



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**



**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Transtornos de ansiedade e disfunções sexuais masculinas: uma análise clínica**

Ernani de Barros Gomes Neto Segundo

**Juiz de Fora**

**2024**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



## **Transtornos de ansiedade e disfunções sexuais masculinas: uma análise clínica**

**Ernani de Barros Gomes Neto Segundo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Barros Gomes Neto Segundo, Ernani.

Transtornos de Ansiedade e Disfunções Sexuais Masculinas: uma análise clínica / Ernani Barros Gomes Neto Segundo. -- 2024.

35 p.

Orientador: lelio moura lourenço

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.

1. Transtornos de ansiedade. 2. Disfunções sexuais. 3.

Transtornos Psicosexuais. I. moura lourenço, lelio, orient. II. Título.

**Juiz de Fora**

**2024**

**Transtornos de ansiedade e disfunções sexuais masculinas: uma análise clínica**

**Autor: Ernani de Barros Gomes Neto Segundo**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**Orientador: Lelio de Moura Lourenço**

**Comissão Examinadora**

Prof. Dr. Lelio de Moura Lourenço

\_\_\_\_\_ Prof.

Dr. Daniel Alexandre Gouvêa Gomes

\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dra. Pollyanna Santos da Silveira

\_\_\_\_\_ Prof<sup>a</sup>.

Dra. Carla Ferreira de Paula Gebara (suplente)

\_\_\_\_\_ Prof<sup>a</sup>.

Dra. Nara Côrtes Andrade (suplente)

\_\_\_\_\_

Juiz de fora

2024

**Ernani de Barros Gomes Neto Segundo**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**Transtornos de ansiedade e disfunções sexuais masculinas: uma análise clínica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia

Aprovada em (dia) de (mês) de (ano)

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Lelio de Moura Lourenço

Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

---

Prof. Dr. Daniel Alexandre Gouvêa Gomes

Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Pollyanna Santos da Silveira

Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF



Juiz de Fora

2024

## Epígrafe

---

"A sexualidade é um aspecto fundamental da condição humana, presente ao longo da vida, que envolve o sexo, as identidades e os papéis de gênero, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. Ela é vivenciada e expressada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, condutas, práticas, funções e relações. Ainda que a sexualidade possa englobar todas estas dimensões, nem todas elas são vivenciadas ou expressadas. A sexualidade recebe a influência da interação dos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos políticos, culturais, legais, históricos, assim como religiosos e espirituais. " (OMS)



## **Transtornos de Ansiedade e Disfunções Sexuais Masculinas: uma análise clínica**

### **Resumo**

Os transtornos de ansiedade são caracterizados por preocupação excessiva e podem causar sintomas físicos e psíquicos, além de poderem gerar prejuízos no funcionamento social. As disfunções sexuais também reúnem sintomas orgânicos e psicológicos, objetivos e subjetivos e fazem parte dos transtornos psicosexuais. O presente trabalho verificou a relação entre as disfunções sexuais e transtornos de ansiedade em homens, além de compreender o impacto na qualidade de vida dos pacientes e promover uma discussão crítica sobre a temática. Para tal, foi realizada uma entrevista semiestruturada com homens com demandas de disfunções sexuais e/ou ansiedade, verificando-se a relação. Palavras-chave: Transtornos de ansiedade; transtornos psicosexuais; disfunções sexuais masculinas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



### **Abstract**

Anxiety disorders are characterized by excessive anxiety and worry and can cause physical and psychological symptoms, as well as impair social functioning. Sexual dysfunctions also encompass organic and psychological, objective and subjective symptoms and are part of psychosexual disorders. This study aims to investigate the relationship between sexual dysfunctions present in men and anxiety disorders. Specific objectives include understanding how this issue impacts patients' quality of life and promoting a reflection on the importance of addressing this matter in a natural and educational way. Data obtained from a literature review will be compared with clinical reports of men seeking therapy for sexual dysfunction issues, and the analysis of the results will be conducted qualitatively. The existence of this relationship was verified.

Keywords: Anxiety disorders; Psychosexual disorders; Male sexual dysfunctions



## Sumário

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 – TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL .....	10
1.2 – TRANSTORNOS DE ANSIEDADE .....	11
<b>2 – HISTÓRICO</b> .....	16
2.1 – SEXUALIDADE .....	17
<b>3 – OBJETIVOS</b> .....	22
<b>4 – MÉTODO</b> .....	23
<b>5 – RESULTADOS</b> .....	24
5.1 – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	25
<b>6 – REFERÊNCIAS</b> .....	28

## 1. INTRODUÇÃO

Através da sexualidade, as pessoas podem expressar sua personalidade, suas seguranças e inseguranças, buscar identificação, conexão, experimentar prazer e ter plenitude em relação aos seus sentimentos relacionados a ela. Porém, os transtornos psicosexuais e as disfunções sexuais podem impactar negativamente a plena vivência da sexualidade humana. As disfunções sexuais podem ter sua causa biológica ou psicológica, incluindo algumas condições clínicas como diabetes ou hipertensão, e condições psicológicas, dentre as quais se destaca o transtorno de ansiedade. (Lucena; Abdo, 2013).

Assim como os Transtornos de Ansiedade, que são classificados em diversas categorias pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014), as disfunções sexuais também são classificadas em subcategorias específicas. De acordo com o DSM-5, as disfunções sexuais incluem ejaculação retardada, disfunção erétil, transtorno do orgasmo feminino, transtorno do interesse/excitação sexual feminino, transtorno da dor gênitopélvica/penetração, transtorno do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outra disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada. Essas categorias são utilizadas para diagnosticar e classificar os diferentes tipos de disfunções sexuais que podem afetar a saúde sexual das pessoas, fornecendo uma base para a compreensão e o tratamento desses problemas.

As disfunções sexuais 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 prazer sexual. Um mesmo indivíduo pode apresentar várias disfunções sexuais concomitantemente e em comorbidade com outros transtornos, como transtornos de ansiedade ou transtorno depressivo maior (Teixeira, 2015). Os transtornos de ansiedade e as disfunções sexuais estão diretamente relacionadas, e o diagnóstico de ambas é

eminentemente clínico, sendo necessária uma investigação profunda para que seja detectado se a disfunção sexual foi causada pela ansiedade ou se a ansiedade surgiu após a disfunção sexual (Coretti; Baldi, 2007).

No Brasil, Abdo (2004) realizou uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, 3775 do sexo masculino, e apontou que quase 50% dos homens declararam ter alguma disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. As disfunções sexuais são consideradas uma grande questão para a saúde, o que afeta diferentes âmbitos da vida do indivíduo, mesmo podendo ter origem orgânica em grande parte dos casos; a disfunção sexual pode ser de origem emocional ou psicológica (Grassi, 2004). Desde as primeiras teorias de relação e, posteriormente, na terapia sexual proposta por Masters e Johnson e em seguida por Helen Kaplan, a ansiedade relacionada ao desempenho sexual foi considerada a mais importante causa imediata das disfunções sexuais (Lucena & Abdo, 2013).

### 1.1 Terapia cognitivo-comportamental:

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterápica baseada em evidências (Dobson & Dobson, 2009), ou seja, o formato da terapia e as ferramentas utilizadas são baseados e validados empiricamente, com o intuito de aliviar o sofrimento humano, melhorar a qualidade de vida e assim aumentar o bem-estar de seus pacientes/clientes. Além do aspecto empírico, é também uma terapia integrativa que incorpora diferentes abordagens e bases de conhecimentos ao seu modelo (Beck & Alford, 2000). O tratamento, além da teoria, baseia-se ainda nas crenças, conceitos, padrões e compreensão de cada paciente que, ao longo da terapia, passa por mudanças emocionais e comportamentais propostas pelo terapeuta que procura produzir uma reestruturação cognitiva, para que essas mudanças sejam duradouras.

O modelo da terapia cognitiva propõe que o pensamento disfuncional, que influencia humor e pensamento, está presente em todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, obtêm uma melhora emocional e comportamental, aprende a lidar com certas situações que antes julgava como

sendo de total responsabilidade sua, como se “não fosse capaz” ou fosse um “fracasso”. Uma vez que se busca uma melhora que perdure, os terapeutas cognitivos trabalham profundamente a cognição, as crenças dos pacientes sobre si mesmo, o mundo e as outras pessoas, para que haja uma modificação dessas crenças subjacentes. O paciente, então, tende a ver suas ações de maneira mais realista, com pontos fortes e fracos, podendo assim alterar sua percepção de situações específicas diárias.

O modelo cognitivo, segundo Falcone (2011), acomoda três níveis de pensamentos, os automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos são aqueles que fluem de forma espontânea, sem que precisemos acessá-los nem controlá-los, e surgem a partir de situações corriqueiras. Em geral, não são acessíveis a nível consciente, mas podem ser identificados após um treinamento adequado, podendo incidir como uma forma de sentença ou imagem mental, por exemplo, “Não vou conseguir apresentar o trabalho” ou ter uma imagem formada mentalmente de que está com o rosto afogueado, transpirando, quando estiver apresentando o trabalho.

Os exemplos citados acima são sintomas muito comuns em pessoas que apresentam algum quadro de ansiedade, que pode ser definida como sendo um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, caracterizado por sintomas físicos, psicológicos e cognitivos. Além de situações como estresse ou perigo, em que essas reações são naturais, algumas pessoas sentem-se extremamente ansiosas com atividades cotidianas, o que pode gerar sofrimento e prejuízo significativo dessas atividades. Os transtornos de ansiedade são quadros clínicos em que a prevalência de um nível maior de ansiedade é comum. Esse grupo inclui o transtorno do pânico, a fobia específica e a social, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (American Psychiatric Association, 2000).

### 1.1.1 Ansiedade

Os transtornos de ansiedade são um grupo de condições psiquiátricas caracterizadas por sentimentos de ansiedade e medo excessivos, persistentes e incapacitantes, classificadas como um sentimento. A ansiedade exacerbada pode ser entendida como uma amostra natural de um estado emocional, como um sintoma presente em transtornos mentais diversos ou ainda como o ponto central de um transtorno mental.

A ansiedade é natural e, em seu estado natural, auxilia o sujeito a direcionar sua atenção a perigos e ameaças, adotando o comportamento de luta ou fuga ou ainda de se adaptar a situações desconhecidas. A ansiedade é definida na CID-11 como um estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto, ou sintomas somáticos de tensão. Considera-se ansiedade patológica quando resulta em sofrimento ou prejuízo funcional, divergindo do conceito de medo, ao qual é constantemente associada, mas a ansiedade apresenta um temor sem objeto específico, não necessita de algo concreto para sua manifestação, diferente do medo que é um temor direcionado a um objeto ou situação determinada. O Transtorno de Ansiedade é composto por sintomas objetivos e subjetivos, psicológicos e físicos, como o temor, preocupações emocionais, despersonalização, dores abdominais, náuseas, vertigens, palpitações, boca seca, entre outros.

De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), os transtornos de ansiedade incluem:

#### 1.1.2 Transtorno de ansiedade generalizada (TAG):

Caracterizado por ansiedade e preocupação excessivas em relação a diversas situações ou eventos, que persistem por mais de seis meses e resultam em sintomas físicos como tensão muscular, sudorese e dificuldade para dormir.

#### 1.1.3 Transtorno do pânico:

Caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes, que envolvem sintomas físicos como palpitações, sudorese, tremores e sensação de asfixia. Esses ataques podem levar a medo intenso e evitação de situações que podem desencadeá-los.

#### 1.1.4 Ansiedade social:

Caracterizada por medo intenso e persistente de situações sociais em que a pessoa pode ser avaliada por outros, como falar em público ou comer em frente a outras pessoas. Esses medos podem levar à evitação dessas situações ou a um grande esforço para enfrentá-las.

#### 1.1.5 Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC):

Caracterizado por obsessões e compulsões, que são pensamentos e comportamentos repetitivos e indesejados que interferem nas atividades diárias da pessoa. Esses pensamentos e comportamentos podem incluir medo de contaminação e limpeza compulsiva.

#### 1.1.6 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT):

Caracterizado por sintomas de ansiedade e flashbacks após um evento traumático, como guerra, violência sexual ou acidente grave. Esses sintomas podem ocorrer imediatamente após o evento ou muitos anos após.

#### 1.1.7 Transtorno de ansiedade de separação:

Caracterizado por ansiedade excessiva quando separado de pessoas ou lugares significativos, em geral sua casa, mãe ou pai. Esse distúrbio é comum em crianças, mas também pode ser visto em adultos.

O DSM-5 define os critérios diagnósticos específicos para cada transtorno de ansiedade, o que inclui sintomas de ansiedade, duração e frequência dos sintomas, além de exclusão de outras causas possíveis. O tratamento dos transtornos de ansiedade pode incluir terapia, medicação ou uma combinação de ambos.

### 1.2 Transtornos psicosexuais

Os transtornos psicosexuais do DSM-V TR se referem aos distúrbios que afetam o comportamento sexual humano, tendo uma base psicológica e não fisiológica. Eles são classificados em duas categorias principais: Transtornos Parafilicos e Transtornos Sexuais Não Especificados.

#### 1.2.1 Transtornos Parafilicos

São caracterizados por comportamentos sexuais atípicos, como fetichismo, exibicionismo, voyeurismo e pedofilia. Estes comportamentos são considerados atípicos

quando causam sofrimento significativo para o indivíduo ou afetam negativamente outras pessoas.

### 1.2.2 Transtornos Sexuais Não Especificados

São categorias mais amplas para problemas sexuais que não se enquadram nas outras categorias. Exemplos incluem disfunção sexual e transtornos de excitação.

É importante ter em mente que a maioria desses transtornos são uma variação normal da sexualidade humana, uma vez que a subjetividade de cada indivíduo influencia na sua expectativa em relação a sua sexualidade. O tratamento pode envolver terapia, medicação e/ou suporte da comunidade.

O DSM-5 inclui uma categoria específica de transtornos sexuais, onde apresenta e explica as disfunções sexuais e como elas podem afetar o desejo, a excitação e o orgasmo. Em geral, para que o diagnóstico de disfunção sexual seja feito, a disfunção deve ser persistente e/ou recorrente por pelo menos seis meses. É importante lembrar que a disfunção sexual pode estar relacionada a algumas causas como doenças orgânicas, traumas, medicamentos e outros fatores psicológicos e emocionais. Por isso o diagnóstico adequado exige que a condição médica subjacente seja avaliada e excluída.

Os transtornos sexuais femininos incluem: Transtorno do interesse/ excitação sexual feminino, Transtorno do orgasmo feminino, Transtorno da dor genital/ pélvico associado ao coito, Dispareunia gênito-pélvica não relacionada a transtornos sexuais, Vaginismo gênitopélvico não relacionado a transtornos sexuais. Os transtornos sexuais masculinos incluem: Transtorno do desejo sexual hipotivo masculino, Transtorno de desejo sexual hiperativo masculino, Transtorno da excitação sexual masculina, Transtorno do orgasmo masculino, ejaculação precoce.

Quanto aos subtipos, as disfunções continuam sendo caracterizadas como ao longo da vida (primárias) ou adquiridas (secundárias), e generalizadas (quando ocorrem em quaisquer circunstâncias) ou situacionais. Mas a intensidade do sofrimento (mínimo, moderado ou grave) agora também compõe a caracterização das disfunções e o contexto deve ser especificado:

fatores relativos à parceria, ao relacionamento, à vulnerabilidade individual, à cultura, à religião e os de ordem médica devem ser relatados. Um mínimo de 6 meses de duração firmou-se como critério para o diagnóstico da disfunção sexual, no sentido de se evitarem “exageros” e se aumentar a precisão, diferenciando problemas transitórios de dificuldades persistentes e, portanto, patológicas.

Quanto às questões relacionadas à incongruência de gênero, reunidas como transtorno de identidade de gênero no DSM-IV, uma nova denominação diagnóstica (menos estigmatizante) foi sugerida pelo DSM-5: a disforia de gênero, considerada uma multicategoria, pois engloba disforia em crianças, adolescentes e adultos. Os critérios A (identificação com o gênero oposto) e B (aversão em relação a um gênero) foram unificados, em razão de não haver evidências que justificassem mantê-los separados. Em crianças, “forte desejo de pertencer ao outro gênero” substituiu o anterior “desejo expresso repetidamente”, que constava no DSM-IV, para abarcar a condição de algumas crianças que, num ambiente coercitivo, não verbalizam esse desejo. O critério A1 para crianças, “forte desejo de ser do outro gênero ou a insistência de pertencer a outro gênero”, é necessário, mas não suficiente, para o diagnóstico, agora mais restritivo.

Uma ampla mudança foi proposta para as parafilias no DSM-5: parafilia não é, por si só, transtorno mental, devendo ser distinguida de transtorno parafilico. A parafilia passa a ser transtorno quando causa sofrimento ou prejuízo ao indivíduo; também quando leva a danos pessoais ou risco de dano a outros. Portanto, parafilia é uma condição necessária, mas não suficiente para diagnóstico de transtorno parafilico e, conseqüentemente, não requer intervenção clínica automática.

A distinção entre parafilia e transtorno parafilico não alterou as definições diagnósticas já estabelecidas, desde o DSM-III-TR (3). No DSM-5, dois critérios se destacam: o critério A, que especifica a natureza da excitação parafilica (com peças íntimas de mulher, por exemplo, como no fetichismo) e o critério B, que aponta as conseqüências negativas (sofrimento psicológico, prejuízo em outras áreas da vida, risco de dano a outro). Se o indivíduo preenche o critério A, mas não preenche o B, não há transtorno parafilico, mas parafilia. Portanto, essa

nova concepção aceita o comportamento sexual atípico, desde que consensual, como não patológico. Isso implica que os indivíduos envolvidos não sejam incapazes de dar seu consentimento (como crianças e deficientes mentais, por exemplo).

## 2. HISTÓRICO

Que loucura furiosa é dizer em pleno dia aquilo que a noite oculta e contar em público aquilo que se faz em segredo! (Puccini-Delbey, 2007, p.8).

Na Roma Antiga, como citado, repudiava-se qualquer menção pública à sexualidade, certamente existia o ato sexual, o qual faz parte da vida em sociedade desde os primórdios, contudo o mesmo realizava-se em total segredo. A imagem da deusa Vênus, na qual ela cobre com a mão esquerda os “seus charmes secretos”, em um gesto de pudor, retrata a visão da sociedade antiga em relação à sexualidade (Puccini-Delbey, 2007).

Tal pudor também é explicitado pelos poetas elegíacos augustianos: “ele lembra que os amores furtivos requerem um quarto fechado, se não em trevas pelo menos numa semiobscuridade, e que as partes sexuais permaneçam veladas sob uma peça de roupa” (Puccini-Delbey, 2007).

Assim, o silêncio era, portanto, a regra na sociedade romana, e continuou a sê-lo durante muito tempo. A Roma antiga era também marcada pela falta de conhecimentos médicos em relação à sexualidade. Acreditava-se que a força vital do homem estava contida no esperma, de modo que se recomendava a limitação da atividade sexual e até mesmo a abstinência total. (Puccini-Delbey, 2007, p. 209).

Com o passar dos tempos e eras, acompanhamos uma grande revolução da sexualidade, seja pela liberação, por movimentos feministas, pela quebra de tabus, pelo aprimoramento dos estudos acerca do assunto, pela “livre conversa” sobre a sexualidade. Todos esses eventos contribuíram para que a sexualidade saísse da obscuridade e viesse a público, dúvidas, queixas e dicas. E, como consequência desses eventos, ampliou-se o estudo e o conhecimento sobre o tema.

No final da década de 1950, Masters e Jhonson formaram a equipe que revolucionou

os estudos sobre a sexualidade humana, o “marco zero” nas pesquisas sobre sexualidade clínica. Apresentaram o “Ciclo da resposta sexual humana”, para homens e mulheres, em 1966, o qual consistia em excitação, platô, orgasmo e resolução. Em 1977, a Psiquiatra Dra. Helen Kaplan, introduz no “ciclo da resposta sexual humana” o fator do Desejo Sexual, reformulando o conceito antes apresentado e dando um novo “ponto de partida” para os estudos sobre a sexologia clínica. O ciclo apresentado por Kaplan consistia em desejo, excitação, orgasmo e período refratário. Após esse conceito, a autora desenvolve diversos estudos sobre a sexualidade voltados para o desejo sexual, sobretudo em mulheres.

O presente estudo apresenta estudo histórico sobre a sexualidade, a sexologia clínica e transtornos mentais, com enfoque na ansiedade, relacionando-os à ocorrência das disfunções sexuais. A sexualidade é tratada do ponto de vista histórico, pontuando-se as influências sofridas pelas sociedades de cada época. Após, foi traçado um panorama da evolução da sexologia, culminando na sexologia clínica. São apresentados, ainda, conceitos de terapia cognitivacomportamental (TCC), de transtornos mentais relacionados à ocorrência das disfunções sexuais e das disfunções sexuais propriamente ditas.

### **SEXUALIDADE:**

O que é sexualidade? A definição que consta no dicionário Aurélio, 2024, é: Conjunto de caracteres especiais, externos ou internos, determinados pelo sexo do indivíduo; qualidade sexual. Sexualidade não se refere apenas ao ato sexual em si, mas a todo o aspecto psicológico que o circunda, a toda reflexão que provoca na sociedade, à maneira como se expressam as relações entre os sexos e os desejos. Desse modo, pode-se concluir que o conceito de sexualidade engloba tanto aspectos físicos quanto psicológicos e é influenciado por fatores biológicos, mentais, sociais, culturais e religiosos.

O surgimento da sexualidade é concomitante ao surgimento do próprio ser humano,

contudo, sua conotação foi modificando-se ao longo dos tempos, de acordo com cada época e sociedade, com seus valores, estigmas e dogmas. Levando-se em conta que as relações sociais vividas por cada ser humano influenciam em suas ações, é interessante contextualizar a sexualidade ao longo da história, para que se possa compreender qual a sua contribuição para a sexualidade nos dias de hoje, que, sem dúvida alguma, é resultado das mudanças sofridas ao longo do tempo e dos vestígios das épocas passadas que ainda permanecem.

Na Grécia antiga, a sexualidade distinguia-se quanto aos gêneros. Os homens se relacionavam socialmente, enquanto as mulheres eram submissas, viviam presas em casa. Desse modo, os homens viam o casamento apenas como forma de reprodução, deixando até mesmo de praticar sexo com suas mulheres quando julgavam possuir o número de herdeiros necessários. Mas isso não quer dizer que não possuíssem experiências extraconjugais; elas existiam abertamente e eram reconhecidas pela sociedade. Os homens podiam ter relações com concubinas, cortesãs e efebos (jovens rapazes) e havia uma hierarquia complexa de amantes, que incluía prostitutas, concubinas, hetairas (cortesãs de alto nível) e efebos.

Já as mulheres buscavam, na maioria das vezes, alternativas discretas para a falta de sexo com seus maridos, como a masturbação, sendo comum na época o comércio de pênis artificiais, uma vez que a mulher adúltera era julgada e menosprezada pela sociedade. A dita submissão da mulher impedia que recebessem sexo oral e até mesmo que proporcionasse esse prazer ao homem, ao qual era inaceitável assumir uma posição passiva. (Lins, 2012). Importante destacar que a relação dos homens com os efebos, jovens rapazes, era comum e socialmente aceita. Era a relação homossexual da época, embora tal termo só tenha passado a existir a partir das descobertas científicas do século XIX. Tratava-se de uma relação de pederastia, na qual o homem mais velho assumia o papel de tutor sexual do jovem rapaz. Havia, portanto, na Grécia Antiga, uma sexualidade diversificada, com relações sexuais concomitantes e socialmente aceitas, o que se deve ao fato de não sofrerem, à época, influência do pensamento judaicocristão e do discurso científico do século XIX, que modificaram o modo de encarar as relações sexuais e seus desdobramentos anos depois.

Na Roma Antiga, a sexualidade é construída com base na divisão da sociedade em

masculino e feminino, grupos que se subdividem em ativos e passivos. O papel sexual ativo é assumido pelo homem, enquanto o passivo cabe às mulheres, escravos e aos rapazes. (PucciniDelbey, 2007). A sexualidade em excesso era repudiada pela sociedade, assim como o modelo de pederastia grego, que permitia a relação de homens com jovens rapazes. Em Roma, a pederastia era permitida apenas em relação a jovens escravos e não em relação a homens livres. Na sociedade romana, havia, ainda, uma diferenciação entre a sexualidade conjugal e a sexualidade extraconjugal. A sexualidade conjugal era direcionada exclusivamente à reprodução, enquanto a extraconjugal era a sexualidade do prazer. Os comportamentos sexuais eram uma questão de estatuto social, não de moral e, muito menos, de religiosidade.

Na Idade Média, período compreendido do século V (476), quando ocorreu a queda do Império Romano do Ocidente, até o século XV (1453), quando ocorreu a queda do Império Romano do Oriente e a tomada de Constantinopla pelos turcos, a sexualidade foi duramente reprimida. Foi um período em que o pensamento da Igreja Católica predominou, ditando regras e impondo comportamentos que suprimiam a sexualidade quase por completo, o sexo era permitido apenas para fins reprodutivos, sendo todo o resto considerado pecado. A Igreja determinava até mesmo a posição na qual o sexo poderia ser praticado, qual seja a posição missionária, conhecida atualmente como “papai-e-mamãe”. A masturbação era repudiada e desencorajada, assim como qualquer ato que fugisse à ordem natural do ato sexual, como homossexualidade, chamada de sodomia, era considerada não só uma heresia como crime punido com pena de morte, sexo com animais e prática antinatural do coito (sexo em orifícios não naturais, como boca e ânus). Já nos países do Oriente na Idade Média, a realidade era diversa, havendo muito mais liberdade sexual, o sexo era considerado até mesmo um ato de veneração, os homens podiam se casar com quantas mulheres quisessem, desde que pudesse sustentá-las.

No Renascimento, período compreendido entre o fim da idade média e início da idade moderna, e marcado pela retomada e revalorização da cultura da antiguidade clássica, a sexualidade continuou sendo reprimida, apesar da mudança de perspectiva em relação ao corpo, que passou a ser valorizado. É nessa época que a sífilis aparece, mudando a forma como as

relações sexuais são encaradas. Apesar das diversas teorias acerca do surgimento dessa infecção sexualmente transmissível, fato é que, no final do século XV, a Europa foi assolada por uma epidemia da doença. O período renascentista também foi marcado pelos avanços na medicina, através da utilização do método científico (Neto *et al.*, 2009).

Com a Revolução Industrial, no século XIX, não há a consolidação somente do capitalismo, mas também de uma nova forma de se encarar a sexualidade, tendo em vista os avanços tecnológicos que permitiram a fabricação de camisinhas de borracha em larga escala e a descoberta da “pílula anticoncepcional”. Tudo isso, combinado ao aumento da alfabetização e ao declínio das práticas religiosas, possibilitou a libertação sexual, em um fenômeno que ficou conhecido como “Revolução Sexual”. As raízes dessa revolução podem ser rastreadas até o iluminismo e ao período vitoriano, sendo que, no final do século XIX, surge a preocupação pelo estudo científico da sexualidade, o que ficou conhecido como Sexologia.

### 2.1.1 Sexologia

A sexologia, que cuida do estudo do comportamento sexual, “dos modos de intervenção e conhecimento que visam ao atendimento clínico ou à prevenção de distúrbios relacionados à sexualidade” (Russo *et al.*, 2009), é um fenômeno recente, é do final do século XIX.

Segundo Russo *et al.* (2009), a sexologia passou por três ondas sucessivas: a primeira onda surgiu na virada do século XIX para o século XX, na Alemanha, onde o “termo *sexualwissenschaft* (ciência sexual) foi criado por Iwan Bloch, médico alemão” (Russo *et al.*, 2009). Tal onda foi marcada pela construção de uma visão objetiva em relação à sexualidade, contrapondo-se à visão vigente à época, fortemente influenciada pela religião, pela moral e pela ordem jurídica em vigor. Objetivava-se o fortalecimento da educação sexual como medida de política pública, a fim de dissociar a sexualidade dos preceitos preconceituosos em voga. Dois temas centrais durante esse período foram a reprodução e a homossexualidade, chamada à época de inversão.

A segunda onda surge entre 1960 e 1970, nos EUA, tendo como marco o trabalho de William Masters e Virginia Johnson e, como base, as pesquisas de Alfred Kinsey. Essa onda rompe com a anterior, dissociando a sexualidade da reprodução e abandonando o caráter de

afirmação políticas acerca do tema. A segunda sexologia, por outro lado, marcou sua autonomia em relação às especialidades médicas, especialmente pela afirmação de um objeto particular – o orgasmo. As práticas sexuais consideradas não naturais são diferentes das preocupações e até mesmo da falta de informação das antigas práticas; nessa segunda onda o foco está sobre a sexualidade conjugal e genital e envolve uma relação direta com constantes disfunções sexuais. (Rohden; Russo, 2011, p.724).

Alfred Kinsey foi um entomologista e zoólogo americano que iniciou seus estudos sobre o comportamento sexual humano em 1938, fundando o “Institute for Sex Research” - hoje Instituto Kinsey -, em 1947. Após os seus estudos se voltarem para sexualidade humana, ele rompeu com os estudos acerca da sexualidade da primeira onda. Kinsey inicia seus estudos sobre sexualidade, pesquisando e entrevistando homens homossexuais e em seguida, volta seus estudos para casa heterossexuais. Kinsey acreditava que o estudo científico da sexualidade e a disseminação das informações assim obtidas junto ao público leigo contribuiriam para a melhoria da relação e especificamente do relacionamento sexual entre os casais americanos. Ou seja, ele via seu trabalho construído contra a ignorância de preconceitos e mitos desprovidos de fundamento, como uma real contribuição para a manutenção do casamento e mesmo da família norte-americana, então ameaçada de desestabilização (Russo, 2011).

William Howel Masters e Virginia Eshelman Johnson, ambos americanos, ele ginecologista e ela psicóloga, foram casados por mais de 20 anos e juntos revolucionaram os estudos sobre a sexualidade humana, tornando-se referência tanto em relação às avaliações de disfunções sexuais, como para técnicas de tratamento em terapia sexual. Masters e Johnson iniciaram a pesquisa acerca da sexualidade em 1954, após a publicação do relatório de Kinsey, intitulado *Sexual Behavior in the Human Female*, pois julgavam o mesmo demasiadamente sociológico, deixando de lado importantes questões fisiológicas.

As principais obras dos autores acerca do assunto são *Human Sexual Response* (1966) e *Human Sexual Inadequacy* (1970). A primeira foi resultado de investigações laboratoriais das reações fisiológicas e anatômicas, enquanto a segunda foi resultado de trabalhos clínicos (Sena, 2010). Em *Human Sexual Response*, publicado em 1966, Masters & Johnson apresentaram o

Ciclo da resposta sexual, formado por excitação, platô, orgasmo e resolução, descritos da seguinte forma:

- 1) **Excitação:** duração de minutos a horas. É a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. Corresponde à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem. Caracteriza-se basicamente por dois fenômenos: vasocongestão e miotonia, culminando na formação da plataforma orgástica;
- 2) **Platô:** excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos;
- 3) **Orgasmo:** clímax de sensações intensas seguidas de sensações de alívio e relaxamento (Mah & Binik 2001).
- 4) **Resolução:** Também chamada fase de detumescência, é um estado subjetivo de bemestar que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular, a lassidão e certo torpor. Tem duração de minutos a horas. Nos homens, caracteriza-se por um período refratário no qual o organismo necessita estar em repouso, não aceitando mais estimulação. (Marques; Chedid; Eizerik, 2008).

Já em *Human Sexual Inadequacy*, considerado um marco da moderna sexologia, Masters & Johnson listam todas as possíveis perturbações da sexualidade e seu tratamento, consolidando a figura do terapeuta sexual. (Russo *et al.*, 2009).

Em 1977, Helen Singer Kaplan acrescentou a fase do desejo sexual ao Ciclo da resposta sexual, consistente na vontade de se estabelecer uma relação sexual a partir dos estímulos sensoriais ou de memórias ou fantasias eróticas (Marques *et al.*, 2008). O ciclo de Kaplan passa a ser formado então pelas de desejo, excitação, orgasmo e resolução. Kaplan foi uma psicanalista austríaca, naturalizada americana, pioneira por adotar uma abordagem biopsicossocial integrada à psicanálise, bem como técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento das disfunções sexuais.

A terceira onda da sexologia, também conhecida como “medicamentalização” da sexualidade, é aquela na qual a farmacologia assume papel de destaque, o urologista entra em cena e o homem e suas disfunções assume o lugar da mulher como cliente preferencial (Russo *et al.*, 2009). Um marco importante dessa terceira onda foi o lançamento do citrato de sildenafil,

conhecido comercialmente como Viagra, indicado para os casos de impotência masculina ou, como são conhecidos atualmente, os casos de disfunção erétil.

A passagem da segunda onda para a terceira onda da sexologia implicou na mudança do objeto da investigação e tratamento e do tipo de profissional envolvido, uma vez que a segunda onda tinha como objeto de investigação o casal e era mais psicológica, a terceira onda foca no indivíduo, principalmente o homem, e é mais biológica. Conseqüentemente, o urologista ganha mais importância nessa fase, sobrepondo-se aos ginecologistas e psicólogos no tratamento das chamadas disfunções sexuais. (Russo, 2008).

### **3. OBJETIVOS**

O objetivo principal do presente trabalho foi compreender a relação dos Transtornos de Ansiedade Social e as Disfunções Sexuais em homens adultos, pela visão dos pacientes, visando um melhor entendimento sobre o tema, para o desenvolvimento de estratégias eficazes de tratamento.

### **4. MÉTODO:**

O presente estudo consiste em uma pesquisa empírica, exploratória, descritiva, transversal, com levantamento de dados de metodologia qualitativa, coletados por meio de entrevistas semiabertas, tendo uma amostra por conveniência. A coleta dos dados foi realizada através da revisão de literatura e mediante entrevista com pacientes que fizeram ou fazem terapia pela abordagem da Terapia Cognitivo da Sexualidade e aceitaram participar por livre e espontânea vontade da pesquisa, uma vez que a demanda original era sobre disfunção sexual e/ou transtornos de ansiedade. A análise qualitativa dos dados será feita segundo Bardin (2016) com intuito de ilustrar, a partir do depoimento dos participantes, quando e como surgiram as queixas apresentadas, sua manutenção e prejuízos causados.

Foram entrevistados 10 sujeitos, maiores de dezoito anos, que se autodeclararam binários, heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, cisgênero ou transgênero,

sexualmente ativos e que aceitaram participar da pesquisa. A pesquisa apresentou riscos mínimos de ordem psicológica, emocional, material, física, social, cultural e/ou espiritual dos sujeitos participantes.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, seguindo-se os preceitos da Resolução 196/96, sendo iniciado somente após sua aprovação. Após a aprovação do comitê, foram estabelecidos os contatos com os sujeitos oferecendo as informações necessárias para que concordassem ou não em participar do estudo, como os objetivos da pesquisa, instrumentos necessários para a realização da coleta de dados, e critérios de inclusão e exclusão do estudo. Após os devidos esclarecimentos, e a concordância dos participantes, estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados foram divulgados com honestidade científica, mantendo o nome dos participantes em sigilo.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, de maneira individual, por meio de entrevistas semiabertas que foram gravadas por áudio e, em seguida, transcritas. Todos os participantes foram ou são pacientes do autor deste estudo e buscaram a terapia cognitivo comportamental e/ou a terapia cognitivo da sexualidade para tratar demandas relacionadas à ansiedade e à sexualidade. Os que buscaram em decorrência de ansiedade foram encaminhados em sua totalidade por psiquiatras e já tinham sido diagnosticados com transtorno de ansiedade.

Apenas três dos participantes vieram encaminhados de Urologistas e buscaram a terapia para tratar questões relacionadas especificamente sobre a sua sexualidade, já tendo realizado tratamento medicamentoso para tal demanda. Foi observado durante os tratamentos e nas entrevistas, que os participantes não falaram abertamente sobre suas disfunções sexuais na primeira consulta.

Após as entrevistas, foi realizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2016) feita a partir das respostas obtidas dos participantes e a literatura de referência. O conteúdo foi analisado, lendo primeiramente o material levantado junto aos participantes, para assim entender o sentido geral do conteúdo e relacionar com o material bibliográfico levantado.

## 5 RESULTADOS

Há um grande campo de estudos sobre a sexualidade e os transtornos mentais como um todo, porém, poucas pesquisas relacionadas ao assunto e instrumentos específicos para a coleta de dados e possíveis intervenções. Dessa forma, é necessário que haja uma investigação acerca de grau, natureza e histórico de cada paciente com queixa sexual relacionada à ansiedade, visto que na maior parte dos casos a ansiedade interfere negativamente na experiência subjetiva e favorece a manutenção das disfunções sexuais. Mesmo que não estejam diretamente relacionadas, a ansiedade geralmente acompanha a disfunção e, por isso, deve ser considerada no diagnóstico e na abordagem terapêutica, uma vez que sua incidência acerca do desempenho sexual pode prolongar e exacerbar os problemas sexuais.

Ainda que os estudos apontem resultados consideráveis em relação às disfunções, o número de trabalhos ainda é pequeno, sobretudo considerando a necessidade de desenvolver técnicas de intervenção voltadas para estes pacientes, sendo assim o objetivo é aumentar e facilitar as possibilidades de tratamento tanto para os profissionais como para os pacientes. É importante tratar as causas, como transtorno de ansiedade e a disfunção sexual, seja através de uma intervenção psicoterapia individual ou em grupo, para que o sucesso do tratamento e a remissão dos transtornos sejam o objetivo principal, para que o sujeito apresente uma melhora em sua qualidade de vida, uma vez que a qualidade da sua vida sexual impacta diretamente em outros campos da vida, como familiar e laboral, por exemplo.

Visto que tanto a sexualidade humana quanto as disfunções sexuais e os Transtornos de Ansiedade são questões relacionadas diretamente à saúde mental, o presente estudo se enquadra na linha de pesquisa, articulando teoria e prática, presando pela saúde dos sujeitos que serão beneficiados com os resultados que foram encontrados, assim como a contribuição para o campo acadêmico.

O presente trabalho, tendo como uma de suas bases os Transtornos de Ansiedade, se enquadra em uma pesquisa já desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) que, em 2013, iniciou uma pesquisa intitulada Relação do uso e/ou abuso de álcool e ansiedade social no município de Juiz de Fora, que originou, no ano seguinte, no grupo de tímidos, um grupo terapêutico de intervenção para ansiosos sociais, que existe até o presente momento. Após alguns grupos, foi identificado que os participantes também apresentavam demandas psicosssexuais, uma vez que a ansiedade social os impossibilitava de terem contatos interpessoais e, conseqüentemente, sexuais. Daí surgiu a motivação para os estudos acerca da sexualidade e a relação com os transtornos de ansiedade.

Através da fala do paciente, da identificação de distorções cognitivas, sentimentos como medo e ansiedade, comportamentos disfuncionais e de técnicas cognitivas e comportamentais, foi percebido um melhor controle da ansiedade e conseqüentemente da performance sexual do paciente, através de relatos na melhora de sua qualidade de vida e do questionário semiestruturado presente nesse trabalho.

## 5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas revelaram uma gama diversificada de experiências individuais em relação, principalmente, ao início da atividade sexual. Alguns entrevistados compartilharam que começaram sua jornada sexual mais cedo, por volta de 12, 13 anos, com garotas de programa, levados pelos pais e/ou amigos, enquanto outros iniciaram mais tarde, refletindo uma interseção complexa de fatores, incluindo contexto social, desenvolvimento pessoal e influências culturais. Essa variedade de experiências destaca a importância de reconhecer a singularidade de cada trajetória sexual masculina e como ela é moldada por uma série de elementos externos e internos.

Um tema recorrente nas entrevistas foi a presença de experiências negativas relacionadas ao desenvolvimento sexual, não somente ao ato em si, mas os seus primeiros contatos, falta de educação sexual, para alguns entrevistados, dificuldades de desempenho, pressões sociais e visões negativas sobre o sexo foram obstáculos

significativos em sua jornada. Essas experiências adversas podem estar ligadas a uma série de fatores, como educação religiosa restritiva, expectativas sociais ou padrões culturais em torno da masculinidade e do sexo. Esses desafios podem contribuir para o surgimento de transtornos sexuais, como disfunção erétil, diminuição do desejo sexual ou ansiedade de desempenho.

A ansiedade em relação ao desempenho sexual foi uma preocupação compartilhada entre os entrevistados, com muitos expressando preocupações antes e durante as relações sexuais, com parcerias casuais ou em relacionamentos duradouros. Essa ansiedade pode ser um reflexo das pressões sociais para ter uma boa execução, fator esse que é associado ao papel sexual do homem, como um dos quatro pilares da sexualidade ou corresponder a certos padrões de desempenho, o que pode ter um impacto significativo na saúde sexual e no bem-estar emocional dos homens que, muitas vezes como relatado nas entrevistas, acabam usando remédios vasodilatadores para terem um desempenho melhor, mesmo agindo como placebo, uma vez que esses remédios não atuam no desejo ou na ejaculação.

No entanto, também houve relatos de conflitos internos e sentimento de culpa em torno de determinadas fantasias, especialmente quando contrastadas com experiências negativas passadas, o que pode ser um gatilho para o aumento da ansiedade, assim como questões religiosas que permeiam os pensamentos e muitas vezes surgem como crenças disfuncionais. Esses conflitos podem ilustrar a complexidade das narrativas sexuais masculinas e destacar a importância de uma abordagem compassiva e inclusiva ao discutir questões de sexualidade e saúde mental, uma vez que, de acordo com o relato dos entrevistados, não é um assunto compartilhado em rodas sociais ou mesmo em família, por sentirem vergonha, o que muitas vezes acaba sendo um fator ansiogênico, pois relataram que acreditam que somente eles têm esses problemas, porque ninguém mais fala ou é questionado sobre isso em seu nicho de convivência.

Por fim, alguns entrevistados mencionaram buscar ajuda médica ou terapia para lidar com questões relacionadas à sexualidade, sendo o tratamento terapêutico o último

recurso, depois de procurarem médicos e outros tratamentos, por acreditarem que a disfunção tinha somente caráter fisiológico. Isso ressalta a importância do acesso a serviços de saúde mental e sexual, onde os homens possam receber apoio individualizado e abordagens terapêuticas centradas no paciente. Ao integrar essas histórias com a pesquisa existente sobre transtornos sexuais e disfunções sexuais em homens, podemos desenvolver uma compreensão mais abrangente das necessidades e desafios enfrentados pelos homens em relação à sua saúde sexual e emocional.

As entrevistas revelam uma convergência com a literatura acadêmica sobre transtornos sexuais e disfunções sexuais em homens. Em particular, os relatos dos entrevistados refletem os desafios descritos na pesquisa sobre a ansiedade de desempenho sexual. Segundo Mulhall *et al.* (2008) a ansiedade é frequentemente associada a disfunções sexuais masculinas, como disfunção erétil e ejaculação precoce. Isso é evidenciado pelos relatos dos entrevistados, que expressam preocupações significativas sobre seu desempenho sexual, alinhando-se com os achados da literatura.

Além disso, as narrativas dos entrevistados ecoam o impacto das experiências negativas e das pressões sociais no desenvolvimento sexual masculino, conforme discutido por Althof *et al.* (2010). Esses estudos ressaltam como fatores socioculturais, incluindo normas de gênero e expectativas sociais podem influenciar a saúde sexual masculina e contribuir para transtornos sexuais.

As fantasias sexuais compartilhadas pelos entrevistados também estão alinhadas com a literatura existente. Segundo Bancroft (2009) fantasias sexuais são uma parte comum da sexualidade humana e podem refletir uma busca por prazer e satisfação sexual.

Ademais, a busca por ajuda médica ou terapia mencionada por alguns entrevistados ressalta a importância da intervenção profissional na abordagem de transtornos sexuais masculinos. Isso está em consonância com as recomendações de Althof *et al.* (2014) sobre a importância do acesso a serviços de saúde mental e sexual, onde os homens podem receber apoio personalizado e tratamento adequado para suas necessidades individuais.

Dessa forma, as entrevistas oferecem uma visão perspicaz da interseção entre as experiências pessoais dos homens e os conceitos estudados na literatura acadêmica sobre transtornos sexuais e disfunções sexuais masculinas. Ao integrar essas narrativas com a pesquisa existente, podemos desenvolver uma compreensão mais completa e empática dos desafios enfrentados pelos homens em relação à sua saúde sexual e emocional.

### Referências Bibliográficas

ABDO, Carmita HN. Estudo da vida sexual brasileira. In: **Estudo da vida sexual brasileira**. p. 202-202. São Paulo: Bregantini, 2004.

Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Althof, S. E., Buvat, J., Gutkin, S. W., Belger, M., Stothard, D. R., & Fugl-Meyer, A. R. (2010). Sexual satisfaction in men with erectile dysfunction: Correlates and potential predictors. *The journal of sexual medicine*, 7(1\_Part\_1), 203-215.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR**. Washington: American Psychiatric Association, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

Bancroft, J., & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of sex research*, 41(3), 225-234.



Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Brecher, EM (1970). Inadequação sexual humana.

CORRETTI, Giorgio; BALDI, Irene. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. **Psychiatric Times**, v. 24, n. 9, p. 16-21, 2007.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed.

Falcone, E. M. O. (2011). Relação terapêutica como ingrediente ativo de mudança. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed., pp. 145 - 154). Porto Alegre: Artmed.

GRASSI, Maria Virgínia Filomena Cremasco. **Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente**. Escuta, 2004.

Lins, R. N. (2012). *O Livro do Amor-vol. 1: Da Pré-História a Renascença* (Vol. 1). Editora Best Seller.

LUCENA, Bárbara Braga de; ABDO, Carmita Helena Najjar. O papel da ansiedade na

(dis) função sexual. **Diagnóstico e tratamento**, 18(2), 2013.

Mah, K. e Binik, YM (2001). A natureza do orgasmo humano: uma revisão crítica das principais tendências. *Revisão de psicologia clínica*, 21 (6), 823-856.

MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E. - *A resposta sexual humana* São Paulo: Roca, 1984.

MARQUES, Florence Zanchetta Coelho; CHEDID, Simone Braga; EIZERIK, Gibrahn Chedid. Resposta sexual humana. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 3/6, 2008.

Mulhall, J., King, R., Glina, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the global better sex survey. *The journal of sexual medicine*, 5(4), 788-795.

NETO, Benedito Geraldês *et al.* A sífilis no século XVI - o impacto de uma nova doença. **Arq Ciênc Saúde [Internet]**, v. 16, n. 3, p. 127-129, 2009.

Puccini-Delbey, G. (2010). A vida sexual na Roma Antiga. *Lisboa: Texto & Grafia*.

RUSSO, Jane A. *et al.* O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 617-636, 2009.

Russo, J., Rohden, F., Torres, I., Faro, L., Nucci, M., & Giami, A. (2011). Sexualidade, ciência e profissão no Brasil. *Rio de Janeiro: CEPESC*, 160.

Rohden, F., Roca, A., & Russo, J. A. 47| 2017 Gênero e Sexualidade, Saberes e



Intervenções.

TEIXEIRA, Thiago Afonso Carvalho Celestino. Qualidade de vida sexual da população masculina de 18-69 anos na cidade de Macapá - Amapá. Orientadora: Maira Tiyomi Sacata Tongu Nazima. 2015. 132 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)** – Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unifap.br:80/jspui/handle/123456789/148>.

**Anexos:**

**Transtornos de Ansiedade e Disfunções Sexuais masculinas: Uma Análise Clínica**

**Discente: Ernani de Barros Gomes Neto Segundo**

**Anexo ao projeto de qualificação – PPG/Psi UFJF**

- 1 – Quando e como foi o início de sua atividade sexual?
- 2 – Houve alguma experiência negativa em seu desenvolvimento sexual?
- 3 – Você está satisfeito com seu atual desempenho sexual?

- 4 – Há algo na sua prática sexual que o preocupa? Se sim, há quanto tempo você percebe isso?
- 5 – Você já identificou se sentiu ansiedade antes, durante ou depois de uma prática sexual?
- 6 – Quais são os seus pensamentos a respeito de uma prática ou relação sexual que ainda vai acontecer?
- 7 – Você já procurou atendimento médico para investigação e/ou tratamento de queixas relacionadas ao sexo?

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.**

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Transtornos de Ansiedade e Disfunções Sexuais masculinas: Uma análise clínica”, desenvolvida por Ernani de Barros Gomes Neto Segundo, discente de Mestrado em Processos Psicossociais e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação do Professor Lelio Moura Lourenço.

A pesquisa tem como objetivo compreender a relação dos Transtornos de Ansiedade e as Disfunções Sexuais em homens adultos, pela visão dos pacientes,

visando um melhor entendimento sobre o tema, para o desenvolvimento de estratégias eficazes de tratamento.

O convite a sua participação se deve ao perfil de inclusão da pesquisa, se autodeclarar do gênero masculino, fazer ou ter feito terapia pela abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental, ser maior de 18 anos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A identidade dos participantes não será revelada ao longo da pesquisa, sendo identificados como Participantes 1, participantes 2 e assim por diante.

A sua participação consistirá em participar da entrevista, respondendo as perguntas realizadas pelo pesquisador e gravado por aplicativo de voz.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, e do questionário aproximadamente trinta minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ajudar no entendimento da relação entre os dois transtornos e contribuir para medidas de intervenção específicas e funcionais.

A pesquisa não apresenta riscos diretos ao participante, mas pode causar constrangimento durante a entrevista ou que deverá ser comunidade ao pesquisador no ato da entrevista, caso seja necessário a interrupção dela.

**Observações:**

Este documento contém duas vias e deve ser rubricado em todas as páginas pelo participantes e pelo pesquisador.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia - CEPIPS. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do sujeito pesquisado**

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (CEP/IPS) da UFBA  
Rua Aristides Novis, Campus São Lázaro, 197, Federação, CEP 40.170-055, Salvador, Bahia,  
telefone (71)3283.6457, E-mail : cepips@ufba.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

---

Ernani de Barros Gomes Neto Segundo

***Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:***

***Tel.:32-99150-0404***

***E-mail: ernani-gomes@hotmail.com***

Juiz de Fora \_\_/\_\_/\_\_

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

---

(Assinatura do participante da pesquisa) Nome do participante:

Termo de Confidencialidade e Sigilo



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Eu **Ernani de Barros Gomes Neto Segundo**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Transtornos de Ansiedade e Disfunções Sexuais: Uma análise clínica, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

**Declaro:**

- a) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- b) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- c) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- d) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- e) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

**Ernani B. Gomes Neto Segundo**  
**Campus Universitário da UFJF**  
**Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas CEP:**  
**36036-900**  
**Fone: 32-99150-0404**  
**E-mail: ernani-gomes@hotmail.com**

Juiz de Fora 20 de Março de 2024.

**Assinatura** Ernani de  
Barros Gomes Neto Segundo