (SQOL-F) and present evidence of validity of the instrument in the Brazilian context. **Methods:** The translation, content validity evaluation, pre-final version test and exploratory factor analysis were performed. **Results:** The presence of a single factor was identified that explained 49% of the variance, consistent with what was proposed in the original questionnaire. This one-factor model presented adequate factor loadings (between 0.36 and 0.85). **Conclusion:** The questionnaire had good internal consistency and presented satisfactory evidence of validity for use with Brazilian women.

Key-words: Quality of sexual life; female sexuality; cross-cultural adaptation, factor analysis, psychometrics.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida pode ser vista, de acordo com a definição de Pereira, Teixeira, Santos¹ como uma aproximação da saúde plena, abarcando as condições de vida e a avaliação subjetiva do sujeito, que inclui sua felicidade e satisfação pessoal. A saúde sexual, por sua vez, foi definida pela Organização Mundial da Saúde² como um estado de saúde físico, emocional, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade, não caracterizado apenas pela ausência de doença. A saúde sexual, portanto, correlaciona-se aos âmbitos biológico, econômico, psicológico, ético, social, emocional, espiritual e relacional, afetando a qualidade de vida geral³. A atenção à saúde sexual feminina é, então, um aspecto importante para a qualidade de vida geral e sexual em específico.

Articulando-se os conceitos de qualidade de vida e de saúde sexual da mulher, ao aplicar a expressão “qualidade de vida sexual” (QVS) é feita referência à correlação entre a expressão de desejos, valores e vontades sexuais, a satisfação sexual, a boa imagem corporal, a sensação de autoeficácia sexual, a satisfação com a parceria e com suas habilidades e práticas sexuais, além de questões de ordem física, comportamentais, psicológicas e emocionais que afetam a sexualidade⁴. Zhao e colaboradores⁵ apontaram que a QVS é um dos aspectos mais importantes para determinar o bem-estar nas mulheres.

Dado que a QVS é um conceito amplo e multifacetado, os autores costumam se valer da associação com a função sexual para avaliá-la, com a presença de disfunções sexuais como indício da piora da QVS e do bem estar geral⁶. Correia et al.⁷ apontou que embora as mulheres percebam alterações negativas da sua qualidade de vida sexual, estas se privam de tratamentos adequados por vergonha, frustração ou mesmo por acharem que é uma condição normal ou não relevante.

Um fator correlacionado ao aumento da qualidade de vida sexual é a educação formal⁸. Os autores postularam que mulheres com mais anos de instrução se mostram mais atentas a sua saúde geral, incluindo-se a saúde sexual. A respeito dos fatores que se relacionam com a diminuição da qualidade de vida sexual se destacam características de personalidade como o neuroticismo e a afetividade negativa, assim como fases específicas da vida da mulher como a gestação e a menopausa⁴.

A gestação, apesar de uma ocorrência natural humana, possui um papel relevante na redução do desejo sexual, da intimidade sexual, da frequência do sexo e do aproveitamento

sexual, que vai decaindo ao longo dos trimestres⁸. Já as mulheres na menopausa experienciam dificuldades biológicas, como a redução na lubrificação vaginal, bem como alterações psicoemocionais e relacionais, ilustradas pela visão de sexo como algo não essencial, menor satisfação sexual e maior ansiedade aplicada ao âmbito sexual⁵.

Embora sendo evidente a relevância da qualidade de vida sexual, há uma lacuna na oferta de instrumentos confiáveis e válidos. Internacionalmente, os instrumentos desenvolvidos desde meados da década de 1950 já avaliavam satisfação com a vida sexual, apesar de focados em casais heterossexuais e casados ou em casos na época considerados como patológicos como homossexuais e, desde 1970, os questionários têm sido elaborados ou modificados para comportar uma definição mais ampla de função e satisfação sexuais⁹.

Dada à inexistência instrumentos em português para avaliar especificamente a qualidade de vida sexual, muitos estudos brasileiros investigam qualidade de vida e sexualidade com instrumentos separados ou questões formuladas pelos próprios autores dos trabalhos. Com isso, potenciais prejuízos são causados na avaliação de temáticas como dificuldades e disfunções sexuais em homens e mulheres^{3,10}, crenças sexuais¹¹ e doenças e infecções sexualmente transmissíveis¹².

O *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQoL-F)* tem sido amplamente utilizado em diversos países desde sua publicação em 2005 para a avaliação da qualidade de vida sexual feminina em contextos de atenção à saúde como doenças cardíacas¹³, dermatológicas¹⁴ e ginecológicas¹⁵; além de variáveis relativas à gravidez⁸ e infertilidade¹⁶. A qualidade de vida sexual também tem sido investigada como medida relevante para a satisfação com a vida e a felicidade¹⁷.

Este artigo visa apresentar a tradução e a adaptação cultural, contextual e linguística do *Questionnaire on Sexual Quality of Life – Female (SQoL-F)*, bem como apresentar as evidências de validade para aplicação em mulheres brasileiras.

MÉTODOS

Participantes

A versão final do questionário foi disponibilizada *online* e divulgada através das redes sociais. Foram elegíveis para participar do estudo mulheres brasileiras, com idade a partir de 18 anos e sexualmente ativas (que se engajaram em pelo menos uma atividade sexual nas

últimas quatro semanas). Foram excluídas mulheres que não concordaram com o termo de consentimento ou não se encaixavam nos critérios de inclusão.

Segundo a literatura, para realização da análise fatorial, a amostra deve ter ao menos 10 participantes por variável e um mínimo de 100 participantes, considerando-se a amostra como muito boa a partir de 500 respondentes¹⁸. Para este estudo foram coletadas 938 respostas. A maior concentração etária das participantes se deu na faixa de 18 a 25 anos (42%) e 26 a 35 anos (34%). A maior parte das participantes possui ensino superior completo (53%) ou em andamento (32%) e exerce uma ocupação laboral (59%). As mulheres pesquisadas vivem em sua maioria na região sudeste (84%) e não tem filhos (73%).

Quanto a variáveis relativas à sexualidade, 595 (63%) mulheres apontaram se interessar apenas por homens, seguidas por 198 (21%) que se interessam tanto por homens quanto por mulheres. A maioria das mulheres (86%) estava em um relacionamento no momento da pesquisa e utilizavam algum método contraceptivo, sendo os mais comuns a camisinha (31%) e o anticoncepcional hormonal (31%). Quanto à frequência sexual, 563 (60%) das mulheres alegaram estar satisfeitas.

Instrumentos

As participantes do estudo responderam um questionário sociodemográfico e o SQoL-F. O questionário sociodemográfico visou recolher informações pertinentes ao estudo como idade, escolaridade, região de residência, orientação sexual e frequência sexual.

O SQoL-F foi desenvolvido por Symonds, Boolell e Quirk¹⁹ com o objetivo de avaliar o impacto das disfunções sexuais femininas na qualidade de vida sexual das mulheres. É um questionário com 18 itens a serem respondidos em uma escala de 6 pontos que varia de “*completely agree*” (pontuação 1) até “*completely disagree*” (pontuação 6). Os itens 1, 5, 9, 13 e 18 são reversos e precisam ser convertidos antes do somatório da pontuação total. O score total varia de 18 (pontuação mínima) a 108 (pontuação máxima), podendo ser usado na sua forma absoluta (18 a 108) ou convertido para que a pontuação máxima seja de 100 através da fórmula $(Y-18) \times 100 / 90$, na qual Y representa o número de pontos obtidos no questionário²⁰. Quanto mais alto o escore, maior a qualidade de vida sexual.

A consistência interna da escala foi considerada muito alta ($\alpha = 0,95$). A validade convergente do questionário foi testada em comparação a dois itens do “*Life Satisfaction Checklist*” (“*Satisfaction with sex life*” and “*Satisfaction with partner*”).

relationship”). Foi encontrada correlação positiva com ambos os itens, sinalizando que quando a satisfação com a vida sexual aumenta, a qualidade de vida sexual também aumenta.

Procedimentos

Este estudo foi estruturado em quatro etapas: (1) tradução, síntese e retradução; (2) validade de conteúdo; (3) teste da versão pré-final e (4) análise psicométrica (Figura 1). As etapas descritas tiveram como base as diretrizes propostas por Beaton et al.²¹ e por Reichenheim, Moraes, Hasselmann²².

{figura 1}

Etapa 1 – Tradução, Síntese e Retradução

Visando-se a comprovação de equivalência semântica da escala traduzida para o português, foi selecionado como base o modelo proposto por Reichenheim, Moraes, Hasselmann²². Este postula quatro etapas: tradução, retradução, apreciação formal de equivalência e interlocução com a população-alvo. A tradução foi realizada a partir do questionário original publicado na língua inglesa por duas psicólogas fluentes em inglês de forma autônoma, ambas cursando mestrado em psicologia.

As traduções independentes foram unificadas por um terceiro tradutor, fluente em inglês e doutor em saúde pública. A versão unificada prosseguiu então para um professor de inglês completamente não relacionado ao projeto para retradução independente para o inglês. A versão unificada foi então enviada para especialistas da área de psicologia e sexualidade após ser considerada adequada para prosseguimento do processo de avaliação.

Etapa 2 – Validade de Conteúdo

Foi utilizado como base o procedimento de análise de conteúdo postulado por Hernandez-Nieto²³, no qual são convidados três ou cinco especialistas com grande conhecimento na área a ser avaliada para darem seus pareceres. Os critérios para convite dos especialistas foram: fluência no idioma original do SQoL-F (inglês), conhecimento teórico e técnico no campo da sexualidade e mínimo de 10 anos de atuação profissional. Selecionou-se três especialistas que preenchiam os critérios, duas do sexo feminino e um do sexo masculino.

O convite foi aceito e os três decidiram participar desta etapa da pesquisa de livre e espontânea vontade. Foi enviado aos avaliadores o SQoL-F em sua versão original e traduzido, bem como instruções para a análise de conteúdo e um resumo da pesquisa que incluía detalhes sobre os objetivos a população alvo. Cada item foi apreciado através da comparação da versão original com a versão traduzida, com base nos critérios de pertinência e clareza.

A respeito da pertinência, os especialistas foram incentivados a refletir sobre a pergunta: “Você acredita que este item/questão é pertinente ao estudo e a população alvo?” pontuando em uma escala likert variável de 1 a 5 (na qual 1 indicou pouquíssima pertinência e 5 muitíssima pertinência). Em relação à clareza: “Você acredita que este item/questão está claro o suficiente para o entendimento da população alvo?”, pontuando numa escala likert variável de 1 a 5 (em que 1 representou pouquíssima clareza e 5 significou muitíssima clareza).

Os itens também possuíam um campo para avaliações qualitativas, permitindo ao especialista apresentar contribuições, sugestões e ideias que visassem melhorar a tradução e a compreensão do questionário. Quando um item recebia pontuação de 4 ou menos na escala *likert* de clareza e/ou pertinência, sua modificação era realizada. As sugestões dadas pelos especialistas foram, então, consideradas para substituição de palavras ou expressões.

A finalização desta etapa se deu após as devidas modificações da escala, resultando em uma versão pré-final a ser encaminhada a mulheres da população geral para testar sua compreensão verbal.

Etapa 3 – Teste da Versão Pré-final

Após as modificações advindas das sugestões dos especialistas, a versão pré-final foi testada em entrevistas individuais com 10 mulheres, de idades compreendidas entre 20 e 56 anos. As entrevistas foram conduzidas por uma psicóloga com conhecimento da escala que questionou, item por item, a compreensão das mulheres de cada afirmação.

Etapa 4 - Análise Psicométrica

Através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20, realizou-se a análise da consistência interna a partir do *Alpha de Cronbach* e da correlação item-escala. O índice de adequação da amostra e o Teste de esfericidade de Bartlett foram utilizados para avaliar a

qualidade dos dados para a realização da análise fatorial exploratória (AFE). O método de extração utilizado na AFE foi o de componentes principais com rotação *varimax*.

RESULTADOS

Etapa 1 – Tradução, Síntese e Retradução

Através da apreciação das duas versões traduzidas para o português, constatou-se que ambas eram praticamente iguais, não necessitando modificações para a construção da versão unificada a ser enviada para a retradução. A retradução realizada feita pelo professor da língua inglesa evidenciou que não havia modificações a serem feitas.

Etapa 2 – Validade de Conteúdo

Os especialistas apontaram alguns ajustes para melhor compreensão linguística, como remoção ou adição de artigos e pronomes reflexivos, como no item 5: “Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo” para “bem comigo mesma”. Também se optou pela expressão “questões sexuais” em detrimento de “assuntos sexuais” no item 13 por sugestão dos especialistas.

Etapa 3 – Teste da Versão Pré-final

As entrevistadas foram capazes de compreender adequadamente a maioria dos itens da escala, havendo dúvidas de algumas delas nos itens 4 e 17. No item 4 (“Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher”) a expressão “menos mulher” evocou dificuldade de definir o que seria ser “menos mulher”. A entrevistada 4 disse: “Eu acho que talvez tenha a ver com submissão, que não teve parcerias agradáveis. Acho que é menos mulher”, já a entrevistada 7 opinou: “Essa área tá diminuindo a autoestima principalmente, a dignidade.”

O item 17 (“Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo”) também não foi compreendido por todas, sinalizando que a expressão “perdido algo” é abstrata. Como exemplo, a entrevistada 3 disse: “Não entendi esse perdido algo. Não entendi se é uma coisa ruim ou boa, acho que ruim. Sei lá, tá faltando alguma coisa na pessoa.” Já a entrevistada 1 compreendeu de outra forma: “Entendo que é uma pessoa que não teve uma experiência prazerosa, que não gostasse de fazer coisas e a pessoa acabou nunca tendo algumas sensações. Tá faltando alguma coisa pra você.”

