



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Mestrado em Psicologia



## **Avaliação funcional dos relatos de disfunção erétil**

**Vânia Gomes Machado Domingos**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto**

Goiânia, Fevereiro de 2014



Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Departamento de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*  
Mestrado em Psicologia



## **Avaliação funcional de relatos de disfunção erétil**

**Aluna: Vânia Gomes Machado Domingos**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Goiânia, Fevereiro de 2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Domingos, Vânia Gomes Machado.

D671a Avaliação funcional dos relatos de disfunção erétil  
[manuscrito] / Vânia Gomes Machado Domingos. – 2014.  
84 f. : il.; grafs.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, Programa de Mestrado em Psicologia, 2014.

“Orientadora: Profa. Dra Ilma A. Goulart de Souza Britto”.  
Bibliografia.

1. Impotência sexual - Avaliação funcional. I. Título.

CDU 616.69(043)

"Como as pessoas se sentem é, geralmente,  
tão importante quanto o que elas fazem."  
(Skinner, 1989, p.3)

Dedico este trabalho à minha amada mãe, Joana Gomes Machado (*in memoriam*), e aos meus adorados filhos: Stéphanie Machado Domingos e Styven Gomes de Abreu.

## Agradecimentos

A Deus, por ser minha fonte de fé, inspiração e por iluminar sempre os meus caminhos.

Agradeço a minha família, pela compreensão, nos momentos de dificuldade, e pelo reforço sempre presente após cada etapa vencida, e em especial aos meus filhos: Stéphanie Machado Domingos e Styven Gomes de Abreu, pela compreensão e “aceitação” de minha ausência, pela torcida, amor e força, que mesmo distantes, foram de suma importância, para que eu continuasse a caminhada.

Aos meus grandes amigos Carlos Divino e Pe. Eduardo Calandro, que se fizeram presentes nos momentos mais difíceis desta jornada, sempre me apoiando e incentivando, vocês foram de suma importância para mim, para que eu pudesse continuar. Que Deus os guie e os proteja sempre!

Às amigas de longos anos, Vilma, Dayanne, Cássia, por todo carinho e apoio oferecidos a mim, em todos os momentos.

Agradeço ainda, a todas as colegas que direta e indiretamente me apoiaram.

A CAPES, por ter financiado meu curso de Mestrado.

Aos professores doutores Sebastião Benício, Fábio Miranda, pelas sugestões durante a qualificação deste trabalho.

A Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Juliana Cristina Donadone, por ter aceitado meu convite para compor a presente banca.

Ao participante deste estudo, pela oportunidade de com ele interagir e avançar em meus conhecimentos, na aplicação da análise do comportamento.

As minhas queridas amigas, adquiridas no mestrado, Roberta e Letícia, por todas as horas de estudo compartilhadas, tristezas e desesperos divididos, alegrias e sorrisos multiplicados junto a vocês.

Ao amigo Ms. Amando de Souza Britto, por ter me recebido tão bem e acreditado também, na realização deste estudo.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto, minha querida orientadora, pela competência, disposição, empenho, paciência, bom humor, e carinho dispensados a mim, em todos os momentos na construção deste trabalho. Mesmo em situações difíceis a ela, quando sofreu um acidente e, em uma cadeira de rodas, se fez presente na banca de qualificação. Obrigada pela amizade e por tudo o que tem me ensinado como pessoa e como profissional.

