



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANDREIA APARECIDA FIAMONCINI

**A RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE DE DESEMPENHO, CRENÇAS SEXUAIS E
DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Andreia Isabel Giacomozzi

FLORINAÓPOLIS, SC

2024

ANDREIA APARECIDA FIAMONCINI

**A RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE DE DESEMPENHO, CRENÇAS SEXUAIS E
DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestra em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Andreia Isabel Giacomozzi

FLORIANÓPOLIS, SC

2024

Fiamoncini, Andreia Aparecida

A relação entre ansiedade de desempenho, crenças sexuais e disfunções sexuais masculinas / Andreia Aparecida Fiamoncini ; orientadora, Andreia Isabel Giacomozzi , 2024.

65 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. ansiedade de desempenho. 3. disfunções sexuais masculinas. 4. crenças sexuais. I. Giacomozzi , Andreia Isabel . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Andreia Aparecida Fiamoncini

**A RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE DE DESEMPENHO, CRENÇAS SEXUAIS E
DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 27 de março de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Andreia Isabel Giacomozzi, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Fernanda Machado Lopes, Dr.(a)
Instituição Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Bárbara Braga de Lucena, Dr.(a)
Instituição Centro Universitário Christus

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Andreia Isabel Giacomozzi, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2024

Resumo

A sexualidade faz parte de todo o ser humano e está presente em todas as fases do desenvolvimento, sendo parte fundamental da qualidade de vida do indivíduo. Ela é experimentada e expressada de diversas maneiras e é influenciada pela sociedade em que se está inserido, além dos aspectos subjetivos, culturais e biológicos. Em termos subjetivos, as crenças, que correspondem a ideias rígidas sobre si, sobre o outro e sobre o mundo, são nomeadas de crenças sexuais nesse contexto e também influenciam a origem e manutenção dos problemas sexuais, juntamente com as emoções, como por exemplo, a ansiedade. A ansiedade de desempenho é nomeada assim por estar associada a um aspecto avaliativo do desempenho, ocorre em vários contextos e muitas vezes é ativada por crenças relacionadas ao desempenho. Disfunções sexuais (DS) é quando há alteração em uma ou em mais fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) provocando sofrimento. Considerando essas informações, o objetivo deste trabalho é analisar qual a relação da ansiedade de desempenho e das crenças sexuais nas disfunções sexuais masculinas. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, correlacional e de recorte transversal com 83 participantes do sexo masculino, com e sem DS. Foram utilizados o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para avaliar a ansiedade, o Quociente Sexual (QS-M) para identificar a presença de disfunção sexual e o Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD) para avaliar as crenças sexuais. As análises dos dados foram descritivas, como comparação entre médias, frequência, desvio padrão e análises inferenciais para comparação de grupos com e sem DS e correlação entre nível de ansiedade e sintomas de DS. Os resultados mostraram para participantes com idade média de 33 anos, a ejaculação precoce (EP) foi a DS mais prevalente com 22,89%. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias das crenças sexuais em relação à presença de disfunções, no entanto, quanto mais crenças disfuncionais, maior a probabilidade de DS. A respeito da ansiedade e DS, houve diferença estatisticamente significativa nas médias, indicando que a presença de DS está correlacionada com maior ansiedade, assim como, quanto maior a ansiedade de desempenho, maior as crenças disfuncionais e DS.

Palavras-chave: ansiedade de desempenho, crenças sexuais, disfunções sexuais masculinas.

Abstract

Sexuality is part of every human being and is present at all stages of development, being a fundamental part of the individual's quality of life. It is experienced and expressed in different ways and is influenced by the society in which one lives, in addition to subjective, cultural and biological aspects. In subjective terms, beliefs, which correspond to rigid ideas about oneself, others and the world, are called sexual beliefs in this context and also influence the origin and maintenance of sexual problems, along with emotions, such as: the anxiety. Performance anxiety is so named because it is associated with an evaluative aspect of performance, occurs in various contexts and is often activated by performance-related beliefs. Sexual dysfunctions (SD) are when there is a change in one or more phases of the sexual response cycle (desire, excitement and orgasm) causing suffering. Considering this information, the objective of this work is to analyze the relationship between performance anxiety and sexual beliefs in male sexual dysfunctions. This was a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional research with 83 male participants, with and without DS. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was used to assess anxiety, the Sexual Quotient (QS-M) to identify the presence of sexual dysfunction and the Dysfunctional Sexual Beliefs Questionnaire (QCSD) to assess sexual beliefs. Data analyzes were descriptive, such as comparison between means, frequency, standard deviation and inferential analyzes to compare groups with and without DS and correlation between anxiety level and SD symptoms. The results showed for participants with an average age of 33 years, premature ejaculation (PE) was the most prevalent SD with 22.89%. No statistically significant differences were identified between the means of sexual beliefs in relation to the presence of dysfunctions, however, the more dysfunctional beliefs, the greater the probability of SD. Regarding anxiety and SD, there was a statistically significant difference in the means, indicating that the presence of SD is correlated with greater anxiety, as well as the greater the performance anxiety, the greater the dysfunctional beliefs and SD.

Keywords: performance anxiety, sexual beliefs, male sexual dysfunctions.

Lista de figuras

Figura 1 - Intervenientes das DS	21
Figura 2 - Tríade Cognitiva	23

Lista de tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos	31
Tabela 2 - Presença de DS	33
Tabela 3 - Escore total do QS-M	33
Tabela 4 - Estatísticas descritivas das respostas do QCSD-M	34
Tabela 5 - Diferença entre as médias de ansiedade (IDATE) de acordo com a presença de disfunção sexual.....	35
Tabela 6 - Análises Descritivas do nível de ansiedade separadas em função da presença ou não de disfunção sexual.....	36
Tabela 7 - Intensidade da ansiedade na amostra geral	36
Tabela 8 - Correlações entre ansiedade, crenças sexuais e DS	37

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 Aspectos históricos da sexualidade	16
3.2 Das Teorias da Resposta Sexual à Terapia Cognitiva Comportamental	17
3.3 Disfunções Sexuais masculinas mais prevalentes	21
3.4 Intervenientes	23
3.4.1 <i>Crenças sexuais</i>	25
3.4.2 <i>Ansiedade de Desempenho</i>	28
4. MÉTODO	29
4.1 Delineamento	29
4.2 Amostra	29
4.3 Instrumentos	29
4.3.1 <i>Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E)</i>	30
4.3.2 <i>Quociente Sexual (QS-M)</i>	30
4.3.3 <i>Questionário de Crenças Sexuais (QCSD-M)</i>	31
4.4 Procedimentos éticos	32
4.5 Procedimentos de coleta de dados	32
4.6 Procedimentos de análise de dados	32
5. RESULTADOS	33
5.1 Presença de Disfunções Sexuais	35
5.2 Crenças Sexuais	36
5.3 Crenças Sexuais e Disfunções Sexuais	36
5.4 Ansiedade de Desempenho e Disfunções Sexuais	37
5.5 Intensidade da ansiedade de desempenho	38
5.6 Relação entre ansiedade de desempenho, crenças sexuais e disfunções sexuais	39
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
8. REFERÊNCIAS	48
9. APÊNDICE	56
9.1 Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
9.2 Apêndice 2 - Questionário Sociodemográfico	59
10. ANEXOS	60
10.1 Anexo A - Inventário de Ansiedade Estado - IDATE	60

10.2 Anexo B - Quociente Sexual - QS-M	61
10.3 Anexo C - Questionário de Crenças Sexuais - QCSD-M	62

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade está presente em todas as fases da vida e é parte fundamental do ser humano. Sua definição é ampla e envolve tanto aspectos de orientação sexual, identidade e papéis de gênero, quanto o prazer, intimidade, erotismo e reprodução, além do sexo propriamente (*World Health Organization* [WHO], 2006). De tal modo, é experimentada e expressada de diversas maneiras, como por meio de pensamentos, fantasias, opiniões, desejos, valores, comportamentos, papéis, atitudes e por meio dos relacionamentos. Apesar de a sexualidade incluir todas essas dimensões, nem todas são experimentadas ou expressas (WHO, 2006).

A saúde sexual é definida pela OMS (WHO, 2006) como um estado de bem-estar físico, psíquico e emocional. Dentro dessa concepção de saúde, é considerado importante vivenciar experiências sexuais agradáveis e seguras, libertas de coerção, violência e discriminação. Ou seja, uma atividade sexual satisfatória depende de saúde física e emocional, bem como da qualidade de vida. Dessa forma, a função sexual é atribuída no momento do ciclo de resposta sexual e que tem influência de aspectos subjetivos, culturais, biológicos e fisiológicos (APA, 2014).

Em termos socioculturais, há uma influência dos conceitos de masculinidade na formação do indivíduo uma vez que o ser homem está intrinsecamente relacionado à repressão de suas emoções e a manifestação de comportamentos e relações de poder, que podem ser expressas por meio de agressão, abuso sexual (Lins, 2013), violência física, uso de substâncias psicoativas, emprego/profissão (Novaes et al., 2018), como também por meio da sexualidade (Almeida, 1996). As masculinidades se transformam naturalmente, conforme o contexto social e histórico, bem como são construídas simultaneamente nas relações de poder e nas relações de homens com mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades decorrentes de raça, sexualidade, geração) (Kimmel, 1998).

A história da sexualidade ainda exerce influência na sociedade e na forma como o homem aprende e lidar com ela (Simão & Simão 2018; Rodrigues Jr, 2010). Através da vivência da sexualidade ao longo da história, se obtém informações nem sempre coerentes e funcionais sobre a

sexualidade, que acabam causando efeitos negativos na saúde física, mental, social e relacional das pessoas (Apay et al., 2014). É notório o quanto os homens carregam à sua vivência sexual, mitos e crenças herdados de uma cultura patriarcal que demonstra uma falsa imagem masculina. Dessa forma, eles esperam atender a um ideal de masculinidade inacessível, não lidando bem com o fracasso e que, em consequência, podem desenvolver a DS como sintoma (Simão & Simão 2018).

Na antiguidade, a masculinidade correspondia a uma expressão condizente com uma atitude viril, agressiva e dominante, independente da faixa etária. Ao nascer o homem já está inserido em uma cultura, já pertence a uma sociedade e cresce sendo influenciado e mediado por ideias e conceitos já estabelecidos anteriormente (Simão & Simão, 2018), principalmente durante a fase da infância e adolescência, pois é quando se começa a construir a visão de si e do mundo (Camerini, 2018). Dessa forma, essas ideias e conceitos sobre masculinidades e/ou outras ideias relacionadas com a sexualidade, vão sendo construídas ao longo da vida e se consolidam enquanto crenças sexuais.

O conceito de crenças foi bem explicado por Beck (2013) em sua teoria acerca do modelo cognitivo, a partir da qual crenças se referem a ideias rígidas, inflexíveis e que funcionam como regras ou condição na vida da pessoa e que influenciam pensamentos, emoções e comportamentos. Tratando-se de cognições, o modelo cognitivo é individual e diz respeito à interpretação que se tem das situações. Funciona em todos os contextos da vida da pessoa e por vezes, em algumas situações podem ser mais funcionais que em outras. No âmbito sexual, essas crenças são chamadas de crenças sexuais e que também se encontram internalizadas no ser humano, podendo se refletir no comportamento e função sexual dos indivíduos (Nobre et al., 2003).

Crenças sexuais disfuncionais foram identificadas na pesquisa de Carvalho (2020) com 269 estudantes da Universidade do Porto em Portugal, sendo 72 do sexo masculino, tendo como objetivo avaliar o papel das crenças sexuais na satisfação sexual e na satisfação com a vida. A crença do tipo “macho latino”, trouxe uma associação com baixos níveis de satisfação sexual masculina e que valorizam mulheres com atitudes mais conservadoras na expressão da sua

sexualidade e sob domínio masculino. Na pesquisa de Lucena (2019) que avaliou os fatores cognitivos na função sexual de 1.001 participantes brasileiros, sendo 411 homens, encontrou que as crenças sexuais também estiveram vinculadas à capacidade de ereção, sendo um papel central no conceito de masculinidade e qualidade sexual e com elevada expectativa de desempenho, iniciativa e “prontidão” sexual. Além disso, observou que a religião também foi uma influenciadora das crenças e dos *scripts* sexuais.

Enquanto influência social, os homens sofrem pressões externas como se necessitassem dar provas de sua virilidade já nos primeiros encontros, como se estivesse que estar sempre prontos e preparados para o ato sexual. A partir dessa expectativa, podem facilmente gerar ansiedade ou até mesmo diante de alguma breve dificuldade, podem sentir frustração ou sensação de fracasso e vir a desenvolver e manter uma disfunção sexual (França, 2001).

Disfunção sexual (DS) de acordo com o Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2023) e o Código Internacional de Doenças - CID-11 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993) correspondem a um grupo heterogêneo de transtornos que se assemelham pelo prejuízo significativo na capacidade do indivíduo de responder sexualmente ou experimentar o prazer sexual. Para fins de diagnóstico, a queixa sexual deve satisfazer alguns critérios como ocorrer em pelo menos 75% dos encontros sexuais, persistir por no mínimo seis meses, causar sofrimento clinicamente significativo e não ser mais bem explicada por outra condição ou transtorno. A resposta sexual tem uma base biológica essencial, no entanto, a sua função envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (APA, 2014).

A disfunção erétil (DE) é uma DS bastante prevalente (APA, 2014), acometendo cerca de 13% a 21% em homens acima de 40 anos. Um dado relevante é que aproximadamente 20% dos jovens receiam ter problemas de ereção na primeira experiência sexual, sendo que 8% relataram terem tido problemas que impediram a penetração nessa primeira experiência sexual (APA, 2014). A ejaculação prematura (EP) é outra DS bastante comum entre os homens e em termos

internacionais, cerca de 20 a 30% demonstraram queixas e preocupações quanto a isso. Além dessas, também fazem parte do grupo de DS a ejaculação retardada, transtorno do desejo sexual hipoativo, disfunção sexual induzida por substância/medicamento e outra disfunção sexual especificada e não especificada. (APA, 2014).

No Brasil, de acordo com um estudo global de atitudes e comportamentos sexuais, conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2001 e 2002, com 471 homens com idades entre 40 e 80 anos, que objetivou identificar a prevalência de DS nessa amostra, apontou que a prevalência de EP foi 30,3%, seguida por incapacidade de chegar ao orgasmo com 14%, DE com 13,1% e falta de interesse sexual (transtorno do desejo sexual hipoativo) com 11,2% (Moreira Jr, et al., 2005). Além dos indivíduos estarem predispostos a desenvolverem alguma disfunção tanto no início da vida sexual, quanto posteriormente, por algum motivo, percebeu-se que as DS não estavam associadas somente com a ansiedade de desempenho, mas a outros aspectos intra e interpessoais que também estão interligados ao processo das respostas sexuais, tais como baixa autoestima, traços de personalidade, ausência de educação sexual, repertório sexual rígido, autoimagem corporal, dependência de pornografia, etc. (Silva et al., 2016; Rodrigues Jr, 2010; Nobre, 2003). Esses outros intervenientes biológicos, fisiológicos e sócio-culturais, podem ser visualizados na Figura 1.

A pesquisa de Britto e Benetti (2010) com 42 homens em uma clínica de andrologia no Rio Grande do Sul, que objetivou avaliar as características de personalidade e a incidência de ansiedade e depressão em homens com DE e ejaculação precoce (EP), revelou que a metade foi diagnosticada com DE e 50% com EP. Em ambos os transtornos a ansiedade estava associada às DS, sendo que o grupo com DE apresentou 61,9% dos indivíduos com sintomas de ansiedade e o grupo com EP apresentou 23,8%, além da depressão que teve média de 13,38 para DE e 9,89 para EP. A depressão é uma comorbidade comum nas DS e essa relação pode ser bidirecional, ou seja, esse transtorno pode contribuir no surgimento de problemas sexuais.

A ansiedade, desde os primeiros estudos sobre DS, foi importante para a compreensão destas e, ainda segue sendo foco principal do tratamento psicológico de homens que apresentam essas

dificuldades (Althof et al., 2005; Sardinha, 2020). A ansiedade, então, é uma emoção que pode potencializar e/ou manter DS devido à descarga de adrenalina no momento do ato sexual (Barbieri, 2019; Britto & Benetti, 2010). Ela pode ser desencadeada pelos processos cognitivos, como pensamentos e crenças sexuais distorcidas, assim como o inverso, no qual a ansiedade pode contribuir para pensamentos disfuncionais (Clark & Beck, 2012).

A disfunção sexual (DS) para o homem frequentemente tem sido relacionada a emoções, sentimentos e pensamentos tais como: medo de fracassar novamente, vergonha por considerar que não consegue satisfazer a parceria, ser “problemático”, ou egoísta, ter baixa autoestima, insegurança, inferioridade, ansiedade e decepção (Carvalho & Sardinha, 2017; Althof, 2006). Além do mais, a DS masculina tem sido associada à dificuldade de lidar com a situação sexual, falta de assertividade e habilidades sociais, o que reforça a situação problemática (Simão & Simão, 2018).

Outras emoções negativas associadas às DS, como culpa, frustração e decepção, sinalizam a ausência de desempenho sexual, pois seu prazer é incompleto, ou muito rápido e por vezes, o prazer é imperceptível. Isso pode deixá-los numa situação de muita vergonha, tristeza e angústia pelo constrangimento de se sentirem expostos e por não saberem lidar com a situação, passando a evitar os contatos sexuais pelo medo de se frustrarem novamente. Esses efeitos psicológicos de angústia e de incapacidade podem ser altamente destrutivos para sua relação conjugal (Carvalho & Sardinha, 2017). Também se observa que questões do relacionamento, como conflitos, dificuldade de comunicação e expressão das emoções, ou até mesmo dificuldades em se envolver afetivamente, também podem contribuir para o problema. (Berner & Günzler, 2012).

Diante do exposto, pretendeu-se analisar qual a relação da ansiedade de desempenho, crenças sexuais e DS masculinas, considerando a possibilidade de elas predisporerem ou manterem os problemas sexuais, com intuito de contribuir para pesquisas posteriores, viabilizar melhores estratégias de enfrentamento e melhores tratamentos. Além disso, visa-se contribuir para sensibilizar a população masculina em geral a procurar mais precocemente os serviços de psicologia, tendo em vista que homens são menos propensos a procurar ajuda psicológica

(Lew-Starowicz & Czajkowska, 2019; Althof, 2006; Moreira Jr et al., 2005) e quanto mais tarde se procura tratamento, maiores podem ser os prejuízos e comprometimento social, pessoal e relacional (Bao et al., 2019). Ainda, intenciona-se cooperar com outros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e profissionais da educação, oferecendo informações que contribuam no desenvolvimento de uma educação sexual que minimize o impacto dessas crenças, focando em comportamentos sexuais mais funcionais, ou seja, focando no prazer, na individualidade em detrimento de um padrão de regras e crenças imposto por uma sociedade.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar a relação entre ansiedade de desempenho, crenças sexuais e DS masculinas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar se e quais DS masculinas estão presentes na amostra estudada;
- Identificar as crenças sexuais presentes na amostra estudada;
- Identificar a intensidade da ansiedade na amostra estudada;
- Comparar os tipos de crenças sexuais nos homens com e sem DS;
- Comparar a intensidade dessa ansiedade nos homens com e sem DS;

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Aspectos históricos da sexualidade

Falar de sexualidade é mergulhar numa história extremamente longa. As atitudes e comportamentos sexuais mudam e se adaptam de acordo com o contexto e a época em que estão inseridos. Muitos dos mitos e das crenças presentes atualmente são originados nas mais remotas sociedades humanas. Dessa forma, para compreender as queixas sexuais é importante conhecer e reconhecer a evolução da história da sexualidade e sua influência no desenvolvimento das DS. (Carvalho & Sardinha, 2017).

Desde as primeiras civilizações até os dias atuais, há uma gama de teorias sobre o

comportamento e o funcionamento sexual humano, que vão desde conteúdos religiosos, médicos, filosóficos, acadêmicos, científicos e literários, de tal forma que os estudos sobre o tema foram profundamente afetados pelos pressupostos ideológicos vigentes em cada época (Rodrigues Jr, 2010). Na antiguidade, a sexualidade foi muito influenciada pelo cristianismo. Nessa fase, a repressão sexual era ditada, havendo uma valorização da castidade e da virgindade até o casamento. Santo Agostinho, por razões individuais, colocou o sexo como pecado e a única finalidade da penetração era para procriação (Carvalho & Sardinha, 2017). Conseqüentemente, o cristianismo produziu um intenso sentimento de culpa a respeito do prazer sexual (Navarros, 2013). Já o período renascentista foi marcado pela liberdade sexual, bordéis funcionando com autorização da igreja e uma ascensão do erotismo por meio da arte e da literatura (Carvalho & Sardinha, 2017; Navarros, 2013).

A influência histórica e cultural na formação sexual dos indivíduos também contribuiu na predisposição de crenças acerca dos papéis de gênero e nos conceitos de masculinidades (Kimmel, 1998). Essas influências são percebidas ainda hoje e isso se mostrou condizente pela pesquisa de Clarke et. al (2015), com 151 homens heterossexuais, australianos (amostra não clínica), com o objetivo de avaliar se o contexto social influenciava nos níveis de crenças, atitudes e comportamentos sexuais disfuncionais. Os participantes foram expostos a imagens e palavras (variável manipulada) que representavam o perfil de masculinidade tradicional, moderno e neutro. O papel masculino tradicional foi representado por imagens de homens enfatizando a força física e a competitividade, com palavras como ‘atletico’, ‘forte’ e ‘confiante’. O papel masculino moderno enfatizou um contexto de nutrição e comunhão, com palavras como ‘carinho’, ‘fidelidade’ e ‘paciência’. Já o papel masculino neutro não enfatizou informações sobre comportamentos masculinos e utilizou palavras como ‘outono’, ‘aniversário’ e ‘árvore’. Posteriormente a essa exposição, os participantes responderam ao questionário de crenças sexuais. A pesquisa indicou que os participantes que foram expostos à condição de papel masculino tradicional revelaram mais crenças sexuais disfuncionais do que os homens que foram expostos ao papel masculino moderno.

Isso também apontou que homens sem DS, mas que apresentaram essas crenças disfuncionais, estariam mais propensos a sentirem ansiedade, resultando em uma maior probabilidade de desencadear disfunções ao passar por uma situação sexual ruim (Clarke et al., 2015). Ou seja, as crenças sexuais disfuncionais podem deixar os homens mais vulneráveis no desenvolvimento de DS (Nobre et al., 2003).

Gonçalves (2017), em sua pesquisa com jovens na cidade de Maputo, capital de Moçambique, na África Oriental, menciona como sendo o elemento principal da masculinidade a satisfação sexual da parceira, pelo fato de que essa será essencial para determinação da sua prestação sexual. Só referem a questão da satisfação individual em segundo plano. E com esse intuito, além de evitar o constrangimento, os jovens faziam uso de estimulantes sexuais para alcançar um bom desempenho.

A sexualidade foi ganhando espaço após alguns acontecimentos como a emancipação sexual feminina advinda da segunda guerra mundial, o desenvolvimento da pílula anticoncepcional e a revolução sexual (Carvalho & Sardinha, 2017). Shere Hite pesquisou o comportamento sexual masculino, em mais de 7.000 homens e identificou uma diferença nos papéis sociosexuais entre meninos e meninas, enfatizando nos meninos uma criação mais solta e livre, propagando um comportamento mais agressivo, com o objetivo de atender às expectativas de “performance” dos pais e da sociedade (Hite, 1986). Sendo assim, é notório pensar que o conceito da masculinidade parece estar associado à ereção e para alguns homens, se deparar com algum problema sexual, passa a dizer sobre eles mesmos, sobre sua identidade, levando a se definirem como “menos homens” (Lucena, 2018).

Apesar de o sexo sempre ter feito parte da trajetória humana, apenas no século passado passou a ser estudado de forma mais objetiva. O desconhecimento da anatomia e da fisiologia do corpo e do funcionamento sexual levou ao surgimento de várias teorias equivocadas a respeito da concepção, procriação e do prazer. Entretanto, mesmo com o desenvolvimento da ciência acerca dessa temática, ainda existem ideias errôneas que acometem várias culturas e sociedade,

contribuindo para a formação de crenças que impactam na formação do indivíduo e no trabalho do psicólogo (Carvalho & Sardinha, 2017).

3.2 Das Teorias da Resposta Sexual à Terapia Cognitivo Comportamental

A função sexual proporciona não só a função reprodutiva, mas também a função do prazer e da intimidade emocional e existe o entendimento de que quando se tem um problema em uma das fases da resposta sexual, surgem as disfunções sexuais e a funcionalidade sexual fica comprometida. Para explicar essas fases da resposta sexual é preciso voltar aos estudos de Masters e Johnson (1970) que descreveram as fases que as pessoas experimentam durante sua atividade sexual em excitação, platô, orgasmo e resolução. Eles focaram seus estudos no desempenho sexual e trouxeram o conceito de *spectoring* que seria quando o indivíduo se distrai dos estímulos sexuais devido as suas preocupações com o desempenho. Para eles as disfunções sexuais eram respostas aprendidas, que poderiam ser desaprendidas.

Uma outra proposta expande a compreensão das fases da resposta sexual propostas por Masters e Johnson, incorporando o desejo, a excitação e o orgasmo. Essa proposta é de Kaplan (1974), que destaca a ideia de que o desejo sexual é contínuo do início ao fim da atividade sexual. Kaplan argumenta que existe um estado motivacional para a atividade sexual que é negligenciada no modelo anterior. Para Kaplan, as disfunções sexuais são caracterizadas por comportamentos sexuais prejudiciais ou insatisfatórios, que gera culpa e ansiedade (Ramirez-Landeta & Zwielewski, 2024).

Com um olhar contemporâneo, surge então, a proposta de Rosemary Basson (2000), que enfatiza a necessidade de compreensão detalhada da resposta sexual. Na sua perspectiva, ela reconhece a diversidade nas respostas de excitação e orgasmo, defendendo que nem toda queixa sexual se trata de uma disfunção. Após vasto estudo acerca da fisiologia da resposta sexual humana e após contribuições de grandes pesquisadores, como Masters e Johnson (1970), Kaplan (1983) e Basson (2005), a resposta sexual teve sua definição sendo composta por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (APA, 2014).

O processo de resposta sexual nos homens segue uma sequência linear, que se inicia com o desejo e avança para a excitação, o clímax ou orgasmo e, por fim, a resolução. O desejo sinaliza movimento, busca por algo que quer, marcado por pensamentos e fantasias sexuais e interesse pelo ato sexual (Kaplan, 1983). A excitação corresponde à sensação de prazer, acompanhada de alteração fisiológica, caracterizada no homem pela vasocongestão pélvica (Basson, 2005).

O clímax sexual masculino envolve dois eventos fisiológicos separados. Primeiramente, ocorre o orgasmo, que é uma sensação subjetiva, é mediado e experimentado no cérebro, caracterizado por uma sensação de intenso prazer, relaxamento ou intimidade, coincidindo com o ápice da excitação sexual. Em seguida, temos a ejaculação, que consiste em duas fases, a emissão caracterizada pelo fechamento do colo da bexiga e pela contração dos músculos lisos ao longo do trato seminal (mediada pelo sistema nervoso simpático e a ejeção, mediada pelo sistema nervoso somático é caracterizada por repetidas contrações dos músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso levando a expulsão do líquido seminal pela uretra (Shindel et al, 2022). Embora frequentemente sejam tratados como sinônimos na literatura biomédica, é importante ressaltar que são processos fisiológicos distintos, podendo ocorrer de maneira independente um do outro (Shindel et al, 2022). Por último, a resolução, que indica sensação de bem-estar e relaxamento muscular, que no caso dos homens, são impossibilitados de obter nova ereção por um período de tempo, que varia individualmente, de acordo com vários aspectos, como idade e saúde física em geral (Shindel et al, 2022).

Durante anos a terapia para queixas sexuais era baseada em técnicas comportamentais clássicas e técnicas com foco sensorial, mas ao longo dos anos foram surgindo novos modelos como o *Modelo Cognitivo-Afetivo* de Barlow (1986) que ressalta que pessoas com DS abordam as questões sexuais de forma diferentes. Em seguida surge o estudo de Nobre, (2003), que mostra o papel das variáveis cognitivas e emocionais na determinação do funcionamento sexual (Zwielewski et al., 2024). Neste estudo, Nobre (2003) concluiu que os pensamentos relacionados a dureza da ereção, a penetração sexual, a escassez de pensamentos eróticos, pensamentos de fracasso e

desistência, pensamento de abuso sexual elucidaram a contribuição das variáveis cognitivas e emocionais na determinação das disfunções sexuais (Zwielewski et al., 2024).

3.3 DS Masculinas: critérios diagnósticos e prevalência

As DS de acordo com o DSM-5 (APA, 2014) “formam um grupo heterogêneo de transtornos que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar o prazer sexual” (pp. 423). São utilizados subtipos para especificar o início da dificuldade e auxiliar nas intervenções. Dentre elas tem o subtipo ao *longo da vida*, que indica que um problema sexual está presente desde as primeiras experiências sexuais. Há o subtipo *adquirido* que se refere às queixas que iniciaram após um período de normalidade das funções sexuais. Tem também o subtipo *generalizado* que ocorre em qualquer situação, parceiros ou tipos de estimulação. Por fim, tem o subtipo *situacional* que se aplica a problemas sexuais que ocorrem em situações específicas, ou com determinados tipos de pessoas e/ou estímulos (APA, 2014).

Na pesquisa sobre a vida sexual do brasileiro, conduzida com 2.862 homens, Abdo et al., (2006) encontraram uma prevalência de 45% de DE, entre leve, moderado e grave. Já na pesquisa de Silva et al. (2021), 74,3% da amostra apresentava DE leve e 4,3% possuía EP e, ainda assim, isso trazia um impacto direto na satisfação sexual e qualidade de vida do indivíduo. Para Lucena (2018), a taxa de prevalência de EP foi de 18% e DE 9%.

Na Turquia, a prevalência de DS nos 193 homens estudados foi de 35,2% para DE e 21,7% para EP (Yikilmaz et al., 2019). No estudo de Kempeneers et al (2018) na Bélgica, dos 610 homens com EP, 30,07% correspondem ao subtipo primário e com duração máxima de penetração de um minuto. Na Polônia, um estudo com 1.054 pessoas, dos quais 48% eram homens, identificou a EP com 23% como sendo a DS mais prevalente, seguida por inibição de desejo com 13%, e DE com 8% (Lew-Starowicz & Czajkowska, 2019).

O Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais (Laumann, et al., 2005) teve como objetivo identificar a prevalência de DS a nível mundial. Separado por regiões, foi levantado que na

Europa a prevalência de EP foi de 42,2%, Centro e Sul da América 28,3%, Oriente Médio 12,4% e Ásia 59,6%. Já a Disfunção Erétil, a prevalência foi de 26,2% na Europa, 13,7% Centro e Sul da América, Oriente Médio com 14,1% e Ásia com 55,2%. No Oriente Médio, o transtorno mais prevalente foi o Desejo Sexual Hipoativo com 21,6% (Laumann et al., 2005).

Diante dos expostos acima, os transtornos sexuais masculinos mais prevalentes são a DE e a EP. Portanto, são abaixo especificados os critérios desses dois transtornos, de acordo com o DSM-5-TR (APA, 2023). Os critérios diagnósticos da DE são:

- A. Vivenciar em quase todas ou em todas as atividades sexuais (aproximadamente 75 a 100%) pelo menos um dos três sintomas a seguir:
 - 1. Dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual.
 - 2. Dificuldade acentuada em manter uma ereção até o fim da atividade sexual.
 - 3. Diminuição acentuada na rigidez erétil.
- B. Os sintomas do critério A persistem por pelo menos seis meses.
- C. Os sintomas do critério A causam sofrimento clinicamente significativo.
- D. A DS não é mais bem explicada por outro transtorno mental ou por consequência de um relacionamento perturbado ou outros estressores, ou ainda, não é atribuível aos efeitos de alguma substância ou outra condição médica.

Os critérios diagnósticos da EP são:

- A. Padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre na atividade sexual, após aproximadamente um minuto de penetração e antes do momento desejado pelo indivíduo.
- B. Os sintomas do Critério A devem estar presentes por pelo menos seis meses e devem ocorrer em quase todas ou todas as situações sexuais.
- C. Os sintomas do critério A causam sofrimento clinicamente significativo.
- D. A DS não é mais bem explicada por outro transtorno mental ou por consequência de um relacionamento perturbado ou outros estressores, ou ainda, não é atribuível aos efeitos de

alguma substância ou outra condição médica.

De modo geral, a ejaculação retardada corresponde a um retardo acentuado, baixa frequência ou ausência da ejaculação e o transtorno do desejo sexual hipotivo se refere a deficiência ou ausência de pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo para a relação sexual (APA, 2023).

Considerando a teoria trazida sobre disfunções sexuais, pretende-se neste trabalho, analisar qual a relação da ansiedade de desempenho e das crenças sexuais nas DS masculinas, considerando a possibilidade de elas predisporerem ou manterem os problemas sexuais.

3.4 Intervenientes

Nas primeiras contribuições científicas de Masters e Johnson (1970) eles consideravam a influência das cognições no desempenho sexual. O automonitoramento da própria atividade sexual (na perspectiva de uma terceira pessoa) foi chamado por eles de *spectatoring*. Essa ação substituiu o foco das sensações eróticas, levando a uma distração com preocupações sobre o seu comportamento ou resposta sexual e, conseqüentemente, interromperia a seqüência do funcionamento sexual, prejudicando a excitação e o orgasmo (Master & Johnson, 1970; Lucena, 2018).

O conceito de *spectatoring* foi utilizado por Barlow (1986) em seu modelo cognitivo-afetivo de DS. Para o autor, as pessoas com e sem DS reagiriam de formas distintas frente às situações sexuais. Assim sendo, homens e mulheres sem DS responderam com cognições positivas, afeto positivo, boas expectativas e sensação de controle da situação, mantendo o foco nos estímulos eróticos. Por outro lado, indivíduos com DS reagiriam com ansiedade, frustração, pensamentos negativos e expectativa de falha. Dessa forma, as pessoas com DS ficariam hipervigilantes, focariam na preocupação e nos pensamentos negativos e disfuncionais, aumentando o foco na resposta fisiológica da ansiedade, ao invés de concentrarem nos sinais eróticos necessários para a excitação, o que retroalimentaria o problema sexual (Barlow, 1986; Carvalho & Sardinha, 2017).

O ato de processar informações durante a atividade sexual como se fossem “espectadores” em vez de participantes está de acordo com possíveis conseqüências de uma falha sexual, como a interrupção do sexo e do prazer, respostas emocionais negativas da parceria e comprometimento da

resposta sexual da parceria. Ou seja, em vez do homem se concentrar em estímulos eróticos que promovam um maior envolvimento no prazer, aquele que assume o papel de espectador se concentra nos estímulos de forma avaliativa. Dessa forma, passa a monitorar a própria resposta sexual, como por exemplo, a ereção, se preocupando com possíveis consequências no caso de falhar, dificultando a excitação e contribuindo justamente para essas implicações (Stephenson, 2018).

Não apenas o papel de *spectoring* predispõe ao aparecimento de DS. Existem outros intervenientes (Figura 1) que também influenciam na vulnerabilidade do indivíduo para DS. São eles os intervenientes biológicos: as influências medicamentosas, processo de envelhecimento (Nimbi et al., 2019) e algumas comorbidades; os aspectos sócio-culturais e relacionais como a religião, o estilo de vida (Chen et al., 2019), repertório sexual empobrecido, histórico de vida, problemas na relação com a parceria (Atallah, et al., 2021) e exigências sociais e os intervenientes psicológicos: diagnósticos psiquiátricos (Grover & Shouan, 2020), experiências traumáticas (Atallah, et al., 2021) educação sexual ausente, imagem corporal (Nobre, 2003), traços de personalidade.

Intervenientes sócio-culturais	Intervenientes biológicos	Intervenientes Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> -Fatores culturais e/ou religiosos -Estilo de vida -Acúmulo de papéis -Baixa qualidade de vida -DS da parceria -Mitos sexuais -Repertório sexual empobrecido -<i>coping</i> diádico -Problemas na relação com a parceria -Infidelidade -Exigências sociais 	<ul style="list-style-type: none"> -Uso prolongado de alguns medicamentos -Envelhecimento -Alterações hormonais -Sedentarismo -Abuso de substâncias (álcool, cigarro, drogas) -Diabetes -Hipertensão sistêmica -Cardiopatias -Obesidade -Doenças prostáticas -Fatores neurológicos e vasculares -Anomalias genéticas e nos órgãos genitais 	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnósticos psiquiátricos -Experiências sexuais traumáticas -Educação sexual ausente ou inadequada -Traços de personalidade -Baixa auto estima -Dependência da pornografia -Preocupação com o desempenho -Medo do fracasso -Estratégias de <i>coping</i> disfuncionais -Crenças sobre aparência física

Figura 1: Intervenientes das DS
adaptado de (Zwielewski & Cruz, 2024)

Sobre este último, indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo (característico de

amostras clínicas) têm uma maior tendência de agirem de forma rígida, evitando as situações sexuais para não experimentar emoções negativas, que entendem como aversivas, o que, por vezes, intensifica a ansiedade, mantendo o ciclo (Azevedo, 2021; Britto & Benetti, 2010). Assim sendo, a própria forma como o homem interpreta e enfrenta esses processos cognitivos pode determinar o surgimento ou agravamento de uma DS ou, pelo contrário, permitir uma melhor adaptação ao problema. Os padrões de comportamento cognitivo-afetivo e a própria autoeficácia estão relacionados com a origem de uma DS (Waldinger, Jannini & McMahon, 2013).

Esses fatores intervenientes citados anteriormente associados à história de vida dos indivíduos, contribuem para formação de crenças, que serão discutidas no tópico seguinte e são os intervenientes mais relevantes para este trabalho.

3.4.1 Crenças sexuais

As cognições que estão associadas às DS são melhores descritas pela teoria de Beck (2013). Essas cognições são informações processadas diante das situações, ou seja, dizem respeito à interpretação dos fatos. Fazem parte desse processamento, as crenças centrais, intermediárias e pensamentos automáticos. As crenças centrais, também conhecidas como autoesquema, são representações e ideias mais rígidas e inflexíveis sobre si mesmo, sobre o outro e sobre o mundo. Já as crenças intermediárias são regras e pressupostos ou suposições acerca das situações, desempenhando um papel importante na ativação das crenças centrais e que ambas influenciam no comportamento, contribuindo para manter o ciclo de manutenção e reforçamento de crenças (Beck, 2013).

As crenças sobre sexualidade, chamada por Zilbergeld (1999) de crenças sexuais constituem fatores que aumentam a propensão a problemas sexuais tanto em homens quanto em mulheres (Nobre, 2010; Nobre et al., 2006). Isso ocorre devido a atitudes negativas, expectativas irrealistas, mitos sobre desempenho sexual, sentimentos de culpa, ansiedade, medo, conflitos de relacionamento, falta de comunicação e concepções equivocadas sobre o que é considerado "normal" no contexto sexual (Peixoto & Nobre, 2020; Sardinha, 2020; Vasconcelos et al., 2021). De

forma não consciente, esse homem pode ter uma crença sexual (nível intermediária) de que “*se eu não satisfazer, então serei um fracassado*”, tendo como crença central “*sou fracassado*” (Nobre et al., 2003). Esse conjunto de crenças, também conhecido como Tríade Cognitiva (Sardinha, 2020; Metz et al., 2017; Barsky et al., 2006) é melhor visualizada na figura 2.

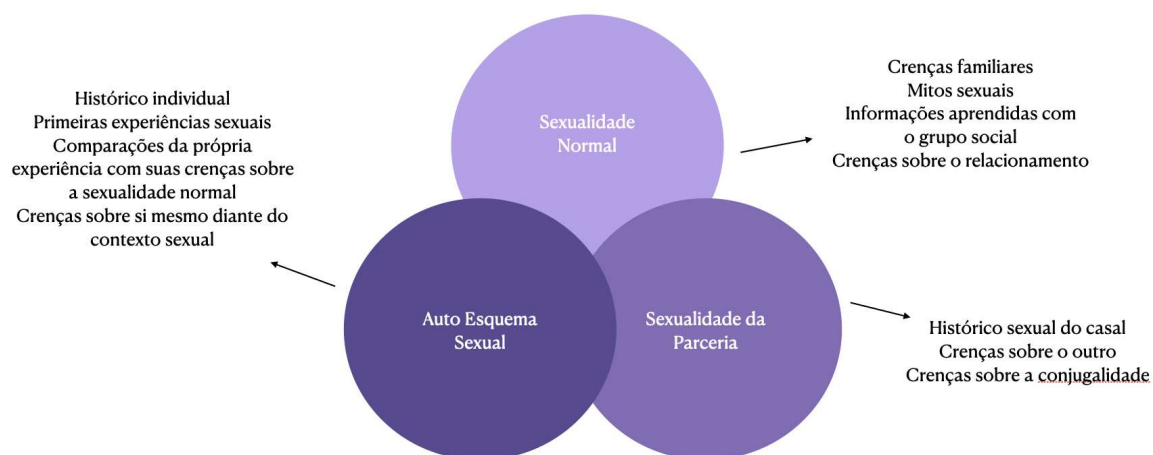


Figura 2: Tríade Cognitiva
adaptado de (Sardinha, 2020; Metz et al., 2017; Barsky et al., 2006)

No caso de homens com DE, observa-se a presença de crenças sexuais que os tornam mais vulneráveis, como a ideia de que “*um homem sempre deve estar pronto para o sexo*”, a associação do sexo exclusivamente à penetração e a concepção de que o sexo equivale a uma relação sexual (Zilbergeld, 1999). Já homens com EP tendem a possuir crenças relacionadas ao desempenho e à satisfação da parceira, acreditando que ereção prolongada é essencial para a satisfação sexual da mulher e que se assim não ocorrer, estariam decepcionando a parceira (Peixoto & Nobre, 2014; Althof, 2006). Essas crenças, por sua vez, podem levar à baixa autoestima, insegurança a respeito da sua capacidade sexual e redução da qualidade do relacionamento sexual (Althof, 2006).

Corroborando a essa temática, uma pesquisa (Peixoto & Nobre, 2014) avaliou o papel das crenças sexuais em homens e mulheres residentes em Portugal, com orientação hetero e homossexual, com e sem DS. A população masculina foi formada por 4 grupos de 53 participantes cada, sendo dois grupos com queixas sexuais (um para homens hétero, outro para homens gays) e dois grupos controle (um para homens hétero, outro para homens gays). O resultado foi que as

crenças sexuais disfuncionais diferenciaram entre homens sexualmente funcionais e disfuncionais, independente da orientação sexual. Mais especificamente, homens sexualmente disfuncionais apresentaram crenças mais rígidas do tipo conservadorismo, satisfação da parceria e do tipo “machistas” e ainda foram mais propensos a catastrofizar as consequências de uma falha sexual (Peixoto & Nobre, 2014).

Kandhi et al. (2018), conduziram uma pesquisa em uma população indiana com 88 estudantes universitários de ambos os sexos e o estudo mostrou correlação significativa entre crenças de cunho “machista”, do tipo “macho latino”, dominado pela ideia de capacidade do homem de estar sempre pronto para o sexo, satisfazer todas as parceiras e manter o pênis ereto até o final de qualquer relação sexual. Foi identificada em uma amostra da população turca, composta por 304 homens com DE e um grupo de 511 sem, uma diferença a respeito das crenças sexuais. O grupo com DE apresentou maiores crenças sobre altas expectativas da função sexual masculina, como “um bom ato conota uma excitação constante e orgasmo como consequência”, de “homens fortes são capazes de fazer amor algumas vezes sucessivamente”, de que “é difícil inserir o pênis na vagina” e que “todas as intimidades devem resultar em relação sexual” (Apay et. al., 2014).

O estudo de Stephenson (2018) com 166 homens americanos avaliou as crenças sobre as consequências experimentadas diante de uma falha sexual, o que pode corroborar com as preocupações apresentadas pelos homens que tendem a superestimar a gravidade da reação da parceria diante de um resultado sexual negativo. A consequência mais angustiante foi diminuir o desejo sexual da parceria. O medo em relação às possíveis consequências negativas podem contribuir nas distrações e angústias, perpetuando a manutenção do problema sexual.

O modelo cognitivo de Beck (2013), conduzido para o contexto sexual (Barlow, 1986; Nobre et al., 2003), que explica o funcionamento, a origem e/ou manutenção da DS é importante para coordenar e conduzir o tratamento. A teoria cognitiva defende a ideia de que ao modificar/reestruturar os pensamentos e flexibilizar as crenças sexuais, as emoções podem ser reguladas ou modificadas e, conseqüentemente, os comportamentos passam a ser mais funcionais.

No entanto, também se considera que ao modificar um comportamento, aprendendo novas habilidades, igualmente pode auxiliar na regulação emocional e, por conseguinte, na flexibilidade das cognições, contribuindo para a resolução desses problemas (Beck, 2013).

3.4.2 Ansiedade de Desempenho

A ansiedade é uma emoção que está muito relacionada com as DS, ela é voltada para o futuro, com respostas no âmbito cognitivo, afetivo, fisiológico e comportamental e é ativada diante de eventos interpretados como ameaçadores, pela sua imprevisibilidade e incontrollabilidade que poderiam ameaçar a vida do indivíduo (Clark & Beck, 2012). A ansiedade de desempenho é um termo usado para se referir à presença de ansiedade em situações em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas, como por exemplo, provas, testes, proferir palestras, interações sociais (APA, 2023) e no contexto sexual (Barlow, 2002). Neste trabalho focamos na ansiedade de desempenho estritamente no contexto sexual por estar relacionado ao objetivo da pesquisa. As situações sexuais vistas como potencialmente aversivas provocam um desvio rápido na atenção para esse foco ou para a própria resposta afetiva do indivíduo a esses eventos, prejudicando assim a resposta sexual. Pode ser narrada de forma clara e objetiva como pensamentos frequentemente perturbadores e intrusivos que deslocam a atenção do homem em não despertar fantasias e sensações ou então dificulta a captação de estímulos eróticos (Barlow, 1986).

A ansiedade de desempenho sexual foi referida por Master e Johnson (1970) e por Kaplan (1974) como um ponto importante a ser trabalhado no tratamento das DS. Além do mais, o medo do fracasso, as exigências da parceria e a necessidade excessiva de agradar, tem um papel crucial no desenvolvimento das ansiedades sexuais (Kaplan, 1974). Essas ansiedades impedem o indivíduo de experimentar a excitação sexual, inibindo o funcionamento do sistema nervoso autônomo a tal ponto que a excitação fisiológica se torna impossível (Kaplan, 1974).

Na pesquisa nacional, intitulada Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, coordenada por Abdo (2004) com o objetivo de avaliar a ansiedade e as DS, foi encontrada correlação positiva entre ansiedade e DE, sendo que 6,4% dos homens com DE apresentavam ansiedade, contra 3,8% dos

homens que sentiam ansiedade, mas sem DE. Diante da ausência de estímulos prazerosos, a probabilidade de desencadear um problema sexual aumenta. A ansiedade, assim como o nervosismo, o medo e a preocupação podem contribuir para as DS. No caso da EP, pode haver também um aprendizado comportamental em decorrência do início da masturbação na adolescência ter ocorrido por uma estimulação rápida, visando apenas o gozo e o medo de ser flagrado (Carvalho & Sardinha, 2017; Waldinger et al., 2013).

4. MÉTODO

4.1 Delineamento

Essa pesquisa tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo correlacional, de corte transversal e com amostragem não probabilística (Breakwell et al., 2018).

4.2 Amostra

A amostra foi composta por conveniência, encontrada por divulgação via internet, em plataformas das redes sociais do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), no Programa de Pós Graduação de Psicologia (PPGP) e na própria Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), seguindo no formato *snowball*, a partir do qual um participante da pesquisa indica outro participante e assim sucessivamente, então vai-se acumulando participantes de forma similar ao processo de uma bola de neve que vai se tornando maior a cada vez que roda (nova indicação). Os participantes foram 83 homens, entre 18 anos e 60 anos, independente da orientação sexual. Todos os participantes responderam todos os formulários e dessa forma não houveram participantes excluídos.

4.3 Instrumentos

Foi utilizado um questionário desenvolvido pela pesquisadora especificamente para o estudo em questão com o objetivo de obter informação de cada participante sobre dados sociodemográficos (idade, estado civil, residência, ocupação, religião), clínico (história médica e uso de medicação) e questões relacionadas com o comportamento sexual (frequência de atividade sexual, orientação sexual e histórico de abuso). Além deste questionário, foram utilizados os instrumentos:

4.3.1 Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E)

A ansiedade sexual foi medida usando uma adaptação da versão francesa do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) adaptada para a população brasileira (Spielberger, Biaggio & Natalício, 1979). O inventário é composto por duas escalas, uma que avalia a Ansiedade Traço (A-T) e outra que avalia a Ansiedade Estado (A-E). No entanto, nesta pesquisa, foi utilizado somente o Inventário Estado, pois estava mais de acordo com os objetivos da pesquisa. De acordo com os autores (Spielberger, Biaggio & Natalício, 1979), os estados de ansiedade são caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e tensão, percebidos de forma consciente, podendo estar associados com uma ativação do Sistema Nervoso Autônomo como uma resposta psicológica à ameaça ao autoconceito, correspondendo a uma ativação do Sistema Nervoso Central. Ainda, a ansiedade-estado refere-se às reações do indivíduo diante de situações ou tensões temporárias, podendo variar de acordo com as fases vividas pela pessoa. A adaptação do inventário estava na introdução, onde o período de tempo original considerado (“agora”) foi substituído por “quando você tiver relações sexuais”.

O instrumento é de autorrelato, tipo *Likert*, com escores para item individual variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), produzindo uma escala total que varia de 20 (ansiedade mínima) a 80 (ansiedade máxima). A consistência interna, Alfa *Crombach* A-E masculino obteve valor de 0,93 (Spielberger, Biaggio & Natalício, 1979). A interpretação das respostas se dá por uma pontuação para cada pergunta. As questões positivas têm os escores invertidos, ou seja, se a resposta for 4, pontua-se 1, se a resposta for 3, pontua-se 2, se for 2, pontua-se 3 e se for 1, pontua-se 4. As perguntas de caráter positivo são as de número 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 (Spielberger, Biaggio & Natalício, 1979).

4.3.2 Quociente Sexual (QS-M)

Foi utilizado também o questionário Quociente Sexual, versão masculina (QS-M) que foi desenvolvido e validado no Brasil, (Abdo, 2007), composto por 10 questões autorresponsivas numa escala de 0 (nunca) a 5 (sempre). Além da função sexual em geral, o questionário avalia as fases do

ciclo de resposta sexual (desejo, excitação e orgasmo) e satisfação sexual, podendo ser identificada a presença de DS. A análise estatística do questionário revelou que todas as 10 questões do QS-M são relevantes ($\alpha = 0,58$) e para os domínios separados, (todos com $\alpha \geq 0,6$). (Abdo, 2007).

O resultado do questionário ocorre pela soma dos itens multiplicada por dois. Dessa forma, os escores variam de 0 a 100, sendo escores <60 indicativos de DS. Os transtornos masculinos avaliados são: Transtorno do desejo sexual hipoativo, com pontuações menores que 2 nos itens 1 e 2; Transtorno erétil com pontuações abaixo de 2 nos itens 5, 6 e 7; Ejaculação precoce com pontuações abaixo de 2 no item 8 (Abdo, 2007).

4.3.3 Questionário de Crenças Sexuais (QCSD-M)

Por fim, para avaliar as crenças sexuais, foi utilizado o questionário QCSD (Nobre et. al, 2003), adaptado e validado na população brasileira (Lucena, 2019) que é um instrumento de 38 itens que avaliam um conjunto de crenças sexuais que podem vulnerabilizar as pessoas a desenvolverem ou manterem DS. Embora o público alvo foi masculino, vale ressaltar que o instrumento é composto pela versão feminina também. Os indivíduos foram orientados a responder cada afirmativa identificando o grau de concordância nas mais diversas ideias sexuais, utilizando uma escala de respostas do tipo Likert, partindo de 1 (discordo completamente) até 5 (concordo completamente). O instrumento não possui um ponto de corte, é um questionário que aponta o fator de vulnerabilidade, ou seja, quanto maior a pontuação na escala total, maiores são as crenças disfuncionais.

A versão masculina avalia três tipos de crenças: normatização dos papéis de gênero (crenças sobre a função correspondente a cada gênero e o que é natural para o homem e para a mulher), atividade sexual (crenças sobre o que é certo ou errado no ambiente sexual e o que promove satisfação sexual) e controle sexual (crenças de que é importante controlar ou reprimir os impulsos sexuais, pois "entregar-se" sexualmente pode ser perigoso. O instrumento como um todo teve $\alpha = 0,94$.

4.4 Procedimentos éticos

A presente pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016) que estipula as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas realizadas com seres humanos, com CAAE de número 65546522.5.0000.0121. Os participantes estavam cientes e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinalando esse item na página da web. Em seguida tiveram acesso aos questionários. O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

Foi criado um questionário onde os instrumentos foram transcritos para o google forms (plataforma on-line do google para formulários). Também foi feito convite para participação na pesquisa que ocorreu somente de forma online, através de mídias sociais (facebook, instagram, whatsapp), lista de e-mails, divulgados nas redes sociais da pesquisadora e de colegas da área da saúde. Os participantes interessados tiveram acesso a pesquisa pelo link anexado ao convite. Porém, primeiramente tiveram acesso ao TCLE (Apêndice A) e em seguida tiveram acesso aos formulários para preenchimento. O primeiro questionário apresentado foi o IDATE-E, seguido pelo QS-M, QCSD-M e por último, os dados sociodemográficos. Após o preenchimento dos questionários essa amostra geral foi dividida e analisada comparando os dois grupos, sendo um com DS e outro sem DS.

4.6 Procedimentos de análise de dados

Os dados foram analisados com auxílio do *software* JAMOVI. Foram realizadas análises descritivas, como comparação entre médias, frequência e desvio padrão. Além disso, foram realizados procedimentos para verificação da adequação da distribuição dos dados à normalidade e, então, análises inferenciais para comparação dos grupos com e sem DS e correlação entre nível de ansiedade e sintomas de DS (Cozby, 2003).

5. RESULTADOS

O objetivo geral deste estudo foi analisar a relação entre a ansiedade, crenças sexuais e disfunções sexuais masculinas. A amostra foi composta por 83 homens com idades variando de 18 a 59 anos (Média = 33, DP = 10,6). Entre as características da amostra, foram maioria os homens sem religião (39,8%), casados (27,7%), heterossexuais (85,5%), com pós-graduação completa (28,9%), sem uso contínuo de medicamento (75,9%), sem diagnóstico de transtornos mentais (77,1%) sem histórico de abuso sexual (84,3%) e com frequência sexual nos últimos 6 meses de "1 vez por mês ou menos" (26,5%). A Tabela 1, apresenta a distribuição dos participantes por características demográficas e de saúde.

Tabela 1

Dados sociodemográficos

	Frequência	% do total
Religião		
Agnóstico	1	1.2 %
Ateu	1	1.2 %
Católica	30	36.1 %
Crente	1	1.2 %
Cristão	1	1.2 %
Cético agnóstico	1	1.2 %
Espiritualista	1	1.2 %
Espírita	6	7.2 %
Evangélica	6	7.2 %
Luterano	1	1.2 %
Sem religião	33	39.8 %
Umbanda	1	1.2 %
Tipo de relacionamento		
Casado	23	27.7 %
Namorando	13	15.7 %
Separado	3	3.6 %
Solteiro com parcerias sexuais	16	19.3 %
Solteiro sem parcerias sexuais fixas	14	16.9 %
Solteiro, separado recentemente	1	1.2 %

	União Estável	12	14.5 %
	Namoro, mas sem relação sexual	1	1.2 %
Orientação sexual	Bissexual	8	9.6 %
	Heterossexual	71	85.5 %
	Homossexual	4	4.8 %
Escolaridade	Ensino médio completo	13	15.7 %
	Ensino superior completo	21	25.3 %
	Ensino superior incompleto	16	19.3 %
	Pós graduação completa	24	28.9 %
	Pós graduação incompleta	9	10.8 %
Uso de medicamentos	Não	63	75.9 %
	Sim	20	24.1 %
Presença de diagnóstico	Não	64	77.1 %
	Sim	19	22.9 %
Histórico de abuso	Não	70	84.3 %
	Sim	13	15.7 %
Frequência de relações sexuais nos últimos 6 meses	1x por mês ou menos	22	26.5 %
	1x por semana	11	13.3 %
	2x por mês	20	24.1 %
	2x por semana	11	13.3 %
	3x por semana	10	12.0 %
	4 ou mais vezes por semana	2	2.4 %
	Não tive	7	8.4 %

5.1 Presença de DS

Para identificar a presença de disfunção sexual na amostra, foi utilizado o questionário Quociente Sexual, versão masculina (QS-M). Seus escores variam de 0 a 100. O Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo é identificado por pontuações menores que 2 nos itens 1 e 2; a DE é identificado com pontuações abaixo de 2 nos itens 5, 6 e 7; e a EP com pontuações abaixo de 2 no item 8. A Tabela 2, indica a presença de DS na amostra. Do total de participantes, 6,02% apresentam Desejo Sexual Hipoativo (N = 5); 3,61% apresentam DE (N = 3); 22,89% apresentam EP (N = 19); 30,13% (N = 25) apresentam, pelo menos, uma DS, ou seja, uma mesma pessoa pode apresentar uma ou mais disfunções. A Tabela 3 apresenta o escore total do QS-M na amostra estudada.

Tabela 2

Presença de disfunção sexual

	Resposta	Participantes	Percentual
Desejo sexual hipoativo	Não	78	93.98%
	Sim	5	6.02%
Disfunção erétil	Não	80	96.39%
	Sim	3	3.61%
Ejaculação precoce	Não	64	77.11%
	Sim	19	22.89%
Presença de alguma disfunção	Não	58	69.87%
	Sim	25	30.13%

Tabela 3

Escore total do QS-M

	QS-M Escore total
N	83
Média	68.1
Mediana	70
Desvio-padrão	15.2
Mínimo	20
Máximo	100

5.2 Crenças sexuais

Para avaliar as crenças sexuais dos participantes, foi utilizado o Questionário de Crenças Sexuais (QCSD-M). O instrumento apresenta três dimensões principais: Normatização dos papéis; Atividade sexual; Controle sexual. A Tabela 4, apresenta a descrição dos resultados obtidos pela aplicação do QCSD-M.

Tabela 4.

Estatísticas descritivas das respostas ao Questionário de Crenças Sexuais (QCSD-M)

	Escore total	Normatização dos papéis	Atividade sexual	Controle sexual
N	83	83	83	83
Média	77.8	34.2	18.2	15.6
Mediana	77	34	17	15
Desvio-padrão	17.3	10.1	4.35	4.41
Mínimo	43	15	13	7
Máximo	123	58	34	29
Pontuação máxima possível*	190	85	65	40

*Quanto seria o total se a pessoa marcasse a maior alternativa em todos os itens

5.3 Crenças sexuais e disfunções sexuais

A relação entre as crenças sexuais e as disfunções sexuais na amostra foi verificada a partir da comparação das médias nas respostas ao QCSD-M, em seus três domínios, e as respostas ao QS-M, também em seus três domínios. Os resultados do QCSD-M são interpretados de acordo com os domínios: Normatização dos papéis de gênero; Atividade sexual; Controle sexual. Já o QS-M possibilita a identificação da presença de três DS: Desejo Sexual Hipoativo; DE; EP. A partir de análise gráfica e do procedimento de Shapiro-Wilk, verificou-se que os resultados da QCSD-M afastaram-se da distribuição normal. Dessa forma, foi realizado um procedimento de análise não-paramétrico para verificação da diferença de médias entre os grupos com e sem disfunção.

As relações entre as crenças sexuais e as DS presentes na amostra foram verificadas a partir do teste U de Mann-Whitney. Para isso, as médias em cada um dos três domínios de crenças sexuais (Normatização dos papéis de gênero, Atividade sexual e Controle sexual) foram comparadas, utilizando-se: presença de DS; Desejo Sexual Hipoativo; DE; EP. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as médias de cada domínio das crenças sexuais em relação à presença de disfunções. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias entre cada domínio das crenças sexuais em relação ao uso de medicamento, ao autorrelato de alguma doença crônica ou diagnóstico de saúde mental e ao autorrelato de histórico de abuso sexual.

5.4 Ansiedade e DS

A distribuição dos escores do IDATE não se aproximou da normalidade. Por isso, os escores dos grupos com e sem DS foram comparados a partir do teste U de Mann-Whitney, um procedimento não-paramétrico. A Tabela 5, mostra a diferença entre as médias. Os resultados indicaram que houve diferença estatisticamente significativa nas médias de ansiedade entre o grupo com DS e o grupo sem DS, $U = 361$, $p = <.001$. Também houve diferença estatisticamente significativa nas médias de ansiedade entre o grupo com Desejo Sexual Hipoativo e o grupo sem essa disfunção, $U = 73.5$, $p = 0.021$. Além disso, houve diferença estatisticamente significativa nas médias de ansiedade entre o grupo com EP e o grupo sem esse diagnóstico, $U = 353$, $p = 0.021$.

Tabela 5.

Diferença entre as médias de ansiedade (IDATE) de acordo com a presença de disfunção sexual.

	Mann-Whitney U	p	Diferença de média
Presença de disfunção	361	< .001	-12.0
Desejo Sexual Hipoativo	73.5	0.021	-16.0
Disfunção erétil	72	0.246	-8.0
Ejaculação precoce	353	0.006	-10.0

Nota. $H_a: \mu_{\text{Não}} \neq \mu_{\text{Sim}}$

5.5 Intensidade da ansiedade

A intensidade da ansiedade dos participantes foi avaliada com o uso do IDATE. Todos os participantes responderam ao inventário. A média de ansiedade da amostra foi 42.3 (DP= 12.8). A Tabela 6 apresenta as estatísticas descritivas do resultado da aplicação do IDATE em indivíduos com e sem DS. Já a Tabela 7 apresenta descrição da intensidade da ansiedade na amostra geral de acordo com os resultados de aplicação do IDATE.

Tabela 6.

Análises Descritivas do nível de ansiedade separadas em função da presença ou não de disfunção sexual.

	Disfunção sexual	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
Escore IDATE	Não	58	39.0	12.49	20	67	37.0
	Sim	25	49.9	9.96	28	66	50

Tabela 7.

Intensidade da ansiedade na amostra geral

	Escore IDATE
N	83
Omissos	0
Média	42.3
Mediana	40
Desvio-padrão	12.8
Mínimo	20
Máximo	67

5.6 Relação entre ansiedade de desempenho, crenças sexuais e DS

As relações entre as variáveis de interesse foram verificadas a partir do procedimento de correlação de Spearman, um teste não-paramétrico. Foram identificadas correlações negativas, fracas e estatisticamente significativas entre o escore da dimensão “normalização dos papéis de gênero” do QCSD-M e o escore total do QS-M ($r = -0.250$; $p = 0.023$), entre o escore da dimensão “atividade sexual” do QCSD-M e o escore total do QS-M ($r = -0.315$, $p = 0.004$) e entre o escore da dimensão “controle sexual” do QCSD-M o escore total do QS-M ($r = -0.266$, $p = 0.015$) e entre o escore da dimensão “controle sexual” do QCSD-M e a idade ($r = -0.233$, $p = 0.034$). Isso significa que quanto mais crenças disfuncionais, menor o QS-M, ou seja, mais disfunções sexuais.

Também foi identificada correlação negativa forte e estatisticamente significativa entre o escore de ansiedade e o escore total de QS-M ($r = -0.759$, $p < .001$). Ou seja, quando o escore de ansiedade aumenta, o escore do QS-M diminui. Porém, escore baixo do QS-M sinaliza mais sintomas de DS. Dessa forma, quanto maior a ansiedade de desempenho, maior a DS (escore menor do QS-M). Além disso, foram identificadas correlações positivas e fracas entre o nível de ansiedade e o escore da dimensão “normalização dos papéis de gênero” do QCSD-M ($r = 0.420$, $p < .001$) e entre o nível de ansiedade e a dimensão “controle sexual” do QCSD-M ($r = 0.308$, $p = 0.005$), indicando que quanto maior a ansiedade de desempenho, maior as crenças disfuncionais relacionadas. A Tabela 8, apresenta as demais correlações.

Tabela 8
Correlações entre ansiedade, crenças sexuais e DS.

		Idade	QS	QCSD 1	QCSD 2	QCSD 3	IDATE
idade	r	—					
	p-value	—					
QS	r	0.063	—				
	p-value	0.571	—				

QCSD 1	r	-0.038	-0.250*	—		
	p-value	0.735	0.023	—		
QCSD 2	r	-0.033	-0.315**	0.387***	—	
	p-value	0.768	0.004	< .001	—	
QCSD 3	r	-0.233*	-0.266*	0.472***	0.504***	—
	p-value	0.034	0.015	< .001	< .001	—
IDATE	r	-0.072	-0.759***	0.420***	0.199	0.308**
	p-value	0.517	< .001	< .001	0.071	0.005

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Legenda: QS (Quociente Sexual); QCSD T (Questionário de Crenças Sexuais - Escore Total); QCSD C1 (Questionário de Crenças Sexuais - Domínio Normatização de Papéis de Gênero); QCSD C2 (Questionário de Crenças Sexuais - Domínio Atividade Sexual); QCSD C3 (Questionário de Crenças Sexuais - Domínio Controle Sexual); IDATE T (Inventário de Ansiedade Estado - Escore total); r (rho de Spearman).

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse estudo buscou analisar a relação entre ansiedade de desempenho, crenças sexuais e DS masculinas. As DS se caracterizam pela dificuldade ou incapacidade de uma pessoa reagir aos estímulos sexuais ou de sentir prazer, provocando alteração em uma ou mais fases da resposta sexual e acompanhada de sofrimento clinicamente significativo (APA, 2023). Crenças sexuais distorcidas modulam o comportamento, contribuindo para não ativar a adequada resposta sexual. Pesquisas revelam uma conexão evidente entre tais crenças e o insucesso sexual nas várias disfunções sexuais, destacando a relevância de considerar essas crenças como um fator influente nas queixas sexuais (Nobre et al., 2006; Nobre, 2010; Peixoto & Nobre, 2017; Nimbi et al., 2019).

A DS mais prevalente nessa amostra foi a EP, com 22,89%, seguida pelo Desejo Sexual Hipoaetivo com 6,02% e por último, a DE com 3,61%. Essa prevalência pode ser explicada pela

composição da amostra ser mais jovem, pois é mais comum que os jovens apresentem mais EP, enquanto pessoas mais velhas apresentam mais DE. O estudo de Lucena (2019) corrobora com a EP ser a DS masculina mais predominante no Brasil com 18% e, outros estudos também apontam para outras regiões, como na Europa com 42,2%, Centro e Sul da América com 28,3%, Ásia com 59,6% (Laumann, et al., 2005), na Polônia com 23% (Lew-Starowicz & Czajkowska, 2019), na Coreia com 33% (Moreira Jr, et al., 2006), na Austrália com 23% (Moreira Jr et al., 2008) e em Portugal com 23,2% (Quinta-Gomes & Nobre, 2014). Outro estudo (Porst, et al., 2007) feito nos Estados Unidos, Alemanha e Itália com 12.133 homens, apontou para 24%, 20,3% e 20% respectivamente dos participantes com EP autorreferido. Entretanto, outros estudos apontam para DE como a DS mais proeminente no Brasil, com 45% (Abdo et al., 2006) e 74,3% (Silva et al., 2021) e na Turquia com 35,2% (Yikilmaz et al., 2019).

No que se refere à relação entre crenças e DS, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as médias de cada domínio das crenças sexuais em relação à presença de disfunções. Isso significa que ter ou não DS não altera as médias das crenças sexuais. Está claro que ter crenças sexuais são comuns, pois está embutido socialmente. No entanto, acredito que as crenças sexuais podem ser apenas um fator contribuinte para algumas pessoas, e mais determinantes para outras. Um ponto a se pensar é, pessoas "saudáveis" que apresentam crenças sexuais, não desenvolveram DS porque nunca foram expostos a situações sexuais ruins, ou foram expostos mas conseguiram lidar de forma funcional, tendo, talvez, outros fatores protetivos?

Na literatura, alguns estudos (Peixoto & Nobre, 2020; Ramos, 2019; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) corroboram com esse dado indicando também não haver diferença estatisticamente significativa entre grupos de DS e sem DS e as dimensões do QCSD-M. Ou seja, homens saudáveis também apresentam um conjunto de crenças, mas que provavelmente apresentam outros fatores protetivos, como traços de personalidade, ambiente validante, autoestima, etc. Outros estudos (Kempeneers, 2018; Lucena, 2018; Peixoto & Nobre, 2014; Thompson & Barnes, 2013;

Beckwith, 2009; Nobre, 2003) mostram que o grupo de homens com queixas sexuais apresentam mais crenças e crenças sexuais negativas em comparação aos homens sem queixas.

Sobre a diferença entre os domínios de crenças, nesse estudo não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de cada domínio, o que sinaliza que não há um conjunto de crenças mais proeminentes nesse estudo. Esse dado é diferente da literatura (Nimbi et al., 2019; Kandhi, 2018; Peixoto & Nobre, 2014; Nobre, 2003) onde há predominância de crenças do domínio "Machismo", e do domínio "Conservadorismo sexual" e sobre "satisfação sexual feminina", que inclusive estão associados a níveis mais baixos de desejo sexual. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas que possamos discutir no que se refere às médias entre cada domínio das crenças sexuais em relação ao uso de medicamento, ao autorrelato de alguma doença crônica ou diagnóstico de transtorno mental e ao autorrelato de histórico de abuso sexual.

No entanto, no que se refere aos sintomas de DS, foi encontrada uma correlação negativa entre os escores do questionário de crenças e os escores do questionário que avalia a presença de DS. A correlação negativa sinaliza que um nível aumenta enquanto outro diminui. Portanto, se o escore do questionário de crenças aumenta, o escore do QS-M que avalia a DS diminui, porém um valor baixo no escore do QS-M significa maior DS. Ou seja, isso sinaliza que quanto maior a presença de crenças, maior os sintomas de DS. De forma individual, as crenças que apresentaram maior média foram as do domínio "Normatização de papéis de gênero", com crenças do tipo "a mulher pode deixar de amar um homem se ele não for capaz de satisfazê-la sexualmente", "o homem deve ser capaz de manter o pênis ereto e endurecido até ao final de uma relação sexual", "a ereção do pênis é essencial para a satisfação sexual da mulher".

Estudos anteriores (Salisbury & Fisher, 2013; Thompson & Barnes, 2013) que se concentraram em um conjunto específico de crenças revelaram que, em amostras da comunidade que não relataram problemas sexuais, as crenças de desempenho estavam associadas a um melhor funcionamento sexual. No entanto, em homens que já enfrentavam dificuldades sexuais, essas mesmas crenças exerciam um impacto adverso. Isso indica que, embora as crenças exigentes de

desempenho não tenham uma influência negativa sobre o funcionamento sexual em homens saudáveis, elas podem servir como fatores de vulnerabilidade, predispondo os homens a exagerar as consequências de eventos sexuais negativos, como não atender às expectativas rigorosas. Além disso, essas crenças podem contribuir para a manutenção e agravamento das dificuldades uma vez que estas se estabelecem (Salisbury & Fisher, 2013; Thompson & Barnes, 2013).

Esse dado também é validado no estudo de Nobre (2010) que buscou testar um modelo cognitivo-emocional para a DE. Homens que apresentam o conjunto de crenças "machistas" têm maior propensão a ativar esquemas de incompetência e de fracasso quando expostos a uma situação sexual ruim. Conseqüentemente, esses esquemas ativados contribuem para pensamentos negativos, focados no desempenho sexual, atrapalhando o processamento de estímulos eróticos e com isso, alterando a resposta erétil. Outros estudos (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre et al., 2003; Peixoto & Nobre, 2014; Kandhi, 2018) também apontaram para presença de crenças sexuais conservadoras, "machistas" em grupos de homens com disfunções sexuais, indicando crenças de que a capacidade do homem está atrelada à ereção, do homem estar sempre pronto para a relação sexual, mantendo a ereção até o final e sendo responsáveis pela satisfação sexual das mulheres.

A construção dessas crenças perpassa pela cultura e sociedade em que o indivíduo está inserido. De acordo com o estudo de Clarke et al (2015) em uma população não clínica, os indivíduos que estiveram expostos a um contexto que promovem a masculinidade tradicional podem ser mais suscetíveis a apresentarem crenças disfuncionais, em comparação com homens que estiveram expostos a um conceito mais moderno de masculinidade. O papel masculino tradicional endossa valores como competitividade e força, o que poderia contribuir para maior vulnerabilidade diante de uma situação sexual ruim ou inesperada (Clarke et al., 2015). Desde a antiguidade, ser masculino era associado a comportamentos viris, agressivos e dominantes, independentemente da idade. Desde o nascimento, os homens são influenciados pela cultura e sociedade em que estão inseridos, moldando suas ideias e conceitos sobre masculinidade e sexualidade, especialmente durante a infância e adolescência, quando começam a formar sua identidade e visão de mundo. Ao

longo da vida, essas ideias e conceitos são construídos e se solidificam como crenças sexuais (Simão & Simão, 2018; Camerini, 2018).

O desenvolvimento de uma DS não depende exclusivamente da presença de crenças sexuais, mas do fato de que quando expostos a uma situação sexual atípica, os homens ativam esse sistema de crenças e de auto esquema cognitivo negativo, reagindo nesse momento ou em próximos de forma negativa e disfuncional (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; Nobre, 2010). Por trás da presença de crenças sexuais disfuncionais, há um perfil cognitivo mais geral, que envolve traços de personalidade, que também desempenham um papel importante no desenvolvimento de diferentes psicopatologias (Nobre, 2003).

Mitos e crenças errôneas sobre a sexualidade podem ativar a inibição sexual, especialmente em homens vulneráveis. Pressões sociais que enfatizam o desempenho sexual perfeito colocam uma carga adicional, levando à ansiedade de desempenho. Isso pode resultar em antecipação negativa, esforços para evitar falhas e monitoramento constante da resposta sexual, aumentando a ansiedade e levando a experiências sexuais negativas (Quinta-Gomes et al., 2022). Ou seja, as crenças desempenham um papel pequeno, mas significativo como fatores de vulnerabilidade para disfunção sexual (Nobre, 2003; Nobre, 2010; Clarke et al., 2015).

Outro dado encontrado é uma correlação negativa entre o escore do domínio "controle sexual" e a idade. Podemos inferir que quanto maior a idade, menor a presença de crenças desse domínio, ou seja, o envelhecimento e a maturidade podem contribuir para a flexibilização de algumas crenças. Esse domínio é representado por ideias como "não é certo ter fantasias sexuais durante uma relação sexual", "na cama quem manda/comanda é a mulher", "quanto maior a proximidade sexual, maior a probabilidade de sofrimento emocional". Já o domínio de "normatização de papéis de gênero" e "atividade sexual" tende a se manter estável com o passar dos anos.

No que tange à relação entre ansiedade de desempenho e DS no geral, foi constatada uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de ansiedade dos grupos com DS e sem DS,

indicando que ter DS está associada com um maior nível de ansiedade. O sujeito que tem DS tem uma média maior de ansiedade. Esse dado é apoiado por outros estudos que apontam para a correlação positiva da ansiedade com DS (Althof et al., 2005; Althof, 2006; Barlow, 1986; Kempeneers, 2018). O estudo de Kempeneers (2018) que adaptou e utilizou o mesmo questionário para avaliar a ansiedade de desempenho trouxe como resultado uma média total da amostra de 50.78 e média do grupo que atende aos critérios para EP de 50.43 e como dados normativos uma média de 50. Em nosso estudo a média da amostra total foi de 42.3 e do grupo com DS foi de 49.9, indicando tanto uma média menor que no estudo citado, quanto uma média discretamente menor que os dados normativos. Uma diferença para esse dado é que no estudo de Kempeneers (2018) a DS avaliada foi somente EP, enquanto que no nosso estudo está incluída DE, EP e Desejo sexual hipoativo, além do tamanho amostral.

As DS mais relacionadas com a ansiedade no presente estudo foram Desejo Sexual Hipoativo e EP. Outros estudos (Kempeneers, 2018; Althof, 2006; Barlow, 1986) corroboram com essa relação positiva, no entanto, alguns autores como Britto e Beneti (2010) apontaram a DE como a DS mais correlacionada com a ansiedade, apresentando 61,9% dos indivíduos com sintomas ansiosos, contra 23,8% em homens com EP e Abdo (2004) que identificou em 6,4% dos homens com DE sintomas ansiosos, contra 3,8% dos homens com ansiedade, mas sem DE.

A DE não apontou uma relação estatisticamente significativa com ansiedade nesse estudo e uma explicação para isso pode ser o tamanho amostral e o baixo percentual do diagnóstico 3,61% na população estudada. De acordo com Quinta-Gomes et al. (2022) a DE apresentou relação com presença de ansiedade de desempenho. Inclusive, em sua pesquisa, tanto a interpretação de antecipação de falha no desempenho, quanto ameaça de consequências diante da falha no desempenho, estão associados com maior ansiedade, inibição sexual e conseqüentemente, maior probabilidade de DE. Embora haja evidências de uma relação correlacional entre DE e ansiedade, isso não implica necessariamente causalidade (Althof et al., 2005).

A literatura (Clark & Beck, 2012; Althof et al., 2005) é muito clara quando sugere que estímulos percebidos como ameaçadores ativam o sistema de luta ou fuga, prendendo a atenção do indivíduo e levando-o a um comportamento de hipervigilância. Reconhecer algum estímulo como ameaçador no contexto sexual provoca uma distração dos estímulos eróticos e conseqüentemente a uma perda da função sexual (Stephenson, 2018). Os homens com EP ficam mais preocupados em controlar o orgasmo, manter a ereção, sentindo ansiedade em relação às antecipações dos sintomas da ejaculação (Althof, 2006). A ansiedade ativa o Sistema Nervoso Simpático (SNS) reduzindo o limiar ejaculatório e antecipando o processo de emissão do ciclo de ejaculação (Kempeneers, 2018). Dessa forma, é quase impossível querer controlar a ejaculação uma vez que o SNS atua de forma independente na presença da ansiedade.

Barlow (2002) propôs um modelo teórico explicando como a ansiedade pode afetar homens com e sem DE de maneiras distintas, destacando a interferência cognitiva na excitação masculina. A resposta funcional e disfuncional parece diferir na atenção seletiva e distração. Atividades cognitivas irrelevantes, como demanda de desempenho ou medo de inadequação, distraem os indivíduos disfuncionais da excitação sexual. Estudos laboratoriais mostram que a ansiedade não é universalmente perturbadora para o funcionamento sexual, mas sim complexa e influenciada por fatores como nível, natureza e história da ansiedade. Ambientes moderadamente seguros podem estimular a excitação sexual, enquanto níveis mais altos ou crônicos de ansiedade tendem a prejudicar o funcionamento sexual (Althof et al., 2005).

Enfim, por mais que a ansiedade-traço, que se refere ao desempenho seja significativa como fator de vulnerabilidade para desencadear ou manter DS, está longe de ser um dos fatores determinantes envolvidos no processo de uma DS (Kempeneers, 2018). Apesar de que ter DS faça diferença no nível de ansiedade (de desempenho), não é possível inferir o que veio primeiro, se homens com mais ansiedade têm mais DS ou se homens com DS desencadeiam mais ansiedade. Outros fatores cognitivos, bem como fatores biopsicossociais são relevantes no desencadeamento e na manutenção da DS, como outros transtornos psicológicos, problemas de saúde mental ou física

ou desinteresse da parceria, qualidade do relacionamento, frequência e repertório sexual, problemas e estresse do dia a dia, envolvendo trabalho, filhos, dinheiro (Kempeneers, 2018; Althof et al., 2005).

Em relação à ansiedade e crenças sexuais foram correlações positivas e fracas entre o nível de ansiedade e o escore da dimensão “normatização dos papéis de gênero” e “controle sexual”. Isso sinaliza que ter mais sintomas de ansiedade está relacionado com uma presença maior de crenças sexuais nesses dois domínios. Esses dois domínios têm relação com crenças sobre o papel do homem no sexo, como se a definição do que é ser homem fosse reduzida pelo desempenho sexual e crenças sobre controle sexual. Ou seja, podemos inferir que os homens que não conseguem "controlar" sua resposta sexual têm mais crenças distorcidas sobre o que significa essa falta de controle, sobre as consequências disso, sobre a necessidade de controlar para que possam se ver como homens. Essas correlações mantêm o problema sexual, uma vez que funcionam como um ciclo, onde crenças sexuais aumentam a ansiedade, que aumenta a alteração da resposta sexual e essa alteração reforça as crenças e os sintomas de ansiedade, porém não necessariamente nessa ordem (Kempeneers, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi identificar a relação entre ansiedade, crenças sexuais e DS. Nossas hipóteses foram parcialmente validadas, ou seja, os sintomas de ansiedade foram maiores no grupo com DS, porém não houveram diferença significativa na presença de crenças entre os dois grupos. Ou seja, ter crenças sexuais não garante DS. No entanto, isso valida que as crenças funcionam como fator de vulnerabilidade e que essas crenças, somado a outros fatores, como traços de personalidade, autoesquema, história de vida, outras experiências sexuais, etc, podem contribuir para homens reagirem positiva ou negativamente diante de uma situação sexual adversa. É perceptível que homens sem DS têm reações e respostas diferentes no contexto sexual em comparação com homens com DS.

A presença de alguma DS afeta negativamente a confiança, autoestima e a qualidade do sexo e do relacionamento, uma vez que ao se sentir inseguro e insatisfeito, há uma maior probabilidade de afetar as demais repostas sexuais, como desejo, excitação e/ou orgasmo. A baixa qualidade e satisfação sexual pode ser um fator predisponente para conflitos relacionais e outros problemas emocionais. Dessa forma, torna-se crucial a disposição por parte dos profissionais de saúde em conversar com os pacientes sobre sua vida sexual, a fim de identificar possíveis problemas e melhor orientar. Ou seja, o quanto os aspectos cognitivos gerais precisam ser melhor avaliados por parte dos profissionais de saúde com objetivo de estabelecer um plano de tratamento precocemente, reduzindo os prejuízos.

Nosso estudo teve como limitação um tamanho amostral pequeno, então não é possível generalizar os resultados, mas se pode fazer reflexões sobre esses dados. Além do mais, torna-se importante novos estudos longitudinais, com amostras maiores, a fim de melhor isolar as variáveis, inclusive identificar se o público funcional, sem queixa, já passou por alguma experiência ruim. Essa informação pode contribuir para obter melhores dados sobre esses fatores e sobre o impacto das crenças nas DS e assim desenvolver melhores estratégias de enfrentamento e tratamento.

8. REFERÊNCIAS

Abdo, C. H. N. (2004). *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. Bregantini.

Abdo, C. H. N., Oliveria Jr, W. M., Scanavino, M. T., & Martins, F. G. (2006). Disfunção erétil: resultados do estudo da vida sexual do brasileiro. *Revista da Associação Médica Brasileira* 52(6), 424-9.

<https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000600023>

Abdo, C. H. N. (2007). The male sexual quotient: a brief, self-administered questionnaire to assess male sexual satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*. 4(2), 382-9.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00414.x>

- Almeida, M. V. (1996). Gênero, masculinidade e poder. *Anuário Antropológico* 20, 161-189.
<https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6602>
- Althof, S. (2006). The Psychology of Premature Ejaculation: Therapies and Consequences. *The Journal of Sexual Medicine*, 3(suppl 4), 324–331.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00308.x>
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., ... Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*. 2(6), 793-800.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5 ed. texto revisado). Artmed.
- Apay, S. E., Özorhan, E. Y., Arslan, S., Özkan, H., Koc, E., & Özbey, I. (2014). The Sexual Beliefs of Turkish Men: Comparing the Beliefs of Men With and Without Erectile Dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
<https://doi:10.1080/0092623X.2014.966397>
- Atallah, S., Haydar, A., Jabbour, T., Kfoury, P., & Sader, G. (2021). The effectiveness of psychological interventions alone, or in combination with phosphodiesterase-5 inhibitors, for the treatment of erectile dysfunction: A systematic review. *Arab journal of urology*, 19(3), 310-322. <https://doi.org/10.1080/2090598X.2021.1926763>
- Azevedo, L. M. N. (2021). Neuroticismo e inflexibilidade psicológica na ansiedade, depressão e na DS: uma abordagem transdiagnóstica. *Repositório Aberto da Universidade do Porto*.
<https://hdl.handle.net/10216/137722>
- Barbieri Filho, A. (2019). Abordagem biopsicossocial de um caso de DS masculina. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 30, 80-84. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.100>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2a ed.). Guilford Press.

- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(2) 140-148. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.140>
- Bao, B., Shang, J., Wang, J., Dai, H., Li, X., Zhang, K., ... Wang, B. (2019) Efficacy and safety of behavioral therapy for premature ejaculation. *Medicine* 98(3), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014056>
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática*. Artmed.
- Berner, M., & Günzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions a systematic review of controlled clinical trials: part 1-the efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine* 9(12), 3108-3125 <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x>
- Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2018). *Métodos de pesquisa em psicologia*. (3a ed). Artmed.
- Britto, R., & Benetti, S. P. C. (2010). Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com DS. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 13(2) 243-258. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582010000200007.
- Camerini, J. O. (2018). Novo tratamento para a Ejaculação Precoce. In O. Rodrigues Jr. (Org) *Terapia da Sexualidade* (pp. 143 – 149). Editora Zagodoni.
- Carvalho, A., & Sardinha, A. (2017). *Terapia Cognitiva Sexual: uma proposta integrativa na psicoterapia da sexualidade*. Editora Cognitiva.
- Carvalho, A. S. V. (2020). *O Papel das Crenças Sexuais na Satisfação Sexual e na Satisfação com a vida em estudantes universitários*. (Tese de Mestrado). <https://hdl.handle.net/10216/129361>
- Chen, L., Shi, G. R., Huang, D. D., Li, Y., Ma, C. C., Shi, M., ... & Shi, G. J. (2019). Male sexual dysfunction: A review of literature on its pathological mechanisms, potential risk factors, and herbal drug intervention. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 112, 108585.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para transtornos de ansiedade*. Artmed.

- Clarke, M. J., Marks, A. D. G., & Lykins, A. D. (2015). Effect of Normative Masculinity on Males' Dysfunctional Sexual Beliefs, Sexual Attitudes, and Perceptions of Sexual Functioning. *The Journal of Sex Research*, 52(3), 327-337 [doi:10.1080/00224499.2013.860072](https://doi.org/10.1080/00224499.2013.860072)
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. Atlas.
- França, C. P. (2001). *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. Casa do Psicólogo.
- Grover, S., & Shouan, A. (2020). Assessment scales for sexual disorders—a review. *Journal of Psychosexual Health*, 2(2), 121-138.
- Gonçalves, G. L. (2017). “É para evitar ejaculação precoce”: Uso de estimulantes sexuais na construção de masculinidades hegemônicas, por parte dos jovens da cidade de Maputo. Retrieved from: <http://monografias.uem.mz/handle/123456789/261?mode=full>
- Hite, S. (1986). *O Relatório Hite sobre sexualidade Masculina*. Círculo do Livro.
- Kandhi, S. R.; Macharapu, R.; Reddy, P.K.; Babu, R.S. (2018). Crenças disfuncionais sexuais entre estudantes de medicina de ambos os sexos. *Arch Ment Health* 19:162-5 <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100007>
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropoógicos*, 4(9), 103–17. <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200007>
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gilgell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Internacional Journal of Impotence Research* 17, 39–57. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250>
- Lew-Starowicz, Z., & Czajkowska, K. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions and associated risk factors in Poland. *Archives of Medical Science*. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.86794>
- Lins, R. N. (2013). *O livro do amor*. BestSeller.

- Lucena, B. B. (2018). *Fatores Cognitivos na função sexual: adaptação transcultural e estudo psicométrico de instrumentos de medida em sexualidade*. (Tese de Doutorado)
<https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/06/Fatores-cognitivos-na-função-sexual.pdf>
- Masters W. H.; Johnson V. E. (1970). *Human Sexuof inadequacy*. Little Brown, Boston, Mass.
- Moreira, E. D., Glasser, D. B., King, R., Duarte, F. G., Gingell, C., & Group, for the G. I. (2008). Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Sexual Health*, 5(3), 227.
<https://doi.org/10.1071/sh07055>
- Moreira Junior, E. D., Glasser, D., Santos, D. B., & Gilgell, 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. *São Paulo Medical Journal* 123(5), 234-41,
<https://www.scielo.br/j/spmj/a/V93VMq6hsx3SBWQ8kctrgCf/?format=pdf&lang=en>
- Nimbi, F. M., Tripodi, F., Rossi, R., Michetti, P. M., & Simonelli, C. (2019). Which psychosocial variables affect drive the most? Analysis of sexual desire in a group of Italian men. *International Journal of Impotence Research*, 31(6), 410-423.
- Nobre P & Pinto-Gouveia J. (2006). Dysfunction Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43:68–75.
- Nobre, P. J. S. C. (2003). *Disfunções sexuais: Contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva* (Doctoral dissertation).
<https://hdl.handle.net/10316/981>
- Nobre P. (2010) Psychological Determinants of Erectile Dysfunction: Testing a Cognitive-Emotional Model . *The Journal of Sexual Medicine* 7:1429–37.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. A., & Gomes, F. A. (2003). Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-205.

<http://dx.doi.org/10.1080/1468199031000061281>

Novaes, R. C. P., Freitas, G. A. P., Beiras, A. (2018). A produção científica brasileira sobre homens autores de violência – Reflexões a partir de uma revisão crítica de literatura. *Barbarói*, 51, 154-176. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v51i1.8313>

Organização Mundial de Saúde, OMS (2022). CID. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas* (11a ed.). Artes Médicas. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f160690465>

Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2017). “Macho” beliefs moderate the association between negative sexual episodes and activation of incompetence schemas in sexual context, in gay and heterosexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 518-525.

Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2014). Dysfunctional Sexual Beliefs: A Comparative Study of Heterosexual Men and Women, Gay Men, and Lesbian Women with and without Sexual Problems. *The Journal of Sexual Medicine* 11, 2690-2700. <https://doi.org/10.1111/jsm.12666>

Peixoto, M. M., & Nobre, P. J. (2020). Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49(5), 1823–1838. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01732-9>

Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *European Urology*, 51(3), 816–824. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2006.07.004>

Quinta-Gomes, A. L., Janssen, E., Adaikan, G., & Nobre, P. J. (2022). Sexual Inhibition and Sexual Excitation Profiles in Men with and Without Erectile Disorder. *Urology*, 161, 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.12.004>

Ramirez-Landeta, J.; Zwielewski, G. in Zwielewski, G.; Cruz, R. M. (prelo). *Disfunções Sexuais*. Hogrefe.

- Ramos, C. I. C. F. (2018). *Saúde Sexual e Envelhecimento: O papel dos fatores psicológicos e crenças sexuais*. (Dissertação de Mestrado). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/116613/2/297967.pdf>
- Rodrigues Jr, O. M. (2010). *Ejaculação Precoce: controle da ejaculação e do orgasmo masculino*. Iglu.
- Salisbury, C. M. A., & Fisher, W. A. (2013). “Did You Come?” A Qualitative Exploration of Gender Differences in Beliefs, Experiences, and Concerns Regarding Female Orgasm Occurrence During Heterosexual Sexual Interactions. *The Journal of Sex Research*, 51(6), 616–631. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.838934>
- Sardinha, A. (2020). *Terapia Cognitiva Sexual: Teoria e Prática*. Episteme.
- Shindel, A. W., Althof, S. E., Carrier, S., Chou, R., McMahon, C. G., Mulhall, J. P., Paduch, D. A., Pastuszak, A. W., Rowland, D., Tapscott, A. H., & Sharlip, I. D. (2022). Disorders of Ejaculation: An AUA/SMSNA Guideline. *Journal of Urology*, 207(3), 504–512. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000002392>
- Silva, E., Pascoal, P. M., & Nobre, P. (2016). Beliefs about appearance, cognitive distraction and sexual functioning in men and women: A mediation model based on cognitive theory. *The journal of sexual medicine*. 13(9), 1387-1394.
- Silva, N. S. P., Uchôa, S. M. M., Carvalho, V. C. P., & Uchôa, E, P. B. L. (2021). Prevalência de DS masculina em adultos jovens. *Conjecturas* 21(6), 36-52. <https://doi.org/10.53660/CONJ-300-310>
- Simão, J. B., & Simão, O. P. (2018). Perfil do homem com DS que procura profissional clínico especializado em medicina ou psicologia. *Perspectivas em Psicologia*. 22(2), 196-205. <https://doi.org/10.14393/PPv22n2a2018-13>
- Spielberger, C. D., Biaggio, A., & Natalício, L. F. (1979). *Inventário de ansiedade traço estado: manual de psicologia aplicada*. CEPA.
- Stephenson, K. R., Troung, L., & Shimazu, L. (2018). Why is Impaired Sexual Function Distressing

to Men? Consequences of Impaired Male Sexual Function and Their Associations With Sexual Well-Being. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 1336-49.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.07.014>

Thompson, E. H., & Barnes, K. (2013). Meaning of sexual performance among men with and without erectile dysfunction. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(3), 271–280.

<https://doi.org/10.1037/a0029104>

Vasconcelos, P. A., Ramos, C., Paúl, C., & Nobre, P. J. (2021). Sexual Conservatism and Sexual Satisfaction in Older Women: A Cross-Sectional Mediation Analysis. *Clinical Gerontologist*,

44(3), 249–258. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1872755>

Yikilmaz, T. N., Oztürk, E., Hamidi, N., Selvi, I. Basar, H., & Peskircioglu, L. (2019). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile men with non-obstructive azoospermia. *Arquivo Italiano di Urologia e Andrologia* 91(4), 241-244.

<https://doi.org/10.4081/aiua.2019.4.241>

Waldinger, M. D., Jannini, E. A., & McMahon, C. G. (2013) *Premature ejaculation: from etiology to diagnosis and treatment*. Springer.

World Health Organization (2006). Department of Reproductive Health and Research. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva, 2002.

https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Zilbergeld, B. (1999). *The New Male Sexuality*. Revised Edition. New York.

Zwielewski, G.; Sardinha, A.; Cruz, R. M. in Zwielewski, G.; Cruz, R. M. (prelo). *Disfunções Sexuais*. Hogrefe.

9. APÊNDICES

9.1 Apêndice A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor

O senhor está sendo convidado a participar da pesquisa referente à minha dissertação de mestrado em Psicologia intitulada “A relação entre ansiedade, crenças sexuais e função sexual masculina”, sob a responsabilidade da pesquisadora Andreia Aparecida Fiamoncini (mestranda/pesquisadora principal) e da Professora Dra. Andreia Isabel Giacomozzi (orientadora/pesquisadora responsável). Esta pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre ansiedade, crenças sexuais e função sexual masculina. O desenvolvimento deste estudo tem como principal justificativa a importância de compreender as relações envolvidas na função sexual, tendo em vista o sofrimento que isso causa e a probabilidade da ansiedade e das crenças predispor e manterem um problema sexual.

Esse TCLE visa assegurar todos os seus direitos enquanto participante da pesquisa e atende todas as especificações da Resolução nº 510/2016, bem como da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para a obtenção dos dados que comporão o estudo, será realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, com o objetivo de reunir as informações publicadas sobre a temática e, posteriormente, será realizado um questionário de dados sociodemográficos e a aplicação de três inventários para a coleta dos dados. O tempo médio de duração para responder é de 20 minutos.

Os potenciais riscos que envolvem a sua participação na pesquisa consistem basicamente na possibilidade de algum desconforto mental ou cansaço durante a fase de coleta dos dados. No

entanto, caso isso ocorra, estaremos à sua disposição para ouvi-lo e acolhê-lo, visando minimizar desconfortos. A pesquisa tem como benefício a contribuição para ampliar o conhecimento acerca da função sexual, viabilizar melhores estratégias de enfrentamento e melhores tratamentos, bem como sensibilizar a população em geral a procurar mais precocemente os serviços de psicologia.

Sua participação é voluntária e caso você resolva não participar, ou desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo, penalização ou coação por parte dos pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa ao participar da pesquisa, nem receberá qualquer valor por sua participação. Contudo, conforme a Resolução nº 466/12 nos seus itens II.7, II.21, IV.3.g e IV.3.h, caso ocorra alguma despesa extraordinária associada à pesquisa, você será ressarcido através de recursos próprios das pesquisadoras. Igualmente, garantimos o direito à indenização por quaisquer danos eventuais comprovadamente vinculados à participação neste estudo.

Todo processo de pesquisa implica um risco de quebra de sigilo. Para evitar esse problema, os arquivos das informações coletadas ficarão sob a guarda das pesquisadoras, de forma que o sigilo, privacidade e o anonimato dos participantes sejam assegurados em todas as fases da pesquisa. Os dados serão armazenados em dispositivos eletrônicos locais (notebook, pen drive etc.), sendo apagados quaisquer registros em “nuvem”. Os resultados do estudo serão utilizados exclusivamente na construção de trabalhos científicos e poderão ser publicados em revistas acadêmicas, mas sua participação permanecerá sigilosa. Você poderá ter acesso aos resultados parciais ou finais da pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

Caso decida participar deste estudo, o senhor irá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo desistir em qualquer momento da coleta dos dados. Peço que leia com atenção e calma, esclarecendo as possíveis dúvidas que possam surgir. Caso as tenha, antes ou após assinar o TCLE, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores responsáveis. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações para contato futuro com os pesquisadores, se houver necessidade.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/12 que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. A pesquisa somente será realizada após a aprovação do CEPESH (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos), sendo este um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), todavia independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Reafirmamos que nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos em todo o decorrer do estudo. Se você tiver alguma dúvida sobre os procedimentos ou necessidade de mais informações em relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato com os pesquisadores e o CEPESH a qualquer momento pelo telefone, e-mail ou endereço: Professora Dra. Andreia Isabel Giacomozzi, telefone: +55 (48) 991264352, e-mail: agiacomozzi@hotmail.com; mestranda Andreia Aparecida Fiamoncini, telefone: +55 (47) 999484209, e-mail: andreiafiamoncini@hotmail.com, endereço: Rua Barão do Rio Branco, 800, Jaraguá do Sul, CEP: 89251-400; Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina, Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88040-400, telefone: +55 (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Após ter lido este TCLE e ser esclarecido(a) de forma clara e objetiva pelas pesquisadoras acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e/ou incômodos que possa acarretar ao participar da pesquisa, e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa. Esse documento será disponibilizado em duas vias que serão rubricadas em todas as páginas e assinadas no final por você e pela pesquisadora responsável, sendo que uma via ficará com você e outra com a pesquisadora responsável.

Nome do participante por extenso: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora responsável por extenso: Andreia Aparecida Fiamoncini

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Florianópolis ____/____/____ .

9.2 Apêndice B - Dados sociodemográficos

Qual sua idade:

Você tem religião?: () Sim, Qual _____ () Não

Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Namorando

Qual sua orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outros

Cidade/Estado:

Profissão:

Você faz uso de alguma medicação? () Não () Sim

Se SIM, Qual e há quanto tempo? _____ -

Tem algum diagnóstico?

Você tem alguma queixa sexual? () Não () Sim () Qual? _____

Já fez algum tratamento psicológico? () Sim, já fiz () Sim, estou fazendo () Não

Quanto tempo demorou pra procurar ajuda?

Qual sua frequência sexual?

Você sofreu algum abuso sexual?: () sim () não

10. ANEXOS

10.1 Anexo A - Inventário de Ansiedade Estado (IDATE)

Leia cada pergunta e faça um círculo à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente ‘quando tiver relações sexuais’.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo	—————4	Um pouco	—————2
Bastante	—————3	Absolutamente não	—————1

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1- Sinto-me calmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2- Sinto-me seguro..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3- Estou tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4- Estou arrependido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5- Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6- Sinto-me perturbado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7- Estou preocupado com possíveis infortúnios | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8- Sinto-me descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9- Sinto-me ansioso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10- Sinto-me “em casa” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11- Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12- Sinto-me nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13- Estou agitado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14- Sinto-me uma pilha de nervos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15- Estou descontraído | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16- Sinto-me satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17- Estou preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18- Sinto-me confuso..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19- Sinto-me alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 - Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

* Os itens demarcados em vermelho são as perguntas de caráter positivo do IDATE-estado

10.2 Anexo B - Quociente Sexual – M (QS-M)

NOME: _____ DATA: _____

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos 6 meses de sua vida sexual e considerando a seguinte pontuação:

- | | |
|----------------|--------------------------------------|
| 1. – nunca | 3 – aproximadamente metade das vezes |
| 2. – raramente | 4 – a maioria das vezes |
| 3. – às vezes | 5 – sempre |

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?
 0 1 2 3 4 5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual?
 0 1 2 3 4 5
3. As preliminares do seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira (o)?
 0 1 2 3 4 5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira (o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?
 0 1 2 3 4 5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?
 0 1 2 3 4 5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?
 0 1 2 3 4 5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?
 0 1 2 3 4 5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar?
 0 1 2 3 4 5
9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?
 0 1 2 3 4 5

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades?
 0 1 2 3 4 5

10.3 Anexo C - Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais - QSCD

(QSCD – versão masculina, adaptada e validada para uso na população brasileira)

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas à sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões ou podem ser diferentes daquilo que você pensa. Para cada uma das afirmações, marque o número que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma (1 – discordo completamente a 5 – concordo completamente). Considere o número 3 quando não concordar ou discordar da sentença.

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. Portanto, seja o mais sincero possível.

Nome: _____ Data: _____

CRENÇAS SEXUAIS	1 Discordo completamente	2 Discordo um pouco	3 Não sei	4 Concordo um pouco	5 Concordo completamente
1. Um “homem de verdade” tem relações sexuais com grande frequência	1	2	3	4	5
2. O orgasmo só é possível através do coito (penetração) vaginal	1	2	3	4	5
3. A ereção do pênis é essencial para a satisfação sexual da mulher	1	2	3	4	5
4. A homossexualidade é uma doença	1	2	3	4	5
5. A mulher não tem outra opção a não ser entregar-se sexualmente ao poder do homem	1	2	3	4	5
6. Um “homem de verdade” deve conseguir aguentar o tempo necessário para satisfazer a mulher	1	2	3	4	5

7. A mulher pode duvidar da virilidade do homem quando ele não consegue ter ereção durante o ato sexual	1	2	3	4	5
8. A prática frequente de sexo oral ou anal pode causar graves problemas de saúde	1	2	3	4	5
9. A rapidez sexual do homem é um sinal da sua potência	1	2	3	4	5
10. O sexo é um abuso de poder por parte dos homens	1	2	3	4	5
11. As consequências de uma falha no desempenho sexual são catastróficas	1	2	3	4	5
12. As mulheres só prestam atenção em homens jovens e bonitos	1	2	3	4	5
13. Não é certo ter fantasias sexuais durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
14. Existem certas regras universais sobre o que é normal durante uma relação sexual	1	2	3	4	5
15. Na cama quem manda/comanda é a mulher	1	2	3	4	5
16. Um homem que não é capaz de penetrar uma mulher não a satisfaz sexualmente	1	2	3	4	5
17. No sexo o que conta é conseguir chegar ao fim	1	2	3	4	5
18. Numa relação tudo o que vai para além do coito (penetração) vaginal é inaceitável	1	2	3	4	5
19. O corpo da mulher é a sua maior arma	1	2	3	4	5
20. A mulher pode deixar de amar um homem se ele não ser capaz de a satisfazê-la sexualmente	1	2	3	4	5

21. O coito (penetração) vaginal é a única forma legítima de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
22. A qualidade da ereção é o que mais satisfaz as mulheres sexualmente	1	2	3	4	5
23. O sucesso de uma carreira profissional exige o controle do desejo sexual	1	2	3	4	5
24. Preliminares sexuais são uma perda de tempo	1	2	3	4	5
25. O sexo só é correto como forma de procriação (para ter filhos)	1	2	3	4	5
26. No sexo, quanto mais rápido melhor	1	2	3	4	5
27. Quem não controla os seus desejos sexuais é mais facilmente controlado pelos outros	1	2	3	4	5
28. Um "homem de verdade" está sempre pronto e deve ser capaz de satisfazer qualquer mulher	1	2	3	4	5
29. Se o homem se deixar levar sexualmente fica totalmente nas mãos da mulher	1	2	3	4	5
30. Sexo anal é uma atividade doentia	1	2	3	4	5
31. O homem devem ser capaz de manter o pênis ereto e endurecido até ao final de uma relação sexual	1	2	3	4	5
32. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
33. Ter relações sexuais antes do casamento é um pecado	1	2	3	4	5
34. O sexo é uma violação do corpo da mulher	1	2	3	4	5

35. Um homem que não satisfaz sexualmente a mulher é um fracassado	1	2	3	4	5
36. Um “homem de verdade” deve ser capaz de penetrar a parceira sempre que necessário	1	2	3	4	5
37. Sexo pode ser bom mesmo sem orgasmo	1	2	3	4	5
38. Um “homem de verdade” não precisa de muito estímulo para atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
39. Uma mulher no seu auge sexual consegue do homens tudo o que quiser	1	2	3	4	5
40. Quanto maior a proximidade sexual maior a probabilidade de sofrimento emocional	1	2	3	4	5