Em ambos os itens, a maioria das entrevistadas foi capaz de compreender a intenção proposta. Levando em consideração esse dado e a falta de uma possibilidade de tradução que propiciasse melhor entendimento sem violar o sentido original, ambos os itens foram mantidos.

Etapa 4 - Análise Psicométrica

Os resultados mostraram que a consistência interna do SQoL-F é de .93, obtida a partir do *Alpha de Cronbach* e considerada quase perfeita²⁴. Todos os itens apresentaram uma boa correlação com a escala em geral, com correlações superiores a 0.5, exceto pelos itens 10 e 16, que apresentam correlações superiores a 0.3.

O índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0.95$) e o Teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 10719,3$; $p = 0,000$) demonstraram índices ótimos, sinalizando adequação dos dados para a realização da análise fatorial exploratória^{25,26}. O método de extração realizado na análise foi a rotação *varimax*, obtendo-se dois fatores que explicaram 57% da variância cumulativa observada, embora apenas um fator já fosse responsável por explicar 49% da variância sozinho.

Na escala original, os autores apresentaram um único fator correspondente a escala como um todo. A apreciação inicial dos dois fatores extraídos e a análise das cargas fatoriais dos itens rotacionados não mostrou uma boa justificativa para a existência de dois fatores, visto que a maioria dos itens apresentaram cargas cruzadas (*crossloadings*) nos dois fatores. Sendo assim, recorreu-se ao *Scree Plot* para uma melhor compreensão dos dados (Figura 2).

{figura 2}

Tanto o *Scree Plot* quanto as cargas cruzadas identificadas no modelo de dois fatores sugerem que uma estrutura unifatorial parece mais adequada que o modelo de dois fatores. Sendo assim, foi realizada nova AFE por Componentes Principais, desta vez retirando o critério baseado em autovalores e fixando em um único fator, como encontrado na versão original do instrumento. As cargas identificadas estão apresentadas na Tabela 1.

{tabela 1}

A tabela 1 mostra que todos os itens apresentaram boas cargas fatoriais, quase em sua totalidade acima de 0.5, exceto pelos itens 10 e 16, que possuem carga fatorial acima de 0.3.

As cargas fatoriais adequadas evidenciam a superioridade estatística do modelo unifatorial sobre o bifatorial inicialmente encontrado, em concordância com a versão original do instrumento.

A aplicação do instrumento demonstrou que as respondentes tiveram média de 84,17 (DP=19,46) segundo o total absoluto, que varia de 18 a 108, postulado pelo instrumento original. Quando a pontuação é convertida para máximo de 100 pontos, a média das mulheres brasileiras foi de 73,53 (DP=21,62).

DISCUSSÃO

A versão traduzida do SQoL-F mostrou consistência interna alta e cargas fatoriais adequadas, com leve diminuição nos itens 10 (“Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual”) e 16 (“Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que minha parceria se sinta magoado(a) ou rejeitado(a)”). É possível que a discrepância dos itens 10 e 16 em relação ao resto da escala aconteça por ambos serem os únicos itens relacionados a uma forma de preocupação. Sabe-se que diferenças educacionais e culturais podem afetar a validade de instrumentos autoaplicados, levando a possíveis interferências na forma que as mulheres brasileiras interpretaram estes itens²⁷.

Com relação à variância total explicada, Damásio²⁸ afirma que a maior parte das soluções fatoriais em pesquisas no campo da psicologia costumam explicar menos de 50% da variância total, não sendo possível traçar um valor fixo tido como confiável. O modelo de fator único encontrado no presente estudo, explicou 49,56% da variância total, condizendo com o proposto no instrumento original e obtendo boas cargas fatoriais, indicando boas propriedades psicométricas do questionário.

Em comparação com a versão iraniana do questionário, é possível perceber diferenças significativas. A AFE realizada por Massoumi⁶ encontrou quatro fatores distintos que seriam responsáveis por explicar 60,8% da variância observada. Os fatores segundo os autores são: (1) sentimentos psicosexuais, abarcando os itens, 2, 3, 7, 8, 10, 16 e 17, (2) satisfação sexual e relacional, itens 1, 5, 9, 15 3 18, (3) inutilidade própria, itens 4, 6 e 15 e repressão sexual, itens 11, 12 e 14. O *Alpha de Cronbach* da escala foi de 0,73, considerado substancial²⁴.

Uma versão em espanhol do SQoL-F foi adaptada por Castro et al.²⁹ para aplicação em mulheres chilenas. Os autores concluíram, através de uma AFE, que o item 7 não era necessário para a funcionalidade do instrumento. Com os 17 itens restantes, outra AFE foi

conduzida, indicando presença de 2 fatores, nomeados pelos autores como: (1) satisfação com a vida sexual e (2) autoestima sexual. O *Alpha de Cronbach* encontrado foi de 0,83 no primeiro fator e de 0,77 no segundo, considerados altos pelos autores, que apontaram adequação da escala para uso na população feminina do Chile.

O SQoL-F também recebeu uma adaptação transcultural para aplicação em mulheres turcas, realizada por Tugut e Golbasi²⁰. As autoras encontraram *Alpha de Cronbach* de 0,83, considerado quase perfeito²⁴ e estrutura fatorial de apenas um fator, o qual explicou 58% da variância observada, em consonância com o instrumento original e com a tradução brasileira.

Em comparação com estudos internacionais, as mulheres brasileiras obtiveram média de qualidade de vida sexual menor que as mulheres turcas da população geral em dois estudos distintos. No primeiro¹⁸, encontrou-se média de 85,51 (DP=18,21) utilizando a pontuação absoluta e no segundo¹⁴ média de M=80,93 (DP=17,57) através da pontuação até 100. A pontuação das brasileiras também foi menor que das iranianas (M=84,8, DP=18,9)¹⁷ e das africanas pesquisadas enquanto residentes no Reino Unido (M=88,84, DP=13,73)³⁰.

Embora este seja um estudo pioneiro, conta com algumas limitações relevantes, as quais se destacam: amostra por conveniência, coleta on-line de dados que pode ter enviesado o perfil das respondentes (mulheres com maior acesso a recursos tecnológicos, mais jovens e/ou com maior escolaridade) e predominância das participantes na região sudeste.

CONCLUSÕES

Ao avaliar os resultados expostos, pode-se concluir que o presente estudo apresentou evidências de validade adequadas advindas da tradução e adaptação transcultural do SQoL-F para o português brasileiro, destacando alta consistência interna e modelo unifatorial com cargas fatoriais substanciais consonante com a proposta do instrumento original. O Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina visa auxiliar no preenchimento de uma lacuna na pesquisa e tratamento em sexualidade da mulher brasileira, além de ter potencial para utilização de profissionais da saúde em suas avaliações clínicas.

Incentiva-se ainda a aplicação em amostras comunitárias em diferentes regiões para a criação de um perfil nacional da qualidade de vida sexual das mulheres brasileiras. Análises posteriores que possam agregar dados para estabelecer pontos de corte e facilitar a interpretação da escala também são estimuladas.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Alexandra da Silva Pereira – Concepção e desenho do estudo e das análises, interpretação dos dados, escrita do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

Wanderson Fernandes de Souza – Colaboração substancial no desenho do estudo e das análises, interpretação dos dados, revisão crítica e correção do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses na produção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À todas as mulheres que dedicaram seu tempo a essa pesquisa. Aos profissionais da área de sexualidade que colaboraram com etapas deste estudo. À Ana Ramires e Ayrton Soncini que participaram da tradução e adaptação para a língua portuguesa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que financiou parcialmente a pesquisa que originou este artigo através da bolsa de Demanda Social.

REFERÊNCIAS

1. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras de Ed Fis.* 2012; 26(2):241-50. Brasil.
2. Organização Mundial da Saúde [Internet]. República Federativa do Brasil: Sexual health, human rights and the law; 2015.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>. Acessado em 20 de agosto de 2021.
3. Barreto APP, Nogueira A, Teixeira B, Brasil C, Lemos A, Lôdelo P. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Rev Pesq Fisio.* 2018;8(4):511-17.
4. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AF, Roukema JA, De Vries J. Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psychooncology.* 2010;19(6):646-56.
5. Zhao Y, Dong L, Sun L, Su Q, Zhu Y, Lu M et al. Analysis of factors that influence the quality of sexual life of climacteric women in China. *Climateric.* 2018;22(1):73-78.
6. Maasoumi R, Lamyian M, Montazeri A, Azin SA, Aguilar-Vafaie M, Hajizadeh E. The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health.* 2013;25(10):1-6.
7. Correia LS, Brasil C, da Silva MD, Silva DFC, Amorim HO, Lordêlo P. Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2016;32(1):405-09.
8. Tugut N, Golbasi Z, Bulbul T. Quality of Sexual Life and Changes Occurring in Sexual Life of Women With High Risk Pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(2):132-41.
9. Arrington R, Confrancesco J, Wu AW. Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research.* 2004;13:1643-58.
10. Galati MCR, Alves Jr. EO, Delmaschio ACC, Horta ALM. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. *Psico-USF.* 2014;19(2):243-52.
11. Pires V, Pereira MG. Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos(as) e parceiros(as). *Rev. SBPH.* 2012;15(2):128-47.
12. Reis RK, dos Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto & contexto enferm.* 2011;20(3):365-74.

13. Firoozjaei IT, Taghadosi M, Sadat Z. Determining the sexual quality of life and related factors in patients referred to the department of cardiac rehabilitation: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2021;19:261-70.
14. Afsar FS, Seremet S, Demirlendi Duran H, Karaca S, Mumcu Sonmez, N. Sexual quality of life in female patients with acne. *Psychology, Health & Medicine*. 2019; 1-8.
15. Alcade AM, Martínez-Zamora MA, Gracia M, Ros C, Rius M, Carmona F. Assessment of quality of sexual life in women with adenomyosis. *Women & Health*. 2021;61(6):520-26.
16. Shahaki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*. 2018;18:92.
17. Dogan T, Tugut N, Golbasi Z. The Relationship Between Sexual Quality of Life, Happiness, and Satisfaction with Life in Married Turkish Women. *Sex Disabil*. 2013;31:239-47.
18. Laros JA. O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In: Pasquali L, editor, *Análise factorial para pesquisadores*. Brasília: LabPam Saber e Tecnologia, 2012.
19. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(5):385-97.
20. Tugut N, Golbasi Z. A validity and reliability study of Turkish version of the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female. *Cumhuriyet Med J*. 2010;32(1):172-80.
21. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
22. Reichenheim, ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:610-16.
23. Hernandez-Nieto R. *Contributions to statistical analysis*. 1. ed. Mérida: Los Andes University Press; 2002.
24. Landis J, Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1): 159-74.
25. Pasquali L. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
26. Sampieri RH, Colado CF, Lucio PB. *Metodologia de pesquisa*. Nova York: McGraw Hill; 2013.

27. Pacagnella RC, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11):2333-44.
28. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*. 2012;11(2):213-28.
29. Castro H, Perez C, Cuevas B, Cisterna C, Cruces W, Bustos L et al. Translation to Spanish and psychometric characteristic of the sexual quality of life questionnaire female (SQoL-F). *Int Urogynecol J*. 2017;28:S237-38.
30. Andersson, SHA, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case–control study. *BJOG*. 2012;119:1606-11.