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar funcionalmente o comportamento verbal de uma pessoa diagnosticado com disfunção erétil. O participante, do sexo masculino de 37anos é casado. Para o controle dos procedimentos foram empregados dois delineamentos experimentais: o de múltiplos elementos e o de tratamentos alternados. Para avaliar os antecedentes e consequentes dos relatos de disfunção erétil, foi usado processo de avaliação funcional que incluiu (1) observação indireta por meio de entrevista, (2) observação direta e, (3) análise funcional, por meio do delineamento de múltiplas condições principais: atenção, demanda e controle. A condição de atenção foi subdividida em outras três subcondições: atenção-exortação, atenção-reprimenda, e atenção-estimulação. Para intervir nas falas de disfunção erétil do participante, optou-se pelo uso de um programa de intervenção, por meio do delineamento de tratamentos alternados do tipo ABCDA seguido de *follow-up*. Os resultados demonstraram que os relatos de disfunção erétil ocorreram, com maior frequência, nas condições de atenção-exortação, atenção-estimulação e de demanda. No entanto, no delineamento de tratamentos alternados, esse tipo de relato diminuiu gradativamente, durante as fases do delineamento e alcançou a frequência zero, enquanto que as falas apropriadas aumentaram em suas ocorrências. Os resultados foram discutidos nos termos de suas implicações.

**Palavras Chave:** avaliação funcional, análise funcional, disfunção erétil, eficácia.



## Abstract

The present study aimed to functionally analyze the verbal behavior of a person diagnosed with erectile dysfunction. The participant, male 37 years old and was married. To control procedures were employed two experimental designs: the Multiple Site elements and treatments. To assess the antecedents and consequences of erectile dysfunction reports was used for functional assessment that included (1) indirect observation through the interview process, (2) direct observation and (3) functional analysis, through the design of multiple major conditions: *attention, demand and control*. The condition has been subdivided into three other sub conditions: attention-exhortation, attention-reprimand, and attention-stimulation. To intervene in the speeches of erectile dysfunction participant opted for the use of an intervention program through the design of alternate treatments of type ABCDA followed by *follow-up*. The results showed that reports of erectile dysfunction occurred more frequently in conditions of attention-exhortation, attention-stimulation and a demand. However the design of alternate treatments, such reporting decreased gradually during the design phases and reached zero frequency, as the appropriate lines increased their occurrences. The results were discussed in terms of its implications.

**Keywords:** Functional assessment, functional analysis, erectile dysfunction effectively.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1-</b>	Frequência de FA e FD na subcondição atenção-exortação.....	38
<b>Figura 2 -</b>	Frequência de FA e FD na subcondição atenção-reprimenda.....	38
<b>Figura 3 -</b>	Frequência de FA e FD na subcondição , atenção-estimulação.....	39
<b>Figura 4 -</b>	Frequência de FA e FD na condição demanda.....	39
<b>Figura 5 -</b>	Frequência de FA e FD na condição controle.....	40
<b>Figura 6 -</b>	Frequência de FD e FA diferentes condições delineamento aplicado..	40
<b>Figura 7 -</b>	Fases do delineamento de tratamentos alternados, seguido por <i>follow-up</i> .....	42

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Delineamentos de múltiplos elementos, de tratamentos alternados e follow-up.....	33
<b>Tabela 2</b> - Exemplos de relatos depressivos do participante e categorias segundo o DSM-IV-TR.	34
<b>Tabela 3</b> - Classes das dificuldades sexuais segundo relatos da esposa do participante.....	36
<b>Tabela 4</b> - Fragmentos das respostas ao Inventário de sexualidade masculina – forma DE-IV.....	37
<b>Tabela 5</b> - Frequência das categorias comportamentais observadas na sala de espera da clinica.....	38
<b>Tabela 6</b> - Eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos sexuais relatados pelo paciente.....	41
<b>Tabela 7</b> - Respostas de imaginar as instruções oferecidas pela pesquisadora.....	42
<b>Tabela 8</b> - Tarefas oferecidas ao participante.....	43
<b>Tabela 9</b> - Fragmentos de análise funcional entre elementos verbalizados.....	44

## Sumário

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de figuras.....	ix
Lista de tabelas.....	x
Sumário.....	xi
Visão geral dos conceitos para a resposta sexual humana.....	3
Implicações teóricas e práticas sobre a disfunção erétil.....	8
Fatores que influenciam a resposta sexual.....	12
Terapia sexual para os problemas de ordem sexual.....	17
Avaliação funcional de comportamentos problema.....	20
Objetivos do presente estudo.....	23
Método.....	23
Participante.....	23
Ambiente e Material.....	24
Procedimento.....	25
I - Avaliação funcional indireta por meio de entrevista e de inventário.....	25
II - Avaliação funcional direta por meio de observação.....	27
III- Avaliação funcional (experimental) ou análise funcional .....	28
I – Delineamento de múltiplos elementos.....	28
II- Delineamento de tratamentos alternados.....	30
III- Análise dos dados.....	32

Resultados.....	36
Discussão.....	46
Referências.....	53
Anexos .....	58
Anexo 1. Entrevista para Avaliação Funcional .....	59
Anexo 2. Inventário de Sexualidade Masculina – Forma D.E.IV.....	61
Anexo 3. Folha de registro de observação.....	65
Anexo 4. Cartões Eróticos apresentados na sub-condição estimulação.....	66
Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67

A ciência, a análise do comportamento tem usado métodos alternativos de intervenção e tratamento, em contextos aplicados, na tentativa de buscar soluções, para os problemas comportamentais apresentados pelos indivíduos. Em relação às disfunções sexuais, o presente estudo torna público alguns destes métodos. Eventualmente, nota-se que várias pessoas são diagnosticadas, por apresentar algum tipo de disfunção sexual. A orientação que a presente dissertação segue lida tanto, com a visão tradicional da resposta sexual humana, quanto com a função deste tipo de resposta e, engloba assim, parte dos conceitos que a descrevem, bem como o processo de avaliação funcional que, antes de tudo, prioriza a busca das condições, que produzem ou mantêm esta resposta.

Problemas que envolvem a resposta sexual inapropriada são, frequentemente, relatados, por pessoas do sexo masculino e feminino nos consultórios médicos e psicológicos. E os problemas de manifestação da resposta sexual inapropriada são comumente chamados de disfunções sexuais. A disfunção sexual produz dificuldades inerentes, tanto aos homens, como as mulheres e está intimamente ligada a sentimentos de: angústia, fracasso e sofrimento devido às sensações de impotência ou frustração pela não realização do ato sexual satisfatório (Domingos & Britto, 2013).

A resposta sexual bem sucedida depende de sequências complexas de fatores fisiológicos, comportamentais e culturais altamente sensíveis, aos efeitos de emparelhamento de estímulos. Isso implica que a resposta sexual é eliciada por estímulos eróticos antecedentes e pode ocorrer automaticamente, na presença desses eliciadores, ainda que este tipo de explicação seja apenas parte do comportamento total dos organismos. Contudo, o comportamento sexual produz efeitos no ambiente conjugal, o que pode retroagir sobre o indivíduo, como é o caso da resposta sexual inapropriada. Este tipo de comportamento está na origem de grande parte dos problemas conjugais e sexuais dos casais (Skinner, 1953/1970).

Na perspectiva skinneriana, o ambiente diferencia e modela a forma e a função das respostas de um organismo. Devem-se descrever os principais efeitos comportamentais das várias mudanças ambientais. A interação ambiente e organismo diferenciam, também, padrões de respostas fisiológicas. Cada indivíduo tem um padrão comportamental único, resultante de sua história pessoal de reforçamento assim como tem um sistema nervoso condicionável e com características próprias resultantes, também, de sua história de interação, com o ambiente externo (Martin & Pear, 2007/2009; Millenson, 1967/1975)

Como qualquer outro comportamento, o comportamento sexual é função conjunta de três fontes de seleção e variação: (1) filogênese, a seleção natural, área da biologia; (2) ontogênese, a seleção operante, área da psicologia e, (3) cultura, a seleção das práticas culturais, área das ciências sociais. Evidentemente, o indivíduo apresenta um repertório comportamental, produto destas interações. As contingências filogenéticas atuaram durante a evolução e selecionaram classes de comportamento favoráveis à sobrevivência; as contingências ontogenéticas foram estabelecidas pelas interações particulares do indivíduo, com o seu ambiente, desde o início do seu desenvolvimento e selecionaram as classes de respostas eficazes, para a adaptação a um ambiente, que muda constantemente. Portanto, o comportamento de um indivíduo é produto de sua história filogenética, ontogenética e cultural (Catania, 1998/1999; Skinner, 1953/1970). O analista do comportamento considera que se deve entender cada tipo de seleção e de variação, para se compreender de onde vem o comportamento.

Para que o indivíduo obtenha os reforçadores, para os padrões de conduta sexual e de concepções tradicionais de relações maritais são necessários vários tipos de habilidades sociais, as quais devem adquirir a função de reforçamento, para o comportamento sexual, tais como: seduzir, namorar, acariciar, marcar encontros íntimos

e outros. Enfim, torna-se necessário, que o indivíduo se engaje em várias atividades requeridas, para o desempenho sexual satisfatório, ainda que existam na literatura dados sobre fontes de vários conflitos e de proibições culturais que contraria o forte reforçamento positivo, que a natureza provê, para a atividade sexual (Sidman, 1995). Como exemplo, o que deveria fazer as pessoas jovens quando são tentadas a usufruir de relações sexuais sobre as quais lhe disseram ser sujas ou proibidas? Questões correlatas desta natureza podem gerar controvérsias e, muitas vezes ainda, podem não ser baseadas em evidências, mas em ideologias, sobre a vida sexual. (Domingos & Britto, 2013).

Afirmar-se-ia também, que os conflitos sexuais ou não, são prováveis quando são suprimidas as consequências positivas e, ao contrário destas, usam-se desaprovações, coerções e punições. Por isso, destaca-se a importância em estudar os comportamentos de ordem sexual, como aqueles que envolvem a disfunção erétil.

Seguindo este raciocínio, está evidente que as disfunções sexuais não se constituem em uma coisa que a pessoa tenha (e.g., doença). Os termos empregados descrevem um problema do comportamento sexual produto de seleção e de variação da filogênese, ontogênese ou da cultura do indivíduo. Assim, se a fonte de preocupação é o comportamento sexual, então é este tipo comportamento deve ser tratado, para reduzir o problema.

#### *Visão geral dos conceitos para a resposta sexual humana*

Em se tratando da sexualidade, desde a década de 1960, Masters e Johnson (1966), descreveram o ciclo completo de resposta sexual, em quatro fases distintas: 1) excitação: é a estimulação para o ato o que corresponderia à lubrificação vaginal na mulher e à ereção peniana no homem, que podem durar horas; 2) platô: excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos; 3) orgasmo, a descarga do



prazer, o clímax da resposta sexual; e, 4) resolução: também chamada fase de tumescência, é um estado de pleno bem-estar, que se segue ao orgasmo, no qual predomina o relaxamento muscular, com a 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.

Com algumas modificações, o ciclo completo da resposta sexual é descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-IV-TR, da Associação Americana de Psiquiatria – APA (2000/2002), por perturbações nos processos, que caracterizam o ciclo de resposta sexual. Este ciclo de resposta sexual é dividido nas seguintes fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo consiste em fantasias, acerca da atividade sexual e o desejo de ter a atividade sexual. Já a excitação é um sentimento subjetivo de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. O orgasmo, por sua vez, refere-se ao clímax do prazer sexual, com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e órgãos reprodutores, enquanto a resolução consiste em uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral.

As disfunções sexuais, em contrapartida, caracterizam-se pela falta, excesso, desconforto ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, o que pode afetar uma ou mais dessas fases. Quanto mais precocemente incidir o comprometimento deste ciclo, mais prejuízo acarretará à resposta sexual e mais complexa serão os quadros clínicos e respectivos prognósticos e tratamento (Abdo, 2006). Assim, a disfunção sexual, implicará em alterações, em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, dores associadas ao exercício da sexualidade, que poderá se manifestar de forma persistente ou recorrente. Portanto, as disfunções sexuais podem ser consideradas como um dos problemas de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em Cairo (1993), que o ser humano se expressa de modos diferentes e a sexualidade humana se torna parte integral da pessoa influenciando seus pensamentos, sentimentos, interações e ações, constituindo numa espécie de energia que motiva as pessoas a procurar amor, proximidade, calor e intimidade e, desta forma, alcançar a saúde plena física e mental.

As principais formas de disfunção sexual são: a disfunção erétil, a ejaculação precoce, o desejo hipoativo, a disfunção orgásmica e a baixa excitação sexual. A prevalência destas alterações já são bem conhecidas, sendo estimadas em 31% entre homens norte-americanos com idade entre 18 e 59 anos (Abdo, 2006). Quanto à prevalência na população, Marques, Chedidi e Eizerrik (2008) alertaram que as disfunções sexuais constituem problemas de alta prevalência, uma vez que afetam 43% das mulheres e 31% dos homens, e pode causar importante impacto, no funcionamento interpessoal e na qualidade de vida das pessoas, com este problema. Já nos Estados Unidos, as disfunções sexuais atingem taxas de 10% a 52% nos homens e 25% a 63% nas mulheres.

Estudos apontam que a disfunção erétil afeta sobre maneira a obtenção de relação sexual satisfatória, para um grande número de homens e suas parcerias. E que a incidência deste tipo de disfunção aumenta com a idade. Estima-se que existam de 10% a 52% de homens com algum grau de dificuldade, para obter ou manter uma ereção peniana adequada (Abdo & Fleury, 2006; DSM-IV-TR, 2000/2002; Glina, 2014; Rodrigues, Jr 2003, 2008).

Conforme Abdo (2006), as dificuldades de ereção variam muito na população masculina e as cifras vão desde 13,1% (Moreira Jr. et al., 2005) a 45,1% (Abdo et al.,

2006), ou 46,2% (Abdo, 2002). Na década de 1980 consultas masculinas sobre queixas sexuais atingiam 92% para a disfunção erétil (Rodrigues Jr. et al., 1988). No início da primeira década do século XXI, em uma clínica especializada em sexualidade, as queixas eréteis somaram 51,02%, mais 10,20% associadas à ejaculação rápida, 6,12% associada à inibição do desejo sexual e 4,08% associada a parafilias (total de 72,13%).

De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012), é comum classificar as causas das disfunções sexuais em orgânicas e ambientais. Esta classificação, contudo, deve ser entendida dentro do relativismo do seu justo valor. Em toda a disfunção há sempre o comprometimento do comportamento emocional. Sob o ponto de vista terapêutico, o primeiro passo é diagnosticar e tratar as causas orgânicas, caso essas se fazem presentes.

Tradicionalmente, a disfunção sexual é entendida como a síndrome clínica, transitória ou permanente, caracterizada por queixas ou falhas da resposta sexual, que resultam em insatisfação sexual, decorrendo de bloqueio parcial ou total da resposta psicofisiológica evidenciada no desejo, na excitação e no orgasmo (Tozo et al., 2007). Quando há o mau funcionamento da resposta sexual de uma determinada pessoa ou no ajuste enquanto casal, em uma ótica mais voltada, para o mecanismo da resposta sexual fisiológica e a inadequação sexual, caracterizam as disfunções sexuais.

A disfunção sexual implica em alterações das fases do ciclo de resposta sexual; as dores associadas ao ato sexual descrita como persistentes ou recorrentes, tornam-se necessárias algumas considerações. Os termos "persistente ou recorrente" nos critérios de diagnósticos indicam a necessidade de uma avaliação clínica, levando-se em consideração fatores, tais como: a idade e experiência do indivíduo, a frequência e cronicidade do sintoma, o sofrimento emocional e o efeito sobre outras áreas do funcionamento do indivíduo, em suas relações sociais. Outra consideração importante

para o diagnóstico, tratamento e prognóstico é a distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceria) e situacional (presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias), (Abdo & Fleury, 2006).

Como uma das consequências da falha da resposta sexual, a disfunção sexual parece um modