

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE
EM HOMENS COM DISFUNÇÃO SEXUAL**

Rodrigo Britto dos Santos

Dissertação apresentada como exigência parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da
Profa. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado Acadêmico em Psicologia Clínica

São Leopoldo, Agosto de 2010.

**ANSIEDADE, DEPRESSÃO E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE
EM HOMENS COM DISFUNÇÃO SEXUAL**

Rodrigo Britto dos Santos

Dissertação apresentada como exigência parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da
Profa. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado Acadêmico em Psicologia Clínica

São Leopoldo, Agosto de 2010.

Sumário

Resumo.....	4
Abstract.....	5
1. Introdução.....	6
2. Artigo 1 – Ansiedade, depressão e características de personalidade nos transtornos sexuais masculinos.....	8
2.1 Resumo.....	8
2.2 Abstract.....	9
2.3 Introdução.....	10
2.4 Considerações Finais.....	29
3. Artigo 2 – Ansiedade, depressão e características de personalidade em homens com disfunção sexual.....	32
3.1 Resumo.....	32
3.2 Abstract.....	33
3.3 Introdução.....	34
3.4 Objetivos.....	41
3.5 Método.....	41
3.5.1 Delineamento.....	41
3.5.2 Participantes.....	41
3.5.3 Critérios de Exclusão.....	42
3.5.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	42
3.5.5 Procedimentos éticos.....	46
3.6 Resultados.....	46
3.7 Discussão.....	52
3.8 Considerações Finais.....	60

4. Relatório de Pesquisa.....	63
4.1 Introdução.....	63
4.2 Objetivos.....	66
4.3 Método.....	67
4.3.1 Delineamento.....	67
4.3.2 Participantes.....	67
4.3.3 Critérios de Exclusão.....	67
4.3.4 Procedimentos de Pesquisa.....	68
4.3.5 Procedimentos éticos.....	68
4.3.6 Procedimentos de coleta de dados.....	69
4.3.7 Procedimentos de análise dos dados.....	74
4.4 Resultados.....	74
4.5 Considerações Finais.....	80
4.6 Anexos.....	84
4.6.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
4.6.2 Anexo B – Questionário Sócio-demográfico.....	86
4.6.3 Anexo C – Bateria Fatorial de Personalidade.....	88
5. Considerações Finais.....	95
6. Referências Bibliográficas.....	98

RESUMO

A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública, por sua alta incidência em homens de todas as idades. O desempenho sexual é um dos aspectos de grande influência no bem-estar psicológico do ser humano, já que a sexualidade pode ser considerada um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade dos indivíduos. Casos de disfunção sexual podem tanto originar, quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão, bem como influenciar ou serem influenciados por aspectos da personalidade. O objetivo deste estudo foi investigar as características de personalidade e a incidência de ansiedade e depressão em homens com disfunção erétil e ejaculação precoce. Foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) em 42 pacientes de uma clínica de andrologia de Porto Alegre, com diagnóstico de disfunção sexual psicogênica e idade entre 18 e 45 anos. Os dados foram analisados quantitativamente, através de análise estatística descritiva e inferencial. Como resultado, foi encontrada incidência significativa de ansiedade e depressão em portadores de EP e DE, sendo que os últimos tiveram escores maiores. O alto escore em neuroticismo pareceu ser o fator de personalidade mais associado a essas disfunções. Com esse estudo, pretendeu-se obter um maior conhecimento a respeito dos aspectos emocionais e das características de personalidade desses pacientes, contribuindo assim para o seu tratamento.

Palavras-chave: Personalidade, Depressão, Ansiedade, Disfunção Sexual.

ABSTRACT

Sexual dysfunction is considered a public health problem due to its high incidence on men throughout different age groups. The sexual performance is one aspect which influences the quality of human well-being, since it is a key element in identity organization and individual personality. Cases of sexual dysfunction can be originated by emotional states, such as anxiety and depression, as well as originate them. The objective of this study is to investigate personality characteristics and the incidence of anxiety and depression in men with erectile dysfunction and premature ejaculation. The Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) were used to evaluate 42 patients from an andrology clinic in Porto Alegre, with a diagnostic of psychogenic sexual dysfunction and ages between 18 and 45 years old. Data were computed through quantitative descriptive and inferential statistic analysis. With this study, we aimed to gain a better understanding in relation to emotional aspects and personality of these patients, contributing to its treatment.

Key-words: personality, depression, anxiety, sexual dysfunction.

1. Introdução

Esta dissertação tem como tema as disfunções sexuais masculinas, dos tipos disfunção erétil (DE) e ejaculação precoce (EP). Mais especificamente, dirige-se para o objetivo de avaliar a incidência de ansiedade e depressão nesses pacientes, bem como suas características de personalidade.

A motivação para este tema surgiu do atendimento realizado pelo pesquisador no setor psicológico de uma clínica de andrologia de Porto Alegre, desde 2006, como estagiário de psicologia, e a partir de 2007, como psicólogo. Este local recebe um grande número de homens com queixas de disfunção sexual, estando em funcionamento há 20 anos. Inicialmente o atendimento na clínica era só médico. A partir da demanda que surgiu, com muitos dos pacientes que consultavam sendo diagnosticados sem causas físicas, ou seja, de origem psicogênica, a psicologia foi incluída na instituição, com profissionais fazendo avaliações psicológicas e psicoterapia.

A apresentação desta dissertação é requisito parcial para a conclusão do mestrado em psicologia clínica. Inicialmente, na primeira seção, apresenta-se o artigo teórico “Transtornos sexuais masculinos- Ansiedade, depressão e características de personalidade“, que é uma revisão da literatura sobre o tema. A seguir, o artigo empírico “Ansiedade, depressão e características de personalidade em homens com disfunção sexual”, no qual consta a pesquisa realizada, incluindo a discussão dos resultados obtidos. Logo após, o relatório de pesquisa, onde constam os processos de desenvolvimento da mesma, incluindo uma breve revisão bibliográfica e a justificativa para o estudo, sendo também descritos os objetivos, o método e os resultados, incluindo os anexos.

Concluindo a dissertação, serão apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas em todo o documento.

2. Artigo 1 – Artigo Teórico

Transtornos sexuais masculinos- Ansiedade, depressão e características de personalidade

2.1 Resumo

A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública, por sua alta incidência em homens de todas as idades. O desempenho sexual é um dos aspectos de grande influência no bem-estar psicológico do ser humano, já que a sexualidade pode ser considerada um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade dos indivíduos. Casos de disfunção sexual podem tanto originar, quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão, bem como influenciar ou serem influenciados por aspectos da personalidade. O objetivo deste artigo é apresentar as principais contribuições da literatura e de pesquisas sobre disfunção erétil e ejaculação precoce, assim como suas correlações com características de personalidade, sintomas ansiosos e depressivos. Conclui-se que este é um tema relevante para a prática clínica, pois afeta grande parte dos homens em determinada fase de suas vidas, e ainda requer avanços em termos de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: personalidade, depressão, ansiedade, disfunção sexual.

2.2 Abstract

Sexual dysfunction is considered a public health problem due to its high incidence on men throughout different age groups. The sexual performance is one aspect which influences the quality of human well-being, since it is a key element in identity organization and individual personality. Cases of sexual dysfunction can be originated by emotional states, such as anxiety and depression, as well as originate them. The objective of this article is to present the main literature and research contribution on erectile dysfunction and premature ejaculation, and also their correlation to personality characteristics, anxious and depressive symptoms. It is concluded that this is a relevant theme to clinical practice, since it affects the great majority of men in specific periods of their lives and it is still an area which requires improvement in terms of prevention, diagnostic, and treatment.

Key-words: personality, depression, anxiety, sexual dysfunction.

2.3 Introdução

A atividade sexual humana resulta de um processo biopsicossocial iniciado já na vida intra-uterina, incluindo a influência de características físicas, das experiências pessoais ao longo da vida e do estado emocional do indivíduo. Por sua vez, o desempenho sexual é um dos aspectos com importante contribuição para o bem-estar psicológico do ser humano. Isto é, a questão de como o ser humano mantém relações sexuais faz com que a sexualidade seja um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade. Neste sentido, casos de disfunção sexual são situações que podem tanto gerar quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão (Paranhos, 2007).

Na psicologia, desde o início de sua atividade clínica, Freud teve a atenção voltada para a vida sexual de seus pacientes, valorizando o sexo como o pólo mais importante da estruturação da personalidade e da identidade do sujeito, como por exemplo, em sua obra “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”. O pai da psicanálise já encarava esse aspecto da vida como determinante para todos os demais tipos de relacionamento humano (Abdo, 2007).

Em função destes aspectos, a preocupação com a sexualidade e com o desempenho sexual tem estado presente ao longo da história da humanidade. Entretanto, este interesse cresceu de forma significativa principalmente a partir da década de 50. Ao final da década de 90, o surgimento de fármacos como o Viagra (citrato de sildenafil) promoveu uma importante mudança nas formas culturais de se conceber a sexualidade masculina (Paranhos, 2007).

Rangé (2001) cita que atualmente campanhas publicitárias na mídia proclamam com naturalidade a “cura da impotência” e que isso se deve principalmente a uma mudança no padrão do comportamento sexual. A potência sexual do homem e o orgasmo da mulher passaram a ser mais do que direitos: são deveres. O que era proibido tornou-se obrigação.

Ainda assim, a sexualidade pode ser tanto fonte de prazer, quanto de frustração, afetando diferentes âmbitos da vida dos indivíduos. Desta maneira, as disfunções sexuais são um grande inimigo da saúde, situações identificadas tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, devido à sua alta prevalência. No Brasil, Abdo (2004), em uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, sendo 3775 do sexo masculino, assinala que 48,1% dos homens referiram ter algum tipo de disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. Apesar de este número já não ser pequeno, sabe-se que pode ser maior ainda, pois falar de problemas sexuais ainda é um tabu para muitos, ainda mais em uma sociedade onde ainda existem ideais de machismo (Cavalcanti, 2006).

Em grande parte dos casos, o indivíduo não apresenta problemas orgânicos, ou seja, a disfunção sexual é de origem emocional, ou psicológica (Grassi, 2004). Segundo Rodrigues Junior (2002), diversos aspectos da vida contemporânea determinam maiores exigências que aumentam a ansiedade masculina. Neste fim de século, trabalha-se mais por menos e com maiores exigências sobre os resultados, o que se denomina estresse. O período de trabalho produtivo é mais intenso entre os 20 e 50 anos. Ao terminar a adolescência, o homem se vê obrigado a ter um trabalho que o sustente e o mantenha através dos projetos sociais que o cercam: ter família, filhos, carro, casa própria, tirar férias, jantar fora etc. Ao tentar cumprir essas metas, temos o

fator que o conduz à emoção destrutiva: ansiedade. Da mesma forma, o casamento, quando feito de maneira abrupta, como acidente de percurso, sem o devido preparo social e emocional do homem, pode ser outro fator preocupante. Viver a dois pode ser muito mais complicado do que trabalhar, trazendo muito mais ansiedade e muitos problemas de ordem sexual. Conseqüentemente, qualquer dúvida sobre a capacidade do homem de fazer sexo implica, antes de tudo, no não reconhecimento de sua masculinidade, conduzindo ao desenvolvimento de mecanismos paranóides acerca de si mesmo e de seu comportamento sexual. Sua identidade masculina liga-se à capacidade de fazer sexo, diferente de motivações sexuais ou desejo de prazer. Emocionalmente, esta perseguição a si mesmo traduz-se por ansiedade, o que fisiologicamente implica possíveis problemas sexuais (Rodrigues JR, 2002).

Além dos aspectos fisiológicos associados às disfunções sexuais, o desempenho sexual afeta a qualidade da vida do casal. Nasio (2003) ressalta a importância do prazer sexual para o bem-estar psíquico dos parceiros, pois se a aliança sexual não é feliz, a relação se fragiliza e freqüentemente se desfaz. Ainda, o mesmo autor coloca que a problemática masculina associa-se a questão do poder. A palavra poder não teria o significado de força política ou social, mas condensaria todas as variantes da dúvida masculina perante a prova, que ficariam em torno de estar à altura de sua tarefa, ser capaz de realizá-la e suficientemente preparado. O mesmo autor define a angústia masculina como o medo de não conseguir satisfazer a expectativa do outro, seja ele uma mulher ou ainda um homem investido de uma autoridade.

Levando em consideração todos os diferentes aspectos acima mencionados acerca do impacto das disfunções sexuais masculinas ao nível individual e relacional dos sujeitos, verifica-se a importância de conhecer as características psicológicas dos casos a fim de se desenvolver técnicas de intervenção apropriadas. Segundo Althof et al (2005), o atendimento de pacientes com disfunção sexual exige uma aproximação multiprofissional ao problema bem como uma perspectiva de ação que inclua ao indivíduo e companheira. Neste sentido, a contribuição da psicologia pode proporcionar uma melhor identificação do estado emocional destes pacientes, facilitando o planejamento da intervenção, além de contribuir para o avanço dos estudos nesta área, ampliando o conhecimento dos aspectos emocionais destes pacientes.

Disfunção Sexual

Até aproximadamente 1997, utilizava-se o termo Impotência Sexual para denominar aqueles pacientes com dificuldades sexuais. Este termo passou a ser considerado pelos profissionais da área como passível de interpretações conflitantes e de característica pejorativa, deixando de ser usado. A partir de então, foi substituído por Disfunção Sexual, que caracteriza o problema no âmbito sexual enquanto uma patologia, doença, negação da função (disfunção), isto é, um processo que não funciona corretamente (Grassi, 2004).

Quando a atividade sexual não se desenvolve a contento, fala-se em disfunção sexual, que resulta de perturbação em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (Abdo, 2007). De acordo com Paranhos (2007), disfunções sexuais podem ser definidas como dificuldades relacionadas a uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo. O

mesmo autor classifica a disfunção sexual em três tipos: orgânica, quando é causada por alguma patologia física, como a diabetes, por exemplo; psicogênica, na qual não existe nenhuma causa orgânica e a origem é, portanto, psicológica ou emocional; e mista, quando as duas causas estão associadas.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV TR, 2002), uma disfunção sexual (ou Transtorno Sexual) é caracterizada por uma perturbação nos processos que formam o ciclo de resposta sexual – formado por Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução - ou por dor associada à prática sexual. As disfunções sexuais masculinas descritas que serão estudadas nesta pesquisa são a Disfunção Erétil e a Ejaculação Precoce.

Em um estudo com 325 pacientes de Disfunção Sexual, Derogatis (1981) considerou que a prevalência de comorbidade psiquiátrica no grupo de pacientes disfuncionais era da ordem de 44,4% (1/3 dos homens e 1/2 das mulheres). A maior parte dos distúrbios psiquiátricos com comorbidade com a disfunção sexual foram os transtornos de personalidade, seguidos por transtornos de humor, de ansiedade e de ajustamento.

A literatura mais recente da psicologia das disfunções sexuais já busca uma melhor integração entre a experiência dos terapeutas comportamentais, cujo foco é a observação dos fatores atuais que mantêm ou cronificam uma experiência de falha sexual, e o trabalho dos psicoterapeutas de abordagem psicanalítica, que no meio médico-psiquiátrico são referidos pelo termo 'psicodinâmico' (Felício, 2002). Seguindo nesta linha, Levine & Althof (1997) ressaltam que as disfunções sexuais seriam o resultado da integração de

diferentes forças emocionais em três períodos de tempo: no presente, a ansiedade de desempenho (quando, assustado com experiências ruins, o homem concretiza uma expectativa antecipatória de fracasso); no passado recente, eventos vitais importantes prévios ao aparecimento dos sintomas (como conflitos conjugais ou dificuldades ocupacionais); e no passado longínquo, as vulnerabilidades que se estabelecem no desenvolvimento do homem, da infância à adolescência.

Em suma, a disfunção sexual é influenciada por diferentes fatores desde características constitucionais, eventos de vida traumáticos e problemas relacionais ao longo da vida e, finalmente, situações estressoras na vida adulta precipitantes dos problemas (Althof et al, 2005). Deste modo, os fatores precipitantes podem incluir dificuldades conjugais sérias marcadas por vivências de humilhação frente à esposa, divórcios conflituos, cirurgias de grande porte são situações marcantes que alteram o estado emocional dos indivíduos. A manutenção destas dificuldades leva a maior ansiedade, baixa auto-estima e depressão, situações que incrementam ainda mais os sintomas de disfunção sexual.

Neste trabalho foram abordadas as situações específicas de ejaculação precoce e disfunção erétil, manifestações freqüentes associadas aos problemas da sexualidade masculina, descritas abaixo.

Ejaculação Precoce (EP)

Atualmente, entende-se por ejaculação precoce aquela que ocorre sem que o paciente deseje. Apesar de ser uma definição imperfeita, pois a capacidade de inibir voluntariamente a ejaculação é variável em indivíduos normais e depende de fatores como cansaço, estresse, ansiedade, etc, essa é

a mais utilizada e adotada por especialistas. A EP é um problema que afeta entre 22% e 38% dos homens em alguma fase da vida (Glina, 2002).

Os critérios diagnósticos descritos no DSM-IV TR (2002) para Ejaculação Precoce são:

A – Ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje. O clínico deve levar em consideração os fatores que afetam a duração da fase de excitação, tais como idade, novidade da parceira ou situação sexual e frequência da atividade sexual recente.

B – A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.

C – A ejaculação precoce não se deve exclusivamente aos efeitos diretos de uma substância (por ex., abstinência de opióides).

Classifica-se a EP de acordo com a cronologia do seu aparecimento, em Primária e Secundária. A EP Primária ocorre quando o indivíduo teve esse tipo de sintoma (ejaculação rápida) durante toda a sua vida, ou seja, desde o início de sua vida sexual; enquanto a EP Secundária é aquela que ocorre somente em determinada fase da vida do homem (Cavalcanti, 2006). O mesmo autor cita que a Academia Internacional de Sexologia Médica classifica a ejaculação precoce de acordo com os níveis de gravidade em:

* Grau I ou leve: ejaculação pouco depois da penetração e após poucos movimentos de penetração e retirada;

* Grau II ou moderada: ejaculação imediatamente após a penetração;

* Grau III ou grave: ejaculação antes da penetração ou na ausência de ereção.

A ejaculação precoce parece incitar muita raiva na parceira do homem acometido por esse sintoma, pois esta se sente usada como um objeto, reduzida. Já o paciente com EP possui alto nível de ansiedade e pode vir a ter disfunção erétil (França, 2001). A mesma autora descreve as observações de três das principais correntes psicoterápicas acerca da Ejaculação Precoce:

- Na Abordagem Psicanalítica, conflitos inconscientes em relação às mulheres fazem da EP um modo simbólico de negar-lhes prazer. O tratamento psicanalítico possibilita a descrição dos atributos negativos da personalidade mas não estabelece uma correlação significativa entre a EP e a psicopatologia.

- Para a Abordagem Sistêmica, a EP é um instrumento usado pelo casal para por fim à luta pelo poder entre parceiros. A terapia conjugal promove a melhoria das qualidades do relacionamento do casal, mas a EP não desaparece.

- A Abordagem Comportamental considera que a causa primordial da EP, em termos de funcionamento psíquico, é a ansiedade. As técnicas comportamentais para reduzir a ansiedade do ejaculador precoce não levam a resultados satisfatórios quando:

- a ansiedade é consequência da EP e não seu antecedente;

- após a ansiedade ter sido diminuída pela dessensibilização sistemática, a falta de atenção a sinais pré-orgásticos persiste.

Os números encontrados no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (Abdo, 2004) não são pequenos: 25,8% dos homens pesquisados referiram a presença de Ejaculação Precoce. Desta maneira, nota-se que este é um dos problemas que mais afetam a sexualidade masculina, juntamente com a Disfunção Erétil.

Disfunção Erétil (DE)

Entende-se por disfunção erétil a incapacidade de se obter ou manter uma ereção adequada para a prática da relação sexual (Paranhos, 2007). É descrita no DSM-IV (1995) como Transtorno Erétil Masculino, representa uma questão de saúde mundial que afeta quase metade dos homens acima de 40 anos e, embora não seja uma ameaça à vida, não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Assim, a relação sexual deixa de ser uma experiência agradável e passa a causar ansiedade (Paranhos, 2007).

Cabe ressaltar que episódios isolados de dificuldade de ereção são normais, sendo uma experiência ocasional para quase todos os homens. A ocorrência de uma ereção menos firme, ou mesmo a perda dela, é uma resposta esperada à fadiga, estresse, distração, doenças, consumo excessivo de álcool ou de outros fármacos (Masters, Johnson & Kolodny, 1997).

Os critérios diagnósticos descritos no DSM-IV para Transtorno Erétil Masculino são:

A – Incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma relação adequada até a conclusão da atividade sexual.

B – A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.

C – A disfunção erétil não é melhor explicada por outro transtorno do Eixo I (outro que não Disfunção Sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento), ou de uma condição médica geral.

A disfunção erétil de origem psicológica é a mais prevalente em homens jovens e corresponde a aproximadamente 10% dos casos em pacientes com mais de 50 anos (Avatshi et al, 1994). Conforme Iankowski (2003), complicações emocionais como o stress, a depressão, a ansiedade, problemas financeiros, familiares e de relacionamento, podem atrapalhar o desempenho sexual. A ereção é uma manifestação do desejo do homem, sendo resultante de fatores fisiológicos (orgânicos) e psicológicos (emocionais) que desencadeiam seu funcionamento. A presença de desejo sexual, ou sua diminuição, também depende do estado emocional e orgânico do indivíduo.

Para Weeks (2000), toda disfunção erétil possui um fator de risco psicológico secundário, quando não é primário, mesmo quando a origem do problema é orgânica. O autor elenca como fatores psicológicos de risco:

- *Ansiedade de Performance* – ocorre quando o homem se preocupa e antecipa conseqüências negativas, bloqueando-se emocionalmente dos sentimentos de prazer associados à relação sexual. Esta situação acontece quase sempre após uma falha. Um homem que já teve experiências sexuais positivas fica chocado quando tem uma falha, e começa a se preocupar que isso venha a ocorrer novamente. A próxima vez que ele tentar manter uma relação sexual, irá antecipadamente imaginar a repetição da falha, o que criará a ansiedade de *performance* que inibirá a sua habilidade de ter uma *performance* sexual satisfatória. Apesar de raro, existem homens que apresentam esse tipo de ansiedade antes de já ter tido alguma falha no ato sexual.
- *Problemas Psiquiátricos* - além da ansiedade de *performance*, alguns problemas psiquiátricos podem afetar o desempenho erétil. Essas

desordens podem ser desde as mais graves, como esquizofrenia, até as mais comuns, como depressão e ansiedade, incluindo desordens de personalidade menos comuns.

A disfunção erétil tem um papel importante como marcador preditivo e evolutivo de condições que ameaçam a vida, tanto de ordem emocional (como a depressão), quanto física (diabetes, hipertensão, cardiopatias). Em uma pesquisa com homens brasileiros publicada em 2004, Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, de Abdo (2004), 45,1% dos homens pesquisados referiram presença de algum grau de Disfunção Erétil. Observa-se que os portadores de DE possuem maiores porcentagens de doenças do que os homens com atividade sexual saudável (Abdo, 2007).

No que diz respeito a pesquisas internacionais, Johannes (2000), em um estudo que pesquisou 1.290 americanos, entre 40 e 70 anos, na região de Massachusetts, encontrou 52% de prevalência para diferentes graus de DE. Na América Latina, o estudo de Morillo (2002) realizado na Colômbia, no Equador e na Venezuela, apontou índice de 53,4% de DE nos participantes dos três países em conjunto.

Ansiedade e disfunção sexual

Para França (2001), a preocupação com o tamanho do pênis e com o número de relações sexuais por noite é uma característica dos homens fálcos. A inveja e a rivalidade os levam a se comparar com outros homens na imaginação, quando na verdade evitam qualquer confrontação que possa dar uma resposta concreta à pergunta sobre quem é o maior ou o melhor. Assim, apresentam dificuldade em disputar um lugar com outros homens, tanto no namoro quanto em outras áreas como profissional e do esporte, não

demonstrando a agressividade necessária para tal empreendimento. A mesma autora segue falando que a liberdade sexual vivida desde o fim do século passado é tamanha que acabou construindo obstáculos imaginários nas interações heterossexuais, dentre os quais se destaca a necessidade, sentida pelo homem, de ter que dar provas de sua virilidade, desde os primeiros encontros com a mulher. Todos esses fatores podem facilmente gerar ansiedade.

Quando o sexo não é fundamental para o homem acometido de DE, mas sim para a sua parceira, ele reage com culpa e medo de que sua dificuldade acabe conduzindo a parceira a um relacionamento extra-conjugal. As chances de rompimento tornam esse homem extremamente ansioso (Abdo, 2007). Por outro lado, Barlow (1986) comenta que a ansiedade pode auxiliar a excitação sexual, mesmo porque ambas compartilham uma série de elementos funcionais orgânicos, como o aumento do batimento cardíaco e da pressão sanguínea. Somente quando a ansiedade liga-se à distração e a subestimação da própria resposta erétil é que ela está relacionada a um desempenho sexual disfuncional.

Neste sentido, Althof et al. (2005) colocam que a ansiedade esteve ligada à compreensão das disfunções sexuais desde os primeiros estudos sobre o tópico, tornando-se o foco principal do tratamento psicológico de homens apresentando esta dificuldade. Ainda atualmente, a ansiedade é identificada como um importante estado subjetivo de homens com disfunção sexual e também como um fator de manutenção destas dificuldades.

Rodrigues JR (2008), em uma amostra de 75 sujeitos atendidos em clínica de psicologia em sexualidade (54 homens e 21 mulheres), aplicou o Inventário

Beck de Ansiedade (BAI), com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade desses indivíduos. Os resultados revelaram que 81,5% dos homens estão entre “Mínimo e Leve”, enquanto para as mulheres, esses mesmos graus correspondem a 66,7%. Quanto à média dos escores, os homens com disfunção erétil apresentaram 13,80 (DP=10,60), enquanto os portadores de ejaculação rápida fizeram 12,95 (DP=7,81). Observa-se, portanto, que a grande maioria não apresentou altos escores.

Já, em outra pesquisa nacional, Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, de Abdo (2004), 6,4% dos portadores de DE apresentaram ansiedade, enquanto 3,8% dos homens sem DE tiveram o mesmo sintoma. Ou seja, o índice de ansiedade foi quase o dobro em homens com DE, em comparação aos homens sem disfunção sexual.

Ainda que a ansiedade esteja presente na maioria dos casos, Althof et al. (2005) alertam que a correlação entre ansiedade e disfunção erétil, por exemplo, não é claramente indicativa que a disfunção foi causada pela ansiedade *per se*. Isto é, mesmo que a ansiedade como sintoma e até um traço de personalidade tenha sido identificada em diversos estudos, ainda é necessário uma maior compreensão da associação entre estes estados afetivos e as disfunções sexuais.

Depressão e disfunção sexual

Seja qual for a sua etiologia, a depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil psicogênica. Para a maioria dos homens, a auto-avaliação da masculinidade e da força está focada no pênis, na ereção e na função de

ambos. Assim, a dificuldade de ereção repercute negativamente sobre a auto-imagem e sobre muitos domínios da qualidade de vida do homem. Se há dúvidas quanto ao desempenho sexual, essas invadem o cotidiano, influenciando no rendimento profissional, nos relacionamentos sociais e familiares. Como conseqüência dessas dificuldades, o homem pode passar a evitar situações de intimidade com sua parceira, buscar se consolar no consumo excessivo de álcool e até mesmo pensar em suicídio. Por outro lado, a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe, implacável. A disfunção sexual, por sua vez, pode se constituir em uma condição adversa que precipita ou intensifica a depressão, especialmente entre aqueles que moram sozinhos, estabelecem relações afetivas conflituosas, estão passando por dificuldades econômicas ou têm baixo nível de instrução. Assim, a depressão é um importante fator de risco para a disfunção sexual, causando sintomas como desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros que comprometem o desejo sexual. Por outro lado, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e gerar conflitos relacionais. Pode-se dizer que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa (Abdo, 2007).

No âmbito internacional, alguns pesquisadores confirmaram um índice maior de depressão em homens com disfunção sexual. Nos Estados Unidos, Shabsighab et al (1998) pesquisaram 100 homens com disfunção erétil ou hiperplasia prostática benigna (HPB), divididos em 3 grupos: o grupo 1 tinha somente homens com DE, no grupo 2 só estavam os portadores de HPB e ao grupo 3 pertenciam quem possuía os 2 sintomas. Utilizando o *Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (Spitzer et al., 1994) e o *Beck Depression*

Inventory (BDI) (Beck, 1996), os resultados obtidos foram os seguintes: foram identificados sintomas depressivos em 26 (54%) de um total de 48 homens que só tinham DE, 10 (56%) de um grupo com 18 homens com ED e HBP, e 7 (21%) de 34 homens que só apresentavam HBP. Pacientes com DE apresentaram 2.6 vezes mais sintomas depressivos do que homens que só possuíam HBP ($P < 0.05$).

Em um estudo de Meyer (1997) com 180 homens, foi aplicado o MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade). Concluiu-se que tanto sujeitos com disfunção erétil devido a fatores psicológicos, a uma condição médica ou sujeitos com ejaculação precoce apresentam mais indícios de depressão que sujeitos sem disfunção sexual, embora os sujeitos com ejaculação precoce tendam a negar seus aspectos depressivos.

Rodrigues JR (2008) pesquisou 176 sujeitos com queixas sexuais, sendo 140 homens, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para os graus de depressão, segundo a amostra, os resultados revelaram que 83,5% dos homens estão entre “Mínimo e Leve”, enquanto para as mulheres, esses mesmos graus correspondem a 75%. Quanto à média dos escores, os homens com disfunção erétil apresentaram 13,52 (DP=8,28), enquanto os portadores de ejaculação rápida fizeram 12,35 (DP=7,89).

Já no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, a correlação dos sintomas de depressão foi de 8,9% dos homens com DE para 5,4% dos participantes sem DE (Abdo, 2004). Este resultado também indica maior ocorrência de sintomas depressivos em homens portadores de disfunção sexual.

Observa-se, portanto, que a incidência de sintomas ansiosos e depressivos é significativa em indivíduos com disfunção sexual.

Personalidade e Disfunção Sexual

A seqüência causal entre qualidade de vida e saúde sexual não é linear e unifatorial, pois também temos que levar em conta a personalidade do indivíduo, sua singular maneira de ser que determina um eixo único e pessoal de valoração motivacional dos diferentes fatos vitais. Um sintoma sexual pode ser, por exemplo, um desajuste altamente provável em uma pessoa que, devido à sua personalidade, procure relacionamentos excessivamente idealizados (tudo tem que ser tão perfeito que pode acontecer uma auto-observação que iniba o relaxamento necessário à excitação sexual); posteriormente, esta falha tenderia a agravar-se, pois uma pessoa com tanta necessidade de realizações idealizadas pouco suporta qualquer falha pessoal. Finalmente, isto dificultaria as chances desse indivíduo tranquilizar-se, retomando uma experiência erótica satisfatória. Assim, a personalidade pode ser tanto um fator causal quanto de cronificação de um problema sexual, além de relacionar-se à dificuldade do paciente em tratar-se (Felício, 2002).

Nos últimos anos, surgiram pesquisas sobre as disfunções sexuais que, através de inventários de personalidade, bem como outros instrumentos como entrevistas psicológicas, buscam indicar que traços de funcionamento individual estariam relacionados à falha da função sexual. Eysenck (apud Felício, 2002), utilizando seu Inventário de Personalidade, buscou observar se há conexão entre traços de personalidade, experiência sexual e comportamento. Os resultados encontrados foram que existe relação entre neuroticismo, psicoticismo, extroversão e sexualidade. Para ele, isto significa que o indivíduo com altos escores em extroversão, por necessitar de maior estimulação de um modo geral, precisa de estímulos sexuais mais fortes, e os

busca em atividades pré e extra-maritais, no início mais precoce de vida sexual, no maior número de parceiros e na maior diversidade de técnicas sexuais. Esta diversidade traria inconstância e maior chance de que problemas sexuais viessem a ocorrer nos extrovertidos do que nos introvertidos ou naqueles com baixos índices de neuroticismo.

Tondo et al (1991) realizaram uma pesquisa utilizando o MMPI com uma amostra de 24 pacientes com Disfunção Erétil e 13 pacientes com Ejaculação Precoce, todos de etiologia psicogênica, sem uso de drogas que pudessem afetar a função sexual e sem histórico de distúrbios psiquiátricos. Os resultados permitiram concluir que estes dois grupos não podiam ser distinguidos um do outro no que diz respeito a um tipo específico de personalidade, apesar de que traços depressivos e de ansiedade associados com lentidão psicomotora, pessimismo, baixos índices de auto-confiança aliados a um alto grau de expectativa em relação a eles mesmos fossem mais notáveis nos sujeitos com DE do que nos portadores de EP. Os primeiros também apresentaram uma capacidade menor em relação à tolerância à frustração, o que é causa de uma hiper-sensibilidade e reatividade exagerada à experiências de fracasso. Assim, nestes pacientes de Disfunção Erétil, a ansiedade de desempenho seria ligada à necessidade imperiosa de ter uma boa performance para compensar sentimentos de baixa auto-estima, e seu relacionamento com os parceiros sexuais seria mais carregado de sentimentos hostis, por medo de abandono. Outra conclusão foi que os Disfuncionais Eréteis secundários tinham maiores traços de somatização do que os Disfuncionais Eréteis primários.

Em relação aos Ejaculadores Precoces, Tondo et al (1991) concluíram que eles apresentavam traços de dinamismo, procura de mudanças,

inquietação e afetos disfóricos, que eram características que quase não apareciam nos Disfuncionais Eréteis. Assim, pode-se entender que, nos Ejaculadores Precoces, a ansiedade de desempenho está relacionada não a auto-imagem negativa dos Disfuncionais Eréteis, mas sim a uma auto-imagem positiva, sustentada em traços hipomaníacos de personalidade. Nestes casos, as experiências sexuais seriam consideradas negativas em um sentido mais 'altruísta', quer dizer, pelo fato de que quando seus parceiros não têm prazer sexual, eles testemunham sua inabilidade sexual que contraria a auto-imagem hipomaníaca.

Na pesquisa de Black (1995) com 60 pessoas (26 homens) portadoras de disfunção sexual durante um longo período de tempo (sendo a maior parte das queixas a falta de desejo sexual) foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário Diagnóstico de Personalidade e a Entrevista Estruturada do DSM-III para os Transtornos de Personalidade. Os resultados demonstraram que estes pacientes possuíam uma tendência a ter dificuldades com características diferentes de extroversão. Estes indivíduos alcançaram índices elevados de desconforto social, tendência a comportamentos de evitação e falta de autoconfiança, que resultavam em uma dificuldade em aproximar-se mais facilmente dos outros (ao contrário do que acontece com extrovertidos). Também apareceram características como hipersensibilidade à rejeição e sensação de tédio, além de medidas altas em traços de caráter de tipo oral (traços obsessivos e histéricos também foram medidos), como comportamentos de exigência, dependência e tendências a vínculos mais engolfados.

Os resultados fizeram com que Black (1995) concluísse que, apesar de não se encontrar doenças psiquiátricas sérias em maior proporção no grupo das disfunções sexuais do que no grupo de pessoas normais, as pessoas com problemas sexuais têm traços caracteriológicos consistentes com dificuldades mais amplas no funcionamento interpessoal. Isto justifica o fato de se encontrar muitos casos de transtornos de personalidade nestes pacientes. Os transtornos de personalidade são quadros onde a pessoa tem prejuízos de adaptação em uma série de áreas vitais, assim não é estranho que também apresentem problemas sexuais. Desta maneira, as disfunções sexuais seriam a expressão de desajustes mais generalizados no contato com as pessoas.

Já no Brasil, Felício (2002) investigou a personalidade de 18 homens com Disfunção Erétil (DE) e 18 homens com Ejaculação Precoce (EP), utilizando o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), o Questionário Desiderativo e o Teste Estilocrômico de R. Simon. Não foram verificadas diferenças psicométricas significativas entre os pacientes de DE e EP. Os resultados indicaram que estes homens lidam com demandas mentais excessivas quanto ao desempenho, ordem e persistência, e que isto tende a levá-los a um depressivo desamparo, submetimento às pessoas admiradas, muita necessidade de ajuda e amizade, e a uma conflitiva necessidade de se sentirem livres do peso desta dinâmica relacional, tudo isto caracterizando uma masculinidade pouco assertiva. Por outro lado, as informações projetivas apontaram que não são pacientes com patologias psiquiátricas severas. O funcionamento psicodinâmico dos DE tende a ser mais homogêneo enquanto grupo do que o funcionamento dos EP, mas ambos os grupos tendem a adotar estratégias históricas para enfrentar déficits na capacidade de terem relações

maduras quanto à dependência. Por fim, os DE são mais introvertidos e conversivos, e os EP mais fóbicos.

Em outro estudo nacional, Oliveira (2003) desenvolveu uma pesquisa, com delineamento caso controle, visando aferir se existe um perfil psicopatológico relacionado à ejaculação precoce e se esses indivíduos, com diagnóstico exclusivo de ejaculação precoce primária, têm maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos do que a população geral. A amostra foi de 30 casos e 60 controles. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Ansiedade de Hamilton, Escala auto-aplicativa de IDATE-T, Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Depressão de Beck e o Teste de Perfil de Personalidade – TCI. As principais conclusões foram as seguintes: foi evidenciada associação significativa entre ansiedade e Ejaculação Precoce Primária; foi evidenciada associação significativa entre depressão e Ejaculação Precoce Primária; existem dimensões de personalidade significativamente características dos pacientes com diagnóstico exclusivo de Ejaculação Precoce Primária, e que são as seguintes: HA (esquiva a perdas), P (Persistência), S (Auto-direcionamento) e C (Cooperatividade); o grupo de pacientes com diagnóstico exclusivo de Ejaculação Precoce Primária apresenta perfil de personalidade compatível com o conceito de neuroticismo de Eysenck, o mesmo não ocorrendo com o grupo controle.

2.4 Considerações Finais

Este artigo teve o objetivo de reunir as principais pesquisas referentes ao tema de disfunção erétil e ejaculação precoce relacionadas com ansiedade, depressão e personalidade. Observamos nos trabalhos acima que existe uma incidência significativa de ocorrência de sintomas de depressão e de ansiedade

em homens com disfunção sexual. Além disto, alguns artigos apontam para a importância de estudos que auxiliem a correta identificação dos casos, principalmente quanto à origem desses sintomas e às características de personalidade desses pacientes.

Os resultados da avaliação de sintomas ansiosos e depressivos foram semelhantes em diversos estudos, indicando uma incidência significativa desses estados emocionais nos indivíduos sexualmente disfuncionais. Da mesma maneira, encontrou-se relação desses transtornos com alguns fatores de personalidade já citados em algumas pesquisas, como o alto escore em neuroticismo.

Ainda que os estudos nacionais apontem resultados importantes em relação à compreensão destas disfunções, observa-se que o número de trabalhos ainda é pequeno, sendo importante a ampliação do conhecimento sobre estas patologias. Principalmente, considerando a necessidade de desenvolver técnicas de intervenção voltadas para estes pacientes. Também, se deve ressaltar que é preciso atuar na prevenção desses transtornos. Assim, os estudos apontam para a necessidade de que políticas de saúde venham a se ocupar das disfunções sexuais com mais atenção, considerando elementos psicopatológicos e características de personalidade específicas de homens com estes sintomas para assim obterem resultados melhores. Como grande parte das disfunções sexuais possui origem primária, ou seja, surge precocemente, desde o início da vida sexual dos indivíduos, esse trabalho de prevenção aos transtornos sexuais deve atingir também as fases de infância e adolescência, assim como os ambientes em que são criados, ou seja, seus criadores e educadores. Neste sentido, é importante que se consiga identificar

fatores de risco à disfunção erétil e à ejaculação precoce, bem como traços de personalidade que possam ser indicativos de uma pré-disposição a desenvolver determinado sintoma, para assim buscar mudanças favoráveis à saúde desses indivíduos.

Desta maneira, espera-se contribuir para um maior entendimento dos aspectos emocionais desses pacientes, de maneira a auxiliar na sua prevenção, e no seu tratamento.

3. Artigo 2 – Artigo Empírico

Ansiedade, Depressão e Características de Personalidade em Homens com Disfunção Sexual.

3.1 Resumo

A disfunção sexual é considerada um problema de saúde pública, por sua alta incidência em homens de todas as idades. O desempenho sexual é um dos aspectos de grande influência no bem-estar psicológico do ser humano, já que a sexualidade pode ser considerada um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade dos seres humanos. Casos de disfunção sexual podem tanto originar, quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão, bem como influenciar ou serem influenciados por aspectos da personalidade. O objetivo deste estudo foi investigar as características de personalidade e a incidência de ansiedade e depressão em homens com disfunção erétil e ejaculação precoce. Foram aplicados o Inventário de Depressão de Beck II (BDI - II), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) em 42 pacientes de uma clínica de andrologia de Porto Alegre, com diagnóstico de disfunção sexual psicogênica e idade entre 18 e 45 anos. Os dados foram analisados quantitativamente, através de análise estatística e de comparação. Com esse estudo, pretendeu-se obter um maior conhecimento à respeito dos aspectos emocionais e das características de personalidade desses pacientes, contribuindo assim para o seu tratamento.

Palavras-chave: Personalidade, Depressão, Ansiedade, Disfunção Sexual.

3.2 Abstract

Sexual dysfunction is considered a public health problem due to its high incidence on men throughout different age groups. The sexual performance is one aspect which influences the quality of human well-being, since it is a key element in identity organization and individual personality. Cases of sexual dysfunction can be originated by emotional states, such as anxiety and depression, as well as originate them. The objective of this study is to investigate personality characteristics and the incidence of anxiety and depression in men with erectile dysfunction and premature ejaculation. The Beck Depression Inventory II (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) were used to evaluate 42 patients from an andrology clinic in Porto Alegre, with a diagnostic of psychogenic sexual dysfunction and ages between 18 and 45 years old. Data were computed through quantitative statistic analysis. With this study, we aimed to gain a better understanding in relation to emotional aspects and personality of these patients, contributing to its treatment.

Key-words: personality, depression, anxiety, sexual dysfunction.

3.3 Introdução

A atividade sexual humana resulta de um processo biopsicossocial iniciado já na vida intra-uterina, incluindo a influência de características físicas, das experiências pessoais ao longo da vida e do estado emocional do indivíduo. Por sua vez, o desempenho sexual é um dos aspectos com importante contribuição para o bem-estar psicológico do ser humano. Isto é, a questão de como o ser humano mantém relações sexuais faz com que a sexualidade seja um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade. Neste sentido, casos de disfunção sexual são situações que podem tanto gerar quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão (Paranhos, 2007).

Ainda assim, a sexualidade pode ser tanto fonte de prazer, quanto de frustração, afetando diferentes âmbitos da vida dos indivíduos. Desta maneira, as disfunções sexuais são um grande inimigo da saúde, situações identificadas tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, devido à sua alta prevalência. No Brasil, Carmita Abdo (2004), em uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, sendo 3775 do sexo masculino, assinala que 48,1% dos homens referiram ter algum tipo de disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. Apesar de este número já não ser pequeno, sabe-se que pode ser maior ainda, pois falar de problemas sexuais ainda é um tabu para muitos, ainda mais em uma sociedade onde ainda existem ideais de machismo (Cavalcanti, 2006).

Até aproximadamente 1997, utilizava-se o termo Impotência Sexual para denominar aqueles pacientes com dificuldades sexuais. Este termo passou a ser considerado pelos profissionais da área como passível de interpretações

conflitantes e de característica pejorativa, deixando de ser usado. A partir de então, foi substituído por Disfunção Sexual, que caracteriza o problema no âmbito sexual enquanto uma patologia, doença, negação da função (disfunção), isto é, um processo que não funciona corretamente (Grassi, 2004).

Atualmente, entende-se por ejaculação precoce aquela que ocorre sem que o paciente deseje. Apesar de ser uma definição imperfeita, pois a capacidade de inibir voluntariamente a ejaculação é variável em indivíduos normais e depende de fatores como cansaço, estresse, ansiedade, etc, essa é a mais utilizada e adotada por especialistas. A EP é um problema que afeta entre 22% e 38% dos homens em alguma fase da vida (Glina, 2002).

Entende-se por disfunção erétil a incapacidade de se obter ou manter uma ereção adequada para a prática da relação sexual (Paranhos, 2007). É descrita no DSM-IV(1995) como Transtorno Erétil Masculino, representa uma questão de saúde mundial que afeta quase metade dos homens acima de 40 anos e, embora não seja uma ameaça a vida, não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Assim, a relação sexual deixa de ser uma experiência agradável e passa a causar ansiedade (Paranhos, 2007).

Althof et al. (2005) colocam que a ansiedade esteve ligada à compreensão das disfunções sexuais desde os primeiros estudos sobre o tópico, tornando-se o foco principal do tratamento psicológico de homens apresentando esta dificuldade. Ainda atualmente, a ansiedade é identificada como um importante estado subjetivo de homens com disfunção sexual e também como um fator de manutenção destas dificuldades.

Da mesma maneira, seja qual for a sua etiologia, a depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil psicogênica. Para a maioria dos homens, a auto-avaliação da masculinidade e da força está focada no pênis, na ereção e na função de ambos. Assim, a dificuldade de ereção repercute negativamente sobre a auto-imagem e sobre muitos domínios da qualidade de vida do homem. Se há dúvidas quanto ao desempenho sexual, essas invadem o cotidiano, influenciando no rendimento profissional, nos relacionamentos sociais e familiares. Como consequência dessas dificuldades, o homem pode passar a evitar situações de intimidade com sua parceira, buscar se consolar no consumo excessivo de álcool e até mesmo pensar em suicídio. Por outro lado, a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe, implacável. A disfunção sexual, por sua vez, pode se constituir em uma condição adversa que precipita ou intensifica a depressão, especialmente entre aqueles que moram sozinhos, estabelecem relações afetivas conflituosas, estão passando por dificuldades econômicas ou têm baixo nível de instrução. Assim, a depressão é um importante fator de risco para a disfunção sexual, causando sintomas como desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros que comprometem o desejo sexual. Da mesma maneira, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e gerar conflitos relacionais. Pode-se dizer que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa (Abdo, 2007).

As pesquisas sobre as disfunções sexuais que se utilizam de inventários de personalidade procuram indicar que traços de funcionamento individual

estariam relacionados ao fracasso na função sexual. O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), referido na literatura como "Big Five", ou "Five Factor Model" tem sido amplamente pesquisado por representar uma possibilidade de descrição da personalidade de forma simples, elegante e econômica. Este modelo também é bem recebido devido ao acúmulo de evidências de sua universalidade e de sua aplicabilidade em diferentes contextos. Embora a denominação dos fatores ainda não seja consensual, os traços de personalidade e a forma como são agrupados são equivalentes nas diferentes abordagens ao Modelo. O modelo dos CGF propõe os seguintes fatores:

Extroversão

Extroversão é um componente da personalidade humana que, neste modelo, está relacionado às formas como as pessoas interagem com os demais e indica o quanto elas são comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias. Costa e Widiger (2002) indicaram que Extroversão refere-se à quantidade e à intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estimulação e capacidade de alegrar-se. Pessoas altas em Extroversão tendem a ser sociáveis, ativas, falantes, otimistas e afetuosas. Indivíduos com escores baixos em Extroversão tendem a ser reservados (mas não necessariamente inamistosos), sóbrios, indiferentes, independentes e quietos. Introversos não são necessariamente pessoas infelizes ou pessimistas, mas não são dados aos estados de espírito exuberantes que caracterizam os extrovertidos.

Socialização

O fator Socialização descreve a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos e relaciona-se aos tipos de interações que uma pessoa apresenta ao longo de um contínuo que se estende da compaixão e empatia ao antagonismo. Pessoas que são altas em Socialização tendem a ser generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas. Ávidas para ajudar aos outros, elas tendem a ser responsivas e empáticas, e acreditam que a maioria das outras pessoas agirá da mesma forma. Indivíduos que são baixos em Socialização tendem a ser pessoas cínicas, não cooperativas e irritáveis, podendo também ser pessoas manipuladoras, vingativas e implacáveis (Costa, & Widiger, 2002). Socialização também avalia a compatibilidade ou a capacidade com que as pessoas se percebem no convívio social (Nunes, 2005).

Neuroticismo

Para McCrae & John, é considerado, neste modelo, o fator mais associado às características emocionais das pessoas. Refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional dos indivíduos e representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experienciam padrões emocionais associados a desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, etc.) e os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes. Um alto nível de Neuroticismo identifica indivíduos que são propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional. Também inclui idéias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar a frustração causada pela não realização de desejos e respostas de *coping* mal adaptadas. Neuroticismo inclui itens que identificam ansiedade, hostilidade, depressão, auto-estima, impulsividade e vulnerabilidade (Costa, & Widiger, 2002).

Indivíduos com baixos índices de Neuroticismo são geralmente calmos, relaxados, estáveis, menos agitados. Porém, baixos escores de neuroticismo não significam necessariamente que o indivíduo tem boa saúde mental. Na verdade, o oposto pode ser verdadeiro. Níveis extremos de Neuroticismo, tanto muito elevados ou muito baixos, podem ser indicadores padrões pouco adaptativos em relação aos seus componentes (apud Oliveira, 2003).

Realização

O fator Realização descreve características como o grau de organização, persistência, controle e motivação que tipicamente as pessoas apresentam. Pessoas altas em Realização tendem a ser organizadas, confiáveis, trabalhadoras, decididas, pontuais, escrupulosas, ambiciosas e perseverantes. Pessoas baixas em Realização não têm objetivos claros, tendem a ter pouco comprometimento e responsabilidade diante de tarefas e geralmente são descritas como sendo preguiçosas, descuidadas, negligentes e hedonistas (Costa, & Widiger, 2002).

Abertura

Este fator se refere aos comportamentos exploratórios e reconhecimento da importância de ter novas experiências. Indivíduos altos nesta dimensão são curiosos, imaginativos, criativos, divertem-se com novas idéias e com valores não convencionais; eles experienciam uma gama ampla de emoções mais vividamente do que pessoas fechadas (baixas em Abertura). Já pessoas baixas em Abertura tendem a ser convencionais nas suas crenças e atitudes, conservadoras nas suas preferências, dogmáticas e rígidas nas suas crenças; tendem também a ser menos responsivas emocionalmente.

Saraglou cita que este fator, Abertura à Experiência, correlaciona-se negativamente com concepções religiosas fundamentalistas e dogmáticas (apud Oliveira, 2003). Também, com doutrinas políticas e ideológicas autoritárias, posturas etnocêntricas e preconceituosas (Butler, 2000). Por outro lado, Furnham, Chamorro-Premuzic, & McDougall lembram que este fator apresenta correlações positivas com medidas de interesse e envolvimento em trabalhos artísticos e tendências a fazer escolhas com base em aspectos estéticos (apud Oliveira, 2003).

Apesar de importante, não existem muitas pesquisas que busquem identificar características de personalidade peculiares de homens com disfunção sexual. Já utilizando o Modelo dos Cinco Grandes Fatores, não foram encontrados estudos relacionados à disfunção sexual masculina.

Levando em consideração todos os diferentes aspectos acima mencionados acerca do impacto das disfunções sexuais masculinas ao nível individual e relacional dos sujeitos, verifica-se a importância de conhecer as características psicológicas dos casos a fim de se desenvolver técnicas de intervenção apropriadas. Segundo Althop (2006), o atendimento de pacientes com disfunção sexual exige uma aproximação multiprofissional ao problema bem como uma perspectiva de ação que inclua ao indivíduo e companheira. Neste sentido, a contribuição da psicologia pode proporcionar uma melhor identificação do estado emocional destes pacientes, facilitando o planejamento da intervenção. Portanto, o foco deste trabalho dirige-se para a identificação dos níveis de ansiedade e depressão, bem como das características de personalidade de homens com disfunção sexual. Espera-se, desta forma,

contribuir para o avanço dos estudos nesta área, ampliando o conhecimento dos aspectos emocionais destes pacientes.

3.4 Objetivos

3.4.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é investigar a incidência de depressão e de ansiedade, bem como as características de personalidade em pacientes do sexo masculino com disfunções sexuais dos tipos disfunção erétil e ejaculação precoce.

3.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar o nível de ansiedade e depressão de pacientes do sexo masculino com disfunção sexual, do tipo disfunção erétil.
- Investigar o nível de ansiedade e depressão de pacientes do sexo masculino com disfunção sexual, do tipo ejaculação precoce.
- Comparar o nível de ansiedade e de depressão entre homens com disfunção erétil e homens com ejaculação precoce.
- Comparar características de personalidade do grupo dos homens portadores de disfunção erétil com o grupo de homens com ejaculação precoce.

3.5 Método

3.5.1 Delineamento

Nesta pesquisa, o método utilizado foi o quantitativo descritivo.

3.5.2 Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra por conveniência, composta por 42 homens com idade entre 18 e 45 anos. Durante o período de novembro de 2009 a maio de 2010, foram entrevistados 50 pacientes que tinham sido

diagnosticados como portadores de Disfunção Sexual dos tipos disfunção erétil ou ejaculação precoce pelo médico andrologista da clínica onde foi realizada a pesquisa. Dos 50 homens entrevistados, 8 não completaram todos os testes e por esta razão foram excluídos da amostra.

3.5.3 Critérios de Exclusão

Pacientes com diagnóstico de patologias orgânicas que comprometam o mecanismo de ereção.

Pacientes que estivessem fazendo uso de medicamentos psicotrópicos, que poderiam alterar os escores das escalas Beck.

3.5.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Os participantes tiveram dois encontros agendados cada, realizados na sala de Psicologia da clínica em questão. Na primeira entrevista, foi realizada uma entrevista psicológica semi-dirigida, com o objetivo de compreender como o paciente apresenta sua história de vida e a natureza da sua queixa sexual, e foi preenchido um questionário sócio-demográfico. Já na segunda entrevista, foram aplicados os seguintes instrumentos, nesta ordem: o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Bateria Fatorial de Personalidade.

Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II): criado originalmente por Beck et al (1975). Inicialmente foi desenvolvido como uma escala de sintomas de depressão, com o objetivo de quantificar estes sintomas em indivíduos pré-diagnosticados como portadores de quadros depressivos. Posteriormente, foi revisado como um instrumento que possui propriedades psicométricas para avaliação de sintomas depressivos na população geral. No Brasil, foi validado por Cunha (2001). É formado por uma escala com 21 itens, cada um com

quatro alternativas e escores de 0 a 3. Os itens refletem: 1-tristeza, 2-pessimismo, 3-sentimento de fracasso, 4-insatisfação, 5-culpa, 6-punição, 7-auto-aversão, 8-auto-acusação, 9-idéias suicidas, 10-choro, 11-irritabilidade, 12-retraimento social, 13- indecisão, 14-auto-imagem, 15-dificuldade para trabalhar, 16-insônia, 17- fadiga, 18-perda apetite, 19-perda de peso, 20-preocupações somáticas, 21-perda de libido. O escore final é a soma dos escores de cada item. O tempo de aplicação é em média de 5 a 10 minutos. Os escores de sintomas depressivos para o BDI são os seguintes:

a. Para quantificação de sintomatologia depressiva:

- 0-11: sintomas mínimos/ ausentes
- 12-19: sintomas leves
- 20-35: sintomas moderados
- 36-63: sintomas graves

b. Para triagem depressão/não depressão em população geral (sem diagnóstico prévio):

- 0-19: ausência de depressão
- 20-63: presença de depressão

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): criado por Beck et al (1988) como uma escala auto-aplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos. Esses sintomas podem ser compartilhados de forma mínima com os de depressão. O BAI também foi originalmente desenvolvido para medir sintomas em uma população previamente diagnosticada como portadora de transtorno de ansiedade. Após algum tempo de uso, observou-se que era um instrumento

adequado para avaliação da população em geral. No Brasil, foi validado por Cunha (2001). É composto por 21 itens, que devem ser avaliados pelo próprio indivíduo numa escala de quatro pontos: 1- “absolutamente não”; 2- “levemente”; 3- “moderadamente”; 4-“gravemente”. Os itens são os seguintes: 1-dormência, 2-sensação de calor, 3-tremores nas pernas, 4- incapacidade de relaxar, 5- medo, 6- atordoamento, 7- palpitação, 8- sem equilíbrio, 9- aterrorizado, 10-nervoso, 11- sufocamento, 12- tremores nas mãos, 13- trêmulo, 14- medo perder o controle, 15- dificuldade de respirar, 16- medo de morrer, 17- assustado, 18-desconforto abdominal, 19-sensação desmaio, 20- rosto afogueado, 21- sudorese. O escore total é a soma dos individuais (0 a 3 pontos). O tempo de aplicação é de cerca de 5 a 10 minutos. Os escores de sintomas ansiosos para o BAI são os seguintes:

a. Para quantificação de sintomatologia ansiosa:

- 0-10: sintomas mínimos/ ausentes
- 11-19: sintomas leves
- 20-30: sintomas moderados
- 31-63: sintomas graves

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP, Nunes, Hutz & Nunes, 2008): A

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) é um instrumento psicológico construído para a avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências. A bateria foi desenvolvida no Brasil, levando em conta a linguagem falada no país, os valores culturais, diversidades regionais, e especificidades dos quadros clínicos na nossa

realidade. É composta por 126 frases, para cada qual o sujeito deverá marcar uma opção de “1”, que significa que ele absolutamente não se identifica com a frase, até “7”, quando a frase o descrever perfeitamente. Segundo Nunes, Hutz e Nunes (2008), o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), referido na literatura como “Big Five”, ou “Five Factor Model”, tem sido muito utilizado em pesquisas por permitir uma descrição simples e econômica da personalidade, além de apresentar evidências de sua universalidade e aplicabilidade em diversos contextos. Este modelo dos CGF propõe os seguintes fatores:

- Extroversão – componente da personalidade humana relacionado às formas como as pessoas interagem com os demais, indicando o quanto elas são comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias.

- Socialização – indica a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos e está relacionada aos tipos de interações que os mesmos apresentam ao longo de um contínuo que se estende da compaixão e empatia ao antagonismo.

- Realização – considerado o fator mais associado às características emocionais das pessoas. Diz respeito ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional dos indivíduos e representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experienciam padrões emocionais associados a desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, etc.) e os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes.

- Neuroticismo – Avalia características como o grau de organização, persistência, controle e motivação que tipicamente as pessoas apresentam.

- Abertura – Este fator se refere aos comportamentos exploratórios e reconhecimento da importância de ter novas experiências.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 18.0. Primeiramente, foram realizados cálculos descritivos e de frequência para identificação da amostra e posteriormente ANOVA e teste T para identificar as associações entre características de personalidade, Ansiedade, Depressão e Disfunções Sexuais. Para classificar os sujeitos em relação aos fatores de personalidade foram calculados os escores Z das médias dos participantes, seguindo orientação do manual de aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes, Hutz & Nunes, 2008).

3.5.5 Procedimentos éticos

O presente projeto não ofereceu risco para os participantes. Os participantes desse estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS, projeto número CEP 09/155.

Os dados de identificação dos sujeitos das pesquisas foram alterados, para que não possam ser identificados. Quando necessário, os pacientes foram encaminhados para tratamento psicoterápico ou atendimento em serviço de saúde mental.

3.6 Resultados

A idade média da amostra foi de 31,21 (DP=6,16) anos, variando entre 20 e 45 anos. Dos 42 homens, 21 (50%) possuíam Disfunção Erétil (DE) e 21 (50%) tinham diagnóstico de Ejaculação Precoce (EP). Quanto à cidade de origem, 19 homens (45,2%) nasceram na capital, enquanto 23 (54,8%) são naturais de cidades do interior do estado.

Quanto ao nível de escolaridade, 1 participante (2,4%) tinha ensino médio incompleto, 11 participantes (26,2%) possuíam ensino médio completo, 11 (26,2%) cursaram superior incompleto, 15 (35,7%) completaram o ensino superior, 1 (2,4%) fez pós-graduação incompleta e 3 (7,1%) concluíram pós-graduação.

A maior parte dos homens teve sua primeira relação sexual com 18 anos de idade (35,7%), sendo que a média foi de 17,8 anos (DP=3,08), a idade mínima foi 13 anos e a máxima de 32 anos. Quase que a metade dos participantes demorou 5 anos ou mais para buscar ajuda médica (42,9%).

Podemos identificar na Tabela 1 as diferenças significativas entre os dois grupos quanto à disfunção sexual primária, tempo de disfunção, tempo que levou até procurar ajuda médica, se já fez uso de algum tipo de medicamento como estimulante sexual, ansiolíticos ou antidepressivos, se possui parceira fixa e com que realizou sua primeira relação sexual. Não foi encontrada diferença de idade média da primeira relação sexual entre os dois grupos (DE M=18,24, DP= 2,14 e EP M=17,38, DP= 3,80).

Tabela 1 - Características do grupo com ejaculação precoce (EP) e do grupo com disfunção erétil (DE)

		DE	EP	Total
Primária	Sim	5 (23,8%)	18 (85,7%)***	23 (54,8%)
	Não	16 (76,2%)	3 (14,3%)***	19 (45,2%)
Tempo de Disfunção	6 meses	6 (30%)	—	6 (14,6%)
	1 ano	5 (25%)	1 (4,8%)***	6 (14,6%)
	1 a 5 anos	7 (35%)	3 (14,3%)***	10 24,4%)

	>de 5 anos	2 (10%)	17 (81%)***	19 (46,3%)
Tempo até procurar ajuda médica	6 meses	6 (30%)	***	6 (14,6%)
	1 ano	7 (35%)	2 (9,5%)***	9 (22%)
	1 a 5 anos	5 (25%)	3 (14,3%)	8 (19,5%)
	> de 5 anos	2 (10%)	16 (76,2%)***	18 (43,9%)
Já fez uso de medicamentos	Sim	10 (47,6%)	4 (19%)*	14 (33,3%)
	Não	11 (52,4%)	17 (81%)*	28 (66,7%)
Possui parceira fixa	Sim	13 (61,9%)	20 (95,2%)***	33 (78,6%)
	Não	8 (38,1%)	1 (4,8%)***	9 (21,4%)
1ª relação sexual com:	Namorada	10 (47,6%)	5 (23,8%)**	15 (35,7%)
	Prostituta	—	7 (42,9%)**	7 (16,7%)
	Esporádica	9 (42,9%)	9 (33,3%)**	18 (42,9%)
	Homossexual	2 (2,9%)**	—	2 (4,8%)

*p<0,05 **p<0,05 ***p<0,05

Em relação aos resultados do BAI e BDI, a média do escore foi de 11,17, com desvio padrão de 7,62, escore mínimo 0 e máximo 25 para sintomas de ansiedade e média de 11,72, com desvio padrão de 8,26, escore mínimo 0 e máximo 39 para sintomas depressivos.

Tabela 2 – Médias dos escores e desvio padrão de sintomas de depressão e ansiedade por grupo de disfunção erétil e ejaculação precoce

	BAI	BDI-II
Disfunção Erétil	M= 13,57* ; DP= 7,40	M= 13,38; DP= 9,74
Ejaculação Precoce	M= 8,52* ; DP= 7,13	M=9,89; DP= 5,89

***p<.05**

Na Tabela 2, pode-se observar que ao serem divididos os grupos, identificou-se que o grupo DE apresentou maiores valores em ambos os testes, tanto no BAI (M=13,57; DP=7,40) como no BDI (13,38; DP= 9,74), em comparação ao grupo EP (BAI M=8,52; DP=7,13/ BDI M=9,89; DP=5,89), porém com diferença significativa apenas no BAI ($p < .05$).

Ao serem divididos em apenas duas categorias, sendo uma sem a presença de sintomas e outra com sintomas de ansiedade para o BAI e de depressão para o BDI-II, os resultados foram semelhantes aos divididos em quatro categorias. Houve diferença significativa entre os grupos de disfunção sexual somente quanto ao BAI, sendo que o grupo EP apresentou 5 (23,8%) indivíduos com sintomas de ansiedade, enquanto o grupo DE apresentou 13 (61,9%) homens com sintomas ansiosos ($p < 0,05$).

A análise dos fatores de personalidade através da BFP apontou na amostra as seguintes características:

Tabela 3 - Classificação da amostra quanto aos escores dos fatores de personalidade

	Baixo	Médio	Alto
Neuroticismo	21 (50%)	17 (40,5%)	4 (9,5%)
Extroversão	22 (52,4%)	16 (38,1%)	4 (9,5%)
Socialização	18 (42,9%)	20 (47,6%)	4 (9,5%)
Realização	18 (42,9%)	19 (45,2%)	5 (11,9%)
Abertura	25 (59,5%)	11 (26,2%)	6 (14,3%)

Na amostra, independente do tipo de disfunção sexual (ver Tabela 3), 50% do grupo foi classificado como tendo um escore de médio a alto de neuroticismo, que está relacionado à maior sofrimento e instabilidade emocional. Já na extroversão, 52% dos participantes apresentaram escore baixo, o que indica pouco envolvimento e uma maior tendência a introversão. Quanto à socialização, 42,9% teve resultados baixos, o que demonstra uma baixa qualidade nas relações interpessoais. Já no fator realização, 42,9% dos homens teve escore baixo, o que significa a falta de objetivos claros e a tendência a ter pouco comprometimento e responsabilidade diante de tarefas. Por último, os escores em abertura foram baixos em 59,5% dos pesquisados, indicando que os mesmos possuem uma tendência a serem convencionais nas suas crenças e atitudes, mais conservadores nas suas preferências e menos responsivos emocionalmente.

Tabela 4 - Média dos fatores de personalidade por grupo

Fatores de personalidade	Tipo de disfunção	Média	Desvio Padrão
	Disfunção erétil	3,70*	,88
Neuroticismo	Ejaculação precoce	3,12	,60
	Total	3,40	,80
	Disfunção erétil	4,04	,83
Extroversão	Ejaculação precoce	4,02	,85
	Total	4,03	,83
	Disfunção erétil	5,03	,52
Socialização	Ejaculação precoce	5,39	,66
	Total	5,21	,61
	Disfunção erétil	4,73	,76
Realização	Ejaculação precoce	4,94	,64
	Total	4,83	,70
	Disfunção erétil	4,29	,75
Abertura	Ejaculação precoce	4,18	,77
	Total	4,24	,75

***p<.05**

Além disso, foi realizado o teste T para que fosse possível encontrar diferenças de traços de personalidade entre os dois grupos. Houve diferença significativa entre DE (DE M=3,70, DP= 0,88) e EP (M=3,17, DP= 0,60; p< .03) apenas quanto ao Neuroticismo.

Ao investigarmos as diferentes facetas do Neuroticismo com relação ao tipo de disfunção sexual, encontramos que a N2, que é a faceta Instabilidade emocional, que avalia o quanto as pessoas descrevem-se como irritáveis, nervosas, e com grandes variações de humor (DE M= 3,96, DP= 1,04 e EP M=3,26, DP= 1,01, $p<.05$) e a N3, Passividade/Falta de energia, em que altos escores representam tendência a apresentar um comportamento de procrastinação, tendo grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples (DE M= 4,31, DP= 0,99 e EP M= 3,53, DP= 0,97, $p<.03$) possuem diferenças significativas entre os homens com Disfunção Erétil e os com Ejaculação Precoce. Isso indica que os indivíduos com disfunção erétil possuem uma tendência maior do que os ejaculadores rápidos a agirem impulsivamente, quando sentem algum desconforto psicológico, tomando decisões precipitadas com relativa frequência. Além disso, possuem maior inclinação do que os portadores de EP a apresentar um comportamento de procrastinação, tendo grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples, encontrando dificuldade para manter a motivação em afazeres longos ou difíceis, e tendendo a abandoná-los antes de sua conclusão.

3.7 Discussão

Esta pesquisa teve como propósito investigar a incidência de ansiedade e depressão, bem como as características de personalidade de homens diagnosticados com disfunção sexual dos tipos disfunção erétil e ejaculação precoce. O interesse pelo tema justifica-se pela importância de um maior conhecimento do funcionamento psíquico desses pacientes, para assim obter melhores resultados em seus tratamentos, e pelo alto índice de disfunção sexual masculina, tanto no Brasil quanto em outros países (Abdo, 2006;

Johannes, 2000; Glina, 2002; Morillo, 2002; Avatshi et al, 1994; Derogatis, 1981).

Foram pesquisados 42 pacientes, sendo 21 com disfunção erétil e 21 com ejaculação precoce. O trabalho foi realizado em uma clínica de andrologia, localizada na cidade de Porto Alegre.

Observou-se no grupo investigado que a procura para atendimento inclui homens com idade variando entre os 20 e 45 anos. A idade média foi de 31,21 (DP=6,16). Da mesma forma, foi interessante observar que a média de idade entre os 2 grupos, homens com ejaculação precoce e homens com disfunção erétil, foi similar. Estes dados estão de acordo com a pesquisa Disfunção Erétil: Resultados do estudo da vida sexual do brasileiro (Abdo, 2006), onde apesar de a média de idade ter sido mais alta (média de 39,1), 47,9% dos homens com idade entre 18 e 39 anos apresentaram sintomas de disfunção erétil. O fato de a média de idade ser relativamente jovem também não surpreende, pois segundo pesquisas, como a de Avatshi et al (1994) a disfunção erétil de origem psicológica é a mais prevalente em homens jovens e corresponde a aproximadamente 10% dos casos em pacientes com mais de 50 anos.

Quanto à cidade de origem, 19 homens (45,2%) nasceram na capital, enquanto 23 (54,8%) são naturais de cidades do interior. Em relação ao nível de escolaridade: 1 (2,4%) participante tinha ensino médio incompleto, 11 (26,2%) possuíam ensino médio completo, 11 (26,2%) superior incompleto, 15 (35,7%) superior completo, 1 (2,4%) pós-graduação incompleta e 3 (7,1%) pós-graduação completa. Estes dados, referentes ao grau de educação, são diferentes dos apresentados por Abdo (2006), em pesquisa onde houve associação inversa entre nível educacional e risco para DE.

A grande maioria dos homens possuía parceira fixa (78,6%). A maior parte dos indivíduos teve sua primeira relação sexual com 18 anos de idade (35,7%), sendo que a média foi de 17,8 anos, com desvio padrão de 3,08, idade mínima de 13 anos e máxima de 32 anos. Essa média foi superior a encontrada na pesquisa de Abdo (2006), que foi de 15,9. Não foi encontrada diferença de idade média da primeira relação sexual entre os dois grupos (DE M=18,24, DP= 2,14 e EP M=17,38, DP= 3,80). A maior parte da amostra demorou 5 anos ou mais para buscar ajuda médica (42,9%).

Outro dado que chama a atenção é referente à disfunção sexual ser primária ou secundária. Enquanto no grupo com DE apenas 23,8% da amostra é de origem primária, no grupo com EP 85,7% possuem essa disfunção desde o início da vida sexual. Não foram encontradas pesquisas que comparem esses dados.

Quanto aos resultados do BAI, a média do escore foi de 11,17, com desvio padrão de 7,62, escore mínimo 0 e máximo 25. No grupo com EP, a média foi de 8,52; e DP=7,13, enquanto no grupo DE a média foi de 13,57 com DP=7,40. Apesar de o grupo DE apresentar escores maiores do que o grupo EP, tanto no BAI quanto no BDI, apenas no BAI a diferença foi significativa ($p < .03$). A média do grupo DE está bem similar com a encontrada no estudo de Rodrigues JR (2008), que em uma amostra de 54 homens aplicou o mesmo instrumento (BAI), com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade desses indivíduos. Foi identificado nessa pesquisa nos portadores de DE a média de 13,80 (DP=10,60) em relação à ansiedade e, além disto, 81,5% dos participantes estavam na classificação entre “Mínimo” e “Leve” do BAI e 18,5% foram classificados com sintomas “Moderado” ou “Grave”. Na presente

pesquisa, os resultados demonstraram maior incidência de sintomas ansiosos, sendo que 32 indivíduos (76%) ficaram entre “Mínimo e Leve” e 10 (24%) tiveram resultados “Moderado” ou “Grave”. Por outro lado, chama a atenção o fato de a média dos homens com ejaculação precoce no BAI ter sido muito inferior à encontrada por Rodrigues JR(2008), que foi de 12,95 (DP=7,81).

Já no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, de Abdo (2004), os números, apesar de comprovarem maior ocorrência de ansiedade em homens com DE do que em homens sem a mesma disfunção, foram bem menores: 6,4% dos portadores de DE apresentaram ansiedade, enquanto 3,8% dos homens sem DE tiveram o mesmo sintoma. Talvez a explicação seja a amostra, que foi muito superior, de 1274 homens, e o método.

Em relação aos resultados do BDI-II, a média do escore foi de 11,72, com desvio padrão de 8,26, escore mínimo 0 e máximo 39. O grupo EP teve média de 9,89 (DP= 5,89) e o grupo DE obteve uma média de 13,38 (DP= 9,74). Apesar de a média do escore dos homens com disfunção erétil ser similar ao encontrado por Rodrigues JR (2008), que foi de 13,52 (DP=7,89), a média dos portadores de ejaculação rápida foi bem inferior à encontrada na pesquisa de Rodrigues, que indicou 12,35 (DP=7,89). Para os graus de depressão, segundo a amostra, os resultados revelaram que 83,5% dos homens estão entre “Mínimo e Leve”, enquanto para as mulheres, esses mesmos graus correspondem a 75%. Por outro lado, na atual pesquisa os sintomas depressivos parecem ter sido menores, visto que 37 (88%) participantes ficaram entre as classificações “Mínimo” e “Leve”, e 5 (12%) entre “Moderado” e “Grave”.

Em outra pesquisa nacional, Abdo (2006) demonstrou uma incidência de depressão inferior, de 8,9% em homens com DE e 5,4% nos participantes sem DE.

Ao dividirmos os grupos, identificamos que o grupo DE apresentou maiores valores em ambos os testes. No BDI-II, a média destes homens foi de 13,38 (DP= 9,74), enquanto o grupo EP teve média de 9,89 (DP=5,89). Porém, só foram encontradas diferença significativa no BAI ($p < .03$), no qual a média do grupo DE foi de 13,57* (DP= 7,40) e a do grupo EP foi de 8,52* (DP= 7,13).

Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Tondo et al (1991), que utilizando o MMPI com uma amostra de 24 pacientes com Disfunção Erétil e 13 pacientes com Ejaculação Precoce, concluíram que traços depressivos e de ansiedade foram mais notáveis nos sujeitos com DE do que nos portadores de EP. No mesmo sentido e com o mesmo instrumento, Meyer (1997) concluiu que tanto sujeitos com disfunção erétil devido a fatores psicológicos ou a uma condição médica quanto os sujeitos com ejaculação precoce apresentam mais indícios de depressão que sujeitos sem disfunção sexual, embora os sujeitos com ejaculação precoce tendam a negar seus aspectos depressivos. Da mesma maneira, Shabsighab (1998) concluiu que homens com DE possuem uma grande incidência de sintomas depressivos, que atingiram 54% de uma amostra de 48 homens somente com DE.

Quanto aos resultados da Bateria Fatorial de Personalidade, analisando a amostra independente do tipo de disfunção sexual, 50% foi classificado como tendo um escore de médio a alto de neuroticismo, que está relacionado à maior sofrimento e instabilidade emocional. Os escores de neuroticismo foram menores em indivíduos sem sintomas, tanto para o BDI-II quanto para o BAI (p.

01). Já na extroversão, 52% dos participantes apresentaram escore baixo, o que indica pouco envolvimento e uma maior tendência a introversão. Esses dados confirmam os resultados de Eysenck (apud Felício, 2002), que utilizando seu Inventário de Personalidade, buscou observar se há conexão entre traços de personalidade, experiência sexual e comportamento, concluindo que existe relação entre neuroticismo, psicoticismo, extroversão e sexualidade. Cabe ressaltar que os resultados de extroversão foram idênticos nos 2 grupos, diferentemente dos resultados da pesquisa de Oliveira (2003) e do estudo de Felício (2002), em que os homens com disfunção erétil se mostraram mais introvertidos do que os portadores de EP. Já Oliveira (2003), utilizando o Teste de Perfil de Personalidade – TCI, concluiu que o grupo exclusivo de EP primária apresenta perfil de personalidade compatível com o conceito de neuroticismo de Eysenck, o mesmo não ocorrendo com o grupo controle. Do mesmo modo, Weiss et al (1995) ao examinaram 47 homens com diagnóstico de DE, encontraram como características principais de personalidade um alto nível de ansiedade e neuroticismo.

Quanto à socialização, 42,9% teve resultados baixos, o que demonstra uma baixa qualidade nas relações interpessoais. Esta é a mesma conclusão de Black (1995), que apesar de não encontrar doenças psiquiátricas sérias em maior proporção no grupo das disfunções sexuais do que no grupo de pessoas normais, concluiu que as pessoas com problemas sexuais têm traços caracteriológicos consistentes com dificuldades mais amplas no funcionamento interpessoal.

No fator realização, 42,9% dos homens teve escore baixo, o que significa a falta de objetivos claros e a tendência a ter pouco comprometimento e

responsabilidade diante de tarefas. Outro dado importante a ser destacado foi que a média da característica de personalidade de Realização foi maior em indivíduos que não apresentavam sintomas no BDI ($p < .03$).

Semelhante aos resultados encontrados na presente pesquisa, já em 1972 Eysenck entrevistou 423 homens e 379 mulheres, aplicando questionários de aferição de comportamento sexual e índices de neuroticismo, extroversão e psicoticismo. Este pesquisador concluiu que indivíduos sexualmente disfuncionais seriam aqueles que teriam altos escores de neuroticismo e baixos escores de extroversão, o inverso ocorrendo com indivíduos sem dificuldades de desempenho na esfera sexual (apud Oliveira, 2003).

Por último, os escores em abertura foram baixos em 59,5% dos pesquisados, indicando que os mesmos possuem uma tendência a ser convencionais nas suas crenças e atitudes, mais conservadores nas suas preferências e menos responsivos emocionalmente. Com base no teste T para identificar diferenças de traços de personalidade entre os dois grupos, observaram-se diferença significativa entre DE e EP apenas quanto ao Neuroticismo (DE $M=3,70$, $DP= 0,88$ e EP $M=3,17$, $DP= 0,60$; $p < .03$).

Ao investigarmos as diferentes facetas do Neuroticismo com relação ao tipo de disfunção sexual, verificamos diferenças significativas entre os homens com Disfunção Erétil (DE $M= 3,96$, $DP= 1,04$ e EP $M=3,26$, $DP= 1,01$, $p < .05$) e os com Ejaculação Precoce (DE $M= 4,31$, $DP= 0,99$ e EP $M= 3,53$, $DP= 0,97$, $p < .03$). Essas diferenças foram encontradas nas facetas N2, que é a faceta Instabilidade emocional e avalia o quanto as pessoas descrevem-se como irritáveis, nervosas, e com grandes variações de humor e na N3,

Passividade/Falta de energia, onde altos escores representam tendência a apresentar um comportamento de procrastinação e a ter grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples. Isso indica que os indivíduos com disfunção erétil possuem uma tendência maior do que os ejaculadores rápidos a agir impulsivamente quando sentem algum desconforto psicológico. Desta forma, tomando decisões precipitadas com relativa freqüência e possuindo maior inclinação do que os portadores de EP a apresentar um comportamento de procrastinação. Esta característica se reflete na grande dificuldade em iniciar tarefas, mesmo que simples, encontrando dificuldade para manter a motivação em afazeres longos ou difíceis, e tendendo a abandoná-los antes de sua conclusão.

Não foram identificadas pesquisas utilizando o BFP em relação às disfunções sexuais. Os estudos citados que buscaram diferenciar homens com EP de homens com DE em termos de características de personalidade fizeram uso de outros instrumentos e, ao contrário desta pesquisa, que encontrou diferença significativa quanto ao fator de personalidade neuroticismo, não estabeleceram diferenças entre os 2 grupos:

- Tondo et al (1991), utilizando o MMPI com uma amostra de 24 pacientes com Disfunção Erétil e 13 pacientes com Ejaculação Precoce, concluíram que estes dois grupos não podiam ser distinguidos um do outro no que diz respeito a um tipo específico de personalidade, apesar de possuírem alguns traços diferentes.

- Felício (2002), utilizando o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), o Questionário Desiderativo e o Teste Estilocrômico de R.

Simon, não encontrou diferenças psicométricas significativas entre os pacientes de DE e EP.

Portanto, observa-se que há divergências quanto à identificação de características de personalidade específicas em homens com DE e EP. Entretanto, diferentes instrumentos são utilizados e também as amostras são de números distintos.

3.8 Considerações Finais

Esta pesquisa verificou a incidência de ansiedade e depressão em pacientes com disfunção sexual dos tipos ejaculação precoce e disfunção erétil. Também verificou as características de personalidade desses pacientes, comparando os dois grupos. Como a maioria dos estudos aborda um dos dois tipos de disfunção sexual, ejaculação precoce ou disfunção erétil, um dos pontos positivos deste trabalho foi a possibilidade de se comparar os estados emocionais e traços de personalidade de homens portadores de sintomas dos distintos tipos de disfunção. Além disso, o fato de haver como critério de exclusão a existência de doenças orgânicas e o uso de psicotrópicos também auxilia a separar homens com disfunção sexual apenas de origem psicogênica.

Por outro lado, este trabalho teve como limitação o número relativamente pequeno da amostra, pela dificuldade de se obter um número maior no espaço de tempo determinado para a pesquisa. Com uma amostra maior para dados estatísticos, alguns resultados poderiam ser mais expressivos. Quanto aos instrumentos, poderiam ter sido incluídos pelo menos mais uma escala de análise de sintomas de ansiedade e outra de traços de personalidade, para que se tivessem resultados mais amplos.

Independente desses aspectos, este e outros estudos mostram a extrema importância da atuação da psicologia na área das disfunções sexuais. Principalmente, a partir da constatação da alta incidência de ansiedade e depressão em homens com disfunção sexual, além de características de personalidade que apontem para a necessidade de psicoterapia, como altos escores em neuroticismo, por exemplo. Porém, deve-se destacar a necessidade de combinação de tratamentos clínico-medicamentosos e psicológicos, a partir da constatação de comorbidade entre os transtornos ansiosos e depressivos e a disfunção erétil e a ejaculação precoce, o que requer intervenção clínica, e de traços de personalidade característicos destes paciente, com eventuais comprometimentos psíquicos.

A partir da importância de se prevenir esses transtornos, o presente trabalho aponta para a necessidade de que políticas de saúde venham a se ocupar das disfunções sexuais com mais atenção, considerando elementos psicopatológicos e características de personalidade específicas de homens com estes sintomas para assim obterem resultados melhores. Como grande parte das disfunções sexuais possui origem primária, ou seja, surge precocemente, desde o início da vida sexual dos indivíduos, esse trabalho de prevenção aos transtornos sexuais deve atingir também as fases de infância e adolescência, assim como os ambientes em que são criados, ou seja, seus criadores e educadores. Salienta-se, nesse aspecto, que a média de idade da amostra foi menor que a identificada na maioria dos estudos encontrados, indicando que essas dificuldades sexuais também atingem homens jovens.

Neste sentido, é fundamental que se consiga identificar fatores de risco à disfunção erétil e à ejaculação precoce, bem como traços de

personalidade que possam ser indicativos de uma pré-disposição a desenvolver determinado sintoma, para assim buscar mudanças favoráveis à saúde desses indivíduos. Portanto, apesar de ter algumas limitações, este estudo é importante dentro da necessidade de se conhecer cada vez mais o estado emocional e as características de personalidade desses pacientes para, assim, se atender melhor esses indivíduos e suas demandas.

Segue necessário, porém, a realização de novas pesquisas, para se aprofundar em relação aos métodos terapêuticos mais eficazes para essas disfunções. Como sugestão para futuros trabalhos, seria interessante uma amostra maior e um terceiro grupo controle, com homens sem disfunção sexual. Também, incluir outros instrumentos para obter um conhecimento maior ainda do funcionamento desses homens. Por fim, dividir os grupos de ejaculação precoce e disfunção erétil em subgrupos, como primário e secundário, para assim obter informações mais precisas sobre cada sintoma.

4. Relatório de Pesquisa

4.1. Introdução

A atividade sexual humana resulta de um processo biopsicossocial, iniciado já na vida intra-uterina, incluindo a influência de características físicas, das experiências pessoais ao longo da vida e do estado emocional do indivíduo. Por sua vez, o desempenho sexual é um dos aspectos com importante contribuição para o bem-estar psicológico do ser humano. Isto é, a questão de como o ser humano mantém relações sexuais faz com que a sexualidade seja um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade. Neste sentido, casos de disfunção sexual são situações que podem tanto gerar quanto serem originados por estados emocionais como ansiedade e depressão (Paranhos, 2007).

Ainda assim, a sexualidade pode ser tanto fonte de prazer, quanto de frustração, afetando diferentes âmbitos da vida dos indivíduos. Desta maneira, as disfunções sexuais são um grande inimigo da saúde, situações identificadas tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, devido à sua alta prevalência. No Brasil, Carmita Abdo (2004), em uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, sendo 3775 do sexo masculino, assinala que 48,1% dos homens referiram ter algum tipo de disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. Apesar de este número já não ser pequeno, sabe-se que pode ser maior ainda, pois falar de problemas sexuais ainda é um tabu para muitos, ainda mais em uma sociedade onde ainda existem ideais de machismo (Cavalcanti, 2006).

Até aproximadamente 1997, utilizava-se o termo Impotência Sexual para denominar aqueles pacientes com dificuldades sexuais. Este termo passou a ser considerado pelos profissionais da área como passível de interpretações

conflitantes e de característica pejorativa, deixando de ser usado. A partir de então, foi substituído por Disfunção Sexual, que caracteriza o problema no âmbito sexual enquanto uma patologia, doença, negação da função (disfunção), isto é, um processo que não funciona corretamente (Grassi, 2004).

Entende-se por disfunção erétil a incapacidade de se obter ou manter uma ereção adequada para a prática da relação sexual (Paranhos, 2007). É descrita no DSM-IV(1995) como Transtorno Erétil Masculino, representando uma questão de saúde mundial que afeta quase metade dos homens acima de 40 anos. Embora não seja uma ameaça à vida, não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Assim, a relação sexual deixa de ser uma experiência agradável e passa a causar ansiedade (Paranhos, 2007).

Atualmente, entende-se por ejaculação precoce aquela que ocorre sem que o paciente deseje. Apesar de ser uma definição imperfeita, pois a capacidade de inibir voluntariamente a ejaculação é variável em indivíduos normais e depende de fatores como cansaço, estresse, ansiedade, etc, essa é a mais utilizada e adotada por especialistas. A EP é um problema que afeta entre 22% e 38% dos homens em alguma fase da vida (Glina, 2002).

Althof et al. (2005) colocam que a ansiedade esteve ligada à compreensão das disfunções sexuais desde os primeiros estudos sobre o tópico, tornando-se o foco principal do tratamento psicológico de homens apresentando esta dificuldade. Ainda atualmente, a ansiedade é identificada como um importante estado subjetivo de homens com disfunção sexual e também como um fator de manutenção destas dificuldades.

Seja qual for a sua etiologia, a depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil psicogênica. Para a maioria dos homens, a auto-avaliação da masculinidade e da força está focada no pênis, na ereção e na função de ambos. Assim, a dificuldade de ereção repercute negativamente sobre a auto-imagem e sobre muitos domínios da qualidade de vida do homem. Se há dúvidas quanto ao desempenho sexual, essas invadem o cotidiano, influenciando no rendimento profissional, nos relacionamentos sociais e familiares. Como consequência dessas dificuldades, o homem pode passar a evitar situações de intimidade com sua parceira, buscar se consolar no consumo excessivo de álcool e até mesmo pensar em suicídio.

Por outro lado, a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe, implacável. A disfunção sexual, por sua vez, pode se constituir em uma condição adversa que precipita ou intensifica a depressão, especialmente entre aqueles que moram sozinhos, estabelecem relações afetivas conflituosas, estão passando por dificuldades econômicas ou têm baixo nível de instrução. Assim, a depressão é um importante fator de risco para a disfunção sexual, causando sintomas como desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros que comprometem o desejo sexual. Em contrapartida, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e gerar conflitos relacionais. Pode-se dizer que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa (Abdo, 2007).

Levando em consideração todos os diferentes aspectos acima mencionados acerca do impacto das disfunções sexuais masculinas ao nível individual e relacional dos sujeitos, verifica-se a importância de conhecer as características psicológicas dos casos a fim de se desenvolver técnicas de intervenção apropriadas. Segundo Althop (2006), o atendimento de pacientes com disfunção sexual exige uma aproximação multiprofissional ao problema bem como uma perspectiva de ação que inclua ao indivíduo e companheira. Neste sentido, a contribuição da psicologia pode proporcionar uma melhor identificação do estado emocional destes pacientes, facilitando o planejamento da intervenção. Portanto, o foco deste trabalho dirige-se para a identificação dos níveis de ansiedade e depressão, bem como das características de personalidade de homens com disfunção sexual. Espera-se, desta forma, contribuir para o avanço dos estudos nesta área, ampliando o conhecimento dos aspectos emocionais destes pacientes.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é investigar a incidência de depressão e de ansiedade, bem como as características de personalidade em pacientes do sexo masculino com disfunções sexuais dos tipos disfunção erétil e ejaculação precoce.

4.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar o nível de ansiedade e depressão de pacientes do sexo masculino com disfunção sexual, do tipo disfunção erétil.
- Investigar o nível de ansiedade e depressão de pacientes do sexo masculino com disfunção sexual, do tipo ejaculação precoce.

- Comparar o nível de ansiedade e de depressão entre homens com disfunção erétil e homens com ejaculação precoce.

- Comparar características de personalidade do grupo dos homens portadores de disfunção erétil com o grupo de homens com ejaculação precoce.

4.3 Método

4.3.1 Delineamento

O método utilizado no desenvolvimento desta pesquisa é quantitativo e descritivo.

4.3.2 Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra por conveniência, composta por 42 homens com idade entre 18 e 45 anos. Durante o período de novembro de 2009 a maio de 2010, foram entrevistados 50 pacientes que tinham sido diagnosticados como portadores de Disfunção Sexual dos tipos disfunção erétil ou ejaculação precoce pelo médico andrologista da clínica onde foi realizada a pesquisa. Dos 50 homens entrevistados, 8 não completaram todos os testes e por esta razão foram excluídos da amostra.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram utilizados como critérios de exclusão as seguintes situações:

- Pacientes com diagnóstico de patologias orgânicas que comprometam o mecanismo de ereção.

- Pacientes que estivessem fazendo uso de medicamentos psicotrópicos, que poderiam alterar os escores das escalas Beck.

4.3.4 Procedimentos de Pesquisa

Inicialmente, o responsável pela clínica de andrologia foi contatado para ser informado da pesquisa e para que fosse solicitada a autorização para a realização da mesma. Em outro encontro, se esclareceu quais os critérios para que os pacientes fossem incluídos como participantes, bem como os critérios de exclusão.

Após a autorização para a realização da pesquisa, quando algum paciente era diagnosticado como portador de disfunção sexual, dos tipos ejaculação precoce ou disfunção erétil, e preenchia os critérios para participar, este era encaminhado para o pesquisador pelo médico clínico. Neste momento, era então convidado a participar do estudo. Ao concordar, o paciente recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que assinasse e assim colaborasse com o estudo.

4.3.5 Procedimentos Éticos

O presente projeto não ofereceu risco para os participantes. Os participantes desse estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado conforme as diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS, projeto número CEP 09/155.

Os dados de identificação dos sujeitos das pesquisas foram alterados, para que não possam ser identificados. Quando necessário, os pacientes foram encaminhados para tratamento psicoterápico ou atendimento em serviço de saúde mental.

2.3.6 Procedimentos de coleta de dados

Os participantes tiveram dois encontros agendados cada, realizados na sala de Psicologia da clínica em questão. Na primeira entrevista, foi realizada uma entrevista psicológica semi-dirigida, com o objetivo de compreender como o paciente apresenta sua história de vida e a natureza da sua queixa sexual, e foi preenchido um questionário sócio-demográfico. Já na segunda entrevista, foram aplicados os seguintes instrumentos, nesta ordem: o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck e a Bateria Fatorial de Personalidade.

Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II): criado originalmente por Beck et al (1975). Inicialmente foi desenvolvido como uma escala de sintomas de depressão, com o objetivo de quantificar estes sintomas em indivíduos pré-diagnosticados como portadores de quadros depressivos. Posteriormente, foi revisado como um instrumento que possui propriedades psicométricas para avaliação de sintomas depressivos na população geral. No Brasil, foi validado por Cunha (2001). É formado por uma escala com 21 itens, cada um com quatro alternativas e escores de 0 a 3. Os itens refletem: 1-tristeza, 2-pessimismo, 3-sentimento de fracasso, 4-insatisfação, 5-culpa, 6-punição, 7-auto-aversão, 8-auto-acusação, 9-idéias suicidas, 10-choro, 11-irritabilidade, 12-retraimento social, 13- indecisão, 14-auto-imagem, 15-dificuldade para trabalhar, 16-insônia, 17- fadiga, 18-perda apetite, 19-perda de peso, 20-preocupações somáticas, 21-perda de libido. O escore final é a soma dos escores de cada item. O tempo de aplicação é em média de 5 a 10 minutos. Os escores de sintomas depressivos para o BDI-II são os seguintes:

b. Para quantificação de sintomatologia depressiva:

- 0-11: sintomas mínimos/ ausentes
- 12-19: sintomas leves
- 20-35: sintomas moderados
- 36-63: sintomas graves

c. Para triagem depressão/não depressão em população geral (sem diagnóstico prévio):

- 0-19: ausência de depressão
- 20-63: presença de depressão

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): criado por Beck et al (1988) como uma escala auto-aplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos. Esses sintomas podem ser compartilhados de forma mínima com os de depressão. O BAI também foi originalmente desenvolvido para medir sintomas em uma população previamente diagnosticada como portadora de transtorno de ansiedade. Após algum tempo de uso, observou-se que era um instrumento adequado para avaliação da população em geral. No Brasil, foi validado por Cunha (2001). É composto por 21 itens, que devem ser avaliados pelo próprio indivíduo numa escala de quatro pontos: 1- “absolutamente não”; 2- “levemente”; 3- “moderadamente”; 4-“gravemente”. Os itens são os seguintes: 1-dormência, 2-sensação de calor, 3-tremores nas pernas, 4- incapacidade de relaxar, 5- medo, 6- atordoamento, 7- palpitação, 8- sem equilíbrio, 9- aterrorizado, 10-nervoso, 11- sufocamento, 12- tremores nas mãos, 13- trêmulo, 14- medo perder o controle, 15- dificuldade de respirar, 16- medo de

morrer, 17- assustado, 18-desconforto abdominal, 19-sensação desmaio, 20- rosto afogueado, 21- sudorese. O escore total é a soma dos individuais (0 a 3 pontos). O tempo de aplicação é de cerca de 5 a 10 minutos. Os escores de sintomas ansiosos para o BAI são os seguintes:

a. Para quantificação de sintomatologia ansiosa:

- 0-10: sintomas mínimos/ ausentes
- 11-19: sintomas leves
- 20-30: sintomas moderados
- 31-63: sintomas graves

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP Nunes, Hutz e Nunes (2008): A

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) é um instrumento psicológico construído para a avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências. A bateria foi desenvolvida no Brasil, levando em conta a linguagem falada no país, os valores culturais, diversidades regionais, e especificidades dos quadros clínicos na nossa realidade. É composta por 126 frases, para cada qual o sujeito deverá marcar uma opção de “1”, que significa que ele absolutamente não se identifica com a frase, até “7”, quando a frase o descrever perfeitamente.

Segundo Nunes, Hutz e Nunes (2008), o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), referido na literatura como “Big Five”, ou “Five Factor Model”, tem sido muito utilizado em pesquisas por permitir uma descrição simples e econômica da personalidade, além de apresentar evidências de sua

universalidade e aplicabilidade em diversos contextos. Este modelo dos CGF propõe os seguintes fatores:

- Extroversão – componente da personalidade humana relacionado às formas como as pessoas interagem com os demais, indicando o quanto elas são comunicativas, falantes, ativas, assertivas, responsivas e gregárias. É composto por 4 facetas: E1, Comunicação, que é composto por itens que descrevem o quão comunicativas e expansivas as pessoas acreditam que são; E2, Altivez, formado por itens que descrevem pessoas com uma percepção grandiosa sobre a sua capacidade e valor; E3, Dinamismo, composta por itens que indicam o quanto as pessoas tomam a iniciativa em situações variadas, quão facilmente julgam que colocam suas idéias em prática e seu nível de atividade; E4, Interações Sociais, que descreve pessoas que buscam ativamente situações que permitam interações sociais como festas, atividades em grupo, etc.

- Socialização – indica a qualidade das relações interpessoais dos indivíduos e está relacionada aos tipos de interações que os mesmos apresentam ao longo de um contínuo que se estende da compaixão e empatia ao antagonismo. Fator formado pelas seguintes facetas: S1, Amabilidade, que agrupa itens que descrevem o quão atenciosas, compreensivas e empáticas as pessoas procuram ser com os demais; S2, Pró-sociabilidade, que agrupa itens que descrevem comportamentos de risco, concordância ou confronto com leis e regras sociais, moralidade, auto e hetero-agressividade, e padrões de consumo de bebidas alcoólicas; S3, Confiança nas pessoas, que engloba itens que descrevem o quanto as pessoas confiam nos demais e acreditam que eles não as prejudicarão.

- Realização – considerado o fator mais associado às características emocionais das pessoas. Diz respeito ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional dos indivíduos e representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experienciam padrões emocionais associados a desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, etc.) e os estilos cognitivos e comportamentais decorrentes. Possui 3 facetas: R1, Competência, que é composta por itens descrevem uma atitude ativa na busca dos objetivos e a consciência de que é preciso fazer alguns sacrifícios pessoais para se obter os resultados esperados; R2, Ponderação/prudência, que é formada por itens que descrevem situações que envolvem o cuidado com a forma para expressar opiniões ou defender interesses, bem como a avaliação das possíveis conseqüências de ações; R3, Empenho/comprometimento, que descrevem uma tendência ao detalhismo na realização de trabalhos e um alto nível de exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas.

- Neuroticismo – Avalia características como o grau de organização, persistência, controle e motivação que tipicamente as pessoas apresentam. Constituído por 4 facetas: N1, Escala de Vulnerabilidade, que avalia quão intensamente as pessoas vivenciam sofrimentos em decorrência à aceitação dos outros para consigo; N2, Instabilidade emocional, que avalia o quanto as pessoas descrevem-se como irritáveis, nervosas, e com grandes variações de humor; N3, Passividade/Falta de energia, em que altos escores representam tendência a apresentar um comportamento de procrastinação, tendo grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples; N4, Depressão, que avalia os padrões de interpretações que os indivíduos apresentam em relação aos eventos que ocorrem ao longo de suas vidas, e onde indivíduos com escores

altos tendem a relatar baixa expectativa em relação ao seu futuro, e indicam ter uma vida monótona e sem emoção.

- Abertura – Este fator se refere aos comportamentos exploratórios e reconhecimento da importância de ter novas experiências. É formado por 3 facetas: A1, Interesse por novas idéias, que descrevem abertura para novos conceitos ou idéias, que podem incluir postura aberta para posições filosóficas, arte, fotografia, estilos musicais e diferentes expressões culturais; A2, Liberalismo, que caracteriza uma tendência à abertura para novos valores morais e sociais; A3, Busca por novidades, que é composta por itens descrevem uma preferência por vivenciar novos eventos e ações.

4.3.7 Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 18.0. Primeiramente, foram realizados cálculos descritivos e de frequência para identificação da amostra e posteriormente ANOVA e teste T para identificar as associações entre características de personalidade, Ansiedade, Depressão e Disfunções Sexuais. Para classificar os sujeitos em relação aos fatores de personalidade foram calculados os escores Z das médias dos participantes, seguindo orientação do manual de aplicação da Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes, 2008).

4.4 Resultados

Os participantes apresentaram idade média de 31,21 (DP=6,16) anos variando entre 20 e 45 anos. Dos 42 homens, 21 (50%) possuíam Disfunção Erétil (DE) e 21 (50%) Ejaculação Precoce (EP). Quanto à cidade de origem, 19 homens (45,2%) nasceram na capital, enquanto 23 (54,8%) são naturais de cidades do interior do estado.

Em relação ao nível de escolaridade: 1 (2,4%) tinha ensino médio incompleto, 11 (26,2%) ensino médio completo, 11 (26,2%) superior incompleto, 15 (35,7%) superior completo, 1 (2,4%) pós-graduação incompleta e 3 (7,1%) pós-graduação completa.

A maioria dos indivíduos teve sua primeira relação sexual com 18 anos de idade (35,7%), sendo que a média foi de 17,8 anos (DP=3,08), idade mínima de 13 anos e máxima de 32 anos. Quase que a metade dos participantes demorou 5 anos ou mais para buscar ajuda médica (42,9%).

Podemos identificar na Tabela 1 as diferenças significativas entre os dois grupos quanto à disfunção sexual primária, tempo de disfunção, tempo que levou até procurar ajuda médica, se já fez uso de algum tipo de medicamento como estimulante sexual, ansiolíticos ou antidepressivos, se possui parceira fixa e com que realizou sua primeira relação sexual. Não foi encontrada diferença de idade média da primeira relação sexual entre os dois grupos (DE M=18,24, DP= 2,14 e EP M=17,38, DP= 3,80).

Tabela 1 - Características do grupo com ejaculação precoce (EP) e do grupo com disfunção erétil (DE)

		DE	EP	Total
Primária	Sim	5 (23,8%)	18 (85,7%)***	23 (54,8%)
	Não	16 (76,2%)	3 (14,3%)***	19 (45,2%)
Tempo de Disfunção	6 meses	6 (30%)	—	6 (14,6%)
	1 ano	5 (25%)	1 (4,8%)***	6 (14,6%)
	1 a 5 anos	7 (35%)	3 (14,3%)***	10 (24,4%)
	> de 5 anos	2 (10%)	17 (81%)***	19 (46,3%)

Tempo até procurar ajuda médica	6 meses	6 (30%)	***	6 (14,6%)
	1 ano	7 (35%)	2 (9,5%)***	9 (22%)
	1 a 5 anos	5 (25%)	3 (14,3%)	8 (19,5%)
	> de 5 anos	2 (10%)	16 (76,2%)***	18 (43,9%)
Já fez uso de medicamentos	Sim	10 (47,6%)	4 (19%)*	14 (33,3%)
	Não	11 (52,4%)	17 (81%)*	28 (66,7%)
Possui parceira fixa	Sim	13 (61,9%)	20 (95,2%)***	33 (78,6%)
	Não	8 (38,1%)	1 (4,8%)***	9 (21,4%)
1ª relação sexual com:	Namorada	10 (47,6%)	5 (23,8%)**	15 (35,7%)
	Prostituta	—	7 (42,9%)**	7 (16,7%)
	Esporádica	9 (42,9%)	9 (33,3%)**	18 (42,9%)
	Homossexual	2 (2,9%)**	—	2 (4,8%)

*p<0,05 **p<0,05 ***p<0,05

Quanto aos resultados do BAI e BDI-II, a média do escore foi de 11,17, com desvio padrão de 7,62, escore mínimo 0 e máximo 25 para sintomas de ansiedade e média de 11,72, com desvio padrão de 8,26, escore mínimo 0 e máximo 39 para sintomas depressivos.

Tabela 2 – Médias dos escores e desvio padrão de sintomas de depressão e ansiedade por grupo de disfunção erétil e ejaculação precoce

	BAI	BDI-II
Disfunção Erétil	M= 13,57* ; DP= 7,40	M= 13,38; DP= 9,74
Ejaculação Precoce	M= 8,52* ; DP= 7,13	M=9,89; DP= 5,89

***p<.05**

Conforme a Tabela 2, ao dividirmos os grupos, identificamos que o grupo DE apresentou maiores valores em ambos os testes, tanto no BAI (M=13,57; DP=7,40) como no BDI (13,38; DP= 9,74), em comparação ao grupo EP (BAI M=8,52; DP=7,13/ BDI M=9,89; DP=5,89), porém com diferença significativa apenas no BAI (p< .03).

Ao serem divididos em apenas duas categorias, sendo uma sem a presença de sintomas e outra com sintomas de ansiedade para o BAI e de depressão para o BDI-II, os resultados foram semelhantes aos divididos em quatro categorias. Houve diferença significativa entre os grupos de disfunção sexual somente quanto ao BAI, sendo que o grupo EP apresentou 5 (23,8%) indivíduos com sintomas de ansiedade, enquanto o grupo DE apresentou 13 (61,9%) homens com sintomas ansiosos (p< 0,05).

A análise dos fatores de personalidade através da BFP apontou na amostra as seguintes características:

Tabela 3 - Classificação da amostra quanto aos escores dos fatores de personalidade

	Baixo	Médio	Alto
Neuroticismo	21 (50%)	17 (40,5%)	4 (9,5%)
Extroversão	22 (52,4%)	16 (38,1%)	4 (9,5%)
Socialização	18 (42,9%)	20 (47,6%)	4 (9,5%)
Realização	18 (42,9%)	19 (45,2%)	5 (11,9%)
Abertura	25 (59,5%)	11 (26,2%)	6 (14,3%)

Dentro da amostra, independente do tipo de disfunção sexual (ver Tabela 3), 50% foi classificado como tendo um escore de médio a alto de neuroticismo, que está relacionado à maior sofrimento e instabilidade emocional. Já na extroversão, 52% dos participantes apresentaram escore baixo, o que indica pouco envolvimento e uma maior tendência a introversão. Quanto à socialização, 42,9% teve resultados baixos, o que demonstra uma baixa qualidade nas relações interpessoais. Já no fator realização, 42,9% dos homens teve escore baixo, o que significa a falta de objetivos claros e a tendência a ter pouco comprometimento e responsabilidade diante de tarefas. Por último, os escores em abertura foram baixos em 59,5% dos pesquisados, indicando que os mesmos possuem uma tendência a ser convencionais nas suas crenças e atitudes, mais conservadores nas suas preferências e menos responsivos emocionalmente.

Tabela 4 - Média dos fatores de personalidade por grupo

Fatores de personalidade	Tipo de disfunção	Média	Desvio Padrão
	Disfunção erétil	3,70*	,88
Neuroticismo	Ejaculação precoce	3,12	,60
	Total	3,40	,80
	Disfunção erétil	4,04	,83
Extroversão	Ejaculação precoce	4,02	,85
	Total	4,03	,83
	Disfunção erétil	5,03	,52
Socialização	Ejaculação precoce	5,39	,66
	Total	5,21	,61
	Disfunção erétil	4,73	,76
Realização	Ejaculação precoce	4,94	,64
	Total	4,83	,70
	Disfunção erétil	4,29	,75
Abertura	Ejaculação precoce	4,18	,77
	Total	4,24	,75

***p<.05**

Além disso, foi realizado o teste T para que fosse possível encontrar diferenças de traços de personalidade entre os dois grupos. Houve diferença significativa entre DE e EP apenas quanto ao Neuroticismo (DE M=3,70, DP= 0,88 e EP M=3,17, DP= 0,60; p< .05).

Ao investigarmos as diferentes facetas do Neuroticismo com relação ao tipo de disfunção sexual, encontramos que a N2, que é a faceta Instabilidade emocional, que avalia o quanto as pessoas descrevem-se como irritáveis, nervosas, e com grandes variações de humor (DE M= 3,96, DP= 1,04 e EP M=3,26, DP= 1,01, $p<.05$) e a N3, Passividade/Falta de energia, em que altos escores representam tendência a apresentar um comportamento de procrastinação, tendo grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo que simples (DE M= 4,31, DP= 0,99 e EP M= 3,53, DP= 0,97, $p<.03$) possuem diferenças significativas entre os homens com Disfunção Erétil e os com Ejaculação Precoce. Isso indica que os indivíduos com disfunção erétil possuem uma tendência maior do que os ejaculadores rápidos a agir impulsivamente quando sentem algum desconforto psicológico. Desta forma, tomando decisões precipitadas com relativa freqüência e possuindo maior inclinação do que os portadores de EP a apresentar um comportamento de procrastinação. Esta característica se reflete na grande dificuldade em iniciar tarefas, mesmo que simples, encontrando dificuldade para manter a motivação em afazeres longos ou difíceis, e tendendo a abandoná-los antes de sua conclusão.

Outro dado importante a ser destacado foi que a média da característica de personalidade de Realização foi maior em indivíduos que não apresentavam sintomas no BDI-II ($p<.05$), já a característica de Neuroticismo foi menor em indivíduos sem sintomas, tanto para o BDI-II quanto para o BAI ($p. 01$).

4.5 Considerações Finais

Esta pesquisa verificou a incidência de ansiedade e depressão em pacientes com disfunção sexual dos tipos ejaculação precoce e disfunção

erétil. Também verificou as características de personalidade desses pacientes, comparando os 2 grupos. A média de idade da amostra foi mais nova que a maioria dos estudos encontrados, indicando que essas dificuldades sexuais também atingem homens jovens.

Como a maioria dos estudos aborda um dos 2 tipos de disfunção sexual vistos nesse trabalho, este pode ter sido um dos pontos positivos, pois pôde-se comparar os estados emocionais e traços de personalidade de homens portadores desses sintomas, ejaculação precoce e disfunção erétil. Além disso, o fato de haver como critério de exclusão a existência de doenças orgânicas e o uso de psicotrópicos também auxilia a separar homens com disfunção sexual apenas de origem psicogênica.

Por outro lado, este trabalho teve como limitação o número relativamente pequeno da amostra, pela dificuldade de se obter um número maior no espaço de tempo determinado para a pesquisa. Com uma amostra maior para dados estatísticos, alguns resultados poderiam ser mais ricos. Quanto aos instrumentos, poderiam ter sido incluídos pelo menos mais um de análise de sintomas de ansiedade e outro de traços de personalidade, para se obter resultados mais amplos.

Esta pesquisa e outros estudos mostram que é cada vez mais importante a atuação da psicologia na área das disfunções sexuais. Principalmente, a partir da constatação da alta incidência de ansiedade e depressão em homens com disfunção sexual, além de características de personalidade que apontem para a necessidade de psicoterapia, como altos escores em neuroticismo, por exemplo. Porém, deve-se destacar a necessidade de combinação de tratamentos clínico-medicamentosos e psicológicos, a partir da constatação de

comorbidades entre os transtornos ansiosos e depressivos e a disfunção erétil e a ejaculação precoce, o que requer intervenção clínica, e de traços de personalidade característicos destes pacientes, com eventuais comprometimentos psíquicos.

Sabendo da importância de se prevenir esses transtornos, o presente trabalho aponta para a necessidade de que políticas de saúde venham a se ocupar das disfunções sexuais com mais atenção, considerando elementos psicopatológicos e características de personalidade específicas de homens com estes sintomas para assim obterem resultados melhores. Como grande parte das disfunções sexuais possui origem primária, ou seja, surge precocemente, desde o início da vida sexual dos indivíduos, esse trabalho de prevenção aos transtornos sexuais deve atingir também as fases de infância e adolescência, assim como os ambientes em que são criados, ou seja, seus criadores e educadores. Neste sentido, é importante que se consiga identificar fatores de risco à disfunção erétil e à ejaculação precoce, bem como traços de personalidade que possam ser indicativos de uma pré-disposição a desenvolver determinado sintoma, para assim buscar mudanças favoráveis à saúde desses indivíduos.

Como sugestão para pesquisas futuras, seria interessante uma amostra maior e um terceiro grupo controle, com homens sem disfunção sexual. Também, incluir outros instrumentos para obter um conhecimento maior ainda do funcionamento desses homens. Por fim, dividir os grupos de ejaculação precoce e disfunção erétil em subgrupos, como primário e secundário, para assim obter informações mais precisas sobre cada sintoma.

Apesar de ter algumas limitações, este estudo é importante dentro da necessidade de se conhecer cada vez mais o estado emocional e as características de personalidade desses pacientes para, assim, se atender melhor esses indivíduos e suas demandas. Segue necessária a realização de novas pesquisas, para se aprofundar em relação aos métodos terapêuticos mais eficazes para essas disfunções.

4.6 Anexos

4.6.1 Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre os aspectos emocionais associados às disfunções sexuais com objetivo de melhor compreender e qualificar o atendimento oferecido nestes casos. Desta maneira, gostaríamos de convidá-lo para colaborar com este trabalho, pois sua participação trará uma contribuição importante para aperfeiçoar o estudo na área. Esta pesquisa está sendo coordenada pelo psicólogo Rodrigo Britto, aluno do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Para participar deste trabalho você terá que responder a alguns instrumentos que avaliam características emocionais individuais, os quais serão devidamente explicados a você. É importante destacar que sua participação é voluntária, de modo que você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento sem sofrer nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento. Além disto, serão garantidas a confidencialidade e privacidade das informações coletadas e o anonimato dos participantes do estudo, quando de sua divulgação.

Por último, a qualquer momento, você poderá solicitar informações e esclarecimentos que achar necessário e contatar o pesquisador responsável pelo trabalho através do telefone 51-98025454. Este termo deve ser preenchido e assinado em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com o pesquisador.

Desde já, agradecemos sua contribuição para este trabalho e nos colocamos à disposição para contato.

Eu, _____ decl
aro ter sido informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos do
trabalho e concordo em participar do estudo.

Porto Alegre _____, ____ de _____ 2008.

Assinatura do participante

Psicólogo Rodrigo Britto dos Santos - CRP/07/16368.

4.6.2 Anexo B

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**Identificação:**

1. Nome

2. Idade

3. Estado Civil

4. Profissão

Dados sobre o transtorno:

1. Disfunção Sexual

 Disfunção Erétil Ejaculação Precoce

2. Primária?

 Sim Não

3. Tempo de Disfunção

4. Tempo do aparecimento dos primeiros sintomas até procurar ajuda médica

5. Já fez uso de algum tipo de medicação como estimulante sexual, ansiolíticos ou antidepressivos ? Não. Sim. – Especificar

6. Parceria Fixa ?

 Não. Sim. – Quanto tempo ?

7. Idade da primeira relação sexual

8. Teve a primeira relação sexual com:

 Namorada Prostituta Relação Esporádica

Dados Demográficos:

1. Nacionalidade

2. Cidade de origem

3. Grau de Instrução

() Fundamental () Incompleto

() Completo

() Médio () Incompleto

() Completo

() Superior () Incompleto

() Completo

() Pós Graduação () Incompleta

() Completa

4.6.3 Anexo C

Bateria Fatorial de Personalidade

BFP

Bateria Fatorial de Personalidade

Versão Preliminar

Carlos Henrique Nunes

Claudio Hutz

Maiana Farias Oliveira Nunes

Caderno de Aplicação

Instruções:

Você está recebendo um caderno que contém frases que descrevem sentimentos, opiniões e atitudes. Por favor, leia atentamente cada uma das sentenças e pense o quanto você se identifica com elas. A seguir, marque na folha de respostas, no local apropriado, a sua resposta a cada item.

Para tanto, siga as instruções abaixo:

Para cada item, você tem a opção de marcar de “1” a “7”. Se você acha que a sentença absolutamente não o descreve adequadamente, marque “1”. Se você acha que a frase o descreve muito bem, marque o “7” na grade de respostas. Se você considerar que a frase o descreve “mais ou menos”, marque “4”.

Considere que quanto mais você acha que a frase é apropriada para descrevê-lo, maior deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas 5, 6 e 7); quanto menos você identificar-se com a descrição feita, menor será o valor a ser registrado na escala (respostas 1, 2 e 3). Note que todos os valores da escala podem ser marcados.

Não existem respostas certas ou erradas. É importante que as suas respostas

sejam sinceras. Responda a todos os itens e, por favor, não risque ou escreva no caderno de aplicação.

1. Procuro seguir as regras sociais sem questioná-las.
2. Tento fazer com que as pessoas sintam-se bem.
3. Gosto de falar sobre mim.
4. Tenho um "coração mole".
5. Falo tudo o que penso.
6. Gosto de fazer coisas que nunca fiz antes.
7. Acredito que as pessoas têm boas intenções.
8. Sou divertido.
9. Tomo cuidado com o que falo.
10. Dificilmente perdôo.
11. Divirto-me quando estou entre muitas pessoas.
12. Respeito os sentimentos alheios.
13. Mesmo quando preciso resolver alguma coisa para mim, costumo adiar até o último momento.
14. Tento influenciar aos outros.
15. Sou generoso(a).
16. Estou satisfeito comigo mesmo.
17. Não falo muito.
18. Posso agredir fisicamente as pessoas quando fico muito irritado.
19. Resolvo meus problemas sem pensar muito.
20. Preocupo-me com todos.
21. Geralmente me sinto feliz.
22. Preciso de estímulo para começar a fazer as coisas.

23. Tenho pouco interesse por exposições de arte.
24. Divirto-me contrariando as pessoas.
25. Com freqüência tomo decisões precipitadas.
26. Facilmente coloco as minhas idéias em prática.
27. Uso as pessoas para conseguir o que desejo.
28. Posso lidar com muitas tarefas ao mesmo tempo.
29. Quase sempre me sinto desanimado, na fossa.
30. Suspeito das intenções das pessoas.
31. Atualmente, defendo idéias diferentes daquelas que defendia antigamente.
32. Consigo o que eu quero.
33. Tenho pouca curiosidade para conhecer novos estilos musicais.
34. Dedico-me muito para fazer bem as coisas.
35. Espero pela decisão dos outros.
36. Interesso-me por teorias que tentam explicar o universo.
37. Tenho pouca paciência para terminar tarefas muito longas ou difíceis.
38. Sou uma pessoa tímida.
39. Tenho alguns inimigos.
40. Acho que a minha vida é vazia e sem emoção.
41. Começo rapidamente as tarefas que tenho para fazer.
42. Acho pouco interessantes exposições fotográficas.
43. Respeito o ponto de vista dos outros.
44. Tenho dificuldade para adaptar-me a trabalhos que envolvam uma rotina fixa.
45. Antes de agir, penso no que pode acontecer.
46. Sinto-me mal se não cumpro algo que prometi.

47. Adoro atividades em grupo.
48. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.
49. Gosto de ir a lugares que não conheço.
50. Converso com muitas pessoas diferentes quando vou a festas.
51. Ajo impulsivamente quando alguma coisa está me aborrecendo.
52. Gosto de ter uma vida social agitada.
53. Participar de atividades que envolvam criatividade e / ou fantasia me empolga.
54. Esforço-me para ter destaque na escola ou trabalho.
55. Geralmente faço o que os meus amigos e parentes querem, embora não concorde com eles, com medo de que se afastem de mim.
56. Tenho pouco interesse por idéias abstratas.
57. Acho que os outros zombam de mim.
58. Costumo fazer sacrifícios para conseguir o que quero.
59. Acho natural que os valores morais mudem ao longo do tempo.
60. Tenho muito medo que os meus amigos deixem de gostar de mim.
61. Tento incentivar as pessoas.
62. Sou uma pessoa com pouca imaginação.
63. Faço coisas consideradas perigosas.
64. Penso sobre o que preciso fazer para alcançar meus objetivos.
65. Sou uma pessoa nervosa.
66. Costumo ficar calado quando estou entre estranhos.
67. Resolvo meus problemas com rapidez.
68. Confio no que as pessoas dizem.

69. Acho que não existe uma verdade absoluta.
70. Por mais que me esforce, sei que não sou capaz de superar os obstáculos que tenho que enfrentar no dia a dia.
71. Envolve-me rapidamente com os outros.
72. Gosto de pensar sobre soluções diferentes para problemas complexos.
73. Deixo de fazer as coisas que desejo por medo de ser criticado pelos outros.
74. Acredito que a maioria dos valores morais são dependentes da época e do lugar.
75. Fico muito tímido quando estou entre desconhecidos.
76. Preocupo-me em agir segundo as leis.
77. Meu humor varia constantemente.
78. Preciso estar no centro das atenções.
79. Sinto-me muito inseguro quanto tenho que fazer coisas que nunca fiz antes.
80. As pessoas dizem que sou muito detalhista.
81. Evito discussões filosóficas.
82. Não gosto de expressar as minhas idéias, pois tenho medo de ser ridicularizado.
83. Sou capaz de assumir tarefas importantes.
84. Gosto de manter a rotina.
85. Acho que faço bem as coisas.
86. Sou uma pessoa irritável.
87. Costumo enganar as pessoas.
88. Gosto de trabalhos artísticos que são considerados estranhos.
89. Tenho muita dificuldade em tomar decisões na minha vida.

90. Vivo minhas emoções intensamente.
91. Gosto de fazer coisas que exigem muito de mim.
92. Sofro quando encontro alguém que está com dificuldades.
93. É comum terem inveja de mim.
94. Sempre que posso, mudo os trajetos nos meus percursos diários.
95. Tenho dificuldade para terminar as tarefas, pois me distraio com outras coisas.
96. Preocupo-me com aqueles que estão numa situação pior que a minha.
97. Sou comunicativo.
98. Acho que os outros podem tentar prejudicar-me.
99. Sinto uma incontrolável vontade de falar, mesmo que seja com quem não conheço.
100. Eu paro de fazer as coisas quando elas ficam muito difíceis.
101. Escolho as palavras com cuidado.
102. Com freqüência, passo por períodos em que fico extremamente irritável, incomodando-me com qualquer coisa.
103. Raramente mostro um trabalho a outras pessoas antes de revisá-lo cuidadosamente.
104. Importo-me com os sentimentos dos outros.
105. Faço muitas coisas durante as minhas horas de folga.
106. Estou cansado de viver.
107. Gosto de quebrar regras.
108. Costumo tomar a iniciativa e conversar com os outros.
109. Respeito autoridades.

110. Sou uma pessoa insegura.
111. Quando estou em grupo, gosto que me dêem atenção.
112. Meus amigos dizem que eu trabalho/estudo demais.
113. Sinto-me entediado quando tenho que fazer as mesmas coisas.
114. Exijo muito de mim mesmo.
115. Tenho dificuldade para participar de atividades que exijam imaginação ou fantasia.
116. Gosto de programar detalhadamente as coisas que tenho para fazer.
117. Usualmente, tomo a iniciativa nas situações.
118. Sinto-me muito mal quando recebo alguma crítica.
119. Acredito que as pessoas têm uma natureza ruim.
120. Dificilmente fico sem jeito.
121. Só me aproximo de uma pessoa quando estou certo de que ela concorda com as minhas opiniões e atitudes, para evitar críticas ou desaprovação.
122. Sei o que quero para minha vida.
123. Frequentemente questiono regras e costumes sociais.
124. Tenho uma grande dificuldade em dormir.
125. Preocupo-me em agradar as pessoas.
126. Sou disposto a rever meus posicionamentos sobre diferentes assuntos.

5. Considerações Finais

Esta dissertação verificou a incidência de ansiedade e depressão em pacientes com disfunção sexual dos tipos ejaculação precoce e disfunção erétil. Também averiguou as características de personalidade desses pacientes, comparando os dois grupos. A média de idade da amostra foi mais nova que a maioria dos estudos encontrados, indicando que essas dificuldades sexuais também atingem homens jovens.

Como a maioria dos estudos aborda um dos dois tipos de disfunção sexual vistos nesse trabalho, este pode ter sido um dos pontos positivos, pois pôde-se comparar os estados emocionais e traços de personalidade de homens portadores desses sintomas, ejaculação precoce e disfunção erétil. Além disso, o fato de haver como critério de exclusão doenças orgânicas e uso de psicotrópicos também auxilia a separar homens com disfunção sexual apenas de origem psicogênica.

Por outro lado, este trabalho teve como limitação o número relativamente pequeno da amostra, pela dificuldade de se obter um número maior no espaço de tempo determinado para a pesquisa. Com uma amostra maior para dados estatísticos, alguns resultados poderiam ser mais ricos. Quanto aos instrumentos, poderiam ter sido incluídos pelo menos mais um de análise de sintomas de ansiedade e outro de traços de personalidade, para que se tivesse resultados mais amplos.

Esta pesquisa e outros estudos mostram a extrema importância da atuação da psicologia na área das disfunções sexuais. Principalmente, a partir da constatação da alta incidência de ansiedade e depressão em homens com disfunção sexual, além de características de personalidade que apontem para

a necessidade de psicoterapia, como altos escores em neuroticismo, por exemplo. Porém, deve-se destacar a necessidade de combinação de tratamentos clínico-medicamentosos e psicológicos, a partir da constatação de comorbidade entre os transtornos ansiosos e depressivos e as disfunções sexuais dos tipos disfunção erétil e ejaculação precoce, o que requer intervenção clínica, e de traços de personalidade característicos destes pacientes, com eventuais comprometimentos psíquicos.

Sabendo da importância de se prevenir esses transtornos, o presente trabalho aponta para a necessidade de que políticas de saúde venham a se ocupar das disfunções sexuais com mais atenção, considerando elementos psicopatológicos e características de personalidade específicas de homens com estes sintomas para assim obterem resultados melhores. Como grande parte das disfunções sexuais possui origem primária, ou seja, surge precocemente, desde o início da vida sexual dos indivíduos, esse trabalho de prevenção aos transtornos sexuais deve atingir também as fases de infância e adolescência, assim como os ambientes em que são criados, ou seja, seus criadores e educadores. Neste sentido, é importante que se consiga identificar fatores de risco à disfunção erétil e à ejaculação precoce, bem como traços de personalidade que possam ser indicativos de uma pré-disposição a desenvolver determinado sintoma, para assim buscar mudanças favoráveis à saúde desses indivíduos.

Como sugestão para pesquisas futuras, seria interessante uma amostra maior e um terceiro grupo controle, com homens sem disfunção sexual. Também, incluir outros instrumentos para obter um conhecimento maior ainda do funcionamento desses homens. Por fim, dividir os grupos de ejaculação

precoce e disfunção erétil em subgrupos, como primário e secundário, para assim obter informações mais precisas sobre cada sintoma.

Apesar de ter algumas limitações, este estudo é importante dentro da necessidade de se conhecer cada vez mais o estado emocional e as características de personalidade desses pacientes para, assim, se atender melhor esses indivíduos e suas demandas. Segue necessário a realização de novas pesquisas, para se aprofundar em relação aos métodos terapêuticos mais eficazes para essas disfunções.

6. Referências Bibliográficas

Abdo, C. (2004). *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. São Paulo: Bregantini.

Abdo, C. (2007). *Da Depressão à Disfunção Sexual (e vice-versa)*. São Paulo: Vizoo Editora.

Althof S.E., Leiblum S.R., Chevret-Measson M., Hartmann U., Levine S.B., McCabe M., Plaut M., Rodrigues O., Wylie K. (2005). *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. Journal of Sexual Medicine*. 2(6):793-800.

Althof, S.E., O'Leary, M. P., Cappelleri, J.C., Hvidsten, K., Stecher, V.J., Glina, S., King, R., BS, FACSH, & Siegel R.L. (2002). *Sildenafil Citrate Improves Self-Esteem, Confidence, and Relationships in Men with Erectile Dysfunction: Results from an International, Multi-Center, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Journal of Sexual Medicine*. 3 (3), 521 – 529.

Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. - *Revisão (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed, [2000].

Avatshi, A., Basu, D., Kulhara, P., Banerjee, S. T (1994). *Psychosexual dysfunction in Indian male patients: revisited after seven years. Archives of Sexual Behavior*. 23,685-695.

Barlow, D. (1986). *Causes of sexual dysfunction : the role of anxiety and cognitive interference. Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54, 140-148.

Black, D. W., Goldstein, R. B., Blum, N. & Noyes, R. (1995). *Personality Characteristics in 60 subjects with Psychosexual dysfunctions: a nonpatient sample. Journal of Personality Disorders* 9, 275-285.

Butler, J. C. (2000). *Personality and emotional correlates of right-wing authoritarianism. Social Behavior and Personality*, 28, 1-14.

Cavalcanti, R. (2006). *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais /* Ricardo Cavalcanti, Mabel Cavalcanti. – 3ª ed. – São Paulo: Roca.

Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (2002). *Introduction. Em P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality.* Whashington, DC. *American Psychological Association.* 2 ed., 3-16.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck.* São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

Derogatis, L.R., Meyer, J.K., King, K.M.0 (1981). *Psychopathology in Individuals with Sexual Dysfunction. American Journal of Psychiatry*, 38 (6), 757-63.

Felício, J. L. (2002). *Sobre a personalidade de homens com disfunção erétil ou ejaculação precoce: estudo comparativo com o Inventário Fatorial de Personalidade, o Questionário Desiderativo e o Teste Estilocrômico.* São Paulo; s.n.

França, C. P. (2001). *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freud, S. (1969). *Obras Psicológicas Completas, vol. VII. Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (1912).* Rio de Janeiro: Imago.

Glina, S., Leão, P., Reis, J. M., Pagani, E. (Orgs.). (2002). *Disfunção sexual masculina: conceitos básicos: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Instituto H. Ellis.

Grassi, M. V. F. C. (2004). *Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente*. - São Paulo: Escuta.

Iankowski, S. (2003). *Ereção & Falha: falhou, por quê? : um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções*. – Porto Alegre: Imprensa Livre.

Johannes C. B., Araújo A. B., Feldman H. A., Derby C. A., Kleinman K. P., McKinlay J. B. (2000). *Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study*. *Journal of Urology*,163, 460-463.

Levine, S. B. & Althof, S.E. *Psychological Aspects of Erectile Dysfunction in Male Infertility and Sexual Dysfunction*, org. por HELLSTROM, W. J.G. New York, NY : Springer – Verlag, 1997.

Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1997). *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Meyer, L. (1997). *A utilidade do MMPI na avaliação de pacientes masculinos com disfunção sexual*. – *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*. PUC-RS, Porto Alegre.

Morillo, L.E., Diaz, J., Estevez, E., Costa, A., Mendez, H., Davila, H. (2002). Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study (DENSA). *International Journal of Impotence Research*.14 (2),S10-8.

Nasio, J.-D. (2003). *Um psicanalista no divã*; tradução André Telles. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., Nunes & Maiana F. O. (2008). *Bateria Fatorial de Personalidade. Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S. (2005). *Construção, normatização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores*. Tese não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Oliveira, S. R. C. (2003). *Perfil psicopatológico e de personalidade do paciente com diagnóstico exclusivo de ejaculação precoce primária*. Tese apresentada no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor. São Paulo.

Paranhos, M. L. S. (2007). *Disfunção Sexual* / Mario L. S. Paranhos, Miguel Srougi – Barueri, SP: Manole.

Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* / organizado por Bernard Range. – Porto Alegre: Artmed Editora.

Rodrigues, O. M. (2008). *Avaliação de ansiedade em amostra de pacientes com queixas sexuais por meio do Inventário Beck de Ansiedade (BAI)*. *Terapia Sexual*, XI(1), 105-119.

Rodrigues, O. M. (2008). *Avaliação de depressão em amostra de pacientes com queixas sexuais por meio do Inventário Beck de Depressão (BDI)*. *Terapia Sexual*, XI(1), 105-119.

Sand, M.S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J. & Eardley, I. (2008). *Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the*

Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. Journal of Sexual Medicine. 5 (3) 583–594.

Seidman, S. N., & Roose, S. P. (2000). *The Relationship Between Depression and Erectile Dysfunction. Current Psychiatry Reports. 2 201–205.*

Shabsighabab, R., Kleinab, L. T., Seidmanab, S., Kaplanab, S.A., Lehrhoffab, B.J., Ritterab, J.S. (1998). *Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. Official Journal of the Société Internationale D'Urologie. 52, 848-852.*

Shiri, R., Koskimäki, J., Tammela, T.L.J., Häkkinen, J., Auvinen, A. & Hakama, M. (2007). *Bidirectional Relationship Between Depression and Erectile Dysfunction. The Journal of Urology. 177 (2) 669-673.*

Tondo, L., Cantone, M., Carta, M., Laddomada, A., Mosticoni, R., Rudas, N. (1991). *An MMPI evaluation of male sexual dysfunction. Journal of Clinical Psychology, 47, 391-396.*

Weeks, G. R. (2000) – *Erectile dysfunction: integrating couple therapy, sex therapy and medical treatment.* New York, N.Y.