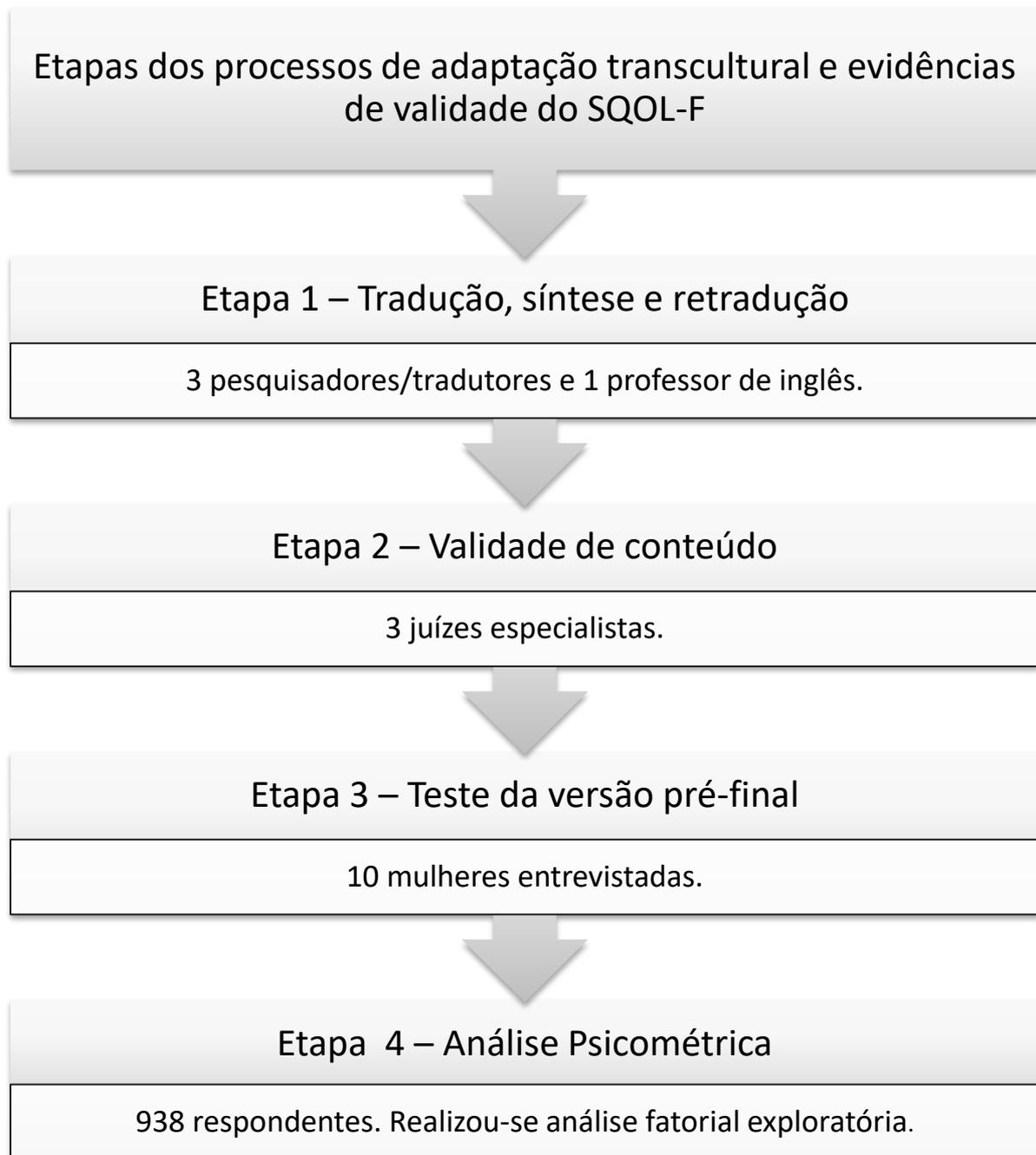


Figura 1. Fluxograma das etapas da adaptação transcultural do SQoL-F

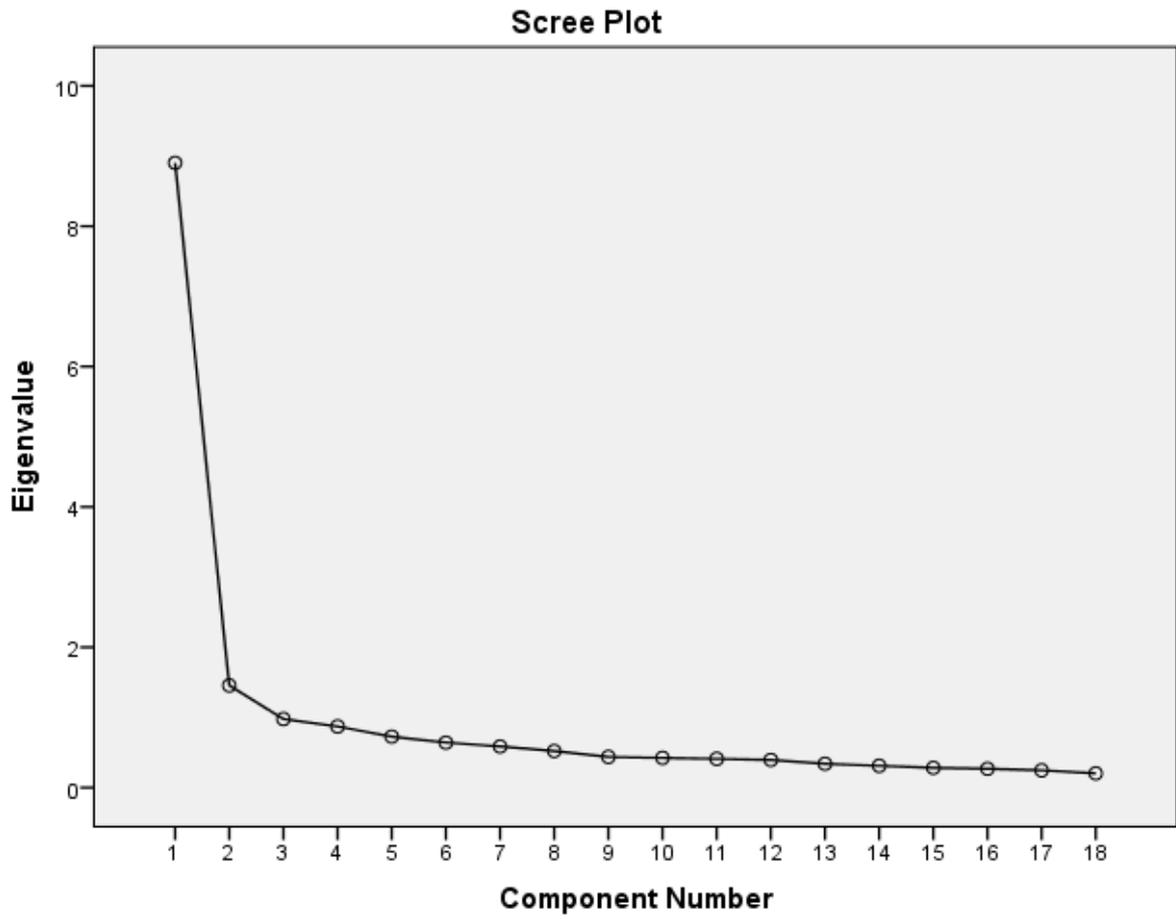


Figura 2. Scree Plot extraído da Análise Fatorial Exploratória do SQoL-F

Tabela 1: AFE com número fixo de um fator

	Fator 1
1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma parte agradável da minha vida, no geral. ®	.778
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrada.	.814
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me deprimida.	.850
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.	.736
5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo mesma. ®	.802
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como parceira sexual.	.759
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.	.683
8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva.	.747
9. Quando penso sobre minha vida sexual, me sinto próxima da minha parceria. ®	.622
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual	.355
11. Perdi o prazer na atividade sexual.	.727
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.	.766
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com minha parceria sobre questões sexuais. ®	.523
14. Tento evitar atividade sexual	.685
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.	.735
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que minha parceria se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).	.394
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.	.799
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual. ®	.652

® Itens de pontuação reversa

Anexo - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F)

Instruções: A respeito de sua vida sexual, responda as afirmações a seguir.

	Concordo completamente	Concordo em grande parte	Concordo levemente	Discordo levemente	Discordo em grande parte	Discordo completamente
1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma parte agradável da minha vida, no geral. ®	1	2	3	4	5	6
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrada.	1	2	3	4	5	6
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me deprimida.	1	2	3	4	5	6
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.	1	2	3	4	5	6
5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo mesma. ®	1	2	3	4	5	6
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como parceira sexual.	1	2	3	4	5	6
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.	1	2	3	4	5	6
8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva.	1	2	3	4	5	6
9. Quando penso sobre minha vida sexual, me sinto próxima da minha parceria. ®	1	2	3	4	5	6
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual.	1	2	3	4	5	6
11. Perdi o prazer na atividade sexual.	1	2	3	4	5	6
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.	1	2	3	4	5	6
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com minha parceria sobre questões sexuais. ®	1	2	3	4	5	6
14. Tento evitar atividade sexual.	1	2	3	4	5	6
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.	1	2	3	4	5	6
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que minha parceria se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).	1	2	3	4	5	6
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.	1	2	3	4	5	6
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual. ®	1	2	3	4	5	6

® itens de pontuação reversa _____

5.3 Avaliação da Assertividade Sexual em uma Amostra de Mulheres Brasileiras: Correlações com Funcionamento Sexual

Resumo

A assertividade sexual é uma habilidade que permite iniciar comportamentos sexuais desejados, negar aqueles indesejados e utilizar métodos de proteção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis de forma consistente. Ela está vinculada à boa saúde mental, aumento da satisfação sexual e redução de experiências sexuais indesejadas. O presente estudo objetivou avaliar assertividade sexual e o funcionamento sexual de uma amostra de brasileiras. Os resultados apontaram média de assertividade sexual de 51,09, com médias de 16,19 na escala de iniciação, 18,38 na de recusa e 16,52 na de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. A assertividade sexual variou de acordo com a faixa etária, número de filhos, orientação sexual, fase do ciclo menstrual, tempo de relacionamento e método contraceptivo escolhido. A assertividade sexual mostrou correlação significativa com todos os aspectos do funcionamento sexual. As brasileiras se mostraram mais assertivas que as americanas e menos assertivas que as argentinas. As disfunções sexuais mais comuns apresentadas foram desejo hipoativo, dificuldades de orgasmo e insatisfação sexual, consonantes com outros estudos de prevalência internacionais. Conclui-se que o estudo apresenta dados pioneiros em avaliação da assertividade sexual e agrega ao escopo de dados sobre funcionamento sexual feminino.

Palavras-chave: assertividade sexual, funcionamento sexual, disfunção sexual.

Abstract

Sexual assertiveness is a skill that allows you to initiate desired sexual behaviors, deny unwanted ones, and consistently use methods to protect against pregnancy and sexually transmitted diseases. It is linked to good mental health, increased sexual satisfaction and reduced unwanted sexual experiences. The present study aimed to evaluate sexual assertiveness and sexual functioning in a sample of Brazilian women. The results showed an average sexual assertiveness of 51.09, with averages of 16.19 on the initiation scale, 18.38 on the refusal scale and 16.52 on the prevention of pregnancy and sexually transmitted diseases. Sexual assertiveness varied according to age group, number of children, sexual orientation, phase of the menstrual cycle, length of relationship and contraceptive method chosen. Sexual assertiveness was significantly correlated with all aspects of sexual functioning. The

Brazilians were more assertive than the Americans and less assertive than the Argentines. The most common sexual dysfunctions presented were hypoactive desire, orgasm difficulties and sexual dissatisfaction, in line with other international prevalence studies. It is concluded that the study presents pioneering data in the assessment of sexual assertiveness and adds to the scope of data on female sexual functioning.

Keywords: sexual assertiveness, sexual functioning, sexual dysfunction.

Introdução

A assertividade sexual, inicialmente concebida como apenas uma parte da assertividade geral, passou a ser estudada separadamente frente à percepção de que dificuldades específicas se colocavam para o seu desenvolvimento, levando a construção de um construto próprio em uma tentativa de melhor compreendê-la (López-Alvarado et al., 2020). Sua elaboração se deu de forma a considerar as estratégias de comunicação e de vinculação que auxiliam na proteção e manutenção da saúde sexual e na autonomia, com base no direito de expressão individual da sexualidade (Kim et al., 2019; Rickert et al., 2002).

A assertividade sexual é uma habilidade que inclui iniciar contato sexual, rejeitar situações sexuais indesejadas, comunicar preferências, sentimentos e necessidades sexuais e negociar métodos contraceptivos e de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (Granados et al., 2020; Morokoff et al., 1997). Ela também está relacionada à possibilidade de conversar com a parceria sobre o histórico sexual prévio e garantir o respeito aos direitos sexuais (Carvalho & Sardinha, 2017; López-Alvarado et al., 2020).

Mulheres sexualmente assertivas possuem uma melhor saúde mental, estão mais satisfeitas sexualmente, se comunicam melhor em situações sexuais, tem um melhor funcionamento sexual e utilizam métodos contraceptivos e de proteção a doenças sexualmente transmissíveis de forma mais consistente (Darden et al., 2018; Eklund & Hjelm, 2017; Granados et al., 2020; Torres-Obregon et al., 2017). Também apresentam menor propensão a situações de violência conjugal e sexual e a comportamentos de risco, bem como a maior percepção de intimidade com a parceria. O atingimento de metas românticas e sexuais também estão correlacionados a boa assertividade sexual (Brassard et al., 2015; Lammers & Stoker, 2018; Morokoff et al., 1997).

A construção de uma boa assertividade sexual, em especial para as mulheres, reforça o direito sobre os seus corpos e possibilidade de expressão sexual (Rickert et al., Wiemann,

2002). Quando bons níveis de assertividade sexuais não são atingidos, é possível perceber correlações com aumento das experiências de abuso sexual e físico, das situações de coerção sexual e da incidência e gravidade das disfunções sexuais (Morokoff et al., 1997, Sierra et al., 2018).

A assertividade sexual está à associada com a melhora do funcionamento sexual em mulheres, assim como aumento da satisfação sexual (Brassard et al., 2015). O funcionamento sexual pode ser conceituado como o conjunto de variáveis fisiológicas, emocionais, cognitivas e interpessoais que culminam em respostas sexuais saudáveis e na percepção subjetiva de boa qualidade da vida sexual (Carrobles et al., 2011). São variáveis relacionadas ao funcionamento sexual: a assertividade sexual, o desejo, a excitação, a percepção de atratividade, a lubrificação e o orgasmo, a frequência dos comportamentos masturbatórios e das relações sexuais diádicas, entre outras (Carrobles et al., 2011; Carvalho & Sardinha, 2017; Sierra et al., 2018).

Embora haja ampla pesquisa sobre assertividade sexual ao redor do mundo, estudos sugerem diferenças significativas a depender do contexto sociocultural, sinalizando a importância de pesquisas feitas especificamente com mulheres brasileiras (López-Alvarado et al., 2020). O objetivo desta pesquisa é apresentar uma avaliação da assertividade sexual em uma amostra de mulheres brasileiras, correlacionando os dados obtidos com as variáveis do desejo, da excitação e da satisfação, assim como relacionar a assertividade à presença de disfunção sexuais.

Métodos

Participantes

Participaram da pesquisa 935 mulheres que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, possuir vida sexual ativa (ter se engajado em no mínimo uma atividade sexual nas últimas quatro semanas) e terem nacionalidade brasileira. Além de preencherem os critérios, as participantes também assinalaram concordância com os objetivos da pesquisa através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Quanto às características gerais das participantes, 41% possuem entre 18 e 25 anos e 34% entre 26 a 35 anos, residem na região sudeste do Brasil (84%) e possuem nível educacional superior completo (53%) ou superior em andamento (32%). A maioria das

mulheres participantes possui ocupações remuneradas (“trabalha fora” - 59%) e não têm filhos (73%). Dados sobre a sexualidade das respondentes podem ser vistos na tabela 1.

{Tabela 1 }

Instrumentos

As participantes responderam a um questionário sociodemográfico, ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) e a Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres. O questionário sociodemográfico trazia perguntas gerais como faixa etária, escolaridade e região do país que reside, além de perguntas específicas relativas a sexualidade como orientação sexual, frequência sexual, autoavaliação quanto a existência de dificuldades sexuais, entre outras.

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino, originalmente publicado por Rosen et al. (2000) e adaptado para o português por Pacagnella et al. (2008) se propõe a avaliar, utilizando uma pontuação de 0 a 5, seis domínios: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor. Para este artigo, não foram coletados dados sobre o domínio da dor devido a sua avaliação ser derivada exclusivamente da penetração do pênis na vagina. A definição de ato sexual provida pelo instrumento “definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina” também foi removida, sendo considerada atividade ou ato sexual qualquer interação com interesse sexual, como carícias, masturbação, sexo oral, penetração vaginal e anal, etc.

Para avaliar disfunção sexual, foram utilizados os pontos de corte de cada domínio, como determinados por Aggarwal et al. (2012) e Abdullahi et al. (2019). Caracteriza-se como disfunção sexual uma pontuação menor que 4,28 no domínio do desejo, 5,08 na excitação, 5,45 na lubrificação, 5,05 no orgasmo e 5,04 na satisfação. Não foi utilizada a pontuação total para classificar as participantes, visto a redução da quantidade de itens.

A Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres, desenvolvida por Morokoff et al. (1997), foi traduzida para o português brasileiro por Pereira e Souza (2021, no prelo). É um instrumento autoaplicável baseado nos direitos humanos que visa mensurar a assertividade sexual das mulheres através das subescalas de iniciação, recusa e de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. Composta por 18 itens, é respondível através de uma escala likert que varia de nunca, pontuação 0, a sempre, pontuação 4. Os itens 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14 e 16 precisam ser invertidos para compor a pontuação final. A

confiabilidade da versão brasileira é alta, com *Alpha de Cronbach* da subescala de iniciação de 0,69, de recusa de 0,74, de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis de 0,81 e alpha total de 0,81.

Procedimentos

Os instrumentos foram disponibilizados on-line entre o mês de agosto de 2020 e o mês de janeiro de 2021. Os dados coletados foram organizados e analisados através do do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20. Foram desenvolvidas estatísticas descritivas como médias, frequências e desvio-padrão. A análise estatística envolveu correlações bivariáveis entre as variáveis contínuas e testes de comparação de médias: Teste T de Student e ANOVA.

Resultados

A média de pontuação obtida na EAS foi de 51,09 (DP=11,34), com a pontuação mínima de 8 e a máxima de 72. As médias das subescalas foram: 16,19 (DP=4,55) para iniciação, 18,38 (DP=4,96) para recusa e 16,52 (DP=6,16) para prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. Algumas variáveis sociodemográficas se associaram significativamente com a pontuação das respondentes na EAS. São elas: faixa de idade, número de filhos, fase da vida reprodutiva, orientação sexual, tempo de relacionamento e método contraceptivo, além de variáveis do funcionamento sexual obtidas através do FSFI.

A assertividade sexual variou ao longo das faixas etárias, sendo estatisticamente significativas as comparações entre mulheres de 18 a 25 anos e mulheres de 26 a 35 anos com mulheres entre 46 e 60 ou mais de 60 anos ($p < 0,05$). As mulheres da faixa etária 36 a 45 anos apenas se diferenciaram estatisticamente das mulheres com mais de 60 anos ($p < 0,05$). As médias mais altas na EAS foram das mulheres entre 18 e 25 anos ($M=52,26$, $DP=10,82$), seguidas pelas mulheres com idade entre 26 e 35 anos ($M=51,17$, $DP=11,47$). As médias mais baixas na EAS de acordo com a idade foram das mulheres de mais de 60 anos ($M=33,50$, $DP=11,78$).

As maiores médias de assertividade sexual foram obtidas pelas mulheres sem filhos ($M=52,16$, $DP=10,88$), seguidas pelas respondentes com um ou dois filhos ($M=48,89$, $DP=11,84$; $M=48,16$, $DP=11,81$, respectivamente, $p < 0,05$). Estudantes obtiveram maiores médias ($M=53,24$, $DP=10,29$) que mulheres que exercem função remunerada fora de casa ($M=50,22$, $DP=11,00$; $p < 0,05$).

Constatou-se diferença estatisticamente significativa entre respondentes na pré-menopausa e respondentes na pós-menopausa quanto a assertividade sexual. As participantes na pré-menopausa obtiveram pontuação média de 51,43 (DP=11,29) na EAS, enquanto aquelas na pós-menopausa pontuaram 46,76 (DP=12,12 $p<0,05$).

Quanto à orientação sexual, apenas houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres interessadas apenas por homens quando comparadas as mulheres que se interessavam por pessoas, indiferentes ao gênero. As primeiras tiveram média de 50,56 (DP=11,18; $p<0,05$) e as últimas de 53,76 (DP=12,76; $p<0,05$). Destaca-se que as mulheres que se interessam por pessoas alcançaram a maior média na EAS dentre as orientações sexuais pesquisadas.

As respondentes que estavam em um relacionamento de 1 a 3 anos de duração (M=52,59, DP=10,58) e 3 a 5 anos (M=52,84, DP=11,76) foram aquelas que apresentaram maiores níveis de assertividade enquanto aquelas com relações mais longas que 10 anos obtiveram os menores níveis (M=49,01, DP=12,86; $p <0,05$). Embora a frequência sexual não tenha sido uma variável relevante na estimativa da assertividade sexual, a satisfação com essa frequência foi estatisticamente significativa. Mulheres satisfeitas tiveram média de 52,26 (DP=11,22) contra médias de 49,36 (DP=11,31) das não satisfeitas.

Há diferenças estatisticamente significativas entre mulheres que utilizam camisinha como forma de prevenção a gravidez e todos os outros grupos da categoria (que não utilizam métodos contraceptivos, que utilizam anticoncepcional hormonal, DIU e outros métodos não especificados). A média das mulheres que fazem uso da camisinha é de 56,05 (DP=9,48). A segunda maior média na EAS nesta categoria é das mulheres que utilizam DIU e a menor média é das que utilizam outros métodos contraceptivos não especificados (M=51,51, DP=11,29; M=47,81, DP=14,22, respectivamente, $p<0,05$).

As respondentes que tiveram experiências sexuais indesejadas (N=604) obtiveram médias mais baixas do que aquelas que não tiveram (N=311), diferença que foi estatisticamente significativa (M=52,95, DP=10,84; M=50,26, DP=11,44, respectivamente, $p<0,05$). Destaca-se a diferença de escores também na subescala de recusa, com média de 19,29 (DP=4,66) das mulheres que não viveram experiências sexualmente indesejadas e média de 17,94 (DP=5,04) para as que viveram.

Quanto à presença de dificuldades sexuais autodeclaradas, a média de assertividade das mulheres que marcaram não possuírem dificuldades foi de 52,48 (DP=10,95) enquanto entre as que marcaram possuírem foi de 49,11 (DP=11,61, $p<0,05$), diferença estatisticamente significativa. A média das mulheres que alegaram diminuição do desejo foi de 49,00 (DP=11,47) contra 52,04 (DP=11,16) das mulheres que marcaram não sofrer com essa dificuldade. Em relação ao orgasmo, as respondentes que sentem dificuldade ou incapacidade de obtê-lo tiveram média de 47,87 (DP=12,32), contra média de 51,93 (DP=10,93) das mulheres que negaram.

A Escala de Assertividade Sexual se correlacionou a todos os domínios pesquisados do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), com $p<0,01$ em todos os domínios exceto o do desejo ($p<0,05$). A correlação entre as escalas também foi analisada através do coeficiente de correlação de Pearson, no qual a SAS demonstrou correlação positiva com todos os domínios do FSFI, com r variando de 0,07 até 0,24. As subescalas de iniciação e de recusa se correlacionaram positivamente com todos os domínios do FSFI, obtendo maior coeficiente de correlação r no domínio da excitação ($r=0,33$ e $r=0,20$). A subescala de prevenção obteve correlações positivas apenas com os domínios de excitação, orgasmo e satisfação, embora sejam correlações fracas ($r=0,04$, $r=0,05$ e $r=0,06$, respectivamente)

A média das respondentes nos domínios do FSFI foi de 3,91 no desejo, 4,70 na excitação, 5,01 na lubrificação, 4,45 no orgasmo e 4,50 na satisfação. Através do FSFI, também foi possível estimar a possível presença de disfunções sexuais, em adição a medida qualitativa que levou em conta a percepção de cada mulher sobre suas dificuldades sexuais. Percebeu-se que as mulheres que declararam não ter dificuldades sexuais obtiveram média de 24,71 (DP=3,10) no FSFI, enquanto as mulheres que apontaram sofrer com dificuldades sexuais pontuaram 19,51 (DP=4,65, $p<0,01$).

Considerando-se os pontos de corte de cada domínio do FSFI descritos na literatura, a tabela 2 mostra um comparativo entre mulheres com e sem disfunções sexuais identificadas pelo instrumento e suas médias em cada na escala geral da EAS e suas subescalas.

{tabela 2}

Variáveis sociodemográficas tais quais: grau de estudo, tipo de relação compartilhada, transtornos psicológicos autodeclarados, presença de endometriose, DSTs ou ISTs, ingestão de medicamentos psiquiátricos não mostraram correlação estatisticamente significativa com

os níveis de assertividade sexual nas participantes. Variáveis relacionadas ao funcionamento sexual como primeiras experiências sexuais, frequência sexual, sensação de incômodo ou dor durante o sexo e aversão ao sexo também não foram estatisticamente significativas.

Discussão

Este estudo buscou estimar a assertividade sexual das mulheres brasileiras, bem como correlacionar os níveis de assertividade, segundo a EAS com variáveis sociodemográficas e de funcionamento sexual obtidas através do FSFI. A média de assertividade sexual obtida neste estudo foi de 51,09 (DP=11,34), maior que a média de 45,50 (DP=11,05) encontrada por Orchowski et al. (2019) em uma amostra de mulheres americanas jovens.

A faixa etária e sua correlação com a assertividade sexual foi pesquisada por Vergalito (2020) que encontrou média 68,87 nas mulheres argentinas entre 18 e 25 anos e 68,48 nas mulheres de 26 a 40 anos, utilizando uma pontuação de 1 a 5. Os valores corresponderiam a 58,87 e 58,48 na versão aplicada nas brasileiras, indicando médias de assertividade sexual mais altas que das mulheres argentinas. Assim como nesta pesquisa, não houve diferenças significativas entre as jovens adultas (18 a 25 anos) e as adultas (26 a 35 e 36 a 45 anos) com relação às médias de assertividade sexual.

Embora a variável de satisfação com a relação conjugal não tenha sido diretamente avaliada, é possível inferir que esta afete de alguma forma a assertividade sexual, dado que as mulheres com maior tempo de relacionamento pesquisado (10 anos ou mais) também obtiveram as menores médias na EAS. Darden et al. (2018) apontou que mulheres em um relacionamento podem concordar mais em se relacionar sexualmente mesmo sem níveis de desejo significativos por medo da parceria perder o interesse.

As respondentes que se interessavam apenas por homens tiveram menores médias na EAS, o que pode ser explicado por uma maior tendência das heterossexuais em atender a solicitações sexuais de seus parceiros mesmo quando o sexo é indesejado, incluindo-se tanto tentativas de agradar ao parceiro e atender suas necessidades quanto à crença de não possuírem o direito de negar sexo (Kluck et al., 2018). A relutância em negar sexo indesejado e prevenir situações sexuais de risco através da assertividade sexual também foi relatada por Kim e Choi (2016).

Em um estudo com 617 mulheres argentinas heterossexuais e sexualmente ativas, Vergalito (2020) usou a versão em espanhol da escala de assertividade, utilizando pontuação

de 1 a 5. Suas médias foram de 19,63 para a escala de iniciação, 24,64 para a de recusa e 24,39 para a de prevenção à gravidez e a doenças sexualmente transmissíveis. Estes valores corresponderiam na versão aplicada no presente estudo a maiores valores para a escala de iniciação (M= 22,19), semelhantes para a de recusa (M=24,38) e menores para prevenção (M=22,52).

É válido destacar que dentre mais de 14 mil mulheres brasileiras que utilizam métodos contraceptivos pesquisadas através de dados fornecidos pelo ministério da saúde e sistematizados por Trindade et al. (2020), os mais comuns são o contraceptivo hormonal (34,2% da amostra) e os métodos cirúrgicos (25,9%). Isto pode indicar que a menor média das brasileiras na subescala de prevenção se dá pela preferência de outros métodos em detrimento da camisinha. Nesta pesquisa, apenas cerca de 30% da amostra utilizava camisinha como método contraceptivo e de proteção.

Ainda sobre o uso de métodos contraceptivos e de proteção, Orchowski et al. (2019) concluiu em seu estudo com mulheres que se relacionam com homens que uma menor assertividade sexual por parte delas estava relacionada ao aumento do sexo desprotegido (sem utilização da camisinha) e maior risco de desfechos sexuais negativos. Neste estudo, as mulheres que usavam camisinha como método de proteção tiveram a maior média na EAS dentre os métodos contraceptivos, corroborando com a proposta apresentada.

Livingston et al. (2007) utilizaram a subescala de recusa da EAS para pesquisar vitimização sexual e assertividade, concluindo que mulheres vítimas de violência reportaram maior dificuldade em negar atividades sexuais não desejadas e sofreram impactos cognitivos em suas crenças sobre direitos sexuais. Esta alegação é corroborada pelos estudos de Orchowski et al. (2019) nos quais mulheres com níveis mais baixos de assertividade sexual tem maiores riscos de serem vítimas sexuais.

Em uma pesquisa feita com mulheres vítimas de violências sexuais, Newins et al. (2018) encontraram uma média de 22,45 (DP=5,06) na subescala de recusa da EAS, que corresponderiam à média de 23,94 (DP=5,04) na versão aplicada no presente estudo obtida pelas mulheres que sofreram violências sexuais segundo seu autorrelato nesta pesquisa. As mulheres que assinalaram não ter sofrido experiências sexuais indesejadas obtiveram média correspondente de 25,29 (DP=4,66, $p<0,01$).

Em relação aos dados do FSFI, é possível perceber que a disfunção mais comum apresentada pelas mulheres é a do desejo (67,8%), seguida das dificuldades de orgasmo (53,6%) e da insatisfação sexual (56,6%). Abdullahi et al. (2019) encontrou uma prevalência de 91,8% quanto à disfunção do desejo, 41,5% relativa a dificuldades de orgasmo e 31,6% de insatisfação sexual pesquisando 342 mulheres nigerianas entre 15 e 49 anos.

De acordo com os pontos de corte de cada domínio, um estudo iraniano publicado em 2018 com 115 mulheres saudáveis encontrou médias de 3,8 (DP=1,1) para desejo, 3,9 (DP=1,4) para excitação, 4,4 (DP=1,5) para lubrificação, 4,5 (DP=1,5) para orgasmo e 4,7 (DP=1,2) para satisfação (Shahraki et al., 2018). As médias foram maiores que as das brasileiras em orgasmo e satisfação e menores nas outras três categorias. Através da pontuação total do FSFI, Shahraki et al. (2018) apontaram que 51 das 115 mulheres pesquisadas possuíam disfunções sexuais (44,3%).

Em um estudo com mulheres turcas, foram utilizados pontos de cortes diferentes do presente estudo. Cayan et al. (2016) utilizou pontuação menor ou igual a 3,9 para o domínio do desejo, 4,35 para a excitação e a lubrificação, 4,20 para orgasmo e 4,60 para satisfação para indicar disfunção sexual. Apesar do ponto de corte com valores reduzidos, ainda foi encontrada prevalência total de 52,5% de disfunção sexual nas mulheres turcas, com desejo reduzido como a disfunção mais comum (52,5%), seguido das dificuldades de lubrificação (50,2%) e de excitação (44,9%).

O estudo comparativo de Bezerra et al. (2018) investigando universitárias brasileiras (N=84) e italianas (N=128) através do FSFI encontrou uma maior porcentagem de disfunções em mulheres italianas (60,9%), sendo o domínio com menor score do orgasmo, com média de 3,1, pontuação abaixo dos critérios mais comuns utilizados para inferir disfunções através dos domínios. As mulheres brasileiras tiveram sua menor média no domínio do desejo (M=3,6) e maior média em lubrificação (M=4,6), com prevalência de disfunções de 38,1% (Bezerra et al., 2018). Correia et al. (2016) encontrou prevalência de apenas 21% de disfunção sexual numa amostra de 375 mulheres brasileiras, corroborando com a dificuldade de estabelecer um percentual homogêneo.

Além dos dados apresentados, um estudo de revisão feito por McCabe et al. (2016) apontou baixos níveis de desejo em 17% das mulheres no Reino Unido, entre 33 e 35% nos Estados Unidos, na Suécia e no Ira, 41% em Porto Rico, 55% Austrália e 61% em Ghana. Percebe-se que o desejo aparece em diversos estudos como domínio mais afetado em

mulheres de diversas faixas etárias e países, embora a frequência sexual nem sempre acompanhe essa baixa de desejo (Bezerra et al., 2018). Darden et al. (2018) concluiu que o nível de desejo sexual de uma mulher muitas vezes não faz diferença em seu consentimento em se engajar em atividades sexuais, principalmente no contexto de relacionamentos amorosos estabelecidos.

Este estudo buscou fornecer informações relevantes quanto à assertividade sexual das mulheres brasileiras e como esta se relacionou com características sociodemográficas e de funcionamento sexual. Foi possível perceber que as brasileiras possuíam médias de assertividade maiores que as mulheres americanas, porém menores que das mulheres argentinas. Quanto à subescala de recusa, as mulheres que sofreram experiências sexuais indesejadas tiveram médias semelhantes a vítimas de abusos sexuais americanas.

A disfunção sexual no domínio do desejo, mais prevalente entre as brasileiras, também foi a mais comum nas mulheres nigerianas, iranianas e turcas (Abdullahi et al. 2019, Cayan et al. 2016, Shahraki et al., 2018). A disfunção do orgasmo, segunda mais prevalente entre as brasileiras desta pesquisa, foi reportada Bezerra et al. (2018) como a mais comum entre mulheres italianas. É válido destacar que parte das grandes diferenças visíveis nas porcentagens é explicada pela dificuldade de interpretação dos dados coletados em diversos estudos devido a diferentes metodologias utilizadas (McCabe et al., 2016).

Embora os dados obtidos sejam pioneiros no campo da assertividade sexual feminina no Brasil, este estudo possui limitações relevantes como: (1) amostra não representativa do território brasileiro em sua grande diversidade, (2) respondentes com altos níveis de escolaridade e majoritariamente nas faixas etárias de 18 a 35, (3) não investigação de variáveis relativas à parceria e (4) recorte quantitativo. Incentiva-se fortemente a ampliação de pesquisas em assertividade sexual para que um panorama mais completo seja cultivado, expandindo-se também pesquisa em sexualidade feminina no Brasil.

Referências

Abdullahi, H. M., Abdurrahman, A., Ahmed, Z. D., & Tukur, J. (2019). Female sexual dysfunction among women attending the family planning clinic at Aminu Kano Teaching Hospital: a cross-sectional survey. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*, 16(1), 32-37. https://doi.org/10.4103/njbcs.njbcs_8_18

- Aggarwal, R. S., Mishra, V. V., Panchal, N. H., Deshchougule, V. V., & Jasani, A. F. (2012). Sexual dysfunction in women: An overview of risk factors and prevalence in Indian women. *J South Asian Feder Obst Gynae*, 4, 134-6. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-1195>
- Bezerra, K. C., Feitoza, S. R., Vasconcelos, C. T. M., Karbage, S. A. L., Saboia, D. M., & Oriá, M. O. B. (2018). Sexual function of undergraduate women: a comparative study between Brazil and Italy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1428–1434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0669>
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *J Sex Res*, 52(1), 110-9. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>.
- Carrobles, J. A., Gámez Guadix, M., & Almendros, C. (2010). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(1), 27–34. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113441>
- Carvalho, A., & Sardinha, A. (2017). *Terapia cognitiva sexual: Uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade*. Editora Cognitiva.
- Çayan, S., Yaman, Ö., Orhan, İ., Usta, M., Başar, M., Resim, S., Ramazan, A., Gümüş, B., & Kadioğlu, A. (2016). Prevalence of sexual dysfunction and urinary incontinence and associated risk factors in Turkish women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 203, 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.06.030>
- Correia, L. S., Brasil, C., da Silva, M. D., Silva, D. F. C., Amorim, H. O., & Lordêlo, P. (2016). Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*, 32(6), 405-9. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11961>
- Darden, M. C., Ehman, A. C., Lair, E. C., & Gross, A. M. (2018). Sexual compliance: examining the relationships among sexual want, sexual consent, and sexual

- assertiveness. *Sexuality & Culture*, 23(1), 220-235. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9551-1>
- Eklund, R., & Hjelm, A. (2019). “Til’ I can get my satisfaction”: the role of sexual assertiveness in the relationship between attachment orientation and sexual satisfaction [Dissertação de Mestrado, Örebro University da Suécia]
- Granados, R., Moyano, N., & Sierra, J. C. (2020). Behavioral intention to have risky sex in young men and women: The role of sexual excitation and assertiveness. *PLoS ONE* 15(5): e0232889. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232889>
- Kim, M., & Choi, J. H. (2016). A Study on Sexual Behavior, Sexual Knowledge, and Sexual Assertiveness among Korean College Students. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(29), 1-8. <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i29/94766>
- Kim, Y., Lee, E., & Lee, H. (2019). Sexual Double Standard, Dating Violence Recognition, and Sexual Assertiveness among University Students in South Korea. *Asian Nursing Research*, 13, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.003>
- Kluck, A. S., Hughes, K., & Zhuzha, K. (2018). Sexual Perfectionism and Women’s Sexual Assertiveness: Understanding the Unique Effects of Perfectionistic Expectations about Sex Originating from and Directed toward the Sexual Partner. *Sex Roles*, 79, 715-725. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0901-0>
- Lammers, J., & Stoker, J. I. (2018). Power affects sexual assertiveness and sexual esteem equally in women and men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(2), 645-652. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1285-5>
- Livingston, J. A., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women*, 13(3), 298-313. <https://doi.org/10.1177/1077801206297339>
- López-Alvarado, S. L., Parys, H. V., Jerves, E., & Enzlin, P. (2020). Development of sexual assertiveness and its function for human sexuality: a literature review. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54 (2), e948. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.948>

- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., & Segraves, R. T. (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Morokoff, P. J., Quina, L. L., Harlow, L. W., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual assertiveness scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.4.790>
- Newins, A. R., Wilson, L. C., & White, S. W. (2018). Rape myth acceptance and rape acknowledgment: The mediating role of sexual refusal assertiveness. *Psychiatry Research*, 263, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.02>
- Orchowski, L. M., Yusufov, M., Oesterle, D., Bogen, K. W., & Zlotnick, C. (2019). Intimate Partner Violence and Coerced Unprotected Sex Among Young Women Attending Community College. *Archives of Sexual Behavior*, 49(3), 871–882. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01537-5>
- Pacagnella, R. C., Vieira, E. M., Rodrigues Jr., O. M., & de Souza, C. (2008). Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (2), 416-426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Shahraki, Z., Tanha, F. D., & Ghajarzadeh, M. (2018). Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0584-2>
- Sierra, J. C., Herrera, F. L., Meulas, A. A., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*, 25(2), 146-152. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>

- Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Benavides-Torres, R. A., & Garza-Elizondo, M. E. (2017). *Validación de la Sexual Assertiveness Scale en mujeres mexicanas*. *Suma Psicológica*, 24(1), 34–41. doi:10.1016/j.sumpsi.2017.01.001
- Trindade, R. E., Siqueira, B. B., de Paula, T. F., & Felisbino-Mendes, M. S. (2021). Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>
- Vergalito, M. L. (2020) *Asertividad sexual, personalidad e impulsividad en mujeres heterosexuales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires* [Monografía, Universidad Argentina de la Empresa, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales]
- Yoshioka, M. (2000). Substantive Differences in the Assertiveness of Low-Income African American, Hispanic, and Caucasian Women. *The Journal of Psychology*, 134(3), 243–259. <https://doi.org/10.1080/00223980009600865>

Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra

	N	%
Orientação Sexual		
Heterossexual	595	63,6
Homossexual	27	2,9
Bissexual	199	21,3
Pansexual	114	12,2
Relacionamento atual		
Não está em um relacionamento	133	14,2
Com um homem	745	79,7
Com uma mulher	56	6,0
Com mais de uma pessoa	1	0,1
Tempo de relacionamento		
Menor ou igual a 1 ano	154	16,5
Entre 1 e 3 anos	221	23,6
Entre 3 e 5 anos	115	12,3
Entre 5 e 10 anos	173	18,5
Maior que 10 anos	169	18,1
Método contraceptivo		
Camisinha	285	30,5
Anticoncepcional hormonal	296	31,7
Dispositivo intrauterino (DIU)	76	8,1
Outros métodos não especificados	36	3,9
Não utiliza nenhum método	242	25,9
Frequência sexual		
1 vez ao mês ou menos	98	10,5
2 ou 3 vezes ao mês	238	25,5
1 ou 2 vezes por semana	400	42,8
3 a 5 vezes por semana	153	16,4
Todos ou quase todos os dias	36	3,9
Mais do que uma vez ao dia	10	1,1
Satisfação com a frequência sexual		
Sim	560	59,9
Não	375	40,1

Tabela 2: Comparação de médias na EAS e subescalas quanto a presença ou não de disfunção sexual segundo os domínios do FSFI

	EAS iniciação*	EAS recusa	EAS prevenção	EAS total	N (%)
Desejo					
Sim	15,94 (4,33)	18,42 (4,96)	16,88 (6,14)	51,24 (10,99)	634 (67,8%)
Não	16,73 (4,94)	18,31 (4,96)	15,74 (6,13)	50,78 (12,05)	301 (32,2%)
p-valor	p<0,05	p=n.s.**	p<0,05	p=n.s.**	
Excitação					
Sim	15,07 (4,54)	17,46 (5,20)	16,04 (6,31)	48,57 (11,23)	470 (50,3%)
Não	17,33 (4,27)	19,32 (4,52)	17,00 (5,97)	53,65 (10,88)	465 (49,7%)
p-valor	p<0,01	p<0,01	p<0,05	p<0,01	
Lubrificação					
Sim	15,33 (4,49)	17,68 (5,24)	16,44 (6,18)	49,44 (11,53)	443 (47,4%)
Não	16,98 (4,47)	19,02 (4,61)	16,59 (6,15)	52,58 (10,97)	492 (52,6%)
p-valor	p<0,01	p<0,01	p=n.s.**	p<0,01	
Orgasmo					
Sim	15,31 (4,54)	17,82 (5,16)	16,47 (6,28)	49,60 (11,42)	501 (53,6%)
Não	17,22 (4,35)	19,03 (4,64)	16,57 (6,02)	52,82 (11,01)	434 (46,4%)
p-valor	p<0,01	p<0,01	p=n.s.**	p<0,01	
Satisfação					
Sim	15,46 (4,62)	17,84 (5,03)	16,18 (6,38)	49,48 (11,34)	529 (56,6%)
Não	17,16 (4,27)	19,10 (4,78)	16,95 (5,84)	53,20 (11,01)	406 (43,4%)
p-valor	p<0,01	p<0,01	p=n.s.**	p<0,01	

*Média (Desvio-Padrão)

**não significativa

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância deste estudo se deu por, em primeira instância, se propor a traduzir, adaptar transculturalmente e apresentar evidências de validade de dois instrumentos amplamente utilizados ao redor do mundo, mas até então inalcançáveis para uso com mulheres brasileiras. Em segunda instância, o estudo também proporcionou a utilização de uma das escalas adaptadas conjuntamente a um dos instrumentos mais utilizados ao redor do mundo como medida de sexualidade feminina: o Índice de Funcionamento Sexual Feminino, sendo possível visualizar uma correlação clara entre a assertividade sexual e o funcionamento sexual em mulheres brasileiras.

Percebeu-se que ambos os instrumentos mantiveram suas estruturas fatoriais originais nas adaptações brasileiras, possuindo graus de confiabilidade altos (avaliados através do *alpha de Cronbach*) e mantendo o constructo proposto pelos autores de cada instrumento. A possibilidade de ter versões brasileiras da *SAS for Women* e do *SQoL-F* é uma facilitadora para o desenvolvimento e a ampliação de pesquisas em sexualidade feminina, bem como propicia instrumentos confiáveis para aplicação em contexto clínico.

Identificou-se que as mulheres brasileiras possuem níveis médios de assertividade sexual, subrepujando as americanas, porém abaixo das argentinas. A faixa etária, quantidade de filhos, estágio do ciclo menstrual e função exercida pelas mulheres foram fatores que se relacionaram positivamente com a assertividade sexual. Também se destacaram como relevantes a orientação sexual, o método contraceptivo utilizado e se as mulheres consideravam ter vivido ou não experiências indesejadas.

A assertividade sexual feminina se associou a todos os domínios do funcionamento sexual avaliados neste estudo, sendo necessárias pesquisas que possam ampliar o conhecimento acerca da natureza desta correlação. Também foi possível perceber que mulheres que alegaram ter dificuldades ou disfunções sexuais obtiveram médias de assertividade mais baixas, apontando para a necessidade de estratégias terapêuticas e de saúde voltadas para treinamento de assertividade sexual para mulheres brasileiras em vistas de elevar a funcionalidade e satisfação com a vida sexual.

Em relação a qualidade de vida sexual, embora as mulheres brasileiras não tenham obtido uma pontuação baixa, seus escores foram menores do que os das mulheres turcas, iranianas e africanas (residentes no Reino Unido). Este dado aponta para uma vivência

incompleta da sexualidade que pode, inclusive, estar atrelada aos dados de assertividade sexual previamente mencionados. Incentiva-se fortemente a execução de mais estudos com ambas as temáticas para explicitar associações possíveis.

Este projeto não teve o objetivo de esgotar as análises possíveis, mas sim propiciar um recurso para o aumento das pesquisas na área de assertividade e qualidade de vida sexuais das mulheres e trazer mais visibilidade nacional para o tema. Incentiva-se grandemente que a sexualidade seja parte da educação dos brasileiros e brasileiras, que esteja presente nos espaços de produção de saúde e que possa ser construída de forma saudável e clara, despida de visões estigmatizantes.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

- Abdullahi, H. M., Abdurrahman, A., Ahmed, Z. D., & Tukur, J. (2019) Female sexual dysfunction among women attending the family planning clinic at Aminu Kano Teaching Hospital: a cross-sectional survey. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*, 16(1), 32-37. https://doi.org/10.4103/njbc.njbc_8_18
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978) *Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão* (Tradução de J. M. Corrêa). Interlivros. (Trabalho original publicado em 1970).
- Blouet, A., Zinger, M., Capitain, O., Landry, S., Bourgeois, H., Seegers, V. T., & Pointreau, Y. (2019) Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Support Care Cancer*. 27(3), 879-885. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4374-z>
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *J Sex Res.*, 52(1), 110-119. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838744>
- Brenot, P., & Coryn, L. (2017). *História do sexo*. Gradiva.
- Carvalho, A., & Sardinha, A. (2017) *Terapia cognitiva sexual: Uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade*. Editora Cognitiva.
- Correia, L. S., Brasil, C., Silva, M. D. da, Cunha Silva, D. F. da, Amorim, H. O., & Lordêlo, P. (2016). Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 32(6), 405-9. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11961>
- Darden, M. C., Ehman, A., & Liar, E. C. (2019) Sexual compliance: examining the relationships among sexual want, sexual consent, and sexual assertiveness. *Sexuality & Culture*, 23(1), 220-235. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9551-1>
- De Beauvoir, S. (1949). *O segundo sexo* (2ª ed.). Nova Fronteira S.A.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Treinamento assertivo ontem e hoje. In E. C. Costa, J. C. Luzia, & H. N. (Orgs.) *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição*. (pp. 149-160). ESETec Editores Associados.
- Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2010). Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psychooncology*, 19(6), 646-56. <https://doi.org/10.1002/pon.1610>
- Eklund, R., & Hjelm, A. (2018) "Til' I can get my satisfaction": the role of sexual assertiveness in the relationship between attachment orientation and sexual satisfaction. [Dissertação de Mestrado, Örebro University, School of Law, Psychology and Social Work, Suécia]
- Hargie, O., Saunders, C., & Dickson, D. (1994) *Social Skills in Interpersonal Communication* (3ª ed.). Routledge.

- Lammers, J., & Stoker, J. I. (2019). Power Affects Sexual Assertiveness and Sexual Esteem Equally in Women and Men. *Arch Sex Behav.*, 48(2), 645-652. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1285-5>
- Landis, J.R., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-74.
- Lange, J. A., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Research Press Co.
- Lukic, A., Di Properzio, M., De Carlo, S., Nobili, F., Schimberni, M., Bianchi, P., Prestigiaco, C., Moscarini, M., & Caserta, D. (2016) Quality of sex life in endometriosis patients with deep dyspareunia before and after laparoscopic treatment. *Arch Gynecol Obstet*, 293(3), 583-90. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3832-9>.
- Maasoumi, R., Lamyian, M., Montazeri, A., Azin, S. A., Aguilar-Vafaie, M. E., & Hajizadeh, E. (2013). The sexual quality of life-female (SQOL-F) questionnaire: translation and psychometric properties of the Iranian version. *Reprod Health*, 10(25). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-25>
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997) Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *J Pers Soc Psychol.* 73(4), 790-804. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.4.790>.
- Pacagnella, R. C., Vieira, E. M., Rodrigues Jr., O. M, & de Souza, C. (2008) Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 416-426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. (2000). Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34(1), 610-616. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000600008>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>.
- Sardinha, A., Falcone, E. M. O., & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300013>
- Sierra, J. C., Herrera, F. L., Muelas, A. A., Arcos-Romero, A. I., & Calvillo, C. (2018). La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica*, 25(2), 146-152. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi.2018.v25.n2.6>
- Silva, N. T., & Damasceno, S. O. (2019). Avaliação da satisfação sexual em universitárias. *Colloquium Vitae*, 11(1), 1-6. Recuperado de <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/2840>

- Teixeira, C. M., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Assertividade: uma análise da produção acadêmica nacional. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 18(2), 56-72. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.883>
- Torres-Obregon, R., Onofre-Rodríguez, D. J., Sierra, J. C., Benavides-Torres, R. A., & Garza-Elizondo, M. E. (2017) Validación de la sexual assertiveness scale en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica*, 24(1), 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2017.01.001>
- Tugut, N., Golbasi, Z., & Bulbul, T. (2017). Quality of Sexual Life and Changes Occurring in Sexual Life of Women With High-Risk Pregnancy. *J Sex Marital Ther*, 43(2), 132-141. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141816>.
- Wolpe, R. E., Zomkowski, K., Silva, F. P., Queiroz A. P. A., & Sperandio, F. F. (2017). Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 211(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.018>
- Zhao, Y., Dong, W., Sun, L., Su, Q., Zhu, Y., Lu, M., Tan, C., & Yang, X. (2019) Analysis of factors that influence the quality of sexual life of climacteric women in China. *Climacteric*, 22(1), 73-78. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1514002>

ANEXOS

ANEXO 1 - Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. **Assinale apenas uma alternativa por pergunta.**

Para responder às questões use as seguintes definições:

- *Atividade Sexual/ato sexual:* pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”), penetração vaginal e/ou anal e sexo oral;
- *Estímulo sexual:* inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos);
- *Desejo sexual ou interesse sexual:* é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um(a) parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo;
- *Excitação sexual:* é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1 - Nas últimas 4 semanas com quem frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

2 - Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

4 - Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Muito alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Baixo
- 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Segurança muito alta
- 4 = Segurança alta
- 3 = Segurança moderada
- 2 = Segurança baixa
- 1 = Segurança muito baixa ou sem segurança

6 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

7 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou o ato sexual?

- 0 = Sem atividade sexual
- 5 = Quase sempre ou sempre
- 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- 1 = Quase nunca ou nunca

8 - Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- 0 = Sem atividade sexual
- 1 = Extremamente difícil ou impossível
- 2 = Muito difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeiramente difícil
- 5 = Nada difícil

9 - Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

10 - Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Ligeiramente difícil

5 = Nada difícil

11 - Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

0 = Sem atividade sexual

5 = Quase sempre ou sempre

4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)

3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

1 = Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

0 = Sem atividade sexual

1 = Extremamente difícil ou impossível

2 = Muito difícil

3 = Difícil

4 = Ligeiramente difícil

5 = Nada difícil

13 - Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante a atividade ou ato sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

14 - Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu/sua parceiro(a) durante a atividade sexual?

0 = Sem atividade sexual

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

15 - Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu/sua parceiro(a)?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

16 - Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

5 = Muito satisfeita

4 = Moderadamente satisfeita

3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

2 = Moderadamente insatisfeita

1 = Muito insatisfeita

ANEXO 2 - Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women

Instructions: “Think about a person you usually have sex with or someone you used to have sex with regularly. Answer the next questions with that person in mind. Think about what you would do even if you have not done some of these things.”

	Never	Sometimes	Half of the time	Almost always	Always
1. I begin sex with my partner if I want to.	1	2	3	4	5
2. I let my partner know if I want my partner to touch my genitals.	1	2	3	4	5
3. I wait for my partner to touch my genitals instead of letting my partner know that's what I want. (R)	1	2	3	4	5
4. I wait for my partner to touch my breasts instead of letting my partner know that's what I want. (R)	1	2	3	4	5
5. I let my partner know if I want to have my genitals kissed.	1	2	3	4	5
6. Women should wait for men to start things like breast touching. (R)	1	2	3	4	5
7. I give in and kiss if my partner pressures me, even if I already said no. (R)	1	2	3	4	5
8. I put my mouth on my partner's genitals if my partner wants me to, even if I don't want to. (R)	1	2	3	4	5
9. I refuse to let my partner touch my breasts if I don't want that, even if my partner insists.	1	2	3	4	5
10. I have sex if my partner wants me to, even if I don't want to. (R)	1	2	3	4	5
11. If I said no, I won't let my partner touch my genitals even if my partner pressures me.	1	2	3	4	5
12. I refuse to have sex if I don't want to, even if my partner insists.	1	2	3	4	5
13. I have sex without a condom or latex barrier if my partner doesn't like them, even if I want to use one. (R)	1	2	3	4	5
14. I have sex without using a condom or latex barrier if my partner insists, even if I don't want to. (R)	1	2	3	4	5
15. I make sure my partner and I use a condom or latex barrier when we have sex.	1	2	3	4	5
16. I have sex without using a condom or latex barrier if my partner wants. (R)	1	2	3	4	5
17. I insist on using a condom or latex barrier if I want to, even if my partner doesn't like them.	1	2	3	4	5
18. I refuse to have sex if my partner refuses to use a condom or latex barrier.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 - Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F) Questionnaire

Instructions: Regarding your sex life, answer the following statements.

	Completely Disagree	Mostly Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Mostly Agree	Completely Agree
1. When I think about my sexual life, it is an enjoyable part of my life overall.	0	1	2	3	4	5
2. When I think about my sexual life, I feel frustrated.	0	1	2	3	4	5
3. When I think about my sexual life, I feel depressed.	0	1	2	3	4	5
4. When I think about my sexual life, I feel like less of a woman.	0	1	2	3	4	5
5. When I think about my sexual life, I feel good about myself.	0	1	2	3	4	5
6. I have lost confidence in myself as a sexual partner.	0	1	2	3	4	5
7. When I think about my sexual life, I feel anxious.	0	1	2	3	4	5
8. When I think about my sexual life, I feel angry.	0	1	2	3	4	5
9. When I think about my sexual life, I feel close to my partner.	0	1	2	3	4	5
10. I worry about the future of my sexual life.	0	1	2	3	4	5
11. I have lost pleasure in sexual activity.	0	1	2	3	4	5
12. When I think about my sexual life, I am embarrassed.	0	1	2	3	4	5
13. When I think about my sexual life, I feel that I can talk to my partner about sexual matters.	0	1	2	3	4	5
14. I try to avoid sexual activity.	0	1	2	3	4	5
15. When I think about my sexual life, I feel guilty.	0	1	2	3	4	5
16. When I think about my sexual life, I worry that my partner feels hurt or rejected.	0	1	2	3	4	5
17. When I think about my sexual life, I feel like I have lost something.	0	1	2	3	4	5
18. When I think about my sexual life, I am satisfied with the frequency of sexual activity.	0	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada participante:

Esta pesquisa se insere como parte do mestrado acadêmico da psicóloga Alexandra da Silva Pereira, intitulado “Avaliação da assertividade e da qualidade de vida sexuais em uma amostra de mulheres brasileiras”, sob a orientação do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza.

A assertividade sexual é uma habilidade que permite a mulher reassegurar seus direitos sexuais, proteger-se contra comportamentos sexuais indesejados, danosos e não-seguros e obter relações sexuais satisfatórias e prazerosas. A qualidade de vida sexual é uma medida que inclui múltiplos fatores associados à sexualidade, incluindo-se a percepção subjetiva do seu funcionamento sexual, relação com a parceria, influência de doenças e/ou disfunções sexuais, entre outras coisas.

No Brasil, assertividade e qualidade de vida sexuais das mulheres são temáticas pouco pesquisadas, desconsiderando aspectos fundamentais da vida da mulher. Este estudo busca colaborar com o conhecimento sobre a sexualidade feminina e solicita a sua ajuda através da resposta a alguns formulários.

Caso deseje participar, você precisará assinar este termo de consentimento e então prosseguirá respondendo um questionário sócio-demográfico, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino, o Questionário de crenças sexuais disfuncionais, a Escala de Assertividade Sexual para Mulheres e o Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino. O tempo estimado de resposta é de 15 minutos e você pode desistir de participar a qualquer momento, sem gerar prejuízos a você. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo e serão omitidas informações que permitam identificá-la. Caso deseje, pode entrar em contato comigo pelo e-mail: psicologaalexandrapereira@gmail.com.

Eu, _____, portadora do documento de identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Data ____/____/____ _____

APÊNDICE 2 – Questionário sociodemográfico

Idade: _____

- Grau de estudo:** () fundamental incompleto
() fundamental completo
() ensino médio incompleto
() ensino médio completo
() superior incompleto (abandono/trancamento)
() superior em andamento
() superior completo

- Profissão/ocupação:** () trabalha fora (especifique em que: _____)
() “do lar” (tarefas da casa, cuidado com os filhos, etc)
() desempregada no momento
() estudante

Residência atual:

- () região norte () região sudeste
() região nordeste () região sul
() região centro-oeste
() sou brasileira, mas não resido no Brasil atualmente (especifique o país _____)

Número de filhos: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

Está grávida no momento? () Sim () Não

Caso esteja grávida, em que trimestre você está? () 1º () 2º () 3º

Está amamentando no momento? () Sim () Não

Indique, por favor, em que fase se encontra:

- () Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente)
() Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há dois meses ou mais, até 12 meses)
() Pós menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)

Tem alguma das condições abaixo? (assinale todas as opções aplicáveis)

- () Doença Cardíaca
() Asma
() Alergias
() Hipertensão
() Hipotensão
() Diabetes
() Depressão

- Ansiedade
- Epilepsia
- Endometriose
- Dores de cabeça crônicas/enxaquecas
- Doença Neurológica
- IST (Infecção Sexualmente Transmissível)
- DST (Doença Sexualmente Transmissível)
- AVC (Acidente Vascular Cerebral)
- Dor crônica
- Abuso de Álcool/ Substâncias
- Não tenho nenhuma condição clínica
- Outra. Por favor, especifique _____

Tomou regularmente algum dos seguintes nos últimos 6 meses?

- Antihipertensivo
- Antidepressivo
- Antipsicótico
- Anticoncepcionais hormonais
- Não tomei medicação
- Outra. Por favor, especifique _____

A respeito da sua sexualidade:

- Orientação Sexual:** Sinto atração apenas por homens
 Sinto atração apenas por mulheres
 Sinto atração por homens e mulheres
 Sinto atração por pessoas, independente do gênero
 Outro: _____

Você está em um relacionamento atualmente? Sim Não

Caso tenha respondido não, pule para a pergunta a respeito de quantos parceiros(as) sexuais você tem ao mesmo tempo.

- Atualmente em um relacionamento:** com um homem (cis/trans)
 com uma mulher (cis/trans)
 outro: _____

- Qual o tipo de relação compartilhada?** esporádica/ocasional
 namoro (*inclui-se aberto e fechado*)
 casamento/união estável
 coabitação – vivem juntos(as)
 viúva

- Qual é o tempo de duração de seu relacionamento?** menor ou igual a 6 meses
 menor ou igual a 1 ano
 menor ou igual a 3 anos

- menor ou igual a 5 anos
- menor ou igual a 10 anos
- maior que 10 anos

Quantos parceiros(as) sexuais você têm atualmente? 1 2 3 4 ou mais

Com que idade você teve sua primeira experiência sexual? _____

- com alguém do mesmo sexo
- com alguém do sexo oposto

Com que frequência se engaja em atividades sexuais com seu/sua parceiro/parceira:

- 1 vez ao mês ou menos
- 2 a 3 vezes ao mês
- 1 ou 2 vezes por semana
- 3 a 5 vezes por semana
- Todos ou quase todos os dias
- Mais do que uma vez ao dia

Está satisfeita com essa frequência? sim não

Considera que tenha alguma dificuldade ou disfunção sexual? sim não

Caso tenha respondido de forma afirmativa na questão anterior, assinale abaixo o quanto considera que esse problema interfere na sua vida, sendo 1 equivalente a nenhuma interferência e 5 o grau máximo de interferência:

Nenhuma interferência 1 2 3 4 5 Muita interferência

Caso tenha respondido afirmativamente, em qual (ou em quais) você acha que sente mais essa interferência?

- diminuição do desejo
- diminuição/demora na excitação
- redução da lubrificação/sensação de estar “seca” na região íntima
- dificuldade ou incapacidade de atingir o orgasmo
- sensação dor e/ou incômodo
- sente aversão ao sexo
- outro: _____

Você considera que já teve alguma experiência sexual indesejada? sim não

APÊNDICE 3 – Escala de Assertividade Sexual para Mulheres – Tradutora 1

Instruções: “Pense sobre a pessoa com a qual você pratica sexo usualmente ou alguém com quem você costumava fazer sexo regularmente. Responda as questões abaixo pensando nessa pessoa. Pense sobre o que você faria, mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.”

	Nunca	As vezes	Metade das vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu inicio o sexo com o meu parceiro/minha parceira se eu quiser.	0	1	2	3	4
2. Eu deixo meu parceiro/minha parceira saber se eu quiser que ele/ela toque minhas partes íntimas.	0	1	2	3	4
3. Eu espero até que meu parceiro/minha parceira toque minhas partes íntimas ao invés de deixar que ele/ela saiba que é o que eu quero.	0	1	2	3	4
4. Eu espero até que meu parceiro/minha parceira toque meus seios ao invés de deixar que ele/ela saiba que é o que eu quero.	0	1	2	3	4
5. Eu deixo meu parceiro/minha parceira saber se eu quiser que ele/ela beije minhas partes íntimas (prática de sexo oral).	0	1	2	3	4
6. Mulheres devem esperar que os homens comecem coisas como tocar nos seios.	0	1	2	3	4
7. Eu aceito e beijo meu parceiro/minha parceira se ele/ela insistir, mesmo quando eu já disse não.	0	1	2	3	4
8. Eu coloco minha boca nas partes íntimas do meu parceiro/minha parceira se ele/ela quiser, mesmo se eu não quiser.	0	1	2	3	4
9. Eu me recuso a deixar meu parceiro tocar meus seios se eu não quiser, mesmo se ele insistir.	0	1	2	3	4
10. Eu faço sexo com meu parceiro/minha parceira se ele quiser, mesmo se eu não quiser.	0	1	2	3	4
11. Se eu disser que não, não deixarei meu parceiro/minha parceira tocar minhas partes íntimas, mesmo se ele/ela insistir.	0	1	2	3	4
12. Eu recuso a relação sexual se eu não quiser, mesmo se meu parceiro/minha parceira insistir.	0	1	2	3	4
13. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu parceiro/minha parceira não gostar de usá-las, mesmo se eu quiser usar.	0	1	2	3	4
14. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu parceiro/minha parceira insistir, mesmo se eu não quiser.	0	1	2	3	4
15. Eu me asseguro que meu parceiro/minha parceira e eu usemos camisinha/proteção quando fazemos sexo.	0	1	2	3	4
16. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu parceiro/minha parceira quiser.	0	1	2	3	4

17. Eu insisto em usar camisinha/proteção se eu quiser, mesmo se meu parceiro/minha parceira não gostar. 0 1 2 3 4
18. Eu me recuso a fazer sexo com meu parceiro/minha parceira se ele/ela se recusar a usar camisinha/proteção. 0 1 2 3 4

APÊNDICE 4 – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres – Tradutora 2

Instruções: “Pense sobre a pessoa com quem você normalmente tem relações sexuais ou alguém com quem você costumava tê-las regularmente. Responda as seguintes questões tendo essa pessoa em mente. Reflita sobre o que você faria mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.”

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Quase Sempre	Sempre
1. Eu inicio sexo com meu/minha parceiro(a) se eu quiser.	0	1	2	3	4
2. Eu digo ao/a meu/minha parceiro(a) se eu quiser que ele(a) toque minhas genitálias.	0	1	2	3	4
3. Eu espero meu/minha parceiro(a) tocar minhas genitálias em vez de deixá-lo(a) saber que é isso que quero. (R)	0	1	2	3	4
4. Eu espero meu/minha parceiro(a) tocar meus seios em vez de deixá-lo(a) saber que é isso o que quero. (R)	0	1	2	3	4
5. Eu digo ao/a meu/minha parceiro(a) se eu quiser que minhas genitálias sejam beijadas.	0	1	2	3	4
6. Mulheres devem esperar que os homens iniciem atos como os toques nos seios. (R)	0	1	2	3	4
7. Eu cedo e beijo as genitálias do(a) meu/minha parceiro(a) se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. (R)	0	1	2	3	4
8. Eu ponho a boca nas genitálias do(a) meu/minha parceiro(a) se ele(a) quiser que eu o faça, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
9. Eu me recuso a deixar que meu/minha parceiro(a) toque meus seios caso eu não queira, mesmo se ele(a) insistir.	0	1	2	3	4
10. Eu tenho relações sexuais com meu/minha parceiro(a) se ele(a) quiser que eu o faça, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
11. Se eu disse não, eu não vou permitir que meu/minha parceiro(a) toque minhas genitálias, mesmo se ele(a) me pressionar.	0	1	2	3	4
12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira fazê-lo, mesmo se meu/minha parceiro(a) insistir.	0	1	2	3	4
13. Eu faço sexo sem camisinha ou proteção de látex se meu/minha parceiro(a) não gostar dela, mesmo se eu quiser usá-la. (R)	0	1	2	3	4
14. Eu faço sexo sem usar camisinha ou proteção de látex caso meu/minha parceiro(a) insista, mesmo se eu não quiser fazê-lo. (R)	0	1	2	3	4
15. Eu garanto que meu/minha parceiro(a) usemos camisinha	0	1	2	3	4

- ou proteção de látex quando fizermos sexo.
- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Eu faço sexo sem camisinha ou proteção de látex se meu/minha parceiro(a) quiser. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Eu insisto no uso da camisinha ou da proteção de látex se eu quiser usá-las, mesmo que meu parceiro não goste delas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Eu me recuso a ter relações sexuais se meu/minha parceiro(a) se recusar a usar camisinha ou proteção de látex. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

APÊNDICE 5 – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres: versão unificada

Instruções: “Pense sobre a pessoa com quem você normalmente faz sexo ou alguém com quem você costumava fazê-lo regularmente. Responda as seguintes questões tendo essa pessoa em mente. Reflita sobre o que você faria mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.”

- | | Nunca | Às vezes | Metade das vezes | Quase sempre | Sempre |
|--|-------|----------|------------------|--------------|--------|
| 1. Eu inicio o sexo com o meu/minha parceiro(a) se eu quiser | | | | | |
| 2. Eu deixo meu/minha parceiro(a) saber se eu quiser que ele(a) toque minhas partes íntimas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu espero meu/minha parceiro(a) tocar minhas partes íntimas ao invés de deixá-lo(a) saber que é isso que quero. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Eu espero meu/minha parceiro(a) tocar meus seios ao invés de deixá-lo(a) saber que é isso que quero. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu deixo meu/minha parceiro(a) saber se eu quiser que ele(a) beije minhas partes íntimas (prática de sexo oral). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mulheres devem esperar que os homens comecem coisas como tocar nos seios. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Eu cedo e beijo meu/minha parceiro(a) se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Eu coloco minha boca nas partes íntimas do meu/minha parceiro(a) se ele(a) quiser, mesmo se eu não quiser. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Eu me recuso a deixar meu/minha parceiro(a) tocar meus seios se eu não quiser, mesmo se ele(a) insistir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Eu faço sexo com meu/minha parceiro(a) se ele(a) quiser, mesmo se eu não quiser. (R) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Se eu disser não, não vou permitir que meu/minha parceiro(a) toque minhas partes íntimas, mesmo se ele(a) me pressionar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira fazê-lo, mesmo se meu/minha parceiro(a) insistir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

13. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu/minha parceiro(a) não gostar de usá-las, mesmo se eu quiser usar. (R)	0	1	2	3	4
14. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu/minha parceiro(a) insistir, mesmo se eu não quiser. (R)	0	1	2	3	4
15. Eu me asseguro que meu/minha parceiro(a) e eu usemos camisinha/proteção quando fazemos sexo.	0	1	2	3	4
16. Eu faço sexo sem camisinha/proteção se meu/minha parceiro(a) quiser. (R)	0	1	2	3	4
17. Eu insisto no uso da camisinha/proteção se eu quiser usá-las, mesmo que meu/minha parceiro(a) não goste delas.	0	1	2	3	4
18. Eu me recuso a fazer sexo com meu/minha parceiro(a) se ele(a) se recusar a usar camisinha/proteção.	0	1	2	3	4

APÊNDICE 6 – Retradução da Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Women

Instructions: “Think about the person you usually have sex with or someone you used to. Answer the questions below thinking about this person. Think about what you would do, even though you had not done it.

	Never	Sometimes	Half the time	Often	Always
1. I initiate sex with my partner if I want to.	0	1	2	3	4
2. I let my partner know if I want him/her to touch my private parts.	0	1	2	3	4
3. I wait for my partner to touch my private parts, instead of letting him/her know that I want it. (R)	0	1	2	3	4
4. I wait for my partner to touch my breasts instead of letting him/her know that I want it. (R)	0	1	2	3	4
5. I let my partner know if I want he/she to kiss my private parts (oral sex practice).	0	1	2	3	4
6. Women should wait for the man starts to touch them in places like the breasts. (R)	0	1	2	3	4
7. I give in and kiss my partner back if he/she pushes me, even though I had said no. (R)	0	1	2	3	4
8. I put my mouth on my partner’s private parts if he/she wants, even though I don’t want it. (R)	0	1	2	3	4
9. I refuse to let my partner touch my breasts if I don’t want to, even if he/she insists.	0	1	2	3	4
10. I have sex with my partner if he/she wants it, even if I do not. (R)	0	1	2	3	4

11. If I say no, I won't let my partner touch my private parts, even if he/she pushes me.	0	1	2	3	4
12. I refuse to have sex if I do not want to, even if my partner insists.	0	1	2	3	4
13. I have sex without protection if my partner do not like, even if I want to use it. (R)	0	1	2	3	4
14. I have sex without protection if my partner insist, even if I do not want to. (R)	0	1	2	3	4
15. I make sure that my partner and I use protection when we have sex.	0	1	2	3	4
16. I have sex without protection if my partner wants it. (R)	0	1	2	3	4
17. I insist in using protection if I want to use it, even if my partner does not like.	0	1	2	3	4
18. I refuse to have sex with my partner if he/she refuse to use protection.	0	1	2	3	4

APÊNDICE 7 - Versão corrigida após CVC – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres

Instruções: “Pense sobre a pessoa com quem você normalmente faz sexo ou alguém com quem você costumava fazer sexo regularmente. Responda as seguintes questões tendo essa pessoa em mente. Reflita sobre o que você faria mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.”

	0	Nunca	Às vezes	Metade das vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu inicio o sexo com a minha parceria se eu quiser.	0					
2. Eu deixo minha parceria saber se eu quiser que ele(a) toque meus genitais.	0	1	2	3	4	
3. Eu espero minha parceria tocar meus genitais ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4	
4. Eu espero minha parceria tocar meus seios ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4	
5. Eu comunico minha parceria se eu quiser que ele(a) beije meus genitais (prática de sexo oral).	0	1	2	3	4	
6. Mulheres devem esperar que os homens tomem a iniciativa em coisas como tocar nos seios. (R)						
7. Eu cedo e beijo minha parceria se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. (R)	0	1	2	3	4	
8. Eu coloco minha boca nos genitais da minha parceria parceiro(a) se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4	
9. Eu me recuso a deixar minha parceria tocar meus seios se eu não quiser, mesmo que ele(a) insista.	0	1	2	3	4	

10. Eu faço sexo com minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R) 0 1 2 3 4
11. Se eu disse não, não permito que minha parceria toque meus genitais, mesmo se ele(a) me pressionar. 0 1 2 3 4
12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira, mesmo se minha parceria insistir. 0 1 2 3 4
13. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria não gostar de usá-las, mesmo que eu queira usar. (R)
14. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria insistir, mesmo que eu não queira. (R)
15. Eu me asseguro que minha parceria e eu usemos camisinha (proteção) quando fazemos sexo. 0 1 2 3 4
16. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria quiser. (R) 0 1 3 4
17. Eu insisto no uso da camisinha (proteção) se eu quiser usá-la, mesmo que minha parceria não goste dela. 0 1 2 3
18. Eu me recuso a fazer sexo com minha parceria se ele(a) se recusar a usar camisinha (proteção). 0 1 2 3 4

APÊNDICE 8 - Versão final – Escala de Assertividade Sexual (EAS) para Mulheres

Instruções: ‘Pense sobre a pessoa com quem você normalmente faz sexo ou alguém com quem você costumava fazer sexo regularmente. Responda as seguintes questões tendo essa pessoa em mente. Reflita sobre o que você faria mesmo que você não tenha feito algumas destas coisas.

	Nunca	Às vezes	Metade das vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu inicio o sexo com a minha parceria se eu quiser.	0	1	2	3	4
2. Eu deixo minha parceria saber se eu quiser que ele(a) toque meus genitais.	0	1	2	3	4
3. Eu espero minha parceria tocar meus genitais ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4
4. Eu espero minha parceria tocar meus seios ao invés de comunicar que é isso que eu quero. (R)	0	1	2	3	4
5. Eu comunico minha parceria se eu quiser que ele(a) beije meus genitais (prática de sexo oral).	0	1	2	3	4
6. Mulheres devem esperar que os homens tomem a iniciativa em coisas como tocar nos seios. (R)	0	1	2	3	4
7. Eu cedo e beijo minha parceria se ele(a) me pressionar, mesmo que eu já tenha dito não. (R)	0	1	2	3	4
8. Eu coloco minha boca nos genitais da minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
9. Eu me recuso a deixar minha parceria tocar meus seios se eu não quiser, mesmo que ele(a) insista.	0	1	2	3	4
10. Eu faço sexo com minha parceria se ele(a) quiser, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
11. Se eu disse não, não permito que minha parceria toque meus genitais, mesmo se ele(a) me pressionar.	0	1	2	3	4
12. Eu me recuso a fazer sexo caso eu não queira, mesmo se minha parceria insistir.	0	1	2	3	4
13. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria não gostar de usá-las, mesmo que eu queira usar. (R)	0	1	2	3	4
14. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria insistir, mesmo que eu não queira. (R)	0	1	2	3	4
15. Eu garanto que minha parceria e eu usemos camisinha (proteção) quando fazemos sexo.	0	1	2	3	4
16. Eu faço sexo sem camisinha (sem proteção) se minha parceria quiser. (R)	0	1	2	3	4
17. Eu insisto no uso da camisinha (proteção) se eu quiser usá-la, mesmo que minha parceria não goste dela.	0	1	2	3	4
18. Eu me recuso a fazer sexo com minha parceria se ele(a) se recusar a usar camisinha (proteção).	0	1	2	3	4

APÊNDICE 9 - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminino – Tradutora 1

Instruções: A respeito de sua vida sexual, responda as afirmações a seguir.

Opções: 5 = concordo completamente 4 = concordo majoritariamente 3 = concordo um pouco/levemente 2 = discordo um pouco/levemente 1 = discordo majoritariamente 0 = discordo completamente

1. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, é como uma parte agradável da minha vida geral.
2. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me frustrada.
3. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me deprimida.
4. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto como se fosse menos mulher.
5. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me bem sobre mim mesma.
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como parceira sexual.
7. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me ansiosa.
8. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me com raiva.
9. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto que estou próxima do meu parceiro/minha parceira.
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual.
11. Eu perdi o prazer na atividade sexual.
12. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me envergonhada.
13. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto que posso falar com meu parceiro/minha parceira sobre as questões da vida sexual.
14. Eu tento evitar atividades sexuais.
15. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto-me culpada.
16. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, preocupo-me que meu parceiro/minha parceira se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).
17. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, sinto que perdi alguma coisa.
18. Quando eu penso sobre a minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual.

APÊNDICE 10 - Questionário de Qualidade de Vida Sexual – Feminina (QQVS-F) – Tradutora 2

Instruções: Responda as seguintes sentenças sobre sua vida sexual.

Opções: 5 = Concordo Completamente; 4 = Concordo Parcialmente, 3 = Concordo Ligeiramente, 2 = Discordo Ligeiramente, 1 = Discordo Parcialmente, 0 = Discordo Completamente.

1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma parte agradável da minha vida, no geral.
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrada.
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me depressiva.
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.

5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem com relação a mim mesma.
6. Perdi a confiança em mim mesma como uma parceira sexual.
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.
8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva.
9. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me próxima do(a) meu/minha parceiro(a).
10. Preocupo-me com o futuro da minha vida sexual.
11. Perdi o prazer na atividade sexual.
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com meu/minha parceiro(a) sobre assuntos sexuais.
14. Tento evitar atividade sexual.
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que meu/minha parceiro(a) se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual.

**APÊNDICE 11 - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F):
versão unificada**

Instruções: A respeito de sua vida sexual, responda as afirmações a seguir.

	Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo em grande parte	Concordo completamente
1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma parte agradável da minha vida, no geral.	0	1	2	3	4	5
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrada.	0	1	2	3	4	5
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me deprimida.	0	1	2	3	4	5
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.	0	1	2	3	4	5
5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo.	0	1	2	3	4	5
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como uma parceira sexual.	0	1	2	3	4	5
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.	0	1	2	3	4	5

8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva.	0	1	2	3	4	5
9. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que estou próxima do(a) meu/minha parceiro(a).	0	1	2	3	4	5
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual.	0	1	2	3	4	5
11. Perdi o prazer na atividade sexual.	0	1	2	3	4	5
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.	0	1	2	3	4	5
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com meu/minha parceiro(a) sobre assuntos sexuais.	0	1	2	3	4	5
14. Tento evitar atividade sexual.	0	1	2	3	4	5
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.	0	1	2	3	4	5
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que meu/minha parceiro(a) se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).	0	1	2	3	4	5
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.	0	1	2	3	4	5
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual.	0	1	2	3	4	5

**APÊNDICE 12 – Retradução do Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F)
Questionnaire**

Instructions: Regarding your sex life, answer the following statements.

	Completely disagree	Disagree in most parts	Slightly disagree	Slightly agree	I largely agree	Completely agree
1. When I think about my sexual life, I believe it is a pleasant part of my life, in general.	0	1	2	3	4	5
2. When I think about my sexual life, I feel frustrated.	0	1	2	3	4	5
3. When I think about my sexual life, I feel depressed.	0	1	2	3	4	5
4. When I think about my sexual life, I feel less of a woman.	0	1	2	3	4	5
5. When I think about my sexual life, I feel good with myself.	0	1	2	3	4	5
6. I lost confidence in myself as a sexual partner.	0	1	2	3	4	5
7. When I think about my sexual life, I feel anxious.	0	1	2	3	4	5
8. When I think about my sexual life, I feel angry.	0	1	2	3	4	5

9. When I think about my sexual life, I feel like I am close to my partner.	0	1	2	3	4	5
10. I care about the future of my sexual life.	0	1	2	3	4	5
11. I lost pleasure in sexual activity.	0	1	2	3	4	5
12. When I think about my sexual life, I feel ashamed.	0	1	2	3	4	5
13. When I think about my sexual life, I feel like I can talk to my partner about sexual matters.	0	1	2	3	4	5
14. I try to avoid sexual activity.	0	1	2	3	4	5
15. When I think about my sexual life, I feel guilty.	0	1	2	3	4	5
16. When I think about my sexual life, I worry that my partner will feel hurt or rejected.	0	1	2	3	4	5
17. When I think about my sexual life, I feel like I have lost something.	0	1	2	3	4	5
18. When I think about my sexual life, I am satisfied with the frequency that I have sexual activity.	0	1	2	3	4	5

APÊNDICE 13 - Versão corrigida após CVC - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F)

Instruções: A respeito de sua vida sexual, responda as afirmações a seguir.

	Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo em grande parte	Concordo completamente	
1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma] geral.	0	1	2	3	4	5	no
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrad.	0	1	2	3	4	5	
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me deprimida.	0	1	2	3	4	5	
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.	0	1	2	3	4	5	
5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo mesma.	0	1	2	3	4	5	
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como parceira sexu	0	1	2	3	4	5	
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.	0	1	2	3	4	5	
8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva. vida sexual, me sinto próxima da minha parceria.	0	1	2	3	4	5	
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual.	0	1	2	3	4	5	
11. Perdi o prazer na atividade sexual.	0	1	2	3	4	5	
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.	0	1	2	3	4	5	
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com minha parceria sobre questões sexuais.	0	1	2	3	4	5	
14. Tento evitar atividade sexual.	0	1	2	3	4	5	
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.	0	1	2	3	4	5	
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que minha parceria se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).	0	1	2	3	4	5	
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.	0	1	2	3	4	5	
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual.	0	1	2	3	4	5	
	0	1	2	3	4	5	

APÊNDICE 14 - Versão final - Questionário de Qualidade de Vida Sexual Feminina (QQVS-F)

Instruções: A respeito de sua vida sexual, responda as afirmações a seguir.

	Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo levemente	Concordo levemente	Concordo em grande parte	Concordo completamente
1. Quando penso sobre minha vida sexual, acredito ser uma parte agradável da minha vida, no geral.	1	2	3	4	5	6
2. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me frustrada.	1	2	3	4	5	6
3. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me deprimida.	1	2	3	4	5	6
4. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me menos mulher.	1	2	3	4	5	6
5. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me bem comigo mesma.	1	2	3	4	5	6
6. Eu perdi a confiança em mim mesma como parceira sexual.	1	2	3	4	5	6
7. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me ansiosa.	1	2	3	4	5	6
8. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto raiva.	1	2	3	4	5	6
9. Quando penso sobre minha vida sexual, me sinto próxima da minha parceria.	1	2	3	4	5	6
10. Eu me preocupo com o futuro da minha vida sexual.	1	2	3	4	5	6
11. Perdi o prazer na atividade sexual.	1	2	3	4	5	6
12. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me envergonhada.	1	2	3	4	5	6
13. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto que posso conversar com minha parceria sobre questões sexuais.	1	2	3	4	5	6
14. Tento evitar atividade sexual.	1	2	3	4	5	6
15. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto-me culpada.	1	2	3	4	5	6
16. Quando penso sobre minha vida sexual, preocupo-me que minha parceria se sinta magoado(a) ou rejeitado(a).	1	2	3	4	5	6
17. Quando penso sobre minha vida sexual, sinto como se tivesse perdido algo.	1	2	3	4	5	6
18. Quando penso sobre minha vida sexual, estou satisfeita com a frequência de atividade sexual	1	2	3	4	5	6