

Ansiedade, depressão e característica de personalidade em homens com disfunção sexual¹

Anxiety, depression and personality characteristics in men with sexual dysfunction

Rodrigo Britto²

Sílvia Pereira da Cruz Benetti³

Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Resumo

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

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

¹ Trabalho apresentado na VIII Jornada de Psicologia do HU/UEL e 2º Congresso Brasileiro de Psicologia Aplicada à Saúde, realizados em Londrina, 27-28-29 outubro de 2010.

² Psicólogo Clínico em Clínica de Andrologia de Porto Alegre, Mestre em Psicologia Clínica (UNISINOS). E-mail: rodrigobrittors@hotmail.com

³ Doutora, Co-autora do artigo e Orientadora, Professora do curso de Pós-graduação em Psicologia. Unisinos.

Abstract

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

Keywords: Personality; Depression; Anxiety; Sexual dysfunction.

Introdução

O desempenho sexual é um dos aspectos com importante contribuição para o bem-estar psicológico do ser humano. Isto é, a questão de como o ser humano mantém relações sexuais faz com que a sexualidade seja um importante pólo estruturante da identidade e da personalidade. Ao final da década de 90, o surgimento de fármacos como o Viagra (citrato de sildenafil) promoveu uma importante mudança nas formas culturais de se conceber a sexualidade masculina (Paranhos, 2007).

Ainda assim, a sexualidade pode ser tanto fonte de prazer, quanto de frustração, afetando diferentes âmbitos da vida dos indivíduos. Desta maneira, as disfunções sexuais são um grande inimigo da saúde, situações identificadas tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, devido à sua alta prevalência. No Brasil, Abdo (2004), em uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, sendo 3775 do sexo masculino, assinala que 48,1% dos homens referiram ter algum tipo de disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. Em grande parte desses

casos, o indivíduo não apresenta problemas orgânicos, ou seja, a disfunção sexual é de origem emocional, ou psicológica (Grassi, 2004).

Levando em consideração o impacto das disfunções sexuais masculinas, verifica-se a importância de conhecer as características psicológicas dos casos a fim de se desenvolver técnicas de intervenção apropriadas.

Quando a atividade sexual não se desenvolve a contento, fala-se em disfunção sexual, que resulta de perturbação em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual (Abdo, 2007). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV TR, 2002), uma disfunção sexual (ou Transtorno Sexual) é caracterizada por uma perturbação nos processos que formam o ciclo de resposta sexual – formado por Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução - ou por dor associada à prática sexual. As disfunções sexuais masculinas descritas que serão estudadas nesta pesquisa são a Disfunção Erétil e a Ejaculação Precoce.

No Brasil, Abdo (2004), em uma pesquisa com amostra de 7022 pessoas, sendo 3775 do sexo masculino, assinala que 48,1% dos homens referiram ter algum tipo de disfunção sexual, como disfunção erétil ou ejaculação precoce. Apesar de este número já não ser pequeno, sabe-se que pode ser maior ainda, pois falar de problemas sexuais ainda é um tabu para muitos, ainda mais em uma sociedade onde ainda existem ideais de machismo (Cavalcanti, 2006).

Neste trabalho, foram abordadas as situações específicas de ejaculação precoce e disfunção erétil.

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

Classifica-se a EP de acordo com a cronologia do seu aparecimento, em Primária e Secundária. A EP Primária ocorre quando o indivíduo teve esse tipo de sintoma (ejaculação rápida) desde o início de sua vida sexual; enquanto a EP

Secundária é aquela que ocorre somente em determinada fase da vida do homem (Cavalcanti, 2006).

O paciente com EP possui alto nível de ansiedade e pode vir a ter disfunção erétil (França, 2001). Os números encontrados no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (Abdo, 2004) não são pequenos: 25,8% dos homens pesquisados referiram a presença de Ejaculação Precoce. Desta maneira, nota-se que este é um dos problemas que mais afetam a sexualidade masculina, juntamente com a Disfunção Erétil.

Entende-se por disfunção erétil a incapacidade de se obter ou manter uma ereção adequada para a prática da relação sexual. É uma questão de saúde mundial que afeta quase metade dos homens acima de 40 anos e, embora não seja uma ameaça a vida, não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer a qualidade de vida do indivíduo. Assim, a relação sexual deixa de ser uma experiência agradável e passa a causar ansiedade (Paranhos, 2007).

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

A disfunção erétil tem um papel importante como marcador preditivo e evolutivo de condições que ameaçam a vida, tanto de ordem emocional (como a depressão), quanto física (diabetes, hipertensão, cardiopatias). No que diz respeito a pesquisas internacionais, Johannes (2000), em um estudo que pesquisou 1.290 americanos, entre 40 e 70 anos, na região de Massachusetts, encontrou 52% de prevalência para diferentes graus de DE. Na América Latina, o estudo de Morillo (2002) realizado na Colômbia, no Equador e na Venezuela, apontou índice de 53,4% de DE nos participantes dos três países em conjunto.

Para França (2001), a liberdade sexual vivida desde o fim do século passado é tamanha que acabou construindo obstáculos imaginários nas interações heterossexuais, dentre os quais se destaca a necessidade, sentida pelo homem, de ter que dar provas de sua virilidade, desde os primeiros encontros com a mulher, fatores que podem facilmente gerar ansiedade. Neste sentido, Althof et al. (2005) colocam que a ansiedade esteve ligada à compreensão das disfunções sexuais desde os primeiros estudos, tornando-se o foco principal do tratamento psicológico de homens apresentando esta dificuldade. Ainda atualmente, a ansiedade é identificada como um importante estado subjetivo de homens com disfunção sexual e também como um fator de manutenção destas dificuldades.

Rodrigues JR (2008), em uma amostra de 75 sujeitos atendidos em clínica de psicologia em sexualidade (54 homens e 21 mulheres), aplicou o Inventário Beck de Ansiedade (BAI), com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade desses indivíduos. Os resultados revelaram que 81,5% dos homens estão entre “Mínimo e Leve”, enquanto para as mulheres, esses mesmos graus correspondem a 66,7%. Quanto à média dos escores, os homens com disfunção erétil apresentaram 13,80 (DP=10,60), enquanto os portadores de ejaculação rápida fizeram 12,95 (DP=7,81). Observa-se, portanto, que a grande maioria não apresentou altos escores.

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

Ainda que a ansiedade esteja presente na maioria dos casos, Althof et al. (2005) alertam que a correlação entre ansiedade e disfunção erétil, não é claramente indicativa que a disfunção foi causada pela ansiedade *per se*. Isto significa que ainda é necessária uma maior compreensão da associação entre estados afetivos como depressão e ansiedade, e as disfunções sexuais.

Seja qual for a sua etiologia, a depressão está presente em toda disfunção sexual. Desde o início, como origem ou fator desencadeante, ela pode caracterizar os mais diferentes quadros disfuncionais masculinos, como a disfunção erétil

psicogênica. Já a disfunção sexual de base orgânica não escapa ao comprometimento psíquico secundário, sendo agravada pela depressão que se impõe. Assim, a depressão é um importante fator de risco para a disfunção sexual, causando sintomas como desinteresse, apatia, sensação de fadiga, entre outros que comprometem o desejo sexual. Por outro lado, o desempenho sexual insatisfatório pode agravar a depressão e gerar conflitos relacionais. Pode-se dizer que a depressão aumenta o risco para DE e vice-versa (Abdo, 2007).

Em um estudo de Meyer (1997) com 180 homens em Porto Alegre - RS, foi aplicado o MMPI (Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade). Concluiu-se que tanto sujeitos com DE devido ou com EP apresentam mais indícios de depressão que sujeitos sem disfunção sexual. Já Rodrigues JR (2008) pesquisou 176 sujeitos com queixas sexuais, sendo 140 homens, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Para os graus de depressão, segundo a amostra, os resultados revelaram que 83,5% dos homens estão entre “Mínimo e Leve”, enquanto para as mulheres, esses mesmos graus correspondem a 75%. Quanto à média dos escores, os homens com disfunção erétil apresentaram 13,52 (DP=8,28), enquanto os portadores de ejaculação rápida fizeram 12,35 (DP=7,89).

Da mesma forma, no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, a correlação dos sintomas de depressão foi de 8,9% dos homens com DE para 5,4% dos participantes sem DE (Abdo, 2004). Observa-se, portanto, que a incidência de sintomas ansiosos e depressivos é significativa em indivíduos com disfunção sexual.

Além dos estados emocionais citados, deve-se ressaltar que a seqüência causal entre qualidade de vida e saúde sexual não é linear e unifatorial, pois também temos que levar em conta a personalidade do indivíduo, sua singular maneira de ser que determina um eixo único e pessoal de valoração motivacional dos diferentes fatos vitais. Assim, a personalidade pode ser tanto um fator causal quanto de cronificação de um problema sexual, além de relacionar-se à dificuldade do paciente em tratar-se (Felicio, 2002).

Nos últimos anos, surgiram pesquisas sobre as disfunções sexuais que buscam indicar que traços de funcionamento individual estariam relacionados à falha da função sexual. Eysenck (apud Felicio, 2002), utilizando seu Inventário de

Personalidade, buscou observar se há conexão entre traços de personalidade, experiência sexual e comportamento. Os resultados encontrados foram que existe relação entre neuroticismo, psicoticismo, extroversão e sexualidade. Já no Brasil, Felício (2002) investigou a personalidade de 18 homens com Disfunção Erétil (DE) e 18 homens com Ejaculação Precoce (EP), não conseguindo verificar diferenças psicométricas significativas entre os pacientes de DE e EP. Os resultados indicaram que estes homens lidam com demandas mentais excessivas quanto ao desempenho, ordem e persistência, e que isto tende a levá-los a um depressivo desamparo, caracterizando uma masculinidade pouco assertiva. O funcionamento psicodinâmico dos DE tende a ser mais homogêneo enquanto grupo do que o funcionamento dos EP. Por fim, os DE são mais introvertidos e conversivos, e os EP mais fóbicos.

Em outro estudo nacional, Oliveira (2003) buscou aferir se existe um perfil psicopatológico relacionado à ejaculação precoce primária e se os mesmos têm maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos do que a população geral. As principais conclusões foram as seguintes: foi evidenciada associação significativa entre ansiedade e Ejaculação Precoce Primária, bem como entre depressão e Ejaculação Precoce Primária; o grupo de pacientes com diagnóstico exclusivo de Ejaculação Precoce Primária apresenta perfil de personalidade compatível com o conceito de neuroticismo de Eysenck, o mesmo não ocorrendo com o grupo controle.

Objetivo

O objetivo deste estudo é investigar a incidência de depressão e de ansiedade, bem como as características de personalidade em pacientes do sexo masculino com disfunções sexuais dos tipos disfunção erétil e ejaculação precoce, comparando os 2 grupos.

Método

Nesta pesquisa foi utilizado o método quantitativo descritivo, com uma amostra por conveniência, composta por 42 homens com idade entre 18 e 45 anos que tinham sido diagnosticados como portadores de Disfunção Sexual dos tipos disfunção erétil ou ejaculação precoce pelo médico andrologista da clínica onde foi realizada a pesquisa. Foram excluídos pacientes com diagnóstico de patologias orgânicas que comprometam o mecanismo de ereção e que estejam fazendo uso de medicamentos psicotrópicos, que podem alterar os escores das escalas Beck, como antidepressivos, por exemplo.

Procedimentos de coleta e análise dos dados. Os participantes tiveram dois encontros agendados cada, realizados na sala de Psicologia da clínica em questão, quando foi preenchido um questionário sócio-demográfico e aplicados os seguintes instrumentos, nesta ordem: *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*, que foi criado originalmente por Beck et al (1975) e revisado como um instrumento que possui propriedades psicométricas para avaliação de sintomas depressivos na população geral, tendo sido validado no Brasil por Cunha (2001); *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*, criado por Beck et al (1988) como uma escala auto-aplicativa para medir a intensidade de sintomas ansiosos e também validado no Brasil por Cunha (2001); e a *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP, Nunes, Hutz & Nunes, 2008)*, um instrumento psicológico construído para a avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências.

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

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

Resultados

A idade média da amostra foi de 31,21 (DP=6,16) anos, variando entre 20 e 45 anos. Dos 42 homens, 21 (50%) possuíam Disfunção Erétil (DE) e 21 (50%) tinham diagnóstico de Ejaculação Precoce (EP). Quanto à cidade de origem, 19 homens (45,2%) nasceram na capital, enquanto 23 (54,8%) são naturais de cidades do interior do estado. Quanto ao nível de escolaridade, 1 participante (2,4%) tinha ensino médio incompleto, 11 participantes (26,2%) possuíam ensino médio completo, 11 (26,2%) cursaram superior incompleto, 15 (35,7%) completaram o ensino superior, 1 (2,4%) fez pós-graduação incompleta e 3 (7,1%) concluíram pós-graduação. A maior parte dos homens teve sua primeira relação sexual com 18 anos de idade (35,7%), sendo que a média foi de 17,8 anos (DP=3,08), a idade mínima foi 13 anos e a máxima de 32 anos. Essa média foi superior a encontrada na pesquisa de Abdo (2006), que foi de 15,9 anos. A grande maioria dos homens possuía parceira fixa (78,6%). Enquanto no grupo com DE apenas 23,8% da amostra é de origem primária, no grupo com EP 85,7% possuem essa disfunção desde o início da vida sexual. Quase que a metade dos participantes demorou 5 anos ou mais para buscar ajuda médica (42,9%).

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

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

Tabela 1. Médias dos escores e desvio padrão de sintomas de depressão e ansiedade por grupo de disfunção erétil e ejaculação precoce.

	BAI		BDI-II	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Disfunção Erétil	13,57*	7,40	13,38	9,74
Ejaculação Precoce	8,52*	7,13	9,89	5,89

* $p < .05$.

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

Ao serem divididos em apenas duas categorias, sendo uma sem a presença de sintomas e outra com sintomas de ansiedade para o BAI e de depressão para o BDI, os resultados foram semelhantes aos divididos em quatro categorias. Houve diferença significativa entre os grupos de disfunção sexual somente quanto ao BAI, sendo que o grupo EP apresentou 5 (23,8%) indivíduos com sintomas de ansiedade, enquanto o grupo DE apresentou 13 (61,9%) homens com sintomas ansiosos ($p = 0,03$).

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

Tabela 2. Classificação da amostra quanto aos escores dos fatores de personalidade.

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

Discussão e Considerações Finais

A média de idade entre os 2 grupos, homens com ejaculação precoce e homens com disfunção erétil, foi similar. Estes dados estão de acordo com a pesquisa de Abdo (2006), onde apesar de a média de idade ter sido mais alta (média de 39,1), 47,9% dos homens com idade entre 18 e 39 anos apresentaram sintomas de disfunção erétil. O fato de a média de idade ser relativamente jovem também não surpreende, pois segundo pesquisas, como a de Avatshi et al (1994) a disfunção erétil de origem psicológica é a mais prevalente em homens jovens e corresponde a aproximadamente 10% dos casos em pacientes com mais de 50 anos.

No BAI, a média do grupo DE está similar com a encontrada no estudo de Rodrigues JR (2008), que em uma amostra de 54 homens e utilizando o mesmo instrumento (BAI), identificou nos portadores de DE a média de 13,80 (DP=10,60) em relação à ansiedade, verificando que 81,5% dos participantes estavam na classificação entre “Mínimo” e “Leve” do BAI e 18,5% foram classificados com sintomas “Moderado” ou “Grave”. Na presente pesquisa, os resultados demonstraram maior incidência de sintomas ansiosos, já que 32 indivíduos (76%) ficaram entre “Mínimo e Leve” e 10 (24%) tiveram resultados “Moderado” ou “Grave”. Por outro lado, chama a atenção o fato de a média dos homens com ejaculação precoce no BAI ter sido muito inferior à encontrada por Rodrigues JR(2008), que foi de 12,95 (DP=7,81).

Já no Estudo da Vida Sexual do Brasileiro, de Abdo (2004), os números, apesar de comprovarem maior ocorrência de ansiedade em homens com DE do que

em homens sem a mesma disfunção, foram bem menores: 6,4% dos portadores de DE apresentaram ansiedade, enquanto 3,8% dos homens sem DE tiveram o mesmo sintoma.

No BDI, apesar de a média do escore dos homens com disfunção erétil ser similar ao encontrado por Rodrigues JR (2008), que foi de 13,52 (DP=7,89), a média dos portadores de ejaculação rápida foi bem inferior à encontrada na pesquisa de Rodrigues, que indicou 12,35 (DP=7,89), encontrando 83,5% dos homens entre “Mínimo e Leve” na classificação de sintomas depressivos. Por outro lado, na atual pesquisa os sintomas depressivos foram menores, visto que 37 (88%) participantes ficaram entre as classificações “Mínimo” e “Leve”, e 5 (12%) entre “Moderado” e “Grave”.

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

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

Quanto aos resultados da Bateria Fatorial de Personalidade, analisando a amostra geral, 50% foi classificado como tendo um escore de médio a alto de neuroticismo, que está relacionado à maior sofrimento e instabilidade emocional. Os escores em neuroticismo foram menores em indivíduos sem sintomas, tanto para o BDI quanto para o BAI (p. 01). Já na extroversão, 52% dos participantes

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

Quanto à socialização, 42,9% teve resultados baixos, o que demonstra uma baixa qualidade nas relações interpessoais. Esta é a mesma conclusão de Black (1995), que concluiu que as pessoas com problemas sexuais têm traços caracteriológicos consistentes com dificuldades mais amplas no funcionamento interpessoal. No fator realização, 42,9% dos homens tiveram escore baixo, o que significa a falta de objetivos claros e a tendência a ter pouco comprometimento e responsabilidade diante de tarefas. Outro dado importante a ser destacado foi que a média da característica de personalidade de Realização foi maior em indivíduos que não apresentavam sintomas no BDI ($p < 0,03$).

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

Por último, os escores em abertura foram baixos em 59,5% dos pesquisados, indicando que os mesmos possuem uma tendência a ser convencionais nas suas crenças e atitudes, mais conservadores nas suas preferências e menos responsivos emocionalmente. Com base no teste T para identificar diferenças de traços de personalidade entre os dois grupos, observaram-se diferença significativa entre DE e EP apenas quanto ao Neuroticismo (DE M=3,70, DP= 0,88 e EP M=3,17, DP= 0,60; $p < .05$).

Dentro do Neuroticismo, verificamos diferenças significativas entre os homens com Disfunção Erétil (DE M= 3,96, DP= 1,04 e EP M=3,26, DP= 1,01, $p < .05$) e os com Ejaculação Precoce (DE M= 4,31, DP= 0,99 e EP M= 3,53, DP= 0,97, $p < .05$) respectivamente nas facetas N2, que é a faceta Instabilidade emocional e avalia o quanto as pessoas descrevem-se como irritáveis, nervosas, e com grandes variações de humor, e na N3, Passividade/Falta de energia, onde altos escores representam tendência a apresentar um comportamento de procrastinação e a ter grande dificuldade para iniciar tarefas, mesmo simples. Isso indica que os indivíduos com DE possuem uma tendência maior do que os ejaculadores rápidos a agir impulsivamente quando sentem algum desconforto psicológico.

Com esse estudo, pretendeu-se obter um maior conhecimento a respeito dos aspectos emocionais e das características de personalidade desses pacientes, contribuindo assim para o seu tratamento. Observou-se uma alta incidência de sintomas depressivos e ansiosos em homens com disfunção sexual. Além disso, pôde-se identificar algumas características de personalidade desses pacientes. É fundamental que se consiga identificar fatores de risco à disfunção erétil e à ejaculação precoce, bem como traços de personalidade que possam ser indicativos de uma pré-disposição a desenvolver determinado sintoma, para assim buscar mudanças favoráveis à saúde desses indivíduos.

Referências

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

- Abdo, C. (2007). *Da Depressão à Disfunção Sexual (e vice-versa)*. São Paulo: Vizoo Editora.
- Althof S.E., Leiblum S.R., Chevret-Measson M., Hartmann U., Levine S.B., McCabe M., Plaut M., Rodrigues O., Wylie K. (2005). *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. *Journal of Sexual Medicine*. 2(6):793-800.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. - *Revista (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed, [2000].
- Avatshi, A., Basu, D., Kulhara, P., Banerjee, S. T (1994). *Psychosexual dysfunction in Indian male patients: revisited after seven years*. *Archives of Sexual Behavior*. 23,685-695.
- Cavalcanti, R. (2006). *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais* / Ricardo Cavalcanti, Mabel Cavalcanti. – 3ª ed. – São Paulo: Roca.
- Felício, J. L. (2002). *Sobre a personalidade de homens com disfunção erétil ou ejaculação precoce: estudo comparativo com o Inventário Fatorial de Personalidade, o Questionário Desiderativo e o Teste Estilocrômico*. São Paulo; s.n.
- França, C. P. (2001). *Ejaculação precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Glina, S.; Leão, P.; Reis, J. M.; Pagani, E. (Orgs.). (2002). *Disfunção sexual masculina: conceitos básicos: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Instituto H. Ellis.
- Grassi, M. V. F. C. (2004). *Psicopatologia e disfunção erétil: a clínica psicanalítica do impotente*. - São Paulo: Escuta.
- Iankowski, S. (2003). *Ereção & Falha: falhou, por quê? : um estudo moderno sobre a disfunção sexual masculina e suas novas soluções*. – Porto Alegre: Imprensa Livre.
- Johannes C. B., Araújo A. B., Feldman H. A., Derby C. A., Kleinman K. P., McKinlay J. B. (2000). *Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from The Massachusetts Male Aging Study*. *Journal of Urology*, 163, 460-463.
- Meyer, L. (1997). *A utilidade do MMPI na avaliação de pacientes masculinos com disfunção sexual*. – *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*. PUC-RS, Porto Alegre.
- Morillo, L.E., Diaz, J., Estevez, E., Costa, A., Mendez, H., Davila, H. (2002). *Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a*

population-based study (DENSEA). *International Journal of Impotence Research*;14 (Suppl 2),S10-8.

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

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

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

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

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

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

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