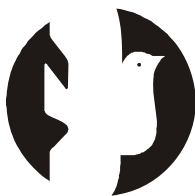


ÍTOR FINOTELLI JÚNIOR



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA
SEXUAL – FUNÇÃO ERÉTIL (SSES-E) EM PACIENTES COM
QUEIXAS SEXUAIS

ITATIBA
2010

ÍTOR FINOTELLI JÚNIOR



EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA
SEXUAL – FUNÇÃO ERÉTIL (SSES-E) EM PACIENTES COM
QUEIXAS SEXUAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto
Sensu da Universidade São Francisco para obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

ORIENTADOR: PROF. DR. CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO

ITATIBA
2010

155.3	Finotelli Júnior, Ítor.
F539e	Evidências de validade da escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais. / Ítor Finotelli Júnior. -- Itatiba, 2010. 102 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.




**UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

Itor Finotelli Júnior, defendeu a dissertação "Evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual - Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 25 de fevereiro de 2010 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão

Orientador e Presidente.



Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

Examinador



Prof. Dr. Sidney Glina

Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus antepassados, por acreditarem que seus filhos e filhas de seus filhos poderiam fazer alguma diferença neste mundo. Dedico também aos meus familiares e amigos íntimos, que apoiam meu desenvolvimento pessoal, e a parceiros como Oswaldo e Carla, grandes incentivadores do meu trabalho. Em especial, dedico este trabalho a Cristiane, que hoje é minha parceira, mulher que escolhi para me acompanhar nesta jornada tão especial que é chamada de vida.

AGRADECIMENTOS

São nestes pequenos parágrafos que gostaria de agradecer a todos aqueles que fizeram diferença em minha vida, para que pudesse desenvolver o presente estudo. Inicialmente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação da Universidade São Francisco pelo acolhimento e por todas as orientações e subsídios necessários para meu desenvolvimento como discente pleno deste Programa. Certamente, não poderia ter feito melhor escolha de Programa de Pós-Graduação, senão por essa instituição.

Ao Prof. Dr. Ricardo Primi, que me recebeu, inicialmente, e me mostrou vários caminhos, além de outros professores, pelas valiosas lições e desafios apresentados neste contexto.

Em especial, à Profa. Dra. Claudette Maria Medeiros Vendramini, com quem pude desenvolver em um nível superior minhas habilidades em análises estatísticas, mesmo sabendo que ainda há muito a aprender.

Às professoras Dra. Anna Elisa de Villemor Amaral e Dra. Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla, pelos ensinamentos sobre responsabilidade e cuidados com o desenvolvimento de projetos - sem sombra de dúvidas - importantes lições.

Agradeço ao subsídio financeiro da pesquisa feito inicialmente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e também, ao mesmo subsídio feito durante todo o processo do estudo, pela Finotelli's Fomento Mercantil Ltda - instituições, que, apesar de atuarem de formas diferentes nas suas missões de fomento, acreditam no desenvolvimento e crescimento daqueles que precisam, mas que, muitas vezes, não possuem condições por meras restrições materiais.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para minha formação acadêmica e para minha iniciação em pesquisa.

À minha “velha casa” - a Pontifícia Universidade Católica de Campinas - e aos seus sempre magníficos professores: Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo, Dra. Vera Engler Cury, Dr. Aguinaldo Aparecido Neri, Dra. Helena Bazanelli Prebiancchi, com quem tive a oportunidade de compartilhar meus ideais e receber muito carinho e incentivo para minhas conquistas. Em especial, à Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, responsável por minha iniciação científica e grande abençoada por ter semeado e cultivado em mim “*a vontade incontrolável de pesquisar*”. Oh, grande orientadora e pesquisadora, este estudo não poderia ter sido produzido se não fosse por você.

Agradeço também a grandes companheiros e guerreiros da época de minha graduação em que compartilhamos juntos tantos ideais. Tenho certeza que, onde estiverem, estarão realizando tudo aquilo que planejamos que faríamos um dia. Em especial, a Fernando Lacerda Júnior, Antonio Euzébios Filho e Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva, saudosos líderes e coordenadores da chapa “*Pra Mudar a Direção*”, com a qual não medimos esforços para ocuparmos juntos o Centro Acadêmico de Psicologia “*27 de Agosto*” da PUC-Campinas. Aprendi com vocês a lutar sempre, mas também que, às vezes, desistir pode ser um importante aprendizado.

De volta aos tempos atuais, remeto também meus agradecimentos aos amigos que fiz no Programa de Pós-Graduação da Universidade São Francisco. A Fabiano Koich Miguel, pelas cervejas e apoio durante toda minha jornada; a Lucas de Francisco Carvalho, por suas ideias mirabolantes e criatividade; à Monalisa Muniz, que sempre enfeitou com sua beleza e sentimentos os corredores daquela instituição, a Gleiber Couto por toda simplicidade e teimosia que um homem pode ter; a José Maurício Haas Bueno, pessoa de determinação que mudou o rumo de sua vida e de sua família e ensinou para muitos que

ainda temos muito a caminhar; a Rodolfo Augusto Matteo Ambiel, pela serenidade e demonstrações de cordialidade; à Marjorie Cristina Rocha da Silva, que sempre mostrou o quanto a postura de uma mulher faz a diferença no trabalho.

Agradeço aos amigos que, infelizmente, pelas condições impostas pela vida estiveram à distância desse processo. A começar por Raphael Oliveira Miguel, grande amigo desde o maternal; Sérgio Souza Mello, para todo o sempre, o “*velho*”; a Leandro Gomes Amorim, pelo seu enorme coração; a Marcelo de Oliveira Vieitez (o “Ser das Trevas”), pelo amadurecimento que desenvolvemos juntos em nossas vidas, à Sílvia Helena Pagliaro, por ter-me como mais um de seus irmãos; à Roberta Caroline, por sempre lembrar e cultivar nossa importante amizade; a Rodrigo de Matos Pais, pelo amor e carinho que sempre manteve por mim. Também agradeço a dois amigos que estão sempre por perto, para cuidar se tudo está bem: Paulo Enrico de Cicco, meu step-brother companheiro de todas as quebradas e Dhiego de Carvalho Migliato - como fazem falta seus churrascos de gato e suas geléias atômicas!

Destino este parágrafo em especial a um trio de amigos que hoje são as mais nobres e sinceras amigadas que tenho: Sandra Soffner Ferreira Hirata, Ricardo Hirata e Leonardo Alberto Ramos, vocês são mágicos! Meu muito obrigado por fazerem de minha vida a extensão das suas. Também gostaria de agradecer às suas famílias por me acolherem como um legítimo filho!

Quero agradecer também ao meu pai e minha mãe, indispensáveis na minha formação, espero ser hoje aquilo que sonharam um dia. Também às minhas irmãs que muito me ensinaram a respeito da vida. Foram elas que desbravaram na minha frente este mundo e por elas pautei boa parte das minhas escolhas. Também aos meus cunhados - mantenho o maior orgulho de tê-los nesta condição e por cuidarem de minhas irmãs muito bem.

Em especial, gostaria de agradecer todo apoio, carinho e incentivo no meu trabalho clínico e de pesquisas feitas pelo casal e também terapeutas sexuais Oswaldo Martins Rodrigues Jr e Carla Vaccari Zeglio. São vocês que mostram quais caminhos devo seguir para aprender mais e, às vezes, até os escolhem por mim quando é preciso. Tenho muito orgulho de tê-los nesta condição. Espero que sempre possam contar comigo.

Também agradeço ao Instituto Paulista de Sexualidade, por ter me acolhido como pesquisador em seu grupo de estudos e pesquisa (GEPiPS). Estendo esse agradecimento a amigos com os quais lá convivo - Ângelo Monesi, um grande exemplo; Carolina Costa Fernandes, uma batalhadora; Elaine Cristina Catão, uma essencialmente “*fiel*”; Giovanna Lucchesi, parceirona no aprendizado e, principalmente, agradeço pelos esforços não mensurados, pela grande parte das tabulações feitas, a Diego Henrique Viviani, meu irmão gepipiano.

Não pouparei meus agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, que me acolheu e me protegeu ao final dessa jornada e mostrou-me a luz ao final do túnel para o encerramento deste estudo. Agradeço também pelas escolhas feitas em conjunto a respeito de nossa banca avaliadora: Profa. Dra. Ana Paula Porto Noronha, uma das mulheres mais belas e inteligentes que já conheci, exponte pesquisadora da área da avaliação psicológica; Prof. Dr. Fabian Javier Marin Rueda, o mais novo membro do Programa de Pós-Graduação que certamente fará diferença para seus futuros orientandos; Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista, e sua incrível espontaneidade e alegria, sempre com muita competência no desenvolvimento de estudos na área da saúde mental e, principalmente, ao nosso convidado externo, o Prof. Dr. Sidney Glina, um dos melhores médicos urologistas, que nosso país se orgulha em ter, imponente pesquisador e expoente nacional e internacional na área da Medicina Sexual, que representa em minha vida um exemplo de ideal a ser alcançado profissionalmente.

E, finalmente, agradeço a duas certezas que cultivo hoje. A primeira é a existência de Deus que me protege e me dá forças por meio de suas inúmeras manifestações, sejam pelos meus guias espirituais: Pai Urupemba, Pai Sammuel e Nego, sejam pelos obstáculos e desafios que coloca em minha vida. A segunda certeza diz respeito a tudo o que é mais precioso que recebo da mulher que escolhi - e por quem fui escolhido - que me faz ser seu homem, um cuidador do fogo deste sentimento que alimentamos juntos e que chamamos de amor.

Resumo

Finotelli Jr., I. (2010). *Evidências de validade da escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, pp.102.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E), utilizando aplicações já realizadas em pacientes com queixas de disfunção erétil e ejaculação rápida. Tais aplicações foram disponibilizadas por meio do acesso ao arquivo morto de uma clínica de Psicologia. Somente foram considerados pacientes, os atendidos entre os anos de 2000 e 2008, que responderam à SSES-E na consulta inicial. Além da escala, eles obrigatoriamente deveriam ter respondido, na mesma data, ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) e/ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Dada a seleção e identificação dos prontuários, os mesmos foram avaliados, sendo suas informações tabuladas pela: ficha de identificação do paciente, roteiro de entrevista inicial e instrumentos utilizados. A amostra foi constituída por 175 homens e dividida em dois grupos: disfunção erétil (DE=103) e ejaculação rápida (ER=72). As idades variaram entre 18 e 62 anos (M=35,37; DP=9,24). Para os resultados, a primeira evidência estimada foi a baseada na estrutura interna, obtida por análise fatorial, que extraiu duas possibilidades de estruturas unidimensional e bidimensional. Enquanto a unidimensional avaliou a autoeficácia sexual no comportamento eretivo em diversas situações sexuais, a bidimensional avaliou a mesma condição, porém, sob duas formas, na capacidade da obtenção da ereção e na possibilidade da manutenção. A segunda evidência encontrada foi a validade de critério ou evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis. Apesar de não serem grupos contrastantes, as comparações dos resultados na escala entre DE e ER, mostraram que sujeitos com queixas de DE apresentaram menor autoeficácia sobre seu comportamento eretivo do que sujeitos com ER; também indicaram que dificuldades em manter a ereção estão associadas a queixas de ER, enquanto para DE estão associadas somente a obter e/ou obter e manter a ereção. Nas comparações das características, independentemente da queixa, a SSES-E discriminou sujeitos que afirmavam dificuldades eretivas daqueles que não afirmavam essa condição, também discriminou o tipo da dificuldade, indicando que sujeitos com dificuldades em obter e manter ereção pontuam menos na escala do que sujeitos com dificuldade somente em obter ou manter a ereção. O presente estudo corroborou dados da literatura sobre a influência da satisfação no relacionamento pela satisfação com a função sexual. Ainda nas evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis, para validade convergente/divergente, foram encontradas associações negativas entre os sintomas de depressão e ansiedade com a autoeficácia no comportamento eretivo. Essa associação não determinou se depressão ou ansiedade desencadeou as disfunções desses sujeitos - ou o inverso - mas revelou, ainda que permaneçam entre mínimo e leve, uma influência negativa na função eretiva, relacionada à obtenção da ereção com sintomas de depressão para DE e ER e a manutenção da ereção com sintomas de ansiedade para DE. Os resultados obtidos qualificam a SSES-E como instrumento útil na avaliação de questões específicas da sexualidade, como a função sexual.

Palavras-chave: medidas sexuais; validade; função sexual; disfunções sexuais.

Abstract

Finotelli Jr., I. (2010). *Evidences of validity of the scale of Sexual Self-Efficacy – Erectile Function (SSES-E) in patients with sexual complaints*. Master Dissertation, Graduate Program of Psychology, University of São Francisco, Itatiba, pp.102.

The present study was developed to investigate validity evidences of the Sexual Self-Efficacy Scale – Erectile Functioning (SSES-E), using applications previously applied in patients with complaints of erectile dysfunction and rapid ejaculation. Such applications were made available through the access to the dead file from a Psychology clinic. Only patients evaluated between the years of 2000 and 2008, who have answered to the SSES-E in the initial appointment, were considered attended. In addition to the scale, they mandatorily should have answered, on the same date, to the Beck Depression Inventory (BDI) and/or Beck Anxiety Inventory (BAI). Given the selection and identification of the assessments, they were evaluated, having the information tabulated by patient's identification file, initial interview's guide and used instruments. The sample was formed by 175 men and split in two groups erectile dysfunction (ED=103) and rapid ejaculation (RE=72). The ages vary between 18 and 62 years old (M=35,37; SD=9,24). For the results, the first estimated evidence was based in the internal structure, obtained by factorial analysis, which extracted two structure possibilities one-dimensional and two-dimensional. While the one-dimensional has evaluated the sexual self-efficacy in the erectile behavior in many sexual situations, the two-dimensional has evaluated the same condition, but in two ways in the ability of getting an erection and the ability of maintaining it. The second evidence found was the validity of criteria or evidences of validity based on the relation with other variables. They were obtained by comparing the results in the scale between the individuals and their characteristics. Such results have pointed that the individuals, who have ED complaints have presented less self-efficacy about their erectile behavior than individuals with RE; they also indicate that such difficulties to maintain the erection are only associated to obtaining and/or obtaining and maintaining the erection. In comparison to the characteristics, no matter what the complaint was, the SSES-E has discriminated the individuals who have stated having erectile difficulties to the ones who haven't stated this condition, has also discriminated the type of difficulty, indicating that individuals who have trouble obtaining and also maintaining erection have less scores in the scale than the individuals who only have trouble obtaining or maintaining the erection. The present study sustains data from the literature about the influence of the relationship satisfaction over the sexual function satisfaction. Still the evidences of validity, based in the relation with other variables, but for convergent/divergent validity, a negative association was found between depression and anxiety symptoms with the self-efficacy in the erectile behavior. This association has not determined whether a depression or anxiety has initiated the dysfunctions in these individuals – or the other way around – however, has exposed that, even though the majority of these symptoms remain between minimal and mild and they represent a negative association to the erectile function also related to obtaining the erection with depression symptoms for ED and RE and maintenance of this erection with anxiety symptoms for ED. The obtained results qualify the SSES-E as a useful instrument in the evaluation of specific sexuality matters, as sexual function.

Keywords: sexual measurement; validity; sexual functioning; sexual dysfunctions.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	xvii
LISTA DE ANEXOS	xviii
INTRODUÇÃO	1
AS DISFUNÇÕES SEXUAIS	4
DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULAÇÃO RÁPIDA	8
INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA	13
OBJETIVOS	23
MATERIAL E MÉTODO	24
PARTICIPANTES	24
INSTRUMENTOS/MATERIAIS	28
PROCEDIMENTO	30
ANÁLISE DOS DADOS	31
RESULTADOS	32
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE BASEADAS NA ESTRUTURA INTERNA	32
AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA NA RELAÇÃO COM A SSES-E	50
ASSOCIAÇÕES DA SSES-E NA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS EXTERNAS	62
DISCUSSÃO	67
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de sedimentação da SSES-E amostra geral.....	34
Figura 2. Gráfico de dispersão dos itens, índice de discriminação por índice de dificuldade.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação das disfunções sexuais por sexo e fase da resposta sexual respectivamente.	6
Tabela 2. Classificação das definições e critérios diagnósticos para DE e ER, segundo CID-10, DSM-IV e 2º Consenso Internacional de Medicina Sexual.	9
Tabela 3. Descrições e divisões das subcategorias das disfunções sexuais.....	10
Tabela 4. Resumo das características e propriedades psicométricas dos instrumentos: QS-M; IIEF; e SSES-E.	16
Tabela 5. Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas da amostra.....	24
Tabela 6. Distribuição da frequência das queixas e subcategorias na amostra.	26
Tabela 7. Distribuição da frequência das condições sexuais por queixa sexual.....	27
Tabela 8. Matriz de correlações entre os itens na escala de confiança da SSES-E para amostra.	33
Tabela 9. Autovalores da matriz de correlação e porcentagem da variância total para amostra geral.....	34
Tabela 10. Extração de fatores por componentes principais não rotacionados na escala de confiança da SSES-E.....	35
Tabela 11. Extração por dois fatores não rotacionados na escala de confiança da SSES-E.	36
Tabela 12. Distribuição dos itens por extração de dois fatores rotacionados e comunalidades na escala de confiança da SSES-E.....	38
Tabela 13. Coeficientes consistência interna por alfa de <i>Cronbach</i> dos fatores extraídos. .	39
Tabela 14. Parâmetros descritivos dos itens da escala de comportamento da SSES-E.....	40
Tabela 15. Matriz de correlação tetracórica na escala de comportamento da SSES-E para amostra geral.....	45

Tabela 16. Extrações de um e dois fatores não rotacionados na escala de comportamentos da SSES-E.	46
Tabela 17. Distribuição dos itens por extração de dois fatores rotacionados e comunalidades na escala de comportamentos da SSES-E.	47
Tabela 18. Distribuição dos itens pelos fatores extraídos e rotacionados na escala de confiança e escala de comportamentos da SSES-E.	48
Tabela 19. Análise descritiva da amostra geral, segundo respostas nos itens da escala de confiança da SSES-E.	51
Tabela 20. Distribuição das médias e desvio padrão da amostra DE e ER, segundo respostas nos itens da escala de confiança da SSES-E e comparação por teste <i>t</i> entre as disfunções sexuais.	52
Tabela 21. Distribuição da porcentagem da amostra DE e ER segundo respostas aos itens da escala de comportamento, tendência de resposta e comparação por teste <i>Mann-Whitney</i> entre as disfunções sexuais.	54
Tabela 22. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão da amostra, segundo respostas nas escalas da SSES-E e comparação por teste <i>t</i> entre as disfunções sexuais.	56
Tabela 23. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo variáveis sociodemográficas.	57
Tabela 24. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão, segundo subcategorias das queixas.	58
Tabela 25. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo subcategorias das queixas.	58
Tabela 26 Distribuição das médias nos escores e desvio padrão, segundo condições sexuais da amostra.	60

Tabela 27. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo condições sexuais da amostra.	60
Tabela 28. Frequência dos instrumentos respondidos pela amostra.....	62
Tabela 29. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão da amostra, segundo respostas nos inventários BDI e BAI com comparação por teste <i>t</i> entre as disfunções sexuais.	63
Tabela 30. Frequência dos graus de depressão e ansiedade, segundo respostas nos inventários BDI e BAI com comparação por teste <i>U</i> entre as disfunções sexuais.....	64
Tabela 31. Coeficientes de Pearson entre SSES-E, BDI e BAI dos sujeitos com DE.	65
Tabela 32. Coeficientes de Pearson entre SSES-E, BDI e BAI dos sujeitos com ER.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA	Associação Americana de Psiquiatria
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CID-10	Catálogo Internacional das Doenças
DE	Disfunção Erétil
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ER	Ejaculação Rápida
IIFE	Índice Internacional de Função Erétil
OMS	Organização Mundial da Saúde
QS-M	Quociente Sexual - versão masculina
SHIM	Inventário sobre a Saúde Sexual Masculina
SSES-E	Escala de Autoeficácia Sexual - Função Erétil
WAS	Associação Mundial para a Saúde Sexual

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	101
Anexo B. Carta de Autorização da Instituição.	102

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a saúde sexual passou a ser, cada vez mais, reconhecida como um componente fundamental da saúde geral, do bem-estar e, por isso, atualmente, é considerada um aspecto legítimo e central da saúde (Associação Mundial para a Saúde Sexual – WAS, 2008). Desde sua primeira definição publicada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1975, a saúde sexual evoluiu por meio de oito principais definições, cada uma delas contribuiu significativamente para o desenvolvimento da mais recente, definição, que estabelece essa saúde como (Edwards & Coleman, 2004):

(...) um estado de bem estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade. Não é meramente a ausência da doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma positiva e respeitável aproximação da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livre de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais das pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (Edwards & Coleman, 2004, p. 190).

Esse desenvolvimento implicou na legitimação da dissociação entre atividade sexual reprodutiva da atividade sexual não reprodutiva, circunstância necessária para que dimensões, antes excluídas, pudessem agregar ao sentido de saúde e bem-estar quando praticada livremente sem restrições, mas certamente não sem regras precisas (Giami, 2007). Dado o reconhecimento desse conceito de saúde sexual a OMS, desde então, modificou sua atuação global, na medida em que conceitos como a função sexual passaram a ser

considerados como indicadores de saúde, por conseguinte, qualquer disfunção nesta função passou a ser considerada como um problema de saúde pública (OMS, 2004).

Mesmo que os esforços da OMS e a compreensão científica de saúde e sexualidade tenham progredido, nem todas as culturas ao redor do mundo reconhecem abertamente problemas na função sexual como um legítimo problema de saúde. Isso significa, em outras palavras, que, cientificamente, houve uma evolução ao se compreender melhor a função sexual e integrá-la a aspectos mais amplos como as relações afetivas, emocionais, sexuais, o bem-estar e a realização pessoal; todavia, esse progresso não foi estendido ao contexto social por meio de políticas sociais e de saúde pública (WAS, 2008).

Embora a identificação e o tratamento das disfunções e problemas que ocorrem na função sexual não sejam prioridade máxima nas políticas públicas de saúde, a ciência deve permanecer em contínuo trabalho de pesquisa sobre o comprometimento dessa função, como iniciativa que visa a melhorar a saúde e o bem-estar da população.

O panorama das pesquisas que investigam a prevalência das disfunções e problemas sexuais revelou que elas podem ser encontradas em todos - ou quase todos - os países do mundo, não sendo específico de uma determinada cultura e/ou país. Outro importante dado comum a essas pesquisas foi a consistente conclusão de que bem-estar sexual está correlacionado com a felicidade geral tanto nos homens como nas mulheres. Essas pesquisas ainda revelaram que a prevalência dessas disfunções é alterada na medida em que existem outras condições de saúde envolvidas (Enzlin, Mathieu, Van Den Bruel, Vanderschueren, & Demyttenaere, 2003; Lau, Wang, Cheng, & Yang, 2005; Laumann, & cols., 2005; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Moreira Junior, Abdo, Torres, Lobo, & Fittipaldi, 2001; Oksuz & Malhan, 2005; Rosen, 2000).

Certamente, as disfunções sexuais são fortemente correlacionadas com outras condições de saúde, ou seja, existem categorias de fator de risco comuns associadas com a

disfunção sexual entre homens e mulheres. A direção de causa e efeito entre as disfunções sexuais e outros problemas de saúde ainda precisam ser mais bem esclarecidas, entretanto, é evidente a existência de uma associação interativa (Lewis, & cols., 2004).

Há pesquisas que evidenciam que pessoas que sofrem com disfunções sexuais são mais susceptíveis a desenvolver outras condições, como, por exemplo, depressão (Baldwin, 2001; Clayton, 2001; Hartmann, 2007); pessoas com outras condições, como diabetes tipo I são mais susceptíveis a desenvolver disfunção sexual, a exemplo, disfunção erétil (Penson, Wessells, Cleary, & Rutledge, 2009). Em ambos os exemplos citados, há uma evidente associação que ilustra a função sexual como um componente importante não só da saúde sexual, mas de saúde geral e bem-estar.

Dado o papel da sexualidade em aspectos fundamentais da vida, incluindo reprodução e relacionamentos, não é de se estranhar que os problemas com o funcionamento sexual estejam correlacionados com a redução subjetiva de bem-estar. Para o indivíduo com disfunção sexual, há também o custo pessoal no que diz respeito aos seus relacionamentos. Índices de violência, separação, instabilidade conjugal, problemas interpessoais, entre outros, aumentam quando a satisfação sexual diminui, indicando uma associação complexa entre satisfação no relacionamento com satisfação com a função sexual (Brody & Costa, 2009; Byers, 2005; Davies, Katz, & Jackson, 1999; Larson, Anderson, Holman, & Niemann, 1998; Santtila, & cols., 2008; Witting, & cols., 2008).

Diante dessa explanação, observa-se um enorme diagrama relacionado. Na medida em que se aprofunda no conceito de saúde, encontra-se nele a saúde sexual como um de seus componentes e, por trás dela, temos outros componentes que a compõem que será abordada em profundidade nos capítulos seguintes.

AS DISFUNÇÕES SEXUAIS

Inúmeras definições tanto para a função sexual como para as disfunções sexuais são encontradas na literatura sexológica, além de uma imensa variedade de métodos para sua avaliação. Entre as definições de função sexual, a resposta sexual é o formato empírico que elucida essa função (Lewis, & cols., 2004).

Concebida pela associação dos modelos de Masters e Johnson e de Kaplan, a resposta sexual é compreendida por três fases: desejo, excitação e orgasmo. Cada fase é responsável pelo desencadeamento de respostas fisiológicas e psicológicas no organismo e, quando há comprometimento em uma delas, denomina-se essa dificuldade de disfunção sexual. A estrutura trifásica do modelo de resposta sexual não se difere entre os homens e as mulheres e é influenciada pela interação de fatores biopsicossociais. Tais fatores também são responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção das disfunções sexuais, sejam elas masculinas ou femininas (Kaplan, 1977; Masters & Johnson, 1984; Wincze & Carey, 2001).

É importante ressaltar que dificuldades ocasionais e episódicas podem ocorrer na função sexual, mas não necessariamente configuram-se como uma disfunção sexual (Rodrigues Jr., 2008b). Para ser diagnosticada como uma disfunção, como qualquer outro problema de um organismo, são necessárias definições e classificações que determinam critérios a serem cumpridos para, desta maneira, estabelecer-se um diagnóstico e condições de tratamento (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

Historicamente, por muitas décadas, dois principais sistemas de categorizações prevaleceram na classificação e definição das disfunções sexuais: o Catálogo Internacional das Doenças (CID-10), proposto pela OMS, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Os manuais dialogam na medida em que (1) compartilham da mesma base teórica

de resposta sexual, aquela supracitada, e também reconhecem como disfunções dores associadas a ela; (2) esclarecem que as disfunções sexuais constituem processos físicos e psicológicos, podendo ser diagnosticados separadamente (Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007).

A respeito das diferenças, o CID-10 normatiza que, para ser considerada uma disfunção, o principal critério a ser cumprido é a incapacidade do indivíduo de participar do ato sexual com satisfação, conforme desejo ou vontade (OMS, 2003). Para o DSM-IV, o critério é a persistência e recorrência da alteração na função sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal (APA, 1994). Quanto às subcategorias para as disfunções sexuais, a CID-10 as classifica em dois tipos: orgânicas e não orgânicas. Já o DSM-IV estabelece três tipos: fatores psicológicos ou combinados, ao longo da vida ou adquirido, generalizado ou situacional (APA, 1994; OMS, 2003).

Paralelo à classificação proposta por esses manuais, outras iniciativas foram empreendidas para melhor classificar e definir as disfunções sexuais. A principal delas foram os consensos científicos nos principais eventos da área da sexualidade. O maior interesse desses consensos era considerar os avanços científicos e contribuir para uma atualização mais rápida de definições e classificações precisas, visto que aquelas dos manuais diagnósticos são dispendiosas e intrincadas (Basson, & cols., 2004; Hatzimouratidis & Hatzichristou, 2007; Lue, Basson, & cols., 2004; Lue, Giuliano, & cols., 2004);

Nessa direção, encontram-se deliberações desenvolvidas no 2º Consenso Internacional de Medicina Sexual, trazendo o que há de mais atualizado nas definições e classificações das disfunções sexuais até final de 2009. O consenso em questão foi organizado por 17 comissões representadas por 200 especialistas de 60 países. Os trabalhos desenvolvidos produziram um tratado científico fundamentado no conhecimento empírico

(baseado em evidências), que leva em conta princípios que concebem o indivíduo de maneira integral (modelo biopsicossocial) (Lue, Basson, & cols., 2004).

Segundo as deliberações desse consenso, os avanços em comparação às outras definições e classificações propostas para as disfunções sexuais são (Lewis, & cols., 2004):

- Não dissensão de fatores físicos de fatores psicológicos na compreensão das disfunções sexuais;
- Legitimação de problemas sexuais antes não reconhecidos como disfunções;
- Possibilidade de classificação da severidade da disfunção.

Ademais, o critério principal a ser cumprido é o sofrimento vivido pelo indivíduo; quanto às subcategorias, consideram-se: ao longo da vida ou adquirida, generalizada ou situacional (Lewis, & cols., 2004). As disfunções sexuais são apresentadas na Tabela 1 da seguinte forma:

Tabela 1. Classificação das disfunções sexuais por sexo e fase da resposta sexual respectivamente.

Sexo	Disfunção Sexual	Fase da Resposta Sexual
Homens	Disfunção Erétil	Excitação
	Ejaculação Rápida	Orgasmo
	Inibição Ejaculatória	Orgasmo
	Anejaculação	Orgasmo
	Anorgasmia	Orgasmo
Mulheres	Disfunção da Excitação Sexual	Excitação
	Anorgasmia	Orgasmo
	Dispareunia	Orgasmo
	Vaginismo	Orgasmo
Homens e Mulheres	Interesse Sexual/Disfunção do Desejo	Desejo
	Aversão Sexual	Desejo

* Tabela elaborada de acordo com Basson, e colaboradores (2004); Lue, Giuliano, e colaboradores (2004).

Os estudos populacionais que investigam problemas relacionados à função sexual indicam que as disfunções sexuais são comuns dentro da população adulta. A revisão dos dados epidemiológicos atuais revela que 40-45% das mulheres e 20-30% dos homens adultos têm, pelo menos, uma disfunção sexual (Lewis, & cols., 2004). Observa-se que o índice diminui ao considerar apenas pessoas sexualmente ativas, a exemplo do Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais. Nele, 28% dos homens e 39% das mulheres de 29 países relataram terem tido pelo menos um problema com o funcionamento sexual no ano anterior à pesquisa. A faixa etária das pessoas pesquisadas era de 40 a 80 anos. É provável que haja variações nessas taxas, se as pessoas não sexualmente ativas fossem incluídas nas pesquisas e também se a faixa etária fosse ampliada (Laumann, & cols., 2005; Nicolosi, & cols., 2004).

Ainda nesse estudo, a amostra brasileira do estudo não diferiu da amostra total a respeito das frequências de problemas na função sexual, mas para a satisfação sexual, os dados mostraram-se inferiores em comparação aos países pesquisados. As disfunções sexuais mais comuns encontradas nos homens foram disfunção erétil (10%) e ejaculação rápida (14%), e, nas as mulheres, anorgasmia (16%), dificuldades com excitação sexual (16%) e falta de interesse/desejo sexual (21%) (Laumann, & cols., 2005; Nicolosi, & cols., 2004).

Na maior pesquisa nacional feita sobre o assunto em população sexualmente ativa, cujas idades variaram entre 18 e 80 anos, 50,9% das mulheres relataram ter problemas na função sexual, para os homens, esse número reduz pouco menos de 48,1%. As disfunções mais comuns foram: nos homens, disfunção erétil (45%) e ejaculação rápida (25%), e nas mulheres, anorgasmia (26%), falta de interesse/desejo sexual (26%) e dor na penetração (18%) (Abdo, 2004).

Os dados das pesquisas exibidos acima mostram diferenças numéricas entre os estudos. Cabe salientar que as taxas podem variar na medida em que a função sexual é influenciada pela interação de fatores biopsicossociais. Certamente, alguns países apresentaram níveis elevados de disfunções sexuais mais do que outros. Isso mostra dois importantes pontos a serem considerados (1) que os problemas na função sexual são verdadeiramente um fenômeno global; (2) a necessidade de definições mais precisas e comuns entre as disfunções sexuais, tal como de uma metodologia compartilhada entre os estudos para que esses estes possam ser minimamente comparados.

DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULAÇÃO RÁPIDA

Entre as disfunções sexuais masculinas, a disfunção erétil (DE) e ejaculação rápida (ER) são aquelas de maior incidência seja por dados epidemiológicos ou clínicos. Estima-se que pouco mais de 70% dos homens com disfunções sexuais apresentam queixas de dificuldade erétil e/ou controle ejaculatório (Lue, Giuliano, & cols., 2004). Considera-se que não apenas pela incidência que essas disfunções ganham destaque, mas a ereção e a ejaculação são componentes fisiológicos mais perceptíveis da função sexual e os destacados nesse estudo.

Falhas recorrentes nessas duas funções são salientadas como uma das experiências psicológicas mais dolorosas e devastadoras que um homem pode experimentar (McCarthy, 1981). Certamente que sendo qualificada dessa forma, os problemas nessas funções são os mais significativos, em outras palavras, o indivíduo sente-se prejudicado naquilo que supostamente é o símbolo cultural mais importante de um homem (Rodrigues Jr., 2008b).

À medida que a DE é evidenciada pela incapacidade parcial ou completa de ter ou manter uma ereção suficiente para atividades sexuais (Hatzimouratidis & Hatzichristou,

2007; Lue, Giuliano, & cols., 2004), a ER não é tão evidente assim. Várias tentativas foram elucidadas para chegar a critérios quantificáveis sobre essa disfunção: tempo, satisfação da parceria, práticas sexuais e estímulos sexuais, todas foram refutadas uma vez que não existe um padrão na expressão e satisfação sexual o que caracterizou esses critérios como minimamente arbitrários (Wincze & Carey, 2001).

Embora que controverso e subjetivo, a definição de ER permaneceu no aspecto crucial do controle ejaculatório: autonomia do indivíduo no reflexo ejaculatório, não importando a circunstância ou tempo (Wincze & Carey, 2001). Sua definição é descrita por Lewis e colaboradores (2004), como quando a ejaculação ocorre antes do desejado, tanto antes ou logo após a penetração sobre a qual o homem tem mínimo ou nenhum controle.

Como já discutido, o uso da classificação e critérios diagnósticos das disfunções sexuais por manuais diagnósticos como CID-10 e DSM-IV são efetivos por serem sistemas internacionais na compreensão das disfunções existentes. Porém essas definições ficam defasadas diante da velocidade das pesquisas na atualidade. Apesar dos avanços, há entendimento das definições pelo critério de parcimônia, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Classificação das definições e critérios diagnósticos para DE e ER, segundo CID-10, DSM-IV e 2º Consenso Internacional de Medicina Sexual.

Disfunção	Sistema	Sigla	Nomenclatura	Definição e Critérios Diagnósticos
Disfunção Erétil (DE)	CID-10	F52.2	Falha de Resposta Genital	Não ocorre ereção suficiente para o intercurso quando este é tentado, a disfunção toma as seguintes formas: A ereção completa ocorre durante os primeiros estágios da relação amorosa, mas desaparece ou diminui quando o intercurso é tentado (antes da ejaculação, se esta ocorre). A ereção ocorre, mas apenas às vezes, quando o intercurso não está sendo considerado. Uma ereção parcial, insuficiente para o intercurso, ocorre, mas não ereção completa. Não acontece em absoluto nenhuma tumescência peniana.
	DSM-IV	302.72	Transtorno Erétil Masculino	Incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
	2º Consenso Internacional	-	Disfunção Erétil	Inabilidade consistente ou recorrente para obter e/ou manter a ereção suficiente para a atividade sexual. Para estabelecer o diagnóstico de disfunção erétil considera-se a existência da disfunção por um mínimo de três meses. Em caso de trauma ou DE pós-cirurgia (por exemplo: prostatectomia radical) o diagnóstico pode ser realizado antes dos três meses.

	CID-10	F52.4	Ejaculação Precoce	Há uma incapacidade de atrasar a ejaculação o suficiente para desfrutar a relação amorosa. Ela ocorre antes ou muito rápido após o início do intercuro (aproximadamente em 15 segundos). Ela ocorre na ausência de ereção suficiente para tornar possível o intercuro. O problema não é o resultado de abstinência prolongada de atividade sexual.
Ejaculação Rápida (ER)	DSM-IV	302.75	Ejaculação Prematura	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. A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal.
	2º Consenso Internacional	-	Ejaculação Rápida	Quando ocorre antes do desejado, tanto antes ou logo após a penetração sobre a qual o homem tem mínimo ou nenhum controle, Essa ausência de controle é acompanhada por elevado grau de sofrimento ou dificuldade interpessoal, incômodo, frustração e/ou evitação da atividade sexual.

* Tabela elaborada de acordo com APA (1994); Lewis, e colaboradores (2004); OMS (2003).

No que diz respeito às subcategorias, Lewis e colaboradores (2004) recomendam investigar, além dos critérios principais citados na Tabela 2: a cronologia da aquisição, a circunstâncias em que ocorre, a etiologia, o grau de sofrimento e o contexto. Que podem ser visualizadas com mais detalhamento na Tabela 3.

Tabela 3. Descrições e divisões das subcategorias das disfunções sexuais.

Subcategorias das disfunções sexuais	Divisões	Descrições
Cronologia da aquisição	Primária	Sempre esteve presente desde o início da atividade sexual.
	Secundária	Adquirida após atividade sexual normal.
Circunstâncias	Situacional	Ocorre apenas em algumas circunstâncias, isso sugere que não há falha na resposta sexual orgânica.
	Generalizada	Manifesta-se em todas as situações e mediante quaisquer estímulos sexuais.
Etiologia	Orgânicas	As contribuições de problemas fisiológicos.
	Psicológicas	Os fatores psicológicos envolvidos.
Grau de sofrimento	Pessoal	Nenhum, Leve, Moderado e Severo.
	Disfunção	Nenhum, Leve, Moderado e Severo.
Contexto	Passado	Educação negativa, perdas, traumas (físicos, sexuais, emocionais, relacionamentos interpessoais passados, restrições culturais e religiosas).
	Presente	Dificuldades interpessoais, disfunção sexual do parceiro, estimulação inadequada e contextos emocionais sexuais não satisfatórios.
	Físico	Condições médicas e psiquiátricas, medicamentos e abuso de drogas.

* Tabela elaborada de acordo com Anker e Glin (2005); Lewis, e colaboradores (2004);

Toda essa divisão didática de subcategorias reforça a investigação de maneira biopsicossocial, que até tempos atrás, os critérios físicos e psicológicos eram considerados separadamente e determinantes na definição. Hoje, sabe-se que as disfunções sexuais são resultados da influência de uma variedade de fatores e embora haja um agravamento por uma condição física, os fatores psicológicos precisam ainda ser considerados (Leiblum, 2007).

Para as causas por condições físicas, destacam-se as associadas à disfunção erétil: insuficiência arterial, distúrbios neurológicos (neuropatias), disfunção caverno-venooclusiva, distúrbios hormonais, uso de drogas ou medicamentos, doença de Peyronie, hipertensão, diabetes, tabagismo, alcoolismo, radioterapia no abdômen inferior, cirurgias na área genital, traumatismo pélvico e raquimedular. Para a ejaculação rápida, as causas por condições físicas são exclusivamente neurológicas por quadros degenerativos como esclerose múltipla (Leiblum, 2007; Lewis, & cols., 2004; Lue, Giuliano, & cols., 2004).

A respeito das condições psicológicas, Hawton e Catalan (1986), propõem uma divisão de interpretação por fatores em quatro níveis: predispostos, desfavoráveis, mantenedores e contexto. Os fatores por predisposições são divididos em dois grupos: constitucional e desenvolvimento. Constitucionais são condições inatas da formação do indivíduo: deformidades anatômicas, irregularidades hormonais, resiliência física, traços de personalidade. Enquanto as relacionados ao desenvolvimento entende-se pela constituição do indivíduo: formação da identidade de gênero, trauma, puberdade, iniciação sexual, abuso sexual, autoimagem, vulnerabilidade. Destaca-se que nenhum deles possui influência suficiente para constituição de uma disfunção sexual (Hawton & Catalan, 1986).

Os fatores desfavoráveis são descritos como desencadeadores para o desenvolvimento de problemas sexuais. É impossível prever qual desencadeador e em que circunstância uma disfunção sexual será constituída, todavia, indivíduos expostos a essas

condições estão vulneráveis a problemas sexuais. Quadros psicopatológicos, ansiedade e depressão são descritos como pertencentes a essa categoria (Hawton & Catalan, 1986). As evidências empíricas confirmam estreita associação das mesmas com as disfunções sexuais, entretanto, não são suficientes para determinar causas ou consequências (Althof, & cols., 2004; Leiblum, 2007).

A respeito da ansiedade, enquanto há evidências de estudos que mostram a existência de altos níveis entre sujeitos com queixas sexuais (Norton & Jehu, 1984), há outros que apenas indicam que a ansiedade desses sujeitos está restrita ao desempenho sexual, não compondo um estado ou quadro generalizado de ansiedade (Cooper, 1969; Kockott, Feil, Revenstorf, Aldenhoff, & Besinger, 1980). Também existem evidências, como as descritas por Mallis, Moisisidis e Hatzichristou (2002), de que somente traços de ansiedade correlacionam com problemas sexuais. Revisões feitas em estudos laboratoriais, nos quais sujeitos foram estimulados e as variáveis foram controladas, a ansiedade provocada influenciou a resposta sexual fisiológica, mas tal influência não foi encontrada na resposta subjetiva (Althof, & cols., 2004).

Já a respeito da depressão, é quase consensual nos estudos realizados a alta prevalência de queixas sexuais em sujeitos em condição depressiva, principalmente em quadros graves (Araujo, Durante, Feldman, Goldstein, & McKinlay, 1998; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & McKinlay, 1994; Hartmann, 2007; Moreira Junior, Glasser, Santos, & Gingell, 2005). Revisões feitas em estudos sugerem que as disfunções sexuais e a depressão compartilhem de etiologias comuns (Althof, & cols., 2004). Também há evidências de que disfunções sexuais geram sofrimento psicológico que tornam o indivíduo vulnerável a um quadro depressivo (Seidman, 2002, 2006). Há outros dados que evidenciam que as disfunções sexuais são mais comuns em sujeitos com transtorno

depressivo maior do que em sujeitos com transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de ansiedade generalizada (Kendurkar & Kaur, 2008).

Tanto para a ansiedade quanto para a depressão, todos os estudos indicados foram realizados em sujeitos que não tinham a presença de outro distúrbio e/ou co-morbidade física. De maneira geral, a relação da depressão e ansiedade com as disfunções sexuais não oferecem dúvidas quanto à existência de associações entre elas. Para as orientações clínicas feitas por Althof (2004), as disfunções sexuais tornam-se queixas de menor importância, na presença de casos graves, sejam de depressão ou de ansiedade, devendo ser tratadas em segundo plano.

E finalmente, para os mantenedores e de contexto referem-se a toda em qualquer condição individual ou social que faça manutenção da disfunção sexual, os mais comuns são descritos: conflitos interpessoais; estresse ocupacional, pessoal e emocional; problemas de saúde crônicos; o uso de medicação ou abuso de substâncias; perda de autoconfiança; baixa auto-estima; ansiedade de desempenho; preocupações com imagem corporal; problemas no relacionamento; inadequação sexual do casal; preocupações com ato sexual; medo de fracassar; ausência de contato com as sensações corporais; intermitência do funcionamento sexual; comportamento sexual de risco (DST/AIDS); preocupações com tamanho e aparência da mama e genital (Althof, & cols., 2004; Wincze & Carey, 2001).

INSTRUMENTOS DE MEDIDA PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL MASCULINA

No contexto clínico, avaliação refere-se à mensuração de aspectos a serem considerados no processo interventivo (Stuart-Hamilton, 2007). No caso da avaliação de problemas sexuais, os aspectos a serem investigados são aqueles relacionados ao

funcionamento sexual do indivíduo. Entre as técnicas avaliativas, destacam-se os instrumentos de medidas: questionários, escalas e inventários, como mensurações padronizadas para obtenção de informação e, portanto, deve-se confiar nos dados que produzem, desde que apresentem validade relacionada àquilo a que se propõem a mensurar (Pasquali, 2007). Parâmetros fundamentais como validade e precisão são necessários para atribuir qualidade nessa forma de mensuração. Técnicas diversas servem para determinar os índices de precisão e validade, de forma geral são qualidades essenciais para um instrumento de medida bons índices de precisão pela consistência interna e estabilidade temporal, além de evidências de validade de conteúdo, construto e critério (Urbina, 2004).

Para o campo das pesquisas, esses instrumentos são frequentemente usados como método científico reconhecido para compreender fenômenos e suas relações em determinados grupos. O controle das variáveis, o tamanho da amostra, a comparação entre grupos, a composição do instrumento, entre outras, criam maneiras de interpretação dos resultados produzidos por esses instrumentos, que serão interpretados de acordo com expectativa, delineamento, metodologia e repertório científico de cada pesquisador (Urbina, 2004).

Pesquisas sobre diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais têm rapidamente avançado mundialmente nos últimos anos. Deve-se a elas o progresso na padronização de medidas para avaliar a função sexual (Derogatis, 2008; Meston & Derogatis, 2002). Seja para diagnosticar, monitorar mudanças ou relacionar aspectos que fazem manutenção da função sexual, a aplicação e o uso de um instrumento de medida necessitam de uma finalidade. Nessa direção, Noronha e colaboradores (2002), defendem a utilização de instrumentos adequados como auxiliares na tomada de decisão, baseada em normas objetivas e não no subjetivismo do profissional. Entretanto, a escolha do instrumento não é fácil, muito menos a decisão sobre a maneira de utilizá-lo. Novamente, o problema do

subjetivismo prevalece para determinar a escolha do instrumento e/ou a forma de utilizá-lo.

Para o combate do uso indiscriminado e da falta de conhecimento em como operar esses instrumentos, Noronha e colaboradores (2002, p. 173), descrevem que “os instrumentos possuem limitações, por esse motivo, a competência condicionada à qualidade da formação, possibilita uma compreensão mais ampla e contextualizada do processo de avaliação no qual ele está inserido, permitindo uma interpretação mais adequada dos resultados”. Além da formação, Finotelli Jr. e Silva (2008) complementam que a literatura especializada e os estudos empíricos também devem servir como suporte para escolha e forma de utilização.

A fim de assegurar critérios para a escolha e aplicação de instrumentos visando à avaliação da função sexual, Finotelli Jr. e Silva (2008) apontam que a relevância disto reside em: (1) auxiliar no diagnóstico da etiologia da dificuldade sexual e (2) em obter informações do funcionamento do paciente que possam ser úteis para o tratamento.

Num levantamento de pesquisas nacionais sobre instrumentos que avaliam a função sexual masculina no contexto clínico, Finotelli Jr. (2008) refere-se a três deles: Quociente Sexual - versão masculina (QS-M), Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) e Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E). Todos utilizam a tríade da resposta sexual humana (desejo, excitação e orgasmo) como fundamentação teórica, são instrumentos breves, de fácil administração em níveis de medidas diferenciados, e apresentam dados psicométricos satisfatórios. As informações resumidas sobre tais instrumentos podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4. Resumo das características e propriedades psicométricas dos instrumentos: QS-M; IIEF; e SSES-E.

Instrumento	Itens	Administração Tempo/Modalidade	Nível de Medida	Domínios	Precisão	Validade	Sensitivo
QSM	10	10-15min autorrelato	Likert 0-5	Desempenho Confiança/Satisfação Sintonia	Estrutura Interna 0,64	Construto Critério	-
IIEF	15	10-15min autorrelato	Likert 0-5	Função erétil Orgasmo Desejo sexual Satisfação sexual Satisfação global	Estrutura Interna 0,91 Estabilidade Temporal 0,82	Conteúdo Construto Critério	Medicação Placebo Dose Tratamento
SSES-E	25	10-20min autorrelato	dicotômica intervalar	Crença no comportamento eretivo	Estrutura Interna 0,92 Estabilidade Temporal 0,98	Conteúdo Critério	Psicoterapia

* Tabela elaborada de acordo com Abdo (2006); Libman, e colaboradores (1985); Rosen, e colaboradores (1997).

Quociente Sexual - versão masculina (QS-M)

O Quociente Sexual - versão masculina (QS-M) é um instrumento recente, de origem brasileira, criado por Abdo (2006) a partir de um banco de itens que fazem menção a fatores que contribuem para a satisfação sexual. Sua versão final foi estruturada por meio da classificação de importância desses itens, segundo uma amostra aleatória de homens brasileiros. A escala contém 10 itens de autorrelato, que avaliam aspectos físicos e emocionais da experiência sexual: confiança; qualidade das preliminares; satisfação com a parceria; qualidade da ereção; controle ejaculatório; habilidade de atingir orgasmo; satisfação com intercurso sexual.

Para a mensuração da intensidade desses aspectos, utiliza um escala Likert de seis pontos em que “0” indica “nunca” e “5” indica “sempre”, sendo que quanto maior a pontuação, maior a satisfação sexual. O escore total é obtido pela soma dos itens e

multiplicado por dois para a obtenção de um escore final numa escala de cem pontos (Abdo, 2006).

O estudo de validade apresenta dados regulares no que diz respeito às qualidades psicométricas. Para avaliação da precisão, o coeficiente é médio (0,64), não existe estudo sobre sua estabilidade temporal. Para estrutura fatorial, os resultados indicam três dimensões: desempenho; confiança/satisfação; sintonia com parceria. Devido a problemas de cargas fatoriais sobrepostas (item *overlap*), essas três dimensões foram desconsideradas em favorecimento de um modelo unidimensional melhor ajustado psicometricamente. Para resultados de validade convergente/divergente e discriminante, a escala possui forte associação positiva com a versão reduzida do Índice Internacional de Função Erétil (IIFE), chamada de Inventário sobre a Saúde Sexual Masculina (SHIM) e discrimina sujeitos disfuncionais de não-disfuncionais (Abdo, 2007).

Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)

Índice Internacional de Função Erétil (*International Index of Erectile Function – IIFE*) é um questionário em autorrelato composto por 15 itens, desenvolvido para avaliar a percepção da função erétil. Segundo seus criadores (Rosen, & cols., 1997), trata-se de uma medida utilizada principalmente para identificar a eficácia de medicação ou outros procedimentos que restauram a função sexual masculina. Devido a esse propósito, observa-se que boa parte das pesquisas que utilizam o IIFE concentra-se na área médica e são relacionadas ao uso de medicações como *Sildenafil* (Althof, MP, & cols., 2006; Broderick, & cols., 2006; Buvat, & cols., 2008; Cappelleri, Bushmakin, Symonds, & Schnetzler, 2009; Fonseca, Seftel, Denne, & Fredlund, 2004; Glina, & cols., 2002), *Tadalafil* (Ali, 2008; Curran & Keating, 2003; Eardley, & cols., 2004; Lewis, & cols., 2005; Liguori, & cols., 2009; Saenz de Tejada, Anglin, Knight, & Emmick, 2002), *Vardenafila* (Basu & Ryder,

2004; Goldstein, & cols., 2005; Mirone, & cols., 2005; Rubio-Aurioles, Porst, Eardley, & Goldstein, 2006; Sotomayor-de-Zavaleta, & cols., 2004), *Alprostadil* (Anastasiadis, & cols., 2003; Giammusso, & cols., 2005; Shabsigh, & cols., 2000; Titta, Tavolini, Moro, Cisternino, & Bassi, 2006). Outro propósito de uso do instrumento é em pesquisas sobre a prevalência de disfunções sexuais a exemplo da realizada por Lyngdorf e Hemmingsen (2004).

Posteriormente, os mesmos autores desenvolveram, baseando-se no IIEF, uma versão reduzida em 5 itens chamada de IIEF-5 ou Inventário sobre a Saúde Sexual Masculina (*Sexual Health Inventory for Man – SHIM*), com propósito mais objetivo de avaliar a disfunção erétil, aproximando-se dos critérios do DSM-IV e do CID-10 (Rosen, Cappelleri, Smith, Lipsky, & Pena, 1999).

Tanto o IIEF, quanto SHIM mensuram seus itens por meio de escala Likert de seis pontos. Para as dimensões mensuradas, o IIEF avalia cinco domínios: função erétil; orgasmo; desejo sexual; satisfação sexual; satisfação global (Rosen, & cols., 1997). Já para o SHIM, apenas a satisfação com a função erétil é avaliada. Cabe ressaltar, que a redução dos domínios de uma escala para outra ocorreu mediante análise fatorial. A criação e utilização do SHIM são justificadas pela necessidade de um instrumento para rastreamento, conhecido na literatura internacional como screening (Rosen, Cappelleri, & Gendrano, 2002; Rosen, & cols., 1999).

O escore total de ambos os instrumentos são obtidos com a soma dos escores correspondentes aos itens. Considera-se que quanto menor a pontuação, mais comprometida encontra-se a função erétil, desde que o sujeito avaliado procure ou esteja disponível para atividades sexuais. Pela pontuação gerada, pontos de corte classificam a função erétil em cinco categorias: sem disfunção erétil (30 a 26); disfunção erétil mínima

(25 a 22); disfunção erétil leve (21 a 17); disfunção erétil moderada (16 a 11); disfunção erétil severa (10 a 6) (Cappelleri, Rosen, Smith, Mishra, & Osterloh, 1999).

O IIEF possui traduções e adaptações transculturais em 30 idiomas (Lim, & cols., 2003; Lyngdorf & Hemmingsen, 2004; Rhoden, Teloken, Sogari, & Vargas Souto, 2002; Rosen, & cols., 2002). Para os estudos de validade, estas apresentam excelentes índices em pesquisas nacionais e internacionais no que diz respeito às qualidades psicométricas: (1) para sua estrutura interna, bons coeficientes são encontrados, estudos de estabilidade temporal (teste-reteste) também revelam índices semelhantes; (2) estrutura fatorial corrobora os domínios propostos e também fornece espaço para estruturas de quatro, dois e um fatores. Para resultados de validade convergente/divergente e discriminante, a escala possui diversas associações, porém, relacionadas a instrumentos internacionais; e discriminam sujeitos disfuncionais de não-disfuncionais, tipos de medicação e dosagens (Kassouf & Carrier, 2003; Quek, Low, Razack, Chua, & Loh, 2002; Ramanathan, & cols., 2007; Rosen, & cols., 2002; Rosen, & cols., 1997; Wiltink, Hauck, Phadayanon, Weidner, & Beutel, 2003).

Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E)

Bandura (1977) ressalta que, entre os vários aspectos da autopercepção, aqueles que exercem maior influência no cotidiano dos sujeitos são exatamente as concepções que possuem sobre sua eficácia pessoal. A autoeficácia envolve muito mais do que uma certeza sobre realizar algo, trata-se de um mecanismo regulador que organiza as habilidades sociais, cognitivas e comportamentais para um determinado propósito. As crenças neste mecanismo contribuem tanto para o aumento da determinação quanto para a seleção das estratégias a serem empregadas para solução de um determinado problema (Bandura & Adams, 1977).

Bandura (1977) destaca ainda quatro principais fontes que alimentam a autoeficácia: (a) a experiência direta – remete-se às realizações anteriores, que permitem a interpretação dos resultados obtidos, aumentando ou diminuindo a autoeficácia; (b) a experiência vicária – a comparação do sujeito com modelos sociais disponíveis, permitindo uma avaliação das próprias capacidades; (c) os estados físicos e emocionais – que influenciam em maior ou menor confiança a capacidade de execução do sujeito; (d) a persuasão social – significa o reforço social dos outros, emitidas por julgamentos verbais, *feedback* de desempenho e outros.

A percepção sobre a autoeficácia torna-se um preditor do comportamento futuro, assim como também determina quanto de esforço será investido na busca de um objetivo e o nível de persistência frente às dificuldades encontradas na execução da tarefa. Quanto maior a percepção sobre a autoeficácia, mais determinação e persistência serão demonstrados pelo sujeito (Bandura, 1983; Bandura, Adams, Hardy, & Howells, 1980). Pesquisas nacionais que utilizam o conceito de autoeficácia mostram claramente a influência do construto em diversas áreas: dificuldade de aprendizagem (Medeiros, Loureiro, Linhares, & Marturano, 2000), adesão ao tratamento antirretroviral (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002), doentes com dor crônica (Salveti, Pimenta, Lage, Oliveira Junior, & Rocha, 2007), atividades ocupacionais (Nunes & Noronha, 2009), atributos sociodemográficos (Lima, Silva, Barros, & Oliveira, 2009), entre outros.

Ainda, no cenário brasileiro, especificamente na atuação da terapia sexual, um conjunto de técnicas desde o final da década de 80 vem sendo utilizado por Rodrigues Jr. (1999) e continua sendo utilizado na atualidade por diversos profissionais em diferentes instituições que atuam com queixas sexuais, principalmente aquelas cujos fatores predominantes são de etiologia psicológica. Destaca-se para esse conjunto um instrumento de medida multidisciplinar criada por Libman e colaboradores (1985) denominada Escala

de Autoeficácia Sexual, que avalia as crenças sobre a capacidade erétil na função sexual em uma variedade de situações sexuais de maneira sistematizada, tal como preconiza as escalas e instrumentos psicológicos.

A Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (*Sexual Self-Efficacy Scale - Erectile Functioning SSES-E*) utiliza o conceito de autoeficácia de Bandura para avaliar as crenças sobre o desempenho sexual e erétil masculino em uma variedade de situações sexuais. Pressupõe-se que crenças negativas sobre o comportamento sexual geram uma série de fatores, principalmente ansiedade frente à execução desse comportamento, o que, conseqüentemente, interfere no funcionamento sexual (Fichten, & cols., 1998; Libman, & cols., 1985; Rodrigues Jr., 1995, 1999).

Tendo como base os itens dos questionários *Goals for Sex Therapy* (Lobitz & Baker, 1979) e *Erectile Difficulty Questionnaire* (Reynolds, 1977), a SSES-E foi construída em 25 afirmativas sobre o comportamento sexual masculino em diversas situações sexuais (exemplo: pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo). O sujeito deve assinalar, na coluna 1, se acredita ser capaz ou não de realizar tal comportamento e especificar, na coluna 2, qual o seu grau de certeza numa escala de 10 a 100, sendo 10 ‘quase sem certeza’ e 100 ‘com certeza absoluta’ (Fichten, & cols., 1998; Libman, & cols., 1985).

A referida escala utiliza medidas baseadas em autorrelato para sua mensuração, elaborada e validada para uso clínico, especificamente para avaliação das disfunções sexuais masculinas. Mas pode ser empregada também para compreensão cognitiva do funcionamento sexual, evolução do tratamento e avaliação por pares (pela parceria), corroborando com as respostas dadas pelo sujeito sobre sua eficácia sexual (Libman, & cols., 1985).

No Brasil, a escala foi traduzida e adaptada por Rodrigues Jr. (1995), que sugeriu um sistema de interpretação de escores, segundo suas aplicações clínicas: escores acima de 80 confirmam comportamentos sexuais apropriados. Escores entre 50 e 80 caracterizam comportamentos sexuais com baixa confiança, devendo ser avaliados e, abaixo de 50, demonstram problemas no comportamento sexual - mesmo não havendo tal dificuldade, o comportamento encontra-se fragilizado, podendo acarretar uma possível disfunção ao qual se associa (Rodrigues Jr., 1995).

Os estudos com SSES-E apresentam: precisão por homogeneidade dos itens (consistência interna) e estabilidade temporal (teste-reteste) (Libman, & cols., 1985); diferenciam, por meio do escore total, sujeitos sexualmente disfuncionais de não disfuncionais (Fichten, & cols., 1998; Rodrigues Jr., Catão, Finotelli Jr., Silva, & Viviani, 2008); possui sensibilidade a processos de terapia sexual (Finotelli Jr. & Rodrigues Jr., 2009) e estudos com populações diferenciadas como: universitários, pacientes que receberam implantes penianos, pacientes psiquiátricos e portadores de HIV/AIDS (Camejo, Finotelli Jr., & Rodrigues Jr., 2009; Rodrigues Jr., Haddad, Sessa, & Costa, 1991; Rodrigues Jr., Lima, & Cecarello, 1992; Texeira, Finotelli Jr., & Rodrigues Jr., 2009).

Dentre os estudos mencionados no parágrafo anterior, nenhum deles tinha por objetivo a busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna. Nem a pesquisa de criação e validação da escala (Libman, & cols., 1985), nem a pesquisa de validação clínica brasileira (Rodrigues Jr., & cols., 2008) realizaram esse delineamento. Observa-se que a maior parte dos estudos concentraram-se na busca por evidências de validade baseadas no conteúdo e nas relações com outras variáveis e que, lamentavelmente, não houve pesquisas que aprofundaram as propriedades psicométricas da SSES-E, muito menos, buscaram outras evidências de validade, além das mencionadas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Trata-se de um estudo retrospectivo em prontuários de arquivo morto para investigar evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais de disfunção erétil e ejaculação rápida, atendidos em clínica de psicologia especializada em queixas sexuais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar evidências baseadas na estrutura interna a partir da análise fatorial.

Examinar a precisão do instrumento.

Buscar evidências baseadas nas relações com outras variáveis: depressão e ansiedade.

Analisar e comparar as respostas dos escores dos sujeitos na SSES-E segundo variáveis como idade, disfunção sexual, estado civil e outras disponíveis no prontuário.

MATERIAL E MÉTODO

PARTICIPANTES

Para constituir a amostra, foram considerados homens que apresentavam queixas sexuais, segundo registro do atendimento inicial no prontuário. Foram identificados 343 homens, sendo 168 excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão deste estudo que estipulou que o instrumento respondido, no caso SSES-E, tivesse ocorrido na consulta inicial e além dele, os prontuários deveriam conter outro instrumento respondido na mesma data. Assim, a amostra ficou constituída por 175 homens, cujas idades variaram entre 18 e 62 anos ($M=35,37$; $DP=9,24$); destes, 42% eram solteiros, 46% casados, 12% separados; a escolaridade predominante, em aproximadamente 83% dos casos, era a de nível superior.

Todos apresentavam queixa de disfunção sexual e foram divididos em dois grupos: disfunção erétil ($DE=103$) e ejaculação rápida ($ER=72$), segundo as informações obtidas pela ficha de identificação do paciente e roteiro de entrevista inicial. As características demográficas podem ser vistas por esses grupos na tabela 5.

Tabela 5. Distribuição da frequência das variáveis sociodemográficas da amostra.

Variáveis Sociodemográficas	Queixa Sexual				Total (N=175)	
	DE (N=103)		ER (N=72)		N	%
	N	%	N	%		
Idade						
Média	37,22	-	32,72	-	35,37	-
DP	9,99	-	7,33	-	9,24	-
Moda	37	-	35	-	-	-
Min	19	-	18	-	18	-
Max	62	-	51	-	62	-
Escolaridade						
Fundamental	3	2,9	1	1,4	4	2,3
Médio	12	11,7	12	16,7	24	13,7
Superior	86	83,5	59	81,9	145	82,9
Não relatado	2	1,9	0	0,0	2	1,1

Estado Civil						
Solteiro	44	42,7	29	40,3	73	41,7
Casado	41	39,8	40	55,6	81	46,3
Separado	18	17,5	3	4,2	21	12,0
Religião						
Nenhuma	17	16,5	5	6,9	22	12,6
Católico	59	57,3	42	59,7	102	58,3
Cristão não católico	11	10,7	3	4,2	14	8,0
Outros	12	11,7	14	19,4	26	14,9
Não relatado	4	3,9	7	9,7	11	6,3
Religião Prática						
Sim	24	23,3	24	33,3	48	27,4
Não	74	71,8	36	50,0	110	62,9
Não Relatado	5	4,9	12	16,7	17	9,7

Além da queixa principal, queixas secundárias também foram mencionadas em 41,1% da amostra geral. Desse percentual, homens cuja queixa principal era DE tinham como queixa secundária, em 55,8% dos casos, ejaculação rápida e 38,5% inibição do desejo sexual. A inibição do desejo sexual também foi encontrada em sujeitos cuja queixa principal era ER, a porcentagem destes casos foi a maior delas e representou cerca de 63,2% da amostra geral. Ausência de queixas secundárias também foi verificada em pouco mais de 10% também na amostra geral. A coleta sobre informações referente à aquisição das queixas primárias e secundárias não alcançaram 50% da amostra, sendo essas informações desconsideradas para o estudo. As informações sobre as queixas podem ser vistas na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição da frequência das queixas e subcategorias na amostra.

Queixas e subcategorias	Queixa Sexual				Total (N=175)	
	DE (N=103)		ER (N=72)		N	%
	N	%	N	%		
Queixa Primária – Tipo						
Disfunção Erétil	103	58,9	-	-	103	58,9
Ejaculação Rápida	-	-	72	41,1	72	41,1
Queixa Primária – Aquisição						
Primária	8	7,8	35	48,6	43	24,6
Secundária	18	17,5	12	16,7	30	17,1
Não Relatado	77	74,8	25	34,7	102	58,3
Queixa Secundária						
Sim	52	50,5	20	27,8	72	41,1
Não	8	7,8	10	13,9	18	10,3
Não Relatado	43	41,7	42	58,3	85	48,6
Queixa Secundária – Tipo						
Disfunção Erétil	-	-	6	31,6	6	8,5
Ejaculação Rápida	29	55,8	-	-	29	40,8
Inibição de Desejo Sexual	20	38,5	12	63,2	32	45,1
Inibição Ejaculatória	3	5,8	0	0,0	3	4,2
Comportamento Sexual Compulsivo	0	0,0	1	5,3	1	1,4
Queixa Secundária – Aquisição						
Primária	14	31,8	0	0,0	14	24,1
Secundária	30	68,2	14	100,0	44	75,9

Informações sobre dificuldades eréticas e/ou ejaculatórias, masturbação e relacionamento atual/satisfação também foram coletadas do roteiro de entrevista inicial. A dificuldade ejaculatória é indicada pela amostra como a mais frequente em 86,9% dos sujeitos, independente da queixa. Com relação ao tipo da dificuldade ejaculatória, a ejaculação involuntária apresentou-se como a mais comum delas.

Dificuldade erética é pouco relatada em sujeitos com queixas de ER. Para sujeitos com queixas de DE, elas são melhores compreendidas em tipos. Cerca de 40,8% desses sujeitos afirmam dificuldades eréticas para sua obtenção e manutenção, 34,0% somente para manutenção e 25,2% somente para obtenção.

Na maioria dos casos, os sujeitos da amostra realizam práticas masturbatórias e também possuem relacionamento sexual atual. Para satisfação, a respeito desse relacionamento, 25,2% estão satisfeito e 39,2% afirmam insatisfação no relacionamento sexual atual. Estes dados, bem como os apresentados anteriormente foram descritos em porcentagens, de acordo com a queixa sexual na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição da frequência das condições sexuais por queixa sexual.

Condições Sexuais	Queixa Sexual				Total (N=175)	
	DE (N=103)		ER (N=72)		N	%
	N	%	N	%		
Dificuldade Eretiva						
Sim	103	100,0	11	15,3	114	65,1
Não	0	0,0	61	84,7	61	34,9
Tipo de Dificuldade Eretiva						
Nenhuma	0	0,0	61	84,7	61	34,9
Dificuldade para obter ereção	26	25,2	4	5,6	30	17,1
Dificuldade para manter ereção	35	34,0	4	5,6	39	22,3
Dificuldade para obter e manter ereção	42	40,8	3	4,2	45	25,7
Dificuldade Ejaculatória						
Sim	80	77,7	72	100,0	152	86,9
Não	23	22,3	0	0,0	23	13,1
Tipo de Dificuldade Ejaculatória						
Nenhuma	23	22,3	0	0,0	23	13,1
Involuntário	75	72,8	72	100,0	147	84,0
Ausência	5	4,9	0	0,0	5	2,9
Masturbação Atual						
Sim	66	64,1	66	91,7	132	75,4
Não	4	3,9	3	4,2	7	4,0
Não Relatado	33	32,0	3	4,2	36	20,6
Relacionamento Sexual Atual						
Sim	80	77,7	63	87,5	143	81,7
Não	23	22,3	9	12,5	32	18,3
Satisfação com Relacionamento Sexual Atual						
Sim	13	16,3	23	36,5	36	25,2
Não	24	30,0	32	50,8	56	39,2
Não Relatado	43	53,8	3	12,7	51	35,7

INSTRUMENTOS/MATERIAIS

Ficha de identificação do paciente

Contém informações pessoais referentes à identificação do indivíduo: nome, idade, data e local de nascimento, escolaridade, profissão, afiliação e prática religiosa, estado civil, documentação, endereço, formas de contato, idade e profissão da parceria, filhos (sexo e idade) compõem sua estrutura.

Roteiro de entrevista inicial (Rodrigues Jr., 1994)

Trata-se de uma relação dos principais tópicos que devem ser abordados na entrevista inicial com o objetivo de manter o foco nas questões sexuais e em suas causas psicológicas. Os tópicos a serem investigados são: desenvolvimento sexual, atividade masturbatória, desenvolvimento afetivosocial, iniciação sexual, casamento, fases do funcionamento sexual, atividade profissional, atividades de lazer, autopercepção emocional, psicoterapias anteriores.

Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (Libman, & cols., 1985)

É um instrumento que avalia a resposta sexual em diversas situações sexuais. Composta por 25 itens, utiliza o conceito de autoeficácia para mensurar as crenças do homem acerca de sua capacidade em realizar tal comportamento e o grau de confiança em uma escala de 10 a 100 pontos. O escore total é obtido pela média das respostas nos itens, para sua quantificação, na obtenção de comportamentos possíveis de serem realizados, utiliza-se a soma dos mesmos. Sua aplicação é feita de maneira individual ou coletiva, sendo indicada para uso clínico em homens entre 18 a 70 anos. Estudos com escala apresentam evidências de validade baseadas no conteúdo e nas relações com outras variáveis (Fichten, & cols., 1998; Rodrigues Jr., & cols., 2008).

Inventário de Depressão de Beck - BDI (Cunha, 2001)

É uma escala de autorrelato que descreve a intensidade dos sinais e sintomas da depressão, distribuídos em 21 grupos de afirmativas que variam de zero a três pontos (0=mínimo de depressão; 3=máximo de depressão). O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens e pode variar de 0 a 63 pontos, sendo descrito por pontos de corte que caracterizam os graus de depressão: mínimo 0–11; leve 12–19; moderado 20–35 e grave 36–63. Sua aplicação é feita de maneira individual ou coletiva, sendo indicado para uso clínico em homens e mulheres com idade entre 17 a 80 anos. Os estudos com o inventário apresentam evidências de validade baseadas no conteúdo, nas relações com outras variáveis e na estrutura interna (Alchieri, Noronha, & Primi, 2003; Cunha, 2001).

Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001)

É uma escala de autorrelato que descreve a intensidade dos sinais e sintomas de ansiedade, distribuídos em 21 afirmativas avaliadas por uma série escalar individual de zero a três pontos (0=mínimo de ansiedade; 3=máximo de ansiedade). O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens e varia entre 0 e 63. O escore total permite determinar os graus de ansiedade por pontos de corte: mínimo 0–10; leve 11–19; moderado 20–30 e grave 31–63. Sua aplicação é feita de maneira individual ou coletiva, sendo indicado para uso clínico em homens e mulheres com idade entre 17 a 80 anos. Os estudos com inventário apresentam evidências de validade baseadas no conteúdo, nas relações com outras variáveis e na estrutura interna (Alchieri, & cols., 2003; Cunha, 2001).

PROCEDIMENTO

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco, o pesquisador entrou em contato com os responsáveis por duas ou mais clínicas de psicologia, especialistas no atendimento de queixas sexuais, localizadas nos municípios de São Paulo e Campinas, para uma reunião. Na ocasião, a pesquisa foi esclarecida, assim como, seus objetivos e metodologia. Após explicação, coube aos responsáveis consentir pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo A e B) o acesso aos prontuários do arquivo morto das respectivas clínicas.

Ao prosseguir, com a devida autorização, foram agendados horários e visitas sistemáticas para o acesso ao arquivo morto e coleta dos dados por meio dos prontuários. Foram considerados somente os prontuários de pacientes com queixas sexuais de DE e ER atendidos entre os anos de 2000 a 2008 que cumpriram os seguintes critérios:

- Possuir instrumentos respondidos na consulta inicial;
- Um desses instrumentos, obrigatoriamente, deveria ser a SSES-S;
- Além da SSES-E, os prontuários deveriam conter mais de um instrumento respondido na mesma data, sendo ele o BDI e/ou o BAI.

Dada à seleção e identificação dos prontuários que atenderam aos critérios supramencionados, os mesmos foram avaliados individualmente, sendo suas informações tabuladas por meio da ficha de identificação do paciente, roteiro de entrevista inicial e instrumentos utilizados. Por fim, os dados coletados foram importados e analisados com o auxílio de programas estatísticos.

ANÁLISE DOS DADOS

As evidências de validade baseadas na estrutura interna foram obtidas por meio da análise da dimensionalidade da SSES-E por dois tipos de análise fatorial: (1) exploratória na escala de confiança (nível de medida escalar) e (2) com informação completa, método que trabalha com vetores de resposta ao item, na escala de comportamentos “*posso ou não posso*” (nível de medida dicotômico). Verificou-se a precisão do instrumento, assim como as dimensões encontradas por meio do coeficiente alfa de Cronbach e Kuder-Richardson. Também foram verificadas evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis por meio de correlações entre os escores obtidos nos instrumentos. Por fim, as características da amostra foram verificadas a partir do uso da estatística descritiva, coletadas pela ficha de identificação do paciente e roteiro de entrevista inicial.

RESULTADOS

Para a apresentação dos resultados, a seguinte sequência foi proposta: (1) análises de evidências de validade baseadas na estrutura interna, para extração da dimensionalidade da SSES-E e verificação da consistência interna, (2) a influência das características da amostra na relação com a SSES-E, (3) a associação da SSES-E nas relações com variáveis externas.

EVIDÊNCIAS DE VALIDADE BASEADAS NA ESTRUTURA INTERNA

A inspeção visual da matriz de correlação (tabela 8) na escala de confiança foi a primeira providência para a avaliação da estrutura. Ao todo, foram encontradas 256 de 300 correlações possíveis, 71,3% foram significantes a 0,01 e 14% a 0,05. Os itens que obtiveram baixas associações foram q11 com 13 não associações, q10 com 12 e q18 com 9. A matriz da correlação reproduzida apresentou 148 pares (49%) de correlações residuais superiores a 0,05. A prova estatística KMO (Índice de Kaiser, Meyer, Olkin) revelou boa fatorabilidade (0,89) dos dados, segundo os critérios de Pestana e Gageiro (2003), o teste de esfericidade de Bartlett, revelou significância $p < 0,001$ (Bartlett = 2005,70).

Dadas as condições favoráveis das provas estatísticas anteriores, realizou-se a análise fatorial exploratória na escala de confiança, com extração dos fatores por análise de componentes principais e rotação varimax, utilizando os critérios para a retenção de fatores: a) teste visual; b) autovalor $> 1,5$; c) retenção de fatores com três itens ao menos, com cargas iguais ou superiores a 0,3 (Thompson & Daniel, 1996). A análise reteve, inicialmente, seis fatores que explicaram aproximadamente 64% da variância total, entretanto essa estrutura não cumpriu os critérios estabelecidos, conforme resultados apresentados na figura 1 e tabelas 9 e 10. Configurada essa condição, os itens foram submetidos a uma nova análise, porém, desta vez, por extração de dois fatores, ao invés de componentes principais.

Tabela 8. Matriz de correlações entre os itens na escala de confiança da SSES-E para amostra.

	q01	q02	q03	q04	q05	q06	q07	q08	q09	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	q24	q25
q01	1																								
q02	0,20**	1																							
q03	0,27**	0,42**	1																						
q04	0,34**	0,40**	0,79**	1																					
q05	0,25**	0,38**	0,60**	0,68**	1																				
q06	0,27**	0,44**	0,55**	0,66**	0,63**	1																			
q07	0,27**	0,11	0,16*	0,18*	0,18*	0,33**	1																		
q08	0,22**	0,32**	0,35**	0,45**	0,63**	0,58**	0,32**	1																	
q09	0,36**	0,25**	0,41**	0,50**	0,53**	0,63**	0,49**	0,61**	1																
q10	0,15*	0,17*	0,02	0,03	0,05	0,08	0,53**	0,17*	0,22**	1															
q11	0,04	0,02	0,04	0,05	0,07	-0,01	0,16*	0,00	0,07	0,25**	1														
q12	0,33**	0,25**	0,26**	0,21**	0,20**	0,17*	0,25**	0,27**	0,31**	0,21**	0,26**	1													
q13	0,33**	0,16*	0,23**	0,23**	0,22**	0,21**	0,36**	0,29**	0,40**	0,25**	0,24**	0,46**	1												
q14	0,23**	0,22**	0,50**	0,54**	0,45**	0,33**	0,25**	0,33**	0,36**	0,17*	0,28**	0,41**	0,40**	1											
q15	0,44**	0,06	0,32**	0,41**	0,33**	0,25**	0,25**	0,28**	0,33**	0,06	0,10	0,24**	0,41**	0,44**	1										
q16	0,25**	0,33**	0,40**	0,43**	0,43**	0,37**	0,16*	0,30**	0,34**	0,05	0,12	0,26**	0,30**	0,44**	0,33**	1									
q17	0,26**	0,29**	0,37**	0,45**	0,47**	0,41**	0,28**	0,40**	0,42**	0,20**	0,13	0,30**	0,36**	0,42**	0,37**	0,58**	1								
q18	0,19*	0,11	0,12	0,12	0,16*	0,06	0,16*	0,12	0,13	0,19*	0,09	0,30**	0,27**	0,19*	0,29**	0,16*	0,16*	1							
q19	0,21**	0,18*	0,26**	0,36**	0,27**	0,30**	0,21**	0,28**	0,32**	0,14	0,37**	0,44**	0,50**	0,40**	0,31**	0,39**	0,47**	0,27**	1						
q20	0,18*	0,24**	0,48**	0,48**	0,38**	0,43**	0,24**	0,33**	0,36**	0,11	0,15*	0,31**	0,31**	0,41**	0,29**	0,38**	0,37**	0,18*	0,44**	1					
q21	0,32**	0,40**	0,48**	0,63**	0,64**	0,71**	0,22**	0,55**	0,56**	0,07	0,05	0,17*	0,19*	0,36**	0,29**	0,44**	0,46**	0,13	0,27**	0,46**	1				
q22	0,28**	0,37**	0,49**	0,62**	0,49**	0,40**	0,16*	0,31**	0,36**	0,10	0,17*	0,26**	0,27**	0,55**	0,31**	0,47**	0,36**	0,16*	0,39**	0,50**	0,48**	1			
q23	0,13	0,15	0,25**	0,36**	0,33**	0,36**	0,24**	0,29**	0,41**	0,04	0,18*	0,17*	0,18*	0,34**	0,34**	0,42**	0,31**	0,12	0,29**	0,48**	0,44**	0,44**	1		
q24	-0,01	0,32**	0,15	0,18*	0,21**	0,20**	0,12	0,18*	0,19*	0,16*	0,19*	0,13	0,16*	0,18*	0,08	0,24**	0,25**	0,17*	0,30**	0,40**	0,29**	0,32**	0,37**	1	
q25	0,03	0,29**	0,31**	0,22**	0,21**	0,19*	0,06	0,20**	0,17*	0,13	0,20**	0,21**	0,23**	0,16*	0,16*	0,36**	0,32**	0,25**	0,35**	0,30**	0,28**	0,26**	0,24**	0,24**	1

* Correlações estatisticamente significativas ao nível de 0,05 (bicaudal).

** Correlações estatisticamente significativas ao nível de 0,01 (bicaudal).

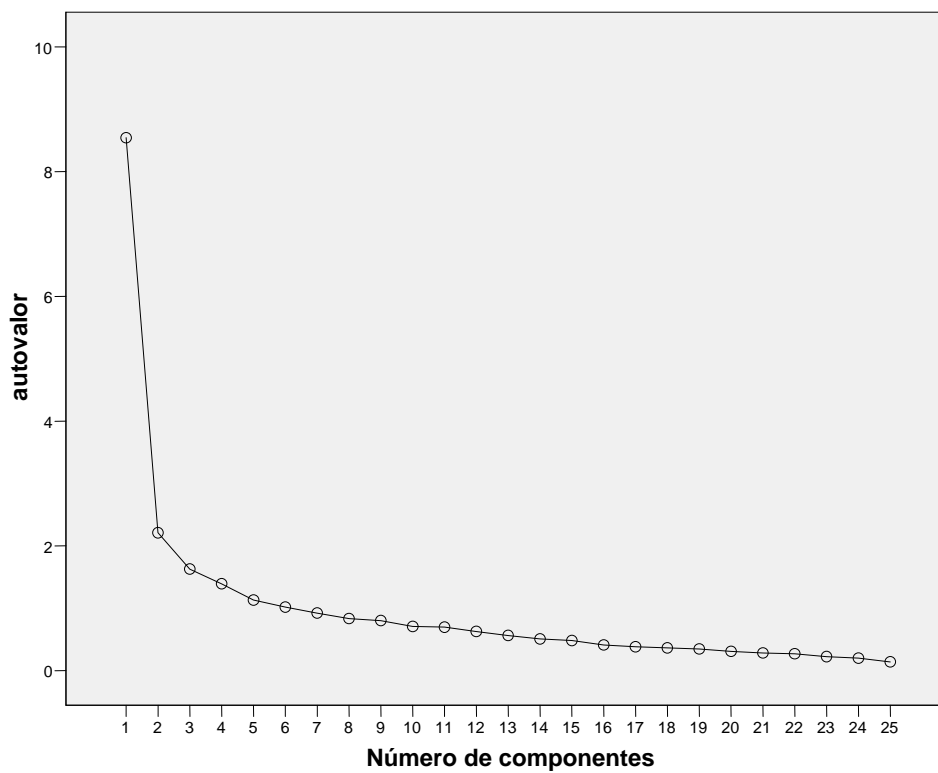


Figura 1. Gráfico de sedimentação da SSES-E amostra geral.

Tabela 9. Autovalores da matriz de correlação e porcentagem da variância total para amostra geral.

Componentes Principais	Autovalor	Explicação (%)	Explicação Acumulada (%)
1	8,54	34,17	34,17
2	2,21	8,84	43,01
3	1,63	6,51	49,52
4	1,39	5,57	55,09
5	1,13	4,53	59,62
6	1,02	4,07	63,69

Tabela 10. Extração de fatores por componentes principais não rotacionados na escala de confiança da SSES-E.

Itens da SSES-E	Fatores Extraídos					
	1	2	3	4	5	6
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	0,78	-0,37				
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	0,74	-0,35				
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	0,73	-0,36				
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	0,73	-0,38				
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	0,71		-0,39			
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	0,69					
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	0,69	-0,32				
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	0,67					
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	0,67					-0,35
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	0,66					
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	0,65		-0,31			
q16 Estar interessado em sexo	0,64					
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	0,59	0,39				
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	0,56					-0,54
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	0,54			-0,46		
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	0,53	0,50				
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	0,48	0,45				
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	0,46		-0,40	-0,37		
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	0,42		0,42		0,30	
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração		0,51				-0,43
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular		0,51		0,47		
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	0,43	0,36	-0,50	0,36		
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	0,39		0,45	0,45		
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	0,52				0,57	
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	0,30	0,37			0,31	0,45

Os resultados da extração por extração de dois fatores cumpriram os três critérios estabelecidos. O autovalor correspondeu para primeira dimensão 8,54 e, para a segunda, 2,21. As duas dimensões explicaram 43,01% da variância total, atribuída para primeira 34,17% e segunda 8,84%. Para os fatores extraídos não rotacionados, observou-se que, com exceção dos itens q10 e q11, quase todos os itens mantêm associação com o primeiro fator. O segundo fator reuniu 12 itens, sendo 5 deles com associações negativas ao primeiro fator. A extração e suas associações são apresentadas na tabela 11.

Tabela 11. Extração por dois fatores não rotacionados na escala de confiança da SSES-E.

Itens da SSES-E	Fatores Extraídos	
	1	2
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	0,78	-0,37
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	0,74	-0,35
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	0,73	-0,36
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	0,73	-0,38
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	0,71	
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	0,69	
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	0,69	-0,32
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	0,67	
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	0,67	
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	0,66	
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	0,65	
q16 Estar interessado em sexo	0,64	
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	0,59	0,39
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	0,56	
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	0,54	
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	0,53	0,50
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	0,52	
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	0,48	0,45
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	0,46	
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	0,43	0,36
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	0,42	
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	0,39	
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração		0,51
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular		0,51
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	0,30	0,37

Os resultados apresentados na tabela 12 mostrou que uma melhor distribuição das associações dos itens com fatores ocorreu após o rotacionamento por *varimax*. A rotação reuniu para o primeiro fator os itens q02, q03, q04, q05, q06, q08, q21, q22, q23, e para segundo: q07, q10, q11, q12, q13, q18, q25. Aproximadamente um terço dos itens associaram-se com carga fatorial nos dois fatores: q01, q09, q14, q15, q16, q17, q19, q20, q24. Os dois fatores apresentam boa associação entre si ($r=0,59$). As comunalidades, que

significam o quanto cada item colaborou para explicação da estrutura, demonstram coeficientes abaixo 0,30 para os itens q01, q02, q18, q24, q25.

Hair Jr., Anderson, Tatham e Black (2005) orientam para os índices de comunalidades, apontando que itens com valores inferiores a 0,50 precisam ser avaliados se os mesmos atendem a níveis de explicação aceitáveis para os fatores extraídos. A respeito dos resultados demonstrados na tabela 12, essa condição se aplica a poucos itens. Neste caso, duas possibilidades são descritas: (a) interpretar a solução como ela se apresenta e (b) avaliar a possibilidade de exclusão desses itens.

Para a primeira condição (a), é possível a explicação dos fatores, pois itens referentes à obtenção da ereção e condições sexuais de pouca complexidade são agrupadas no fator 1, enquanto para o fator 2, componentes psicológicos/emocionais e manutenção da ereção são condições sexuais mais complexas. A segunda condição (b) reestruturaria a escala como um todo, o que não se aplica ao objetivo da pesquisa. Entretanto, seus resultados revelam associações interessantes, pois os itens q03, q04, q05 q06, q09 e q21, agrupados no primeiro fator, são itens exclusivamente de obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas que requerem penetração. Enquanto para os itens q13 e q19, agrupados no segundo fator, são itens referente à expressão e comunicação de assuntos sexuais, que são condições favoráveis para práticas sexuais diádicas.

Uma terceira solução seria a exclusão de índices abaixo de 0,30. Isso garantiria uma qualidade psicométrica melhor nas comunalidades. Mas a SSES-E perderia itens referentes a comportamento eretivo não sexual como no item q25 e comportamentos eretivos em práticas sexuais solitárias como nos itens q02 e q24.

Tabela 12. Distribuição dos itens por extração de dois fatores rotacionados e comunalidades na escala de confiança da SSES-E.

Itens da SSES-E	Comunalidades	Fatores Extraídos	
		1	2
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	0,740	0,86	
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	0,682	0,83	
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	0,677	0,82	
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	0,670	0,82	
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	0,579	0,76	
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	0,490	0,65	
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	0,448	0,65	
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	0,504	0,64	0,31
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	0,435	0,57	0,34
q16 Estar interessado em sexo	0,415	0,56	0,32
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	0,462	0,54	0,42
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	0,299	0,53	
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	0,461	0,51	0,44
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	0,312	0,49	
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	0,531		0,70
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	0,507	0,31	0,64
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	0,438		0,63
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	0,324		0,57
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	0,318		0,56
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	0,318		0,53
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	0,233		0,48
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	0,319	0,39	0,41
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	0,166		0,34
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	0,226	0,33	0,34
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	0,201	0,30	0,30

Para estabelecer a consistência interna da escala e dos fatores extraídos, análises para obtenção do coeficiente alfa de *Cronbach* foram empreendidas. Seus resultados indicam que todos os itens colaboram significativamente para o coeficiente geral da escala. As correlações item total mostram que itens retidos no fator 1 possuem melhores coeficientes de associação do que os itens do fator 2. Conseqüentemente, o fator 1 produziu um coeficiente maior do que fator 2. Tanto a SSES-E quanto os fatores extraídos revelaram índices satisfatórios: esses resultados são observados na tabela 13.

Tabela 13. Coeficientes consistência interna por alfa de *Cronbach* dos fatores extraídos.

SSES-E α Cronbach	Fatores Extraídos α Cronbach	Itens da SSES-E	Correlação item total corrigido	α Cronbach se item fosse deletado
SSES-E 0,914	Fator 1 0,922	q04	0,70	0,907
		q06	0,65	0,908
		q21	0,67	0,907
		q05	0,65	0,908
		q03	0,61	0,909
		q22	0,63	0,908
		q08	0,58	0,909
		q09	0,65	0,908
		q20	0,61	0,909
		q16	0,59	0,909
		q17	0,63	0,908
		q02	0,46	0,912
	q14	0,62	0,908	
	q23	0,51	0,911	
	q13	0,52	0,910	
	q19	0,57	0,909	
	q12	0,47	0,911	
	q10	0,26	0,915	
	q11	0,23	0,916	
	q07	0,42	0,912	
	q18	0,29	0,915	
	q15	0,50	0,911	
	q25	0,39	0,913	
	q01	0,42	0,912	
	q24	0,36	0,913	
	Fator 2 0,772			

Os resultados da análise fatorial e da consistência interna na escala de confiança sugerem duas dimensões latentes na SSES-E. Entretanto, também é possível afirmar uma unidimensionalidade evidenciada pela boa relação entre os itens, conforme matriz de correlação reproduzida, extração de fatores, correlação entre os fatores e coeficiente de precisão.

De acordo com essas duas possibilidades de estrutura, a análise fatorial com informação completa da escala de comportamentos, conforme cronograma de análise dos dados, tornou-se um procedimento mais do que necessário, cuja expectativa seria clarificar os resultados das possíveis dimensões da SSES-E.

A análise fatorial com informação completa (*full information factor analysis*) é uma adaptação a partir do modelo tradicional de análise fatorial. Diferencia-se do modelo tradicional por trabalhar com vetores de resposta, ao invés de médias. Desta maneira, os fatores são explicados pela dependência do item nos padrões de respostas da amostra (Bock, Gibbons, & Muraki, 1988).

A análise clássica dos itens é o primeiro passo para análise fatorial com informação completa. Esse procedimento baseia-se em parâmetros descritivos que auxiliam na interpretação da distribuição das respostas em cada alternativa. Os parâmetros revelam as propriedades psicométricas de cada item e são apresentados na tabela 14 por ordem crescente pela (a) média de acertos, seguido pelo (b) índice de facilidade, (c) índice de dificuldade e (d) correlação ponto bisserial.

Tabela 14. Parâmetros descritivos dos itens da escala de comportamento da SSES-E.

Itens da SSES-E	Média de acertos	Índice de facilidade	Índice de Dificuldade	Correlação ponto bisserial
q02	19,42	0,97	5,42	0,257
q24	19,65	0,93	7,23	0,298
q25	19,72	0,90	7,83	0,297
q11	19,96	0,86	8,73	0,360
q16	20,01	0,90	7,81	0,476
q03	20,14	0,89	8,09	0,488
q22	20,29	0,89	8,06	0,592
q20	20,45	0,86	8,63	0,588
q04	20,48	0,87	8,41	0,634
q14	20,51	0,85	8,84	0,569
q12	20,65	0,81	9,55	0,551
q23	20,72	0,79	9,83	0,532
q06	20,80	0,84	9,02	0,678
q17	20,86	0,83	9,21	0,677
q18	20,97	0,72	10,67	0,524
q19	20,98	0,83	9,22	0,707
q13	21,06	0,75	10,27	0,589
q21	21,33	0,76	10,19	0,693
q05	21,43	0,73	10,60	0,664
q15	21,88	0,60	11,95	0,596
q01	21,98	0,51	12,91	0,516
q09	22,26	0,64	11,53	0,747
q07	22,27	0,57	12,34	0,639
q08	22,37	0,59	12,13	0,680
q10	23,60	0,33	14,81	0,553

Para o entendimento dos resultados, entende-se que cada item assinalado na escala de comportamento da SSES-E representa um comportamento que o indivíduo sente capaz de executá-lo, independente dos outros itens assinalados. Logo, o nível de mensuração empregado é dicotômico, sendo que “1” significa a possibilidade da realização e “0” a não possibilidade.

A (a) média de acertos, dessa maneira, corresponde ao total dos participantes que assinalaram serem capazes de realizar o item proposto na escala. Para os resultados na tabela 14, a média total dos itens correspondeu a 20,95 (DP=1,00; Min=20,95; Max=23,60), isso significa que 56% dos comportamentos indicados pelos itens os participantes sentem-se capazes de executá-los. O item q02, por exemplo, é indicado como comportamento que a amostra mais se sente capaz de executar, enquanto para item q10 é indicado de maneira inversa.

O mesmo resultado é corroborado pelo (b) índice de facilidade, que avalia a proporção de participantes que responderam ao item corretamente. Cada item varia de 0 (nenhum participante acertou) a 1 (todos os participantes acertaram); quanto mais próximo o índice estiver de 1, maior será sua facilidade do indivíduo pontuá-lo (Cronbach, 1996). Observa-se que a maioria dos itens representa comportamentos capazes de serem executados pela amostra, ao classificar: 14 itens como muito fáceis (q02, q24, q25, q16, q03, q22, q04, q11, q20, q14, q06, q17, q19, q12), 7 itens como fáceis (q23, q21, q13, q05, q18, q09, q15), 3 itens como médios (q08, q07, q01) e somente 1 item como difícil (q10).

O (c) índice de dificuldade – corresponde ao índice de facilidade calculado em uma escala delta de média 13 e desvio padrão 4, que varia em uma escala intervalar de 1 a 25. Trata-se de uma transformação da escala dos escores z da curva normal; tal transformação facilita a compreensão, uma vez que os valores de z variam em uma escala de -3,00, item mais fácil, a +3,00, item mais difícil (Pasquali, 2003). Para os resultados na tabela 14,

ocorreu um reposicionamento na classificação e distribuiu os itens da seguinte maneira: 1 item sem dificuldade (q02); 16 itens pouco difíceis (q24, q16, q25, q03, q22, q04, q11, q20, q14, q06, q17, q19, q12, q23, q21, q13); 8 itens de média dificuldade (q05, q18, q09, q15, q08, q07, q01, q10). Não houve itens difíceis ou muito difíceis.

Tais resultados demonstram que itens como q02, q03, q04, q06, q20, q21, q24 e q25, relativos à obtenção da ereção, mesmo que sem clareza de firmeza, são considerados fáceis de serem executados pela amostra. Em contrapartida, os itens q05, q07 e q08, que avaliam manutenção da ereção ou sua reobtenção, são considerados nada fáceis. Ressalta-se, ainda, que itens como q01, q015 e q18 relativos a ansiedade/medo, obrigação e recusa, enquadraram-se em itens também nada fáceis, indicado dificuldade da amostra em gerenciamento dos mesmo na execução do comportamento eretivo.

Finalmente, (d) a correlação ponto bisserial, índice que mensura o grau que cada item consegue diferenciar participantes com melhor desempenho na escala daqueles com o pior, apresentam 9 itens com excelentes propriedades de discriminação (q04, q07, q05, q17, q06, q08, q21, q19, q09), 13 itens classificados como muito bons (q16, q03, q01, q18, q23, q12, q10, q14, q20, q13, q22, q15, q11), e 3 itens com índices médios (q02, q25, q24). A maior preocupação do índice foi revelar itens que, classificados como muito fáceis (a maioria dos participantes acertaram) ou muito difíceis (a maioria dos participantes erram), apresentariam baixo índice de discriminação (Pasquali, 2003), possibilidade não encontrada na amostra.

Conclui-se que os índices psicométricos apresentados na análise clássica dos itens indicam que a escala de comportamento atenderam a requisitos importantes para a continuidade da avaliação da estrutura SSES-E por análise fatorial com informação completa. Duas constatações principais forneceram essa credibilidade; A primeira foi a de que nenhum item apresentou coeficientes que mereciam exclusão, e a segunda, a de que,

mesmo que classificados em 68% como itens pouco difíceis, 88% apresentam pelo menos bons índices de discriminação no desempenho em relação à execução do comportamento eretivo. Para ilustrar a última afirmação, a representação gráfica da dispersão dos itens, segundo os índices de discriminação e dificuldade, foi apresentada na figura 2.

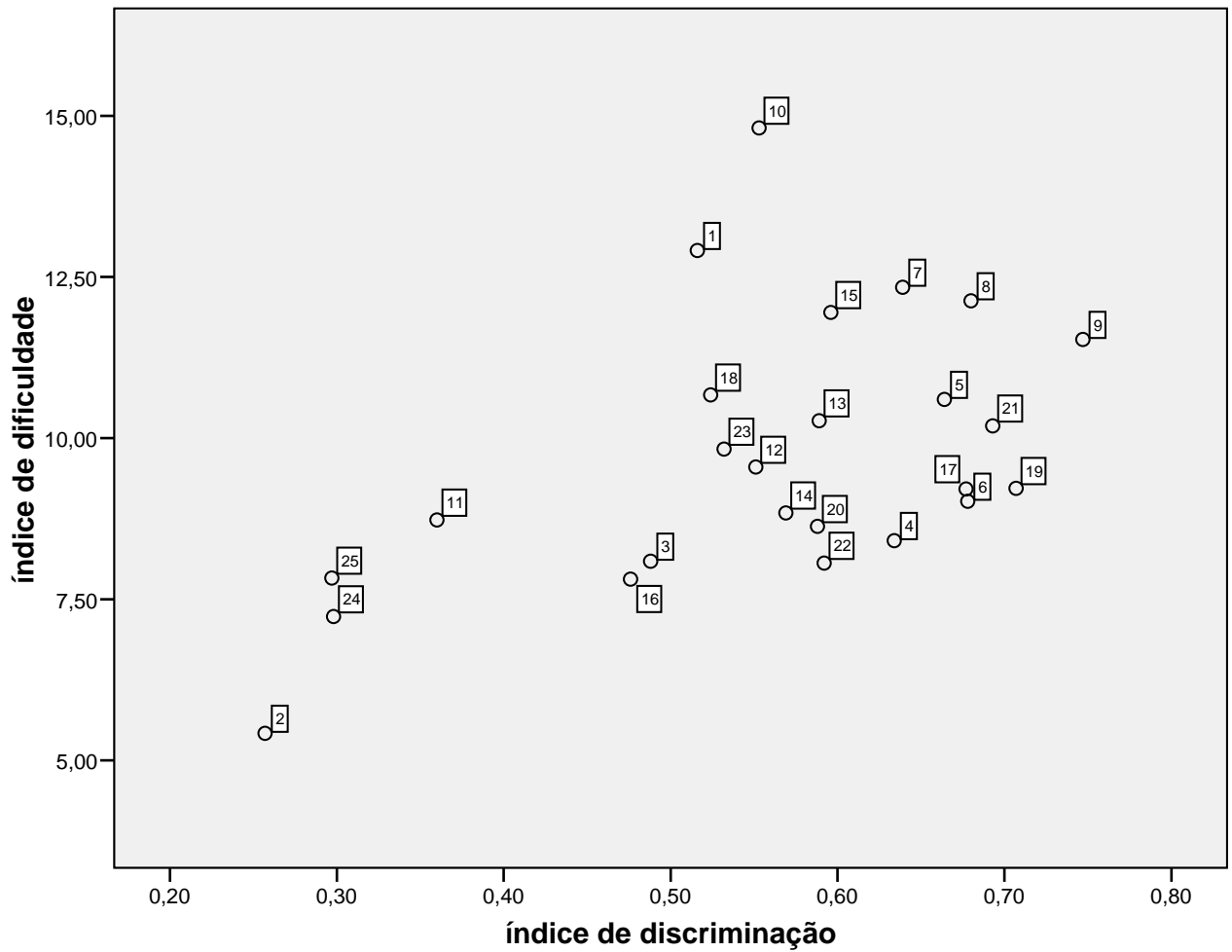


Figura 2. Gráfico de dispersão dos itens, índice de discriminação por índice de dificuldade.

A análise fatorial com informação completa, efetuada para a escala de comportamento, indicou uma média correlação tetracórica ($r_{tet}=0,51$) entre os 296 pares de combinações, dois a dois, dos itens. A matriz de correlação tetracórica é apresentada na tabela 15. Para a quantidade de fatores a serem extraídos, um único fator explicou 50,2% da variância. Ao considerar a inclusão de um segundo fator, a variância total aumenta para 56,6%. Considera-se que pouca explicação é acrescida com inclusão do segundo fator. Os valores correspondentes ao teste qui-quadrado para as estruturas favorece, pelo maior valor, a estrutura de um único fator.

Essa mesma constatação é verificada pelas cargas fatoriais dos itens agrupados nos fatores por extração não rotacionada, conforme demonstrado na tabela 16. O resultado descreve duas possibilidades de estrutura: a primeira, de único fator e a segunda, com dois fatores. Tanto para a primeira possibilidade, quanto para segunda, é visível a predominância do primeiro fator, ao agrupar todos os itens com carga fatorial acima de 0,30. Quando considerada a estrutura de dois fatores, o segundo fator reuniu os itens: q03, q02, q07, q10, q12 e q24. Percebe-se que o mesmo aconteceu na análise fatorial exploratória da escala de confiança, na qual quase todos os itens agruparam-se em um único fator e poucos itens, no segundo fator.

Dados os resultados anteriores, a dúvida sobre a existência de uma estrutura com dois fatores não foi suficientemente esclarecida. Dessa maneira, para continuidade e, finalmente, conclusão de quantos fatores explicam a estrutura da SSE-S, optou-se em esgotar quaisquer possibilidades de dúvidas e realizar o rotacionamento da estrutura de dois fatores, afim de investigar como os itens se distribuiriam e qual coeficiente de correlação entre os fatores.

Tabela 15. Matriz de correlação tetracórica na escala de comportamento da SSES-E para amostra geral.

	Q01	q02	Q03	q04	q05	q06	q07	q08	q09	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	q24	q25
1																									
q01	0,20	1																							
q02	0,41	0,68	1																						
q03	0,66	0,33	0,82	1																					
q04	0,44	0,45	0,64	0,81	1																				
q05	0,48	0,44	0,73	0,84	0,81	1																			
q06	0,63	0,07	0,41	0,64	0,54	0,84	1																		
q07	0,43	0,48	0,44	0,81	0,90	0,86	0,63	1																	
q08	0,64	0,16	0,58	0,85	0,67	0,89	0,85	0,76	1																
q09	0,57	1,00	0,34	1,00	0,54	0,54	0,87	0,74	0,76	1															
q10	0,05	0,04	0,22	0,20	0,35	0,34	0,44	0,23	0,44	0,50	1														
q11	0,53	0,38	0,34	0,52	0,56	0,62	0,65	0,54	0,63	0,61	0,39	1													
q12	0,46	0,48	0,43	0,41	0,59	0,49	0,59	0,58	0,71	0,56	0,39	0,61	1												
q13	0,34	0,45	0,58	0,68	0,58	0,57	0,54	0,51	0,59	0,53	0,56	0,64	0,52	1											
q14	0,74	0,11	0,53	0,68	0,53	0,55	0,49	0,49	0,58	0,36	0,19	0,57	0,64	0,69	1										
q15	0,39	0,15	0,26	0,45	0,53	0,52	0,38	0,57	0,48	0,52	0,30	0,44	0,49	0,67	0,59	1									
q16	0,46	0,42	0,39	0,74	0,76	0,72	0,64	0,76	0,82	1,00	0,38	0,53	0,55	0,64	0,69	0,64	1								
q17	0,37	0,44	0,17	0,35	0,36	0,33	0,52	0,44	0,44	0,66	0,27	0,59	0,46	0,46	0,47	0,45	0,54	1							
q18	0,48	0,41	0,45	0,67	0,62	0,71	0,61	0,73	0,70	1,00	0,56	0,66	0,78	0,68	0,70	0,69	0,89	0,66	1						
q19	0,27	0,30	0,69	0,67	0,60	0,73	0,55	0,63	0,64	0,39	0,48	0,54	0,59	0,45	0,47	0,50	0,59	0,54	0,68	1					
q20	0,56	0,48	0,63	0,84	0,77	0,77	0,57	0,74	0,75	0,55	0,28	0,39	0,46	0,53	0,43	0,57	0,73	0,52	0,63	0,70	1				
q21	0,53	0,55	0,58	0,76	0,65	0,67	0,51	0,61	0,67	0,55	0,35	0,46	0,49	0,74	0,70	0,66	0,58	0,58	0,57	0,67	0,85	1			
q22	0,32	0,15	0,20	0,46	0,38	0,65	0,47	0,54	0,67	0,38	0,45	0,28	0,34	0,41	0,57	0,61	0,51	0,50	0,59	0,64	0,58	0,61	1		
q23	-0,09	0,62	0,34	0,04	0,41	0,11	-0,01	0,49	0,29	0,31	0,27	0,04	0,45	0,25	0,14	0,41	0,41	0,49	0,49	0,58	0,54	0,48	0,58	1	
q24	0,05	0,70	0,58	0,20	0,07	0,31	0,06	0,38	0,25	0,30	0,35	0,03	0,28	0,23	0,19	0,41	0,36	0,38	0,50	0,45	0,50	0,36	0,17	0,48	1

Tabela 16. Extrações de um e dois fatores não rotacionados na escala de comportamentos da SSES-E.

Itens da SSES-E	1 Fator	2 Fatores	
	$\chi^2=1374,95$ $gl=124$ $p=0,00$	$\chi^2=1297,48$ $gl=100$ $p=0,00$	
	1	1	2
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	0,92	0,92	
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	0,87	0,87	
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	0,86	0,85	
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	0,85	0,85	
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	0,84	0,82	
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	0,83	0,82	
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	0,83	0,84	
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	0,81	0,81	
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	0,80	0,77	-0,62
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	0,80	0,75	-0,40
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	0,76	0,78	
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	0,73	0,73	
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	0,69	0,66	
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	0,67	0,65	
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	0,66	0,62	-0,34
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	0,65	0,63	
q16 Estar interessado em sexo	0,64	0,63	
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	0,62	0,58	
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	0,62	0,64	0,30
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	0,61	0,61	
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	0,58	0,55	
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	0,50	0,57	0,51
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	0,41	0,47	0,58
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	0,40	0,38	
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	0,37	0,39	0,37

A rotação por *varimax* reuniu para o primeiro fator 6 itens (q01, q07, q10, q11, q12, q18) e para segundo 3 itens (q02, q25, q24). O restante dos itens (q03, q04, q05, q06, q08, q09, q13, q14, q15, q16, q17, q19, q20, q21, q22, q23) associaram-se com carga fatorial nos dois fatores. Para associação entre os fatores, o coeficiente de correlação correspondeu a 0,77, o que revelou uma forte correlação positiva (Levin & Fox, 2004). Para índice de comunalidades, os itens q11 e q25 corresponderam a valores abaixo de 0,30 e os itens q13, q14, q15, q16, q18 e q23, abaixo de 0,50. A distribuição das cargas fatoriais dos itens e comunalidades são demonstradas na tabela 17.

Tabela 17. Distribuição dos itens por extração de dois fatores rotacionados e comunalidades na escala de comportamentos da SSES-E.

Itens da SSES-E	Comunalidades	Fatores	
		1	2
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	0,974	0,99	
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	0,901	0,86	0,40
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	0,719	0,83	
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	0,754	0,70	0,52
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	0,500	0,69	
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	0,671	0,66	0,49
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	0,729	0,64	0,56
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	0,670	0,62	0,53
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	0,396	0,60	
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	0,456	0,60	0,32
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	0,734	0,57	0,64
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	0,664	0,56	0,59
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	0,418	0,53	0,69
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	0,746	0,53	0,38
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	0,398	0,52	0,36
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	0,310	0,49	
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	0,660	0,47	0,67
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	0,557	0,46	0,59
q11 Levantar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	0,184	0,42	
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	0,380	0,42	0,45
q16 Estar interessado em sexo	0,412	0,40	0,50
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	0,502	0,31	0,64
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	0,581		0,75
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	0,565		0,53
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	0,284		0,75

A técnica *Kuder-Richardson* foi utilizada para a obtenção da consistência interna da escala de comportamentos e dos fatores encontrados. Seus resultados indicam para escala um coeficiente elevado ($KR-20=0,92$). Para o uso da técnica nos fatores, apesar da má distribuição de cargas fatoriais, os itens foram organizados de acordo com a maior carga, atribuída aos fatores extraídos. Deste modo, os resultados corresponderam também a coeficientes elevados, para o primeiro fator 0,88 e, para o segundo, 0,82.

A partir das análises fatoriais realizadas na escala de confiança e na escala de comportamentos da SSES-E, conclui-se que a extração de dois fatores, quando comparadas, apresentam correspondência em 9 itens extraídos do primeiro fator da análise fatorial exploratória da escala de confiança com o segundo fator análise fatorial com informação

completa na escala de comportamento e o inverso ocorreu também em 9 itens com segundo fator, conforme a tabela 18.

Tabela 18. Distribuição dos itens pelos fatores extraídos e rotacionados na escala de confiança e escala de comportamentos da SSES-E.

Fatores Extraídos	Itens da escala de confiança	Fatores Extraídos	Itens da escala de comportamentos
Fator 1	q02	Fator 2	q02
	q03		q03
	q04		q04
	q05		q05
	q06		q16
	q08		q20
	q09		q21
	q14		q22
	q16		q23
	q17		q24
	q20		q25
	q21		q01
	q22		q06
q23	q07		
Fator 2	q01	Fator 1	q08
	q07		q09
	q10		q10
	q11		q11
	q12		q12
	q13		q13
	q15		q14
	q18		q15
	q19		q17
	q24		q18
q25	q19		

A pequena discrepância encontrada nas duas extrações são atribuídas a três influências principais: (1) ao nível de medida – enquanto a escala de confiança utiliza nível de medida intervalar, a escala de comportamento utiliza nível de medida dicotômico, essa diferença reflete na maneira como o indivíduo responde à escala (Stevens, 1946). Pela mesma lógica, (2) os tipos de análises empregadas – o nível de medida determina os tipos de análises estatísticas a serem empregadas, conseqüentemente, os modelos matemáticos apresentaram fórmulas que explicarão o fenômeno de maneira diferente. A influência da (3)

amostra – mesmo que as disfunções sexuais mantenham características em comum, ainda assim, sujeitos que apresentam uma disfunção erétil terão características diferenciadas de sujeitos com queixas de ejaculação rápida, essas características influenciam na resposta e, por consequência, na associação entre os itens.

E finalmente, sobre a possível explicação da SSES-E em estruturas unidimensional e bidimensional, considera-se que o modelo unidimensional é o que melhor apresenta índices de adequação psicométrica. Isso não elimina o modelo bidimensional, sua condição fornece outra possibilidade de avaliação, que é o principal objetivo da análise fatorial (Urbina, 2004). Enquanto o modelo unidimensional abrange o comportamento eretivo em diversas situações sexuais, o modelo bidimensional avalia o comportamento eretivo em duas condições:

- Obtenção da ereção (fator 1 na escala de confiança e fator 2 na escala de comportamento) – ao menos parcial, principalmente em práticas sexuais diádicas, além de condições favoráveis para sua obtenção como: estar interessado em sexo, obter prazer sem que haja penetração, ter iniciativas para atividades sexuais e disposição a outras práticas sexuais como manipulação genital e oral.
- Manutenção da ereção (fator 2 na escala de confiança e fator 1 na escala de comportamento) – mais complexa, pois refere-se à continuidade da ereção até o final da atividade sexual, inclui: a comunicação da maneira da estimulação e sua segurança; a recusa e não obrigação da atividade sexual caso não haja interesse; a capacidade de atração sexual; a diversidade de estímulos de prazer, além da penetração; e não ansiedade ou medo durante a atividade sexual.

AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA NA RELAÇÃO COM A SSES-E

Após as análises da estrutura fatorial da SSES-E, a amostra foi descrita, inicialmente, pelas respostas em cada item das escalas: confiança e comportamento. Testes estatísticos de diferenças das respostas da amostra foram utilizados. Depois, os escores totais e os fatores extraídos foram apresentados e comparados, para finalmente, serem relacionados com as características da amostra.

A análise descritiva das respostas da amostra nos itens da escala de comportamento indicou para o item q10 a menor média em comparação aos demais. O item q24 correspondeu à maior média, com 84,54 (DP=28,88). Observa-se que 52% dos itens permaneceram com pontuações acima de 60 pontos. As pontuações mínimas para todos os itens foram 0 e a máxima de 100 pontos. Os dados foram apresentados na Tabela 19. Na amostra, a confiança de ereções para masturbação é alta (q02 e q24), assim como para ereções matinais (q25). O interesse em sexo (q16) e a disposição eretiva para outras práticas sexuais como manipulação genital e oral (q22), também estão entre os itens de maior confiança. Os itens de menor confiança são referentes à manutenção da ereção (q07 e q09) e ao controle ejaculatório (q10) até o final da atividade sexual.

A presença de medo ou ansiedade (q01) também é descrita como item de baixa confiança, condição descrita por Leiblum (2007) como desfavorável para envolvimento sexual. Outro importante item que apresentou baixa confiança foi a reobtenção da ereção, caso tenha sido perdida durante a penetração (q08), situação destacada por Nobre (2001) como catastrófica em sujeitos com queixas de disfunção erétil, podendo ocasionar retrocesso no processo psicoterapêutico. Para os itens de média confiança, a maioria dos sujeitos referem-se à obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas.

Tabela 19. Análise descritiva da amostra geral, segundo respostas nos itens da escala de confiança da SSES-E.

	Itens da SSES-E	N	Min	Max	M	DP
q01	Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	175	0	100	27,26	32,24
q02	Conseguir ereção masturbando-se sozinho	174	0	100	81,84	26,80
q03	Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	173	0	100	62,66	35,24
q04	Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	175	0	100	63,20	35,15
q05	Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	175	0	100	41,14	34,94
q06	Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	175	0	100	57,49	36,51
q07	Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	175	0	100	29,66	34,19
q08	Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	174	0	100	28,16	31,75
q09	Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	174	0	100	40,00	37,37
q10	Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	175	0	100	15,31	28,68
q11	Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	175	0	100	67,49	35,27
q12	Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	175	0	100	58,74	35,08
q13	Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	174	0	100	51,15	37,15
q14	Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	174	0	100	64,60	35,90
q15	Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	174	0	100	40,46	39,43
q16	Estar interessado em sexo	175	0	100	75,60	32,46
q17	Ter iniciativa para manter atividades sexuais	175	0	100	61,77	36,04
q18	Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	175	0	100	41,14	35,07
q19	Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	174	0	100	60,80	36,15
q20	Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	175	0	100	70,86	34,36
q21	Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	174	0	100	51,44	38,01
q22	Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	175	0	100	73,71	34,21
q23	Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	173	0	100	65,49	39,77
q24	Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	174	0	100	84,54	28,88
q25	Obter ereções matinais (ao acordar)	173	0	100	68,15	32,94

As suspeitas de diferenças das respostas entre as disfunções sexuais foram observadas por variações dos escores nos itens da escala de confiança, ao dividir a amostra por queixas sexuais. Para tanto, a análise por teste t de Student foram utilizadas para calcular as diferenças entre as médias e sua significância. Os resultados produziram 14 itens que apresentam diferença estatística, ao nível de significância 0,001, entre as disfunções da amostra. A tabela 20 organizou os resultados pelas médias e desvio padrão de cada disfunção, juntamente com o grau de liberdade (gl), índice de teste t e significância (p).

Tabela 20. Distribuição das médias e desvio padrão da amostra DE e ER, segundo respostas nos itens da escala de confiança da SSES-E e comparação por teste *t* entre as disfunções sexuais.

Itens da SSES-E	DE (N=103)		ER (N=72)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	21,36	28,60	35,69	35,36	2,957	175	0,004
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	75,00	29,10	91,53	19,55	4,197	174	0,000
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	48,22	33,15	82,92	27,34	7,289	173	0,000
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	45,05	32,29	89,17	19,19	10,381	175	0,000
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	25,73	26,96	63,19	33,31	8,203	175	0,000
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	40,00	31,93	82,50	26,89	9,234	175	0,000
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	31,84	32,86	26,53	36,00	1,012	175	0,313
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	18,92	25,36	41,25	35,28	4,856	174	0,000
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	28,82	29,26	55,83	41,85	5,010	174	0,000
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	22,62	34,18	4,86	12,22	4,224	175	0,000
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	71,55	31,27	61,67	39,82	1,837	175	0,068
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	58,06	35,81	59,72	34,23	0,308	175	0,758
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	51,08	37,25	51,25	37,26	0,030	174	0,976
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	56,67	37,48	75,83	30,38	3,586	174	0,000
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	31,96	36,51	52,50	40,52	3,492	174	0,001
q16 Estar interessado em sexo	68,45	35,22	85,83	24,88	3,606	175	0,000
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	53,01	37,98	74,31	28,96	4,011	175	0,000
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	41,36	35,48	40,83	34,71	0,097	175	0,923
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	58,73	37,51	63,75	34,17	0,903	174	0,368
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	64,17	34,23	80,42	32,43	3,156	175	0,002
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	31,76	31,42	79,31	27,80	10,305	174	0,000
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	64,17	36,98	87,36	24,15	4,669	175	0,000
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	58,43	40,07	75,63	37,33	2,856	173	0,005
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	81,08	30,96	89,44	25,06	1,896	174	0,060
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	66,83	32,56	70,00	33,61	0,623	173	0,534

Os itens q02, q03, q04, q05, q06, q08, q09 e q21 relativos à obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas mostram que sujeitos da amostra que apresentaram queixas de ejaculação rápida pontuam mais nesses itens do que sujeitos com queixas de disfunção erétil. O mesmo ocorreu com os itens q14, q15, q16, q17 e q22, que tratam da recusa e não obrigação da atividade sexual, caso não haja interesse, iniciativas para atividades sexuais, manutenção do interesse por sexo e disposição a outras práticas sexuais como manipulação genital e oral. Somente o item q10, sujeitos com queixa de disfunção erétil pontuaram mais do que sujeitos com queixas de ejaculação rápida, resultado esperado, uma vez que o item avalia controle ejaculatório até o final da atividade sexual.

Com o mesmo propósito, os itens na escala de comportamentos também foram avaliados. Por se tratar de um nível de mensuração diferente da escala de confiança, no caso dicotômico, as estatísticas utilizadas foram não paramétricas ao nível de significância 0,05, segundo as orientações de Vendramini (2007) e calcularam: (a) por teste qui-quadrado (χ^2) – as tendências nas respostas dos itens da amostra DE e ER em conseguir ou não executar determinado comportamento; (b) por teste *U* de *Mann-Whitney* – as comparação nas respostas entre as amostras para determinar as diferenças.

A tabela 21 organizou essas análises pela distribuição da porcentagem da amostra DE e ER, segundo as respostas aos itens. A cada distribuição, a coluna qui-quadrado mostrou o coeficiente do teste e sua significância. A última coluna refere-se à prova estatística *Mann-Whitney (U)* e sua significância, o que indicou o quanto uma amostra diferiu em suas respostas da outra.

Tabela 21. Distribuição da porcentagem da amostra DE e ER segundo respostas aos itens da escala de comportamento, tendência de resposta e comparação por teste *Mann-Whitney* entre as disfunções sexuais.

Itens da SSES-E	DE=103 (%)		<i>Qui-quadrado</i>		ER=72 (%)		<i>Qui-quadrado</i>		<i>Mann-Whitney</i>	
	posso	não posso	$\chi^2(1)$	<i>p</i>	posso	não posso	$\chi^2(1)$	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
q01 Pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo	45,6	54,4	0,79	0,375	58,3	41,7	2,00	0,157	3237,0	0,099
q02 Conseguir ereção masturbando-se sozinho	96,1	3,9	86,63	0,000	98,6	1,4	68,06	0,000	3579,0	0,326
q03 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão vestidos	83,2	16,8	44,45	0,000	97,2	2,8	64,22	0,000	3125,0	0,004
q04 Obter ereção durante as preliminares quando ambos estão nus	78,6	21,4	33,80	0,000	100,0	0,0	-	-	2916,0	0,000
q05 Obter nova ereção se a tiver perdido durante as preliminares	60,2	39,8	4,28	0,039	90,3	9,7	46,72	0,000	2592,5	0,000
q06 Conseguir uma ereção suficiente para a penetração	75,7	24,3	27,27	0,000	95,8	4,2	60,50	0,000	2962,5	0,000
q07 Manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo	62,1	37,9	6,07	0,014	48,6	51,4	0,06	0,814	3206,5	0,077
q08 Conseguir nova ereção se a tiver perdido durante a penetração	48,0	52,0	0,16	0,692	73,6	26,4	16,06	0,000	2733,0	0,001
q09 Obter uma ereção suficiente para penetração em tempo razoável	59,8	40,2	3,92	0,048	70,8	29,2	12,50	0,000	3267,0	0,136
q10 Manter-se numa relação pelo tempo que quiser sem ejacular	39,8	60,2	4,28	0,039	22,2	77,8	22,22	0,000	3056,0	0,015
q11 Levar a parceira ao orgasmo através de outras formas que não penetração	91,3	8,7	70,15	0,000	77,8	22,2	22,22	0,000	3208,0	0,012
q12 Sentir-se sexualmente atraente para a parceira	79,6	20,4	36,13	0,000	81,9	18,1	29,39	0,000	3621,5	0,702
q13 Sentir-se confortável quando se conversa de sexo na presença dos outros	74,5	25,5	24,51	0,000	76,4	23,6	20,06	0,000	3603,0	0,778
q14 Obter prazer no contato sexual com a parceira sem que haja penetração	80,4	19,4	37,69	0,000	91,7	8,3	50,00	0,000	3258,0	0,040
q15 Pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual	52,9	47,1	0,35	0,552	70,8	29,2	12,50	0,000	3015,0	0,018
q16 Estar interessado em sexo	86,4	13,6	54,61	0,000	95,8	4,2	60,50	0,000	3358,5	0,039
q17 Ter iniciativa para manter atividades sexuais	74,8	25,2	25,25	0,000	94,4	5,6	56,89	0,000	2978,0	0,001
q18 Recusar ou evitar uma iniciativa sexual da parceira se não quiser sexo	70,9	29,1	17,95	0,000	73,6	24,6	16,06	0,000	3606,5	0,692
q19 Pedir à parceira de que maneira deseja ser estimulado sexualmente	79,4	20,6	35,29	0,000	87,5	12,5	40,50	0,000	3375,0	0,165
q20 Obter ao menos ereção parcial com parceira durante um contato sexual	83,5	16,5	46,22	0,000	90,3	9,7	46,72	0,000	3456,5	0,201
q21 Obter uma ereção firme quando tiver um contato sexual com a parceira	62,7	37,3	6,63	0,010	94,4	5,6	56,89	0,000	2508,0	0,000
q22 Gozar sob estimulação oral ou manual pela parceira	83,5	16,5	46,22	0,000	97,2	2,8	64,22	0,000	3199,0	0,004
q23 Ter orgasmo durante a penetração (com ou sem ereções firmes)	73,8	25,5	24,51	0,000	83,3	15,3	33,82	0,000	3259,0	0,116
q24 Gozar através da masturbação, a sós, com ou sem ereções firmes	90,2	9,8	65,92	0,000	95,8	4,2	60,50	0,000	3465,0	0,165
q25 Obter ereções matinais (ao acordar)	90,1	9,9	64,96	0,000	90,3	9,7	46,72	0,000	3629,5	0,969

Os resultados demonstram que há uma tendência da amostra DE em conseguir executar determinado comportamento em 17 itens, entretanto, em 8 itens essa tendência não foi observada. Para itens cuja tendência não foi observada, eles fazem referência à obtenção da ereção firme em contato com parceira (q21) e, para penetração em tempo razoável (q09), a reobtenção, se tiver sido perdida durante as preliminares (q05) ou na penetração (q08), além da manutenção da ereção (q07) e controle ejaculatório (q10) até o final da atividade sexual. A impossibilidade de pensar no encontro sexual sem se sentir obrigado a ter uma relação sexual (q15) e de pensar nessa relação sem ficar ansioso ou com medo também não apresentaram tendência.

Para a amostra EP, com exceção dos itens manter ereção durante o ato sexual até que ela tenha atingido o orgasmo (q07) e pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo (q01), todos os outros apresentaram tendências. Os dois itens também não obtiveram tendência na amostra DE. É importante destacar que somente o item q10, referente à manutenção do controle ejaculatório até o final da atividade sexual, apresentou tendência da amostra em não conseguir executar determinado comportamento, enquanto todo o restante indicou tendência à execução.

As diferenças das respostas entre as amostras indicam que sujeitos com queixas de ER garantem a execução mais frequentemente do que sujeitos com queixas de DE, para os itens: q04 e q05, relativos à obtenção de ereção durante as preliminares e sua reobtenção, caso tenha sido perdida; obtenção da ereção suficiente para penetração e sua reobtenção caso tenha perdido para os itens q06 e q08; além de condições favoráveis para sua obtenção como ter iniciativas para atividades sexuais (q17) e a obtenção de ereção firme quando tiver contato sexual com parceria (q21). Tais diferenças também foram encontradas nos resultados apresentados anteriormente na escala de confiança.

Após as análises das respostas dos sujeitos nos itens, as descrições seguintes apresentaram os resultados dos escores da escala de confiança, escala de comportamento e fatores extraídos, a partir da tabela 22.

Tabela 22. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão da amostra, segundo respostas nas escalas da SSES-E e comparação por teste *t* entre as disfunções sexuais.

Escores	Queixa	N	Min	Max	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Escala de confiança	DE	103	8,00	82,00	48,63	19,41	5,864	173	0,000
	ER	72	3,60	88,00	64,84	15,77			
	Total	175	3,60	88,00	55,30	19,66			
Escala de comportamento	DE	103	3	25	18,14	6,40	2,888	173	0,004
	ER	72	7	25	20,57	3,80			
	Total	175	3	25	19,14	5,60			
Obtenção da ereção (fator 1)	DE	103	4,29	90,71	48,59	21,35	8,905	173	0,000
	ER	72	3,57	100,00	76,06	18,12			
	Total	175	3,57	100,00	59,89	24,19			
Manutenção da ereção (fator 2)	DE	103	7,27	85,45	48,70	19,99	0,643	173	0,521
	ER	72	3,64	79,09	50,57	17,17			
	Total	175	3,64	85,45	49,47	18,85			

As médias das respostas da amostra total na SSES-E corresponderam à escala de confiança 55,30 (DP=19,66) e escala de comportamento 19,14 (DP=5,60). Já os fatores extraídos na análise fatorial designados como obtenção da ereção e manutenção da ereção obtiveram a média de 59,89 (DP=24,19) e 49,47 (DP=18,85), respectivamente. Observaram-se diferenças nas pontuações entre as queixas apresentadas. Essas diferenças foram comprovadas por teste *t* de Student, ao nível de significância 0,001, e indicaram que sujeitos com queixas de ER pontuam mais na escala de confiança e no fator obtenção da ereção do que sujeitos com queixa de DE. Essa constatação corrobora as análises feitas das respostas dos sujeitos nos itens e identifica pelo fator obtenção da ereção qual possível componente eretivo não está relacionado com a queixa de ER.

Por meio das análises das respostas nos itens da escala de confiança e escala de comportamento da SSES-E, além das análises das médias produzidas por seus escores e fatores extraídos, observou-se que ambas as escalas avaliaram e indicaram tendências e diferenças nas respostas dos sujeitos com queixas de DE e ER. Entretanto, considera-se que a escala de confiança e a obtenção de escores pelos fatores apresentaram melhores resultados a respeito das diferenças entre os sujeitos. Essa constatação não impede que a escala de comportamento também seja utilizada para as avaliações das influências das características da amostra.

Afirma-se que nenhuma variável sociodemográfica produziu diferenças na média dos escores da amostra total para a escala de confiança e seus fatores. Os testes estatísticos empregados e seus coeficientes são apresentados na tabela 23.

Tabela 23. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	Escores	Teste Estatístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Escolaridade	Escala de confiança	$F=2,683$	172	0,071
	Escala de comportamento	$F=1,404$	172	0,248
	Obtenção da ereção	$F=1,610$	172	0,203
	Manutenção da ereção	$F=3,655$	172	0,028
Estado Civil	Escala de confiança	$F=1,221$	174	0,297
	Escala de comportamento	$F=0,586$	174	0,557
	Obtenção da ereção	$F=2,792$	174	0,064
	Manutenção da ereção	$F=0,284$	174	0,753
Religião	Escala de confiança	$F=1,415$	163	0,240
	Escala de comportamento	$F=1,408$	163	0,242
	Obtenção da ereção	$F=1,452$	163	0,230
	Manutenção da ereção	$F=1,497$	163	0,217
Religião Prática	Escala de confiança	$t=1,000$	156	0,319
	Escala de comportamento	$t=0,478$	156	0,633
	Obtenção da ereção	$t=1,075$	156	0,284
	Manutenção da ereção	$t=0,478$	156	0,633

Para as subcategorias referentes às queixas que caracterizaram a amostra, os sujeitos que não apresentaram queixa secundária obtiveram uma média maior nos escores daqueles que apresentaram, com exceção do fator 2 que se refere à manutenção da ereção. Já, a mesma comparação, entre os tipos de queixas secundárias, diferenças das médias nos escores foram encontradas, com a mesma exceção no fator 2. Cabe destacar que o nível de significância considerado foi de 0,05, se estimado ao nível de 0,001 essas diferenças tornam-se inexistentes. Os resultados das médias e provas estatísticas foram descritos nas tabelas 24 e 25.

Tabela 24. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão, segundo subcategorias das queixas.

Subcategorias das queixas	Variável	N	Escala de Confiança da SSES-E		Escala de Comportamento da SSES-E		Obtenção da ereção Fator 1		Manutenção da ereção Fator2	
			M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Possui queixa secundária	Sim	72	49,70	15,87	17,69	6,00	52,81	24,20	45,81	20,03
	Não	18	61,38	20,11	20,94	4,33	69,80	21,89	50,66	16,26
Tipo de queixa secundária	Disfunção Erétil	6	66,27	14,07	23,17	1,72	74,05	14,83	50,66	16,26
	Ejaculação Rápida	29	46,49	18,11	17,17	5,65	47,73	20,92	56,36	15,88
	Inibição de Desejo Sexual	32	47,65	22,46	16,56	6,57	50,76	26,58	45,05	20,25
	Inibição Ejaculatória	3	58,67	5,00	22,67	,58	57,38	7,19	43,70	21,34
	Comportamento Sexual Compulsivo	1	68,00	-	20,00	-	92,14	-	60,30	-

Tabela 25. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo subcategorias das queixas.

Subcategorias das queixas	Escores	Teste Estatístico	gl	p
Possui queixa secundária	Escala de confiança	$t=2,291$	88	0,024
	Escala de comportamento	$t=2,161$	88	0,033
	Obtenção da ereção	$t=2,715$	88	0,008
	Manutenção da ereção	$t=0,951$	88	0,344
Tipo de queixa secundária	Escala de confiança	$F=2,577$	88	0,032
	Escala de comportamento	$F=2,985$	88	0,016
	Obtenção da ereção	$F=3,647$	88	0,005
	Manutenção da ereção	$F=0,979$	88	0,436

E, finalmente, para as condições sexuais, suas influências nos escores da SSES-E foram notáveis. Entre elas, independentemente da queixa, sujeitos que afirmaram ter dificuldade eretiva pontuaram estatisticamente menos na escala de confiança e na obtenção da ereção (fator 1), o nível de significância 0,001, daqueles que não apresentavam tal dificuldade. Diferenças significantes também foram encontradas a respeito do tipo de dificuldade eretiva, exceto para o fator referente à manutenção da ereção (fator 2). Essa diferença mostra que sujeitos que apresentam dificuldade para obter e manter ereção pontuam muito menos daqueles que só conseguem obter ou só conseguem manter a ereção.

Para dificuldade ejaculatória, a diferença significativa de aumento da média do escore ocorreu justamente no fator 2, referindo-se a escores maiores para sujeitos que não apresentam essa dificuldade. Para os tipos de dificuldades ejaculatórias, sujeitos que afirmaram ter ausência de ejaculação obtiveram pontuações superiores àqueles que não possuem a queixa ejaculatória, e muito superiores àqueles que se queixam de controle involuntário.

Variáveis como manter práticas masturbatórias atuais e possuir relacionamento sexual atual não influenciam de forma alguma os escores de nenhuma das escalas e/ou fatores. Entretanto, notam-se diferenças, mesmo que ao nível de 0,01, a respeito da satisfação com relacionamento sexual atual nas escalas e fatores. Essa diferença indica que sujeitos que estão satisfeitos com seus relacionamentos sexuais pontuam mais do que sujeitos que estão sem relacionamento ou insatisfeitos com esse relacionamento. Todos esses dados foram apresentados nas tabelas 26 e 27.

Tabela 26 Distribuição das médias nos escores e desvio padrão, segundo condições sexuais da amostra.

Condições Sexuais	Variável	N	Escala de Confiança da SSES-E		Escala de Comportamento da SSES-E		Obtenção da ereção Fator 1		Manutenção da ereção Fator2	
			M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Dificuldade Eretiva	Sim	114	49,50	19,34	18,34	6,25	50,22	21,59	48,61	19,80
	Não	61	66,13	15,26	20,62	3,7	77,96	17,59	51,07	16,97
Tipo de Dificuldade Eretiva	Obter	30	50,76	19,77	18,90	5,89	49,93	22,66	51,82	19,16
	Manter	39	59,95	12,39	21,23	3,89	63,44	13,08	55,63	16,38
	Obter e Manter	45	39,61	19,30	15,47	6,96	38,96	20,64	40,40	20,34
Dificuldade Ejaculatória	Sim	152	54,56	20,07	18,80	5,69	60,07	24,95	47,58	18,64
	Não	23	60,16	16,18	21,39	4,47	58,73	18,77	61,98	15,44
Tipo de Dificuldade Ejaculatória	Involuntário	147	54,25	20,30	18,65	5,73	59,99	25,32	46,96	18,60
	Ausência	5	63,76	8,18	23,00	1,22	62,29	9,95	65,64	7,64
Masturbação Atual	Sim	132	55,83	19,03	19,29	5,17	61,11	23,79	49,14	18,50
	Não	7	59,60	18,84	20,86	3,34	68,37	24,98	48,44	12,17
Relacionamento Sexual Atual	Sim	143	56,25	19,57	19,31	5,53	61,13	24,10	50,06	18,24
	Não	32	51,03	19,79	18,38	5,93	54,33	24,16	46,86	21,47
Satisfação com Relacionamento Sexual Atual	Sim	36	65,88	12,89	21,89	2,89	71,39	17,53	58,86	13,84
	Não	56	54,24	18,55	18,82	5,17	60,05	24,75	46,85	15,89

Tabela 27. Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo condições sexuais da amostra.

Condições Sexuais	Escores	Teste Estatístico	gl	p
Dificuldade Eretiva	Escala de confiança	$t=5,815$	173	0,000
	Escala de comportamento	$t=2,611$	173	0,010
	Obtenção da ereção	$t=8,622$	173	0,000
	Manutenção da ereção	$t=0,822$	173	0,412
Tipo de Dificuldade Eretiva	Escala de confiança	$F=23,621$	174	0,000
	Escala de comportamento	$F=11,452$	174	0,000
	Obtenção da ereção	$F=41,872$	174	0,000
	Manutenção da ereção	$F=5,571$	174	0,001
Dificuldade Ejaculatória	Escala de confiança	$t=1,275$	173	0,204
	Escala de comportamento	$t=2,092$	173	0,038
	Obtenção da ereção	$t=0,247$	173	0,805
	Manutenção da ereção	$t=3,527$	173	0,001

Tipo de Dificuldade Ejaculatória	Escala de confiança	$F=1,380$	174	0,254
	Escala de comportamento	$F=3,712$	174	0,026
	Obtenção da ereção	$F=0,052$	174	0,950
	Manutenção da ereção	$F=8,949$	174	0,000
Masturbação Atual	Escala de confiança	$t=0,511$	137	0,610
	Escala de comportamento	$t=0,795$	137	0,428
	Obtenção da ereção	$t=0,784$	137	0,434
	Manutenção da ereção	$t=0,099$	137	0,921
Relacionamento Sexual Atual	Escala de confiança	$t=1,361$	173	0,175
	Escala de comportamento	$t=0,850$	173	0,396
	Obtenção da ereção	$t=1,443$	173	0,151
	Manutenção da ereção	$t=0,866$	173	0,388
Satisfação com Relacionamento Sexual Atual	Escala de confiança	$F=7,210$	123	0,001
	Escala de comportamento	$F=5,733$	123	0,004
	Obtenção da ereção	$F=5,094$	123	0,008
	Manutenção da ereção	$F=6,392$	123	0,002

ASSOCIAÇÕES DA SSES-E NA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS EXTERNAS

Considerando os critérios de inclusão dos sujeitos na amostra, conforme descrito em Procedimentos, além da SSES-E respondida na consulta inicial, os sujeitos precisariam, para sua inclusão, ter respondido, na mesma data, os inventários BDI e/ou BAI. Ao todo, cerca de 98% da amostra respondeu o BDI e 43%, o BAI. A frequência da amostra é apresentada na tabela 26.

Tabela 28. Frequência dos instrumentos respondidos pela amostra.

Instrumentos	Queixa Sexual				Total (N=175)	
	DE (N=103)		ER (N=72)		N	%
	N	%	N	%		
SSES-E						
Sim	103	58,9	72	41,1	175	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
BDI						
Sim	99	96,1	72	100,0	171	97,7
Não	4	3,9	0	0,0	4	2,3
BAI						
Sim	46	44,7	29	40,3	75	42,9
Não	57	55,3	43	59,7	100	57,1

Antes de estimar as associações entre a escala SSES-E e os inventários BDI e BAI, os escores dos inventários foram calculados, conforme indicação de Cunha (2001). Após estes cálculos, duas formas de apresentação organizaram estes resultados: a primeira, na tabela 27, apresentou as médias do escore total dos inventários, segundo a queixa sexual, e a segunda, na tabela 28, sendo que a média desses escores foram transformados, considerando os pontos de corte estabelecidos por Cunha (2001), em graus de depressão para o BDI e ansiedade para o BAI, também segundo a queixa sexual.

O resultado das médias do escore total nos inventários BDI e BAI apresentou a média geral da amostra - 12,66 (DP=8,17; Min=0; Max=40) e 12,91 (DP=9,05; Min=0; Max=51), respectivamente. Ao dividir esse resultado entre os sujeitos com queixas de DE e ER foram observadas variações entre os escores, sendo a única diferença significativa encontrada no inventário BDI, ao nível de significância de 0,05. Essa diferença sugere que sujeitos com queixas de DE pontuam mais no instrumento que sujeitos com queixas de ER.

Tabela 29. Distribuição das médias nos escores e desvio padrão da amostra, segundo respostas nos inventários BDI e BAI com comparação por teste *t* entre as disfunções sexuais.

Escores	Queixa	N	Min	Max	M	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	(<i>p</i>)
BDI	DE	99	1	40	13,80	8,07	2,156	169	0,032
	ER	72	0	37	11,10	8,11			
	Total	171	0	40	12,66	8,17			
BAI	DE	45	0	51	13,80	10,14	1,061	72	0,292
	ER	29	1	29	11,52	6,98			
	Total	74	0	51	12,91	9,05			

Dados os resultados, os escores foram transformados em graus de depressão para o BDI e ansiedade para o BAI, segundo a queixa sexual. Essa transformação demonstrou que 53,2% da amostra é estimada em grau mínimo para depressão, se considerado também o grau leve, o número de sujeitos sobe para 83%. Isto significa que a maioria da amostra apresenta sintomas de depressivos de baixa intensidade.

Quanto aos resultados do BAI, 51,4% da amostra apresentou grau leve de ansiedade, a maior tendência (85,2%) são pontuações abaixo desse grau, no caso mínima. Isso também representa que a maioria da amostra situa-se em condições de baixa intensidade de sintomas de ansiedade.

Sobre as diferenças dos graus de depressão e ansiedade entre os sujeitos com queixas de DE e ER, os resultados corroboram a comparação feita anteriormente nas médias dos escores, em que sujeitos com queixa de DE pontuam mais no BDI do que

sujeitos com queixas de ER, ao nível de significância de 0,05. Neste caso, a prova estatística utilizada nessa análise foi *Mann-Whitney (U)*.

Tabela 30. Frequência dos graus de depressão e ansiedade, segundo respostas nos inventários BDI e BAI com comparação por teste *U* entre as disfunções sexuais.

Inventários	Graus	Queixa						<i>U</i>	<i>p</i>
		DE		ER		Total			
		N	%	N	%	N	%		
BDI	Mínimo [0-11]	47	47,5	44	61,1	91	53,2	2956,00	0,036
	Leve [12-19]	30	30,3	21	29,2	51	29,8		
	Moderado [20-35]	20	20,2	6	8,3	26	15,2		
	Grave [36-63]	2	2,0	1	1,4	3	1,8		
	Total	99	100,0	72	100,0	171	100,0		
BAI	Mínimo [0-10]	14	31,1	11	37,9	25	33,8	554,000	0,230
	Leve [11-19]	22	48,9	16	55,2	38	51,4		
	Moderado [20-30]	5	11,1	2	6,9	7	9,5		
	Grave [31-63]	4	8,9	0	0,0	4	5,4		
	Total	45	100,0	29	100,0	74	100,0		

Assim, determinado os resultados dos cálculos dos escores nos inventários BDI e BAI, procedeu-se ao cálculo para estimar as associações por correlação *Pearson* entre a escala SSES-E e os inventários BDI e BAI, separadamente para cada queixa.

Para os sujeitos com queixas de DE (tabela 29), foram encontradas 9 associações positivas significantes. Dentre elas, é descrita forte associação entre escala de confiança, escala de comportamento, fator 1 (obtenção da ereção), fator 2 (manutenção da ereção), ao nível de significância de 0,001. Os inventários BDI e BAI também se associaram entre eles, nesta mesma intensidade.

Também foram encontradas associações negativas moderadas entre BDI e escala de confiança, ao nível de 0,001, BDI com escala de comportamento, fator 1 (obtenção da ereção), fator 2 (manutenção da ereção), ao nível de significância de 0,05 e BAI com fator 2 (manutenção da ereção), com mesmo nível.

Tabela 31. Coeficientes de Pearson entre SSES-E, BDI e BAI dos sujeitos com DE.

	Escala de Confiança da SSES-E	Escala de Comportamento da SSES-E	Obtenção da ereção Fator 1	Manutenção da ereção Fator2	BDI	BAI
Escala de Confiança da SSES-E	1					
Escala de Comportamento da SSES-E	0,87**	1				
Obtenção da ereção Fator 1	0,95**	0,83**	1			
Manutenção da ereção Fator2	0,91**	0,79**	0,75**	1		
BDI	-0,39**	-0,22*	-0,35**	-0,38**	1	
BAI	-0,16	0,02	-0,03	-0,31*	0,60**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Para os sujeitos com queixas de ER (tabela 30), também foram encontradas 9 associações positivas significantes de maneira parecida com sujeitos com DE, todas ao nível de significância de 0,001. Somente uma associação negativa foi encontrada e ocorreu entre o BDI com fator 1 (obtenção da ereção), ao nível de significância de 0,001.

Os resultados dessas associações indicam que as formas de obtenção de escores da SSES-E, sejam elas pelas escalas de confiança ou comportamento e pelos fatores, mantém uma boa associação entre elas. Resultado importante, uma vez que todas essas formas avaliam o comportamento eretivo, seja por fatores como obter e manter a ereção, seja por nível de medida, escalar ou dicotômico. Para as associações entre os instrumentos SSES-E, BDI e BAI, é possível afirmar uma associação negativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e a função eretiva.

Tabela 32. Coeficientes de Pearson entre SSES-E, BDI e BAI dos sujeitos com ER

	Escala de Confiança da SSES-E	Escala de Comportamento da SSES-E	Obtenção da ereção Fator 1	Manutenção da ereção Fator2	BDI	BAI
Escala de Confiança da SSES-E	1					
Escala de Comportamento da SSES-E	0,73**	1				
Obtenção da ereção Fator 1	0,92**	0,56**	1			
Manutenção da ereção Fator2	0,85**	0,77**	0,58**	1		
BDI	-0,32**	-0,11	-0,39**	-0,15	1	
BAI	-0,16	-0,03	-0,16	-0,13	0,54**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

DISCUSSÃO

Avaliar a função eretiva não é uma tarefa fácil. Talvez seja essa a principal constatação feita durante todas as análises realizadas neste estudo. Há duas razões principais para se acreditar nessa afirmação.

A primeira diz respeito à literatura especializada e à gama de instrumentos disponíveis na atualidade que avaliam a função eretiva por diferentes aspectos: qualidade da ereção (Porst, & cols., 2007), qualidade de vida sexual (Abraham, Symonds, & Morris, 2008; Costa, & cols., 2003; Latini, & cols., 2002; Wagner, Patrick, McKenna, & Froese, 1996), satisfação da função eretiva no relacionamento sexual (Althof, Rosen, & cols., 2006), satisfação com o tratamento da disfunção erétil (Althof, & cols., 1999; Kubin, Trudeau, Gondek, Seignobos, & Fugl-Meyer, 2004), entrevista estruturada da disfunção eretiva (Petroni, & cols., 2003; Rodrigues Jr., 1999) e função eretiva no funcionamento sexual masculino (Abdo, 2007; Derogatis & Melisaratos, 1979; Geisser, & cols., 1991; Libman, & cols., 1985; LoPiccolo & Steger, 1974; McGahuey, & cols., 2000; O'Leary, & cols., 1995; Rosen, & cols., 1999; Rosen, & cols., 2004; Rosen, & cols., 1997; Rust & Golombok, 1986). Infelizmente, a maioria são instrumentos internacionais que não possuem traduções, adaptações e validação para uso no Brasil. A segunda razão, diz respeito ao estudo em questão, pela quantidade de informações geradas na avaliação do funcionamento da SSES-E em sujeitos com queixas de DE e ER.

Para os resultados deste estudo, já no início da análise fatorial, observa-se, na matriz de correlação da escala de confiança da SSES-E, que boa parte dos itens estavam correlacionados. Através desta constatação, duas informações foram concluídas. A primeira é que a escala, possivelmente, estaria estruturada numa única dimensão e a segunda, que ela

possui itens muito abrangentes sobre o comportamento eretivo. Tais informações trazem aspectos positivos, por outro lado, dificulta a exclusão de algum item que não esteja contribuindo para a mesma.

Na primeira extração por componentes principais, em que foram encontrados seis fatores para escala de confiança da SSES-E, percebem-se pequenos agrupamentos de itens que significaram possibilidades de estruturas que poderiam avaliar o comportamento eretivo, caso houvesse mais itens que fornecessem cargas fatoriais. A partir daí, a constatação de que o comportamento eretivo pode ser avaliado de diversas formas foi comprovada e, então, uma decisão teria de ser tomada para a escolha de quais estruturas desse comportamento a SSES-E estaria de fato avaliando.

Por orientação dos coeficientes das provas estatísticas realizadas, concluiu-se que a escala de confiança da SSES-E garante uma estrutura unidimensional, que poderia ser melhor ajustada psicometricamente, caso houvesse interesse, com exclusão de itens e novas análises com esse propósito. Outra possibilidade seria a bidimensional, em que dois fatores explicariam sua estrutura. Tal achado foi reforçado pela análise de consistência interna, que garantiu uma adequada homogeneidade dos itens com os fatores.

A segunda análise fatorial, realizada na escala de comportamento da SSES-E, apresentou informações importantes do funcionamento da amostra nos itens, atestando sua qualidade. Seus resultados favoreceram uma estrutura unidimensional, mas não apresentou nada que indicasse a impossibilidade de uma estrutura bidimensional, conforme o teste visual. As análises por consistência interna também garantiram uma adequada homogeneidade dos itens com os fatores.

Segundo o estudo de criação e validação estadunidense da escala (Libman, & cols., 1985), os autores teriam realizado a análise fatorial do instrumento e obtido resultados que

não foram consistentes para determinar quais fatores a SSES-E estaria mensurando. Tal ocorrência foi atribuída ao tamanho da amostra (n=56). Mesmo que inconsistentes, os resultados indicaram três fatores que a SSES-E mensura: ereção, orgasmo e comportamento sexual interpessoal. Considera-se que nenhum outro estudo foi realizado com a escala para determinar sua estrutura. Essas duas realidades dificultaram a compreensão dos resultados das análises fatoriais obtidas neste estudo, uma vez que não existiram estudos para que pudessem ser comparados.

Assim, ao avaliar a associação dos itens com os dois fatores extraídos nas duas análises fatoriais, observou-se uma correspondência em 18 itens entre as duas análises. Item por item foi avaliado para encontrar um denominador comum que estaria latente, para, finalmente, aceitar ou não a estrutura de dois fatores. Diante dessa avaliação, conclui-se, além do modelo unidimensional que avalia a crença do comportamento eretivo em diversas situações sexuais, a existência de um modelo bidimensional que, no caso, avalia essa mesma crença, porém sob duas condições: na obtenção da ereção e na manutenção da ereção.

Essa conclusão baseia-se no estudo de Corona e colaboradores (2005), em que diferenças foram encontradas entre os mecanismos de obtenção da ereção para mecanismos de manutenção. Este estudo revelou que indivíduos com queixas de DE que afirmam dificuldades para manter e, principalmente, para obter ereção, possuem grandes chances de diagnóstico de uma DE orgânica generalizada. Desta maneira, as duas dimensões encontradas tornam-se válidas, pois explicariam as diferenças entre esses dois mecanismos.

Enquanto a dimensão atribuída como obtenção da ereção reuniu itens do comportamento eretivo, ao menos para uma ereção parcial, em práticas sexuais diádicas, além de condições favoráveis para sua obtenção, à dimensão manutenção da ereção reuniu

itens mais complexos, pois se referem à continuidade da ereção até o final da atividade sexual, além de condições favoráveis para o término.

Para os itens discrepantes entre as análises fatoriais optou-se em mantê-los e aceitá-los nas dimensões extraídas na análise fatorial da escala de confiança. As justificativas, para tanto, pautam-se em dois argumentos: o primeiro, referente ao nível de medida, pois medidas escalares produzem melhores resultados quando se buscam diferenças entre sujeitos. O segundo, referente ao conteúdo dos itens, pois os itens q06, q08, q09, agrupados na dimensão obtenção, referem-se à obtenção da ereção para penetração e não determinam sua continuidade. Para o item q17, agrupado neste mesmo fator, refere-se à iniciativa para atividades sexuais, condição necessária para a obtenção, pois indica disponibilidade para atividades sexuais e também não determina continuidade.

Já para os itens q24 e q25, agrupados na dimensão manutenção, nenhum deles se refere diretamente à manutenção da ereção para práticas sexuais diádicas. Entretanto, dizem respeito a condições eretivas, sendo que, em uma DE orgânica generalizada, a ereção fica impossibilitada de ocorrer. Neste caso, ambos se tornam itens difíceis para um sujeito que possui essa queixa pontuar. Contudo, foram considerados como itens referentes a comportamentos eretivos fisioterápicos (Gordon & Carey, 1995; Kim, 2006; Rosen, Goldstein, Scoles, & Lazarus, 1986), que garantem um funcionamento eretivo regular, necessário para a obtenção e principalmente para a manutenção da ereção.

Para a descrição dos itens, fica evidente que aqueles agrupados na dimensão obtenção são fáceis de serem avaliados e autorrelatados pelos sujeitos, pois se referem à percepção física da ereção e a outras condições de prazer sexual, associadas a essa obtenção. Na dimensão manutenção, os itens de percepção física são poucos e exclusivos sobre a manutenção da ereção até o final da atividade sexual. Em sua maioria, esse domínio

agrupou itens que avaliam condições subjetivas do indivíduo, ou seja, mais difíceis de serem avaliadas e que, seguramente, contribuem para um bom estado de manutenção eretiva.

Por se tratar de um instrumento que utiliza o conceito de autoeficácia para avaliar as crenças sobre o funcionamento eretivo masculino em uma variedade de situações sexuais, a hipótese formulada inicialmente era a de que sujeitos com queixas de DE, de acordo com sua autopercepção, teriam menos crenças de eficácia acerca de sua capacidade eretiva que sujeitos com queixas de ER, uma vez que o comportamento eretivo encontra-se comprometido; isto faria com que esses sujeitos pontuassem menos na SSES-E.

Os resultados encontrados, já pela análise dos itens da escala de confiança e escala de comportamento da SSES-E confirmaram tal hipótese. Observou-se que sujeitos com queixas de DE pontuam menos em itens relacionados à obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas do que sujeitos com ER. Também itens relacionados ao favorecimento dessa obtenção tiveram pontuações baixas nesta mesma comparação.

Segundo Bandura (1977), a principal fonte da autoeficácia é a experiência direta que, segundo as realizações anteriores do comportamento, permitirão uma interpretação dos resultados e aumentarão ou não a autoeficácia. No caso dos sujeitos com DE, infere-se que a quantidade de falhas eretivas recorrentes nas práticas sexuais diádicas diminuíram a crença sobre a obtenção da ereção para essas atividades. Em contrapartida, observa-se que itens que avaliam a obtenção da ereção para práticas sexuais solitárias, como a masturbação, tiveram pontuações altas, sem diferenças entre os sujeitos, o que mostrou que as experiências anteriores para obtenção da ereção em práticas sexuais solitárias foram possíveis e que os sujeitos acreditam muito mais na possibilidade de sua realização do que de práticas sexuais diádicas.

O único item que sujeitos com queixas de DE pontuaram mais que sujeitos com queixas de ER foi o item q10, referente a manter controle ejaculatório na relação sexual. Esse resultado qualifica a SSES-E, ao menos para este item, em distinguir sujeitos com DE de ER, pois a dificuldade do controle ejaculatório está muito mais associada a sujeitos com ER do que sujeitos com DE. Segundo El Sakka (2008), essa associação somente se inverteria em casos de sujeitos classificados segundo o IIEF com uma DE severa.

Os resultados obtidos pelos escores da SSES-E também confirmaram a hipótese inicial. Sujeitos com queixa de ER pontuaram mais do que sujeitos com DE na escala de confiança, escala de comportamento e no fator obtenção da ereção. Não foram encontradas diferenças no fator manutenção da ereção, resultado esperado, pois acredita-se que nenhuma das disfunções é capaz de manter estados favoráveis para sua manutenção. Enquanto sujeitos com DE estariam preocupados em não perder a ereção, sujeitos com ER estariam preocupados em segurar a ejaculação. Por ora, as médias dos sujeitos obtidas na escala de confiança da SSES-E assemelham-se as médias de sujeitos com queixas sexuais apresentadas em estudos internacionais como de Libman e colaboradores (1985) e em estudos nacionais como de Rodrigues Jr. e colaboradores (2008).

Para as variáveis que caracterizaram a amostra, os resultados de suas influências apresentaram informações importantes sobre a discriminação da SSES-E, independente da queixa sexual principal. A primeira delas refere-se à influência da queixa secundária nos escores; possuir uma queixa secundária ocasiona diminuição dos escores nas escala de confiança, escala de comportamento e no fator obtenção da ereção.

O tipo de queixa também determina o quanto um sujeito pontuará. Sujeitos cuja queixa secundária trata de uma ejaculação rápida pontuam menos na escala de confiança do que sujeitos com as outras disfunções. Em contrapartida, observa-se que para a escala de

comportamento, essa tendência foi encontrada em sujeitos com queixa secundária de inibição do desejo sexual; certamente, um sujeito cuja queixa secundária refere-se a um comportamento sexual compulsivo, pontuará muito mais do que todas as outras.

Essas diferenças mostram que a autoeficácia do sujeito não é o suficiente para determinar a possibilidade de um indivíduo executar ou não determinado comportamento. Segundo Bandura (1977), além da principal fonte de autoeficácia que é a experiência direta, conforme enunciado anteriormente, os estados físicos e emocionais também determinarão maior ou menor confiança na sua capacidade de execução. Sabe-se que indivíduos com queixas de inibição de desejo sexual mantêm prevalências muito altas de estados depressivos (Althof, & cols., 2004; Leiblum, 2007), portanto, é coerente com este achado acreditarem menos na execução do comportamento do que em sua autoeficácia.

A SSES-E também detectou diferenças nos escores de acordo com as condições sexuais caracterizadas pelos sujeitos, todas independentemente da queixa. Indivíduos que relatam dificuldades eréticas pontuam menos nas escalas de confiança e comportamento, além dos dois fatores. O tipo da dificuldade determina maior ou menor escore. Aqueles que relataram dificuldades para manter ereção pontuam mais do que somente obter e muito mais do que obter e manter. Tal discriminação, feita pela SSES-E, corrobora a conclusão indicada neste estudo sobre o modelo bidimensional da escala. Logo, se a escala mensura a crença na capacidade erética para obter e manter ereção, então, segundo o resultado acima, ela é capaz de diferenciar os sujeitos, de acordo com o tipo de dificuldade erética, através destas dimensões. As diferenças entre os tipos de dificuldades eréticas são mencionadas também em outros estudos (Corona, & cols., 2005; Rodrigues Jr., 2008a).

Independentemente da queixa sexual, nenhuma diferença foi encontrada no que diz respeito a ter ou não dificuldades ejaculatórias, exceto para o fator manutenção da ereção.

Resultado este esperado, uma vez que o instrumento não avalia autoeficácia em funções ejaculatórias. Entretanto, para a diferença encontrada, conforme sugerido anteriormente, há a suposição de que a dimensão manutenção compartilhe aspectos comuns entre as disfunções sexuais e, portanto, somente apresentará diferenças entre disfunções que favoreçam sua continuidade, como nos casos encontrados neste estudo, de ausência de ejaculação.

Outra diferença encontrada, independentemente da queixa, é a satisfação no relacionamento sexual. Para ambas as escalas e dimensões, estar em um relacionamento sexual satisfatório melhora a autoeficácia das crenças eretivas; isso remete a uma outra fonte da autoeficácia denominada por Bandura (1977) de persuasão social, que significa o reforço social das outras pessoas, exemplificadas como julgamentos verbais e *feedback* de desempenho. Satisfação no relacionamento sexual implica atividades sexuais diádicas, portanto, possivelmente, o *feedback* das parcerias desses sujeitos influenciou de certa forma esse resultado.

Conforme descrito na introdução deste estudo, a satisfação sexual é uma associação complexa entre satisfação no relacionamento e satisfação com a função sexual. No caso do resultado acima, como se trata de uma amostra de sujeitos com queixas de DE e ER, infere-se que a melhora encontrada na autoeficácia deve-se à influência advinda muito mais da satisfação no relacionamento do que da satisfação com a função sexual.

E, finalmente, para as associações da SSES-E com variáveis externas, para os sintomas de depressão, foram encontradas associações negativas desses sintomas com a capacidade eretiva avaliada pelas escalas e dimensões; esse dado não se aplica a sujeitos com queixas de ER com a dimensão manutenção. Remetemo-nos novamente à Bandura (1977), que descreveu que estados físicos e emocionais influem em maior ou menor

confiança. Para a exceção encontrada nos sujeitos com queixas de ER, considera-se que, além dos sintomas depressivos, outros aspectos possam estar influenciando em maior grau a dificuldade de manutenção da ereção destes sujeitos.

Já para os sintomas de ansiedade, somente uma associação negativa desse sintoma com a capacidade eretiva foi encontrada. Ela ocorreu na dimensão manutenção da ereção em sujeitos com DE. Isso indica que esses sintomas mantêm influências na capacidade eretiva de manutenção, possivelmente sendo um dos componentes negativos e significantes que impedem sua continuidade.

Em outro estudo que correlacionou a SSES-E com os inventários BDI e BAI, os autores encontraram associações parecidas (Silva, Finotelli Jr., Rodrigues Jr., & Viviani, 2009). Enquanto o BDI associou-se negativamente com escala de confiança da SSES-E para sujeitos com queixas de DE e ER, o BAI associou-se negativamente com essa mesma escala somente em sujeitos com DE.

A primeira associação correspondeu aos resultados aqui apresentados, já para a segunda, os resultados não foram semelhantes, pois os resultados indicados acima não encontraram associações entre BAI com escala de confiança em sujeitos com queixas de DE. Infere-se, conforme os resultados obtidos na extração fatorial, que a SSES-E mensura a capacidade eretiva em dimensões de obtenção e manutenção e que essas diferenças de resultados são explicadas pela amostra. No caso do estudo mencionado, acredita-se que a maioria dos sujeitos daquele estudo possuíam dificuldade em manter a ereção, influenciando desta forma o escore da escala de confiança que se associou, conseqüentemente, ao do BAI.

A influência de estados de depressão e ansiedade é mencionada em alguns estudos como fatores desencadeadores de disfunções sexuais, essa constatação já havia sido feita na

introdução do estudo (Althof, & cols., 2004; Leiblum, 2007). Cabe ressaltar que os resultados aqui apresentados apenas indicaram a presença de sintomas de depressão e ansiedade na amostra e sua influência (e não causas) acerca da capacidade eretiva mensurada pela SSES-E. Isto não elimina a possibilidade desses sujeitos apresentarem quadros de depressão e/ou ansiedade, pois os inventários BDI e BAI não são qualificados como instrumentos diagnósticos (Katz, Katz, & Shaw, 1999; Wilson, Beurs, Palmer, & Chambless, 1999).

CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar as evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E), utilizando aplicações já realizadas da escala em pacientes com queixas sexuais de disfunção erétil e ejaculação rápida. Por consequência do processo investigatório, este trabalho também apresentou e discutiu a avaliação do instrumento nesses pacientes.

A primeira evidência de validade estimada foi a baseada na estrutura interna (AERA, APA, & NCME, 1999). Os resultados foram obtidos pela análise fatorial que extraiu duas possibilidades de estrutura: unidimensional e bidimensional. Enquanto o modelo unidimensional da SSES-E avaliou a autoeficácia sexual no comportamento eretivo em diversas situações sexuais, o modelo bidimensional avaliou a mesma condição, porém sob duas formas: através da capacidade da obtenção da ereção e da possibilidade de sua manutenção. A aplicação de um conjunto de técnicas estatísticas e análise dos dados indicaram boas propriedades psicométricas para a escala a respeito dessas estruturas.

A segunda evidência encontrada foi à validade de critério, ou evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis (AERA, & cols., 1999), obtidas pelas comparações dos resultados na escala entre os sujeitos com queixas de DE e ER e pelas características desses sujeitos. Apesar de não serem grupos contrastantes, tais resultados mostraram que sujeitos com queixas de DE apresentaram menor autoeficácia sobre seu comportamento eretivo em relação a sujeitos com ER; também indicaram que dificuldades em manter a ereção estão mais associadas a queixas de ER, enquanto que, para queixas de DE, elas estão associadas somente a obter e/ou obter e manter ereção. Esta constatação é

muito importante, pois identifica que componentes eretivos estão relacionados com as respectivas disfunções.

Nas comparações das características desses sujeitos, independentemente da queixa sexual, a SSES-E foi capaz de discriminar sujeitos que afirmavam dificuldades eretivas daqueles que não afirmavam essa condição. Também discriminou o tipo da dificuldade, indicando que sujeitos com dificuldades em obter e manter ereção pontuam menos na escala do que sujeitos com dificuldade de somente obter ou manter a ereção. Outra diferença importante foi encontrada em sujeitos que afirmaram satisfação com relacionamento sexual, corroborando dados da literatura sobre a influência da satisfação no relacionamento sobre a satisfação com a função sexual. Isso revela que não há como medir a satisfação sexual sem medir a função sexual ou até mesmo a satisfação no relacionamento.

Ainda nas evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis (AERA, & cols., 1999), na busca por validade convergente ou divergente, foram encontradas associações negativas entre os sintomas de depressão e ansiedade com a autoeficácia no comportamento eretivo. Essa associação não determinou se um diagnóstico de depressão ou ansiedade desencadeou as disfunções sexuais desse sujeito - ou o inverso -, mas revelou que ainda que esses sintomas permaneçam entre mínimo e leve, eles representam uma influência negativa na função eretiva, relacionada à obtenção da ereção com sintomas depressão para DE e ER e manutenção da ereção com sintomas de ansiedade para DE.

Todos esses resultados qualificam a continuidade do uso da escala em pacientes com queixas sexuais. Entretanto, é necessário indicar algumas limitações do presente estudo. A primeira delas é o delineamento da pesquisa, por se tratar de um estudo

retrospectivo da análise de instrumentos respondidos, armazenados em prontuários de arquivo morto; as influências das variáveis históricas e sociais não puderam ser mensuradas. Para reduzir essa influência, tomou-se o cuidado da realização da pesquisa em uma clínica de Psicologia e consideraram-se somente prontuários a partir do ano de 2000, ou seja, após a era da descoberta da terapia medicamentosa da disfunção eretiva, que se iniciou no final da década de 90.

Tais cuidados revelam a expectativa de que a maioria desses pacientes estivesse em condições de dificuldade sexuais por maiores influências de condições psicológicas e não fisiológicas. Isso, teoricamente, elimina uma série de influências fisiológicas dessa dificuldade que poderiam influenciar nas repostas desses sujeitos nos instrumentos, além de diminuir a prevalência das dificuldades eretivas por maior influência fisiológica, que dada a condição histórica, estariam muito mais em clínicas médicas do que em clínicas de Psicologia.

Outra limitação do estudo refere-se à caracterização, ao tamanho e ao tipo da amostra. Durante a fase de coleta de dados dos prontuários, eram extensas as informações sobre os sujeitos, então, optou-se em considerar apenas variáveis principais que poderiam ocasionar influências nos instrumentos, dadas as informações sobre as disfunções sexuais feitas na introdução. Assim, considera-se que algumas variáveis foram deixadas para trás - seja por ausência de informações, seja devido ao tempo da coleta ou limitação do estudo - e que poderiam explicar melhor as influências das repostas dos sujeitos nos instrumentos. Ainda sobre caracterização, trata-se de uma amostra que possui nível de escolaridade alto que buscou atendimento em psicoterapia em clínica particular, o que se conclui uma condição socioeconômica elevada.

O tamanho da amostra e seu tipo também devem ser considerados. Para busca de evidências de validade, quanto maior o tamanho da amostra, maior a possibilidade de generalização dos resultados, situação que condiciona os resultados aqui apresentados a serem ponderados em futuros estudos, principalmente para outros tipos de disfunções sexuais. Caberão a essas pesquisas distinguir com maior propriedade o funcionamento desses sujeitos nos itens da SSES-E e também nas dimensões aqui apresentadas.

Além disso, também podem ser apontadas outras sugestões para futuros estudos que tenham como pretensão dar continuidade a os achados com a SSES-E. Essa estrutura fatorial encontrada pode ser evidenciada em amostras mais representativas e nas quais sejam empregadas buscas de evidências de validade em populações não-clínicas, para que se possa ter comparações entre grupos dos escores produzidos pela escala. De maneira específica, a sugestão é a de que outros instrumentos que também avaliam a função eretiva e/ou condições sexuais relacionadas à função sexual, satisfação sexual e satisfação no relacionamento, possam ser relacionados com as condições que a SSES-E se propõe a mensurar.

Apesar dessas limitações, entende-se que os resultados encontrados neste estudo representam evidências de validade da SSES-E como forma padronizada da avaliação da autoeficácia da função eretiva, e destaca sua importância como um instrumento útil na avaliação de questões específicas da sexualidade, como a função sexual.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (2004). *Descobrimento Sexual do Brasil: para Curiosos e Estudiosos*. São Paulo: Editora Summus.
- Abdo, C. H. N. (2006). Elaboração e validação do quociente sexual versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. *Revista Brasileira de Medicina*, 63, 477-482.
- Abdo, C. H. N. (2007). The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 382-389.
- Abraham, L., Symonds, T., & Morris, M. F. (2008). Psychometric Validation of a Sexual Quality of Life Questionnaire for Use in Men with Premature Ejaculation or Erectile Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 595-601.
- AERA, APA, & NCME (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. New York: American Educational Research Association.
- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P., & Primi, R. (2003). *Guia de Referência: Testes Psicológicos Comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ali, S. T. (2008). Effectiveness of sildenafil citrate (Viagra) and tadalafil (Cialis) on sexual responses in Saudi men with erectile dysfunction in routine clinical practice. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 21(3), 275-281.
- Althof, S. E., Corty, E. W., Levine, S. B., Levine, F., Burnett, A. L., McVary, K., Stecher, V., & Seftel, A. D. (1999). EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology*, 53(4), 793-799.
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevert-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues Jr., O. M., & Wylie, K. (2004). Psychological and

- interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. Em T. F. Lue, R. Basson, R. C. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury & F. Montorsi (Eds.), *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 73-116). Paris: Editions 21.
- Althof, S. E., MP, O. L., Cappelleri, J. C., Glina, S., King, R., Tseng, L. J., & Bowler, J. L. (2006). Self-esteem, confidence, and relationships in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction: results of two double-blind, placebo-controlled trials. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(10), 1069-1074.
- Althof, S. E., Rosen, R., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., & Abraham, L. (2006). Development and Validation of a New Questionnaire to Assess Sexual Satisfaction, Control, and Distress Associated with Premature Ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, *3*(3), 465-475.
- Anastasiadis, A. G., Benson, M. C., Rosenwasser, M. P., Salomon, L., El-Rashidy, H., Ghafar, M. A., McKiernan, J. M., Burchardt, M., & Shabsigh, R. (2003). Cavernous nerve graft reconstruction during radical prostatectomy or radical cystectomy: safe and technically feasible. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, *6*(1), 56-60.
- Ankier, C., & Glina, S. (2005). Definições e Classificações das disfunções e das respostas sexuais dos homens, ao longo dos tempos. Disponível em http://www.arquivoshellis.com.br/revista/01_030205/. Consulta feita em 01/03/2005.
- APA (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Araujo, A. B., Durante, R., Feldman, H. A., Goldstein, I., & McKinlay, J. B. (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, *60*(4), 458-465.

- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, 57, 81-99.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1983). Self-Efficacy Determinants of Anticipated Fears and Calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 464-469.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change'. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4(1), 39-66.
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., & Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 24-34.
- Basu, A., & Ryder, R. E. (2004). New treatment options for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Drugs*, 64(23), 2667-2688.
- Bock, R. D., Gibbons, R., & Muraki, E. (1988). Full-Information Item Factor Analysis. *Applied Psychological Measurement*, 12(3), 261-280.
- Broderick, G. A., Donatucci, C. F., Hatzichristou, D., Torres, L. O., Valiquette, L., Zhao, Y., Loughney, K., Sides, G. D., & Ahuja, S. (2006). Efficacy of tadalafil in men with erectile dysfunction naive to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy compared with prior responders to sildenafil citrate. *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 668-675.

- Brody, S., & Costa, R. M. (2009). Satisfaction (Sexual, Life, Relationship, and Mental Health) Is Associated Directly with Penile-Vaginal Intercourse, but Inversely with Other Sexual Behavior Frequencies. *Journal of Sexual Medicine, 6*(7), 47-54.
- Buvat, J., Hatzichristou, D., Maggi, M., Farmer, I., Martinez-Jabaloyas, J. M., Miller, P. J., & Schnetzler, G. (2008). Efficacy, tolerability and satisfaction with sildenafil citrate 100-mg titration compared with continued 50-mg dose treatment in men with erectile dysfunction. *International British Journal of Urology, 102*(11), 1645-1650.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research, 42*(2), 113-118.
- Camejo, S., Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). O uso da Escala de Autoeficácia Sexual-Função Erétil (SSES-E) em pacientes psiquiátricos. *Terapia Sexual, 12*(1), 111-113.
- Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Symonds, T., & Schnetzler, G. (2009). Scoring correspondence in outcomes related to erectile dysfunction treatment on a 4-point scale (SCORE-4). *Journal of Sexual Medicine, 6*(3), 809-819.
- Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology, 54*(2), 346-351.
- Clayton, A. H. (2001). Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 62 Suppl 3*, 5-9.
- Cooper, A. J. (1969). A clinical study of "coital anxiety" in male potency disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 13*(2), 143-147.
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E., Mansani, R., Balercia, G., Krausz, C., Giommi, R., Forti, G., & Maggi, M. (2005). Difficulties in achieving vs maintaining erection:

- organic, psychogenic and relational determinants. *International Journal of Impotence Research*, 17(3), 252-258.
- Costa, P., Arnould, B., Cour, F., Boyer, P., Marrel, A., Jaudinot, E. O., & Solesse de Gendre, A. (2003). Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS): a reliable, sensitive and reproducible instrument to assess quality of life in subjects with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15(3), 173-184.
- Cronbach, J. L. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Curran, M., & Keating, G. (2003). Tadalafil. *Drugs*, 63(20), 2203-2212; discussion 2213-2204.
- Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. L. (1999). Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archives of Sexual Behavior*, 28(6), 553-567.
- Derogatis, L. R. (2008). Clinical and Research Evaluations of Sexual Dysfunctions. Em R. Balon (Ed.), *Sexual Dysfunction. The Brain-Body Connection* (pp. 7-22). New York: Karger.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1979). The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 244-281.
- Eardley, I., Gentile, V., Austoni, E., Hackett, G., Lembo, D., Wang, C., & Beardsworth, A. (2004). Efficacy and safety of tadalafil in a Western European population of men with erectile dysfunction. *International British Journal of Urology*, 94(6), 871-877.
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189-195.

- El-Sakka, A. I. (2008). Severity of erectile dysfunction at presentation: effect of premature ejaculation and low desire. *Urology*, *71*(1), 94-98.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Van Den Bruel, A., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence and predictors of sexual dysfunction in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, *26*(2), 409-414.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, *151*(1), 54-61.
- Fichten, C. S., Spector, I., Amsel, R., Creti, L., Brender, W., & Libman, E. (1998). Sexual Self-Efficacy Scale - Form E: Erectile functioning. Em C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 534-537). Thousand Oaks, California: Sage Publications. .
- Finotelli Jr., I. (2008). *O uso de questionários no diagnóstico das disfunções sexuais importância e limitações*. Conferência realizada no X Congresso da Associação Brasileira para o Estudo da Inadequação Sexual & III International Meeting of Urology, Porto Alegre.
- Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). Avaliação da Escala de Autoeficácia Sexual-Função Erétil (SSES-E): resultados de clínica particular no município de Campinas. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, Foz do Iguaçu*, 57-57.
- Finotelli Jr., I., & Silva, F. R. C. S. (2008). Avaliação psicológica das disfunções sexuais. *Psique*, *9*, 14-17.
- Fonseca, V., Seftel, A., Denne, J., & Fredlund, P. (2004). Impact of diabetes mellitus on the severity of erectile dysfunction and response to treatment: analysis of data from tadalafil clinical trials. *Diabetologia*, *47*(11), 1914-1923.

- Geisser, M. E., Jefferson, T. W., Spevak, M., Boaz, T., Thomas, R. G., & Murray, F. T. (1991). Reliability and validity of the Florida Sexual History Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 47*(4), 519-528.
- Giambi, A. (2007). Saúde Sexual: A medicalização da sexualidade e do bem-estar. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 18*(1), 263-277.
- Giammusso, B., Gattuso, U., Vanaclocha, V., Saiz-Sapena, N., Falsaperla, M., Burrello, M., & Motta, M. (2005). Percutaneous lumbar sympathectomy in the treatment of erectile dysfunction secondary to cavernous adrenergic hypertone: initial results of an original technique. *Archivio Italiano di Urologia, Nefrologia, Andrologia, 77*(1), 5-9.
- Glina, S., Bertero, E., Claro, J., Damiao, R., Faria, G., Fregonesi, A., Jaspersen, J., Mendoza, A., Mattos, D., Jr., Rocha, L. C., Sotomayor, M., Teloken, C., Ureta, S., Zonana, E., & Ugarte, F. (2002). Efficacy and safety of flexible-dose oral sildenafil citrate (Viagra) in the treatment of erectile dysfunction in Brazilian and Mexican men. *International Journal of Impotence Research, 14 Suppl 2*, S27-32.
- Goldstein, I., Fisher, W. A., Sand, M., Rosen, R. C., Mollen, M., Brock, G., Karlin, G., Pommerville, P., Bangerter, K., Bandel, T. J., & Derogatis, L. R. (2005). Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine, 2*(6), 819-832.
- Gordon, C. M., & Carey, M. P. (1995). Penile tumescence monitoring during morning naps to assess male erectile functioning: an initial study of healthy men of varied ages. *Archives of Sexual Behavior, 24*(3), 291-307.

- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction: aspects of a multi-faceted relationship. *Psychiatrische Praxis*, *34 Suppl 3*, S314-317.
- Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *Journal of Sexual Medicine*, *4(1)*, 241-250.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1986). Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *24(4)*, 377-385.
- Kaplan, H. S. (1977). *O Desejo Sexual*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kassouf, W., & Carrier, S. (2003). A comparison of the International Index of Erectile Function and erectile dysfunction studies. *International British Journal of Urology*, *91(7)*, 667-669.
- Katz, R., Katz, J., & Shaw, B. F. (1999). Beck Depression Inventory and Hopelessness Scale. Em M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 921-933). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kendurkar, A., & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *10(4)*, 299-305.
- Kim, S. C. (2006). Regaining of morning erection and sexual confidence in patients with erectile dysfunction. *Asian Journal of Andrology*, *8(6)*, 703-708.
- Kockott, G., Feil, W., Revenstorf, D., Aldenhoff, J., & Besinger, U. (1980). Symptomatology and psychological aspects of male sexual inadequacy: results of an experimental study. *Archives of Sexual Behavior*, *9(6)*, 457-475.

- Kubin, M., Trudeau, E., Gondek, K., Seignobos, E., & Fugl-Meyer, A. R. (2004). Early conceptual and linguistic development of a patient and partner treatment satisfaction scale (TSS) for erectile dysfunction. *European Urology*, *46*(6), 768-774; discussion 774-765.
- Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *24*(3), 193-206.
- Latini, D. M., Penson, D. F., Colwell, H. H., Lubeck, D. P., Mehta, S. S., Henning, J. M., & Lue, T. F. (2002). Psychological impact of erectile dysfunction: validation of a new health related quality of life measure for patients with erectile dysfunction. *Journal of Urology*, *168*(5), 2086-2091.
- Lau, J. T., Wang, Q., Cheng, Y., & Yang, X. (2005). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction among younger married men in a rural area in China. *Urology*, *66*(3), 616-622.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, *17*(1), 39-57.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, *281*(6), 537-544.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy*. New York: The Guilford Press.

- Leite, J. C. d. C., Drachler, M. d. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. d. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*, 121-133.
- Levin, J., & Fox, J. A. (2004). *Estatística para ciências humanas*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. Em T. F. Lue, R. Basson, R. C. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury & F. Montorsi (Eds.), *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 37-72). Paris: Editions 21.
- Lewis, R. W., Sadovsky, R., Eardley, I., O'Leary, M., Seftel, A., Wang, W. C., Shen, W., Walker, D. J., Wong, D. G., & Ahuja, S. (2005). The efficacy of tadalafil in clinical populations. *Journal of Sexual Medicine, 2*(4), 517-531.
- Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy, 11*(4), 233-247.
- Liguori, G., Trombetta, C., De Giorgi, G., Pomara, G., Maio, G., Vecchio, D., Ocello, G., Ollandini, G., Bucci, S., & Belgrano, E. (2009). Efficacy and safety of combined oral therapy with tadalafil and alfuzosin: an integrated approach to the management of patients with lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. Preliminary report. *Journal of Sexual Medicine, 6*(2), 544-552.
- Lim, T. O., Das, A., Rampal, S., Zaki, M., Sahabudin, R. M., Rohan, M. J., & Isaacs, S. (2003). Cross-cultural adaptation and validation of the English version of the

- International Index of Erectile Function (IIEF) for use in Malaysia. *International Journal of Impotence Research*, 15(5), 329-336.
- Lima, C. F., Silva, É. S., Barros, M. A., & Oliveira, J. A. (2009). Auto-eficácia e atributos sócio-demográficos: estudo empírico com participantes de um congresso de gestão de pessoas. *Revista Interciências*, 1(2), 1-14.
- Lobitz, W. C., & Baker, E. L., Jr. (1979). Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 8(2), 127-138.
- LoPiccolo, J., & Steger, J. C. (1974). The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3(6), 585-595.
- Lue, T. F., Basson, R., Rosen, R. C., Giuliano, F., Khoury, S., & Montorsi, F. (2004). *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. Paris: Editions 21.
- Lue, T. F., Giuliano, F., Montorsi, F., Rosen, R. C., Andersson, K. E., Althof, S., Christ, G., Hatzichristou, D., Hirsch, M., Kimoto, Y., Lewis, R., McKenna, K., MacMahon, C., Morales, A., Mulcahy, J., Padma-Nathan, H., Pryor, J., de Tejada, I. S., Shabsigh, R., & Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 6-23.
- Lyngdorf, P., & Hemmingsen, L. (2004). Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. *International Journal of Impotence Research*, 16(2), 105-111.
- Mallis, D., Moisisdis, K., & Hatzichristou, D. (2002). Expressions of anxiety in patients with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 14(Suppl 4), S87.
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1984). *A Resposta Sexual Humana* São Paulo: Roca.

- McCarthy, B. (1981). *O que você (ainda) não sabe sobre a sexualidade masculina*. São Paulo: Editora Summus.
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 327-336.
- Meston, C. M., & Derogatis, L. R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 Suppl 1, 155-164.
- Mirone, V., Palmieri, A., Cucinotta, D., Parazzini, F., Morelli, P., Bettocchi, C., Fusco, F., & Montorsi, F. (2005). Flexible-dose vardenafil in a community-based population of men affected by erectile dysfunction: a 12-week open-label, multicenter trial. *Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 842-847.
- Moreira Junior, E. D., Abdo, C. H., Torres, E. B., Lobo, C. F., & Fittipaldi, J. A. (2001). Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. *Urology*, 58(4), 583-588.
- Moreira Junior, E. D., Glasser, D., Santos, D. B., & Gingell, C. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Medical Journal*, 123(5), 234-241.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Jr., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.

- Nobre, P. (2001). Disfunção Erétil - uma proposta de intervenção cognitiva. Em InPaSex (Ed.), *Aprimorando a saúde sexual: manual de técnicas de terapia sexual* (pp. 217-263). São Paulo: Summus Editorial.
- Noronha, A. P. P., Ziviani, C., Hutz, C. S., Bandeira, D., Custódio, E. M., Alves, I. B., Alchieri, J. C., Borges, L. O., Pasquali, L., Primi, R., & Domingues, S. (2002). Em Defesa da Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica, 1*(2), 173-174.
- Norton, G. R., & Jehu, D. (1984). The role of anxiety in sexual dysfunctions: a review. *Archives of Sexual Behavior, 13*(2), 165-183.
- Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2009). Auto-eficácia para atividades ocupacionais e interesses profissionais em estudantes do ensino médio. *Psicologia: ciência e profissão, 29*(1), 102-115.
- O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology, 46*(5), 697-706.
- Oksuz, E., & Malhan, S. (2005). The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. *International Journal of Impotence Research, 17*(6), 539-545.
- OMS (2003). *CID-10 - Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- OMS (2004). Sexual health - a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research, 67*, 1-8.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.

- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 99-107.
- Penson, D. F., Wessells, H., Cleary, P., & Rutledge, B. N. (2009). Sexual Dysfunction and Symptom Impact in Men with Long-Standing Type 1 Diabetes in the DCCT/EDIC Cohort. *Journal of Sexual Medicine*.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Sílabo.
- Petrone, L., Mannucci, E., Corona, G., Bartolini, M., Forti, G., Giommi, R., & Maggi, M. (2003). Structured interview on erectile dysfunction (SIEDY): a new, multidimensional instrument for quantification of pathogenetic issues on erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 15(3), 210-220.
- Porst, H., Gilbert, C., Collins, S., Huang, X., Symonds, T., Stecher, V., & Hvidsten, K. (2007). Development and Validation of the Quality of Erection Questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 4(2), 372-381.
- Quek, K. F., Low, W. Y., Razack, A. H., Chua, C. B., & Loh, C. S. (2002). Reliability and validity of the Malay version of the International Index of Erectile Function (IIEF-15) in the Malaysian population. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 310-315.
- Ramanathan, R., Mulhall, J., Rao, S., Leung, R., Martinez Salamanca, J. I., Mandhani, A., & Tewari, A. (2007). Predictive correlation between the International Index of Erectile Function (IIEF) and Sexual Health Inventory for Men (SHIM): implications for calculating a derived SHIM for clinical use. *Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1336-1344.

- Reynolds, B. S. (1977). Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review. *Psychological Bulletin*, 84(6), 1218-1238.
- Rhoden, E. L., Teloken, C., Sogari, P. R., & Vargas Souto, C. A. (2002). The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 245-250.
- Rodrigues Jr., O. M. (1994). Disfunção Eretil: avaliação psicológica - modelo em abordagem multidisciplinar. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5(2), 230-247.
- Rodrigues Jr., O. M. (1995). *Psicologia e Sexualidade*. São Paulo: MEDSI.
- Rodrigues Jr., O. M. (1999). Inventários de Sexualidade - uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. *Terapia Sexual*, 1(2), 61-120.
- Rodrigues Jr., O. M. (2008a). *Identidade Masculina e Sexual*. São Paulo: Biblioteca 24x7.
- Rodrigues Jr., O. M. (2008b). *Problemas Sexuais: Guia de casal para reconhecer e superar*. São Paulo: Biblioteca 24x7.
- Rodrigues Jr., O. M., Catão, E. C., Finotelli Jr., I., Silva, F. R. C. S., & Viviani, D. H. (2008). Escala de Autoeficácia Sexual-Función Erétil (Versión E): estudio de validación clínica en Brasil. *Revista Peruana de Psicometría*(1), 12-17.
- Rodrigues Jr., O. M., Haddad, S. C., Sessa, S. R., & Costa, M. (1991). Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para disfunção erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6).
- Rodrigues Jr., O. M., Lima, M. Z., & Cecarello, C. V. R. (1992). Autoconfiança Sexual em Estudantes Universitários: Um Estudo Descritivo de Prevalência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3(1).

- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., & Gendrano, N., 3rd (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*, 14(4), 226-244.
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Pena, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11(6), 319-326.
- Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O'Leary, M., & Seftel, A. D. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology*, 64(4), 777-782.
- Rosen, R. C., Goldstein, L., Scoles, V., 3rd, & Lazarus, C. (1986). Psychophysiological correlates of nocturnal penile tumescence in normal males. *Psychosomatic Medicine*, 48(6), 423-429.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Rubio-Aurioles, E., Porst, H., Eardley, I., & Goldstein, I. (2006). Comparing vardenafil and sildenafil in the treatment of men with erectile dysfunction and risk factors for cardiovascular disease: a randomized, double-blind, pooled crossover study. *Journal of Sexual Medicine*, 3(6), 1037-1049.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 157-165.

- Saenz de Tejada, I., Anglin, G., Knight, J. R., & Emmick, J. T. (2002). Effects of tadalafil on erectile dysfunction in men with diabetes. *Diabetes Care*, 25(12), 2159-2164.
- Salveti, M. G., Pimenta, C. A. d. M., Lage, L. V., Oliveira Junior, J. O., & Rocha, R. d. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 111-117.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Varjonen, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 29-42.
- Seidman, S. N. (2002). Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 5, 5-12; discussion 23-15.
- Seidman, S. N. (2006). Ejaculatory dysfunction and depression: pharmacological and psychobiological interactions. *International Journal of Impotence Research*, 18, S33-S38.
- Shabsigh, R., Padma-Nathan, H., Gittleman, M., McMurray, J., Kaufman, J., & Goldstein, I. (2000). Intracavernous alprostadil alfadex (EDEX/VIRIDAL) is effective and safe in patients with erectile dysfunction after failing sildenafil (Viagra). *Urology*, 55(4), 477-480.
- Silva, F. R. C. S., Finotelli Jr., I., Rodrigues Jr., O. M., & Viviani, D. H. (2009). Função sexual, depressão e ansiedade: estudo correlacional em pacientes com queixas de disfunção erétil e ejaculação rápida. *Resumos do IV Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica, Campinas*, 319.

- Sotomayor-de-Zavaleta, M., Rubio-Aurioles, E., Feria-Bernal, G., Mendoza-Valdes, A., Quinzanos-Sordo, L. F., Ugarte-y-Romano, F., Hurtado-Coll, A., Telich-Vidal, M., Barreto-Fernandez, M. A., Tapia-Serrano Mdel, R., Ureta-Sanchez, S. E., Jaspersen-Gastelum, J., Pacheco-Gahbler, C., Senties-Hernandez, I. R., Olguin, J., & Perez-Garcia, J. (2004). Efficacy and safety of vardenafil in patients with erectile dysfunction. Results of the Mexican Multicentric Study. *Revista de Investigación Clínica, 56*(5), 572-579.
- Stevens, S. S. (1946). On the Theory of Scales of Measurement. *Science, 103*(2684), 677-680.
- Stuart-Hamilton, I. (2007). *Dictionary of psychological testing, assessment, and treatment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Texeira, M. G. M., Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). O uso da Escala de Autoeficácia Sexual Função Erétil (SSES-E) em portadores de HIV/AIDS. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, Foz do Iguaçu*, 64-65.
- Thompson, B., & Daniel, L. G. (1996). Factor Analytic Evidence for the Construct Validity of Scores: A Historical Overview and Some Guidelines. *Educational and Psychological Measurement, 56*(2), 197-208.
- Titta, M., Tavolini, I. M., Moro, F. D., Cisternino, A., & Bassi, P. (2006). Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic prostatectomy or cystectomy--results of a randomized prospective study. *Journal of Sexual Medicine, 3*(2), 267-273.
- Urbina, S. (2004). *Essentials of psychological testing*. New Jersey: John Wiley & Sons

- Vendramini, C. M. M. (2007). Estatística e delineamentos de pesquisa. Em M. N. Batista & D. C. Campos (Eds.), *Metodologias de Pesquisa em Ciências - Análise Quantitativa e Qualitativa* (pp. 161-182). Rio de Janeiro: LTC.
- Wagner, T. H., Patrick, D. L., McKenna, S. P., & Froese, P. S. (1996). Cross-Cultural Development of a Quality of Life Measure for Men with Erection Difficulties. *Quality of Life Research, 5*(4), 443-449
- WAS (2008). *Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document*. Minneapolis: Associação Mundial para a Saúde Sexual.
- Wilson, K. A., Beurs, E., Palmer, C. A., & Chambless, D. L. (1999). Beck Anxiety Inventory. Em M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 971-992). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wiltink, J., Hauck, E. W., Phadayanon, M., Weidner, W., & Beutel, M. E. (2003). Validation of the German version of the International Index of Erectile Function (IIEF) in patients with erectile dysfunction, Peyronie's disease and controls. *International Journal of Impotence Research, 15*(3), 192-197.
- Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual Dysfunction: A guide for Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Von Der Pahlen, B., Varjonen, M., Algars, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(2), 89-106.

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais****Pesquisador Responsável: Psic. Ítor Finotelli Júnior**

Eu..... sob registro no Conselho Federal de Psicologia nº..... e portador do R.G. nº..... expedido por, na data, cuja clínica sou responsável está localizada no seguinte endereço:.....

declaro meu consentimento livre e esclarecido para disponibilizar o acesso e coleta de dados nos prontuários do meu arquivo morto como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “*Evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais*”, sob a responsabilidade do pesquisador Psic. Ítor Finotelli Júnior, discente do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual–Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais;
- 2- Durante o estudo disponibilizarei o acesso aos prontuários do meu arquivo morto para que os dados da ficha de identificação do paciente, protocolo de entrevista inicial e os seguintes instrumentos: Escala de Autoeficácia Sexual–Função Erétil (SSES-E), Inventário de Depressão de Beck – BDI, Inventário de Ansiedade de Beck – BAI; possam ser coletados para fins de análises e publicações científicas;
- 3- A participação nesta pesquisa não me causará constrangimento;
- 4- A participação neste estudo não me acarretará nenhum prejuízo ou benefício;
- 5- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo;
- 6- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;
- 7- A interrupção da minha participação não me causará prejuízo algum, sendo os dados dos meus prontuários coletados até então, definitivamente apagados na minha presença;
- 8- Os dados coletados serão mantidos em sigilo absoluto e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 9- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone: (11) 4534-8023;
- 10- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Psic. Ítor Finotelli Júnior e/ou o orientador responsável Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 3342-7255, (19) 8102-4602 e (11) 9943-4527;
- 11- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

.....,dede 2009.

Assinatura do Voluntário

Psic. Ítor Finotelli Júnior CRP: 06/85383
Discente do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco

Anexo B. Carta de Autorização da Instituição.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais

Pesquisador Responsável: Psic. Ítor Finotelli Júnior

Eu.....
 cujo cargo represento
 como..... da instituição
 denominada:.....

autorizo o acesso como voluntário no projeto de pesquisa intitulado “*Evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais*”, sob a responsabilidade do pesquisador

Psic. Ítor Finotelli Júnior, discente do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando esta autorização estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual–Função Erétil (SSES-E) em pacientes com queixas sexuais;
- 2- Durante o estudo disponibilizarei acesso ao banco de dados da instituição para que possam ser coletados os dados da ficha de identificação do paciente, protocolo de entrevista inicial e os seguintes instrumentos: Escala de Autoeficácia Sexual–Função Erétil (SSES-E), Inventário de Depressão de Beck – BDI, Inventário de Ansiedade de Beck – BAI; para fins de análises e publicações científicas;
- 3- A participação nesta pesquisa não causará constrangimento a instituição;
- 4- A participação neste estudo não acarretará nenhum prejuízo ou benefício a instituição;
- 5- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo;
- 6- Estou livre para interromper a qualquer momento a participação da instituição na pesquisa;
- 7- A interrupção da participação não causará prejuízo algum, sendo os dados coletados até então, definitivamente apagados na minha presença;
- 8- Os dados coletados serão mantidos em sigilo absoluto e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 9- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone: (11) 4534-8023;
- 10- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Psic. Ítor Finotelli Júnior e/ou o orientador responsável Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 3342-7255, (19) 8102-4602 e (11) 9943-4527;
- 11- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

.....,dede 2009.

Assinatura do Voluntário

Psic. Ítor Finotelli Júnior CRP: 06/85383
 Discente do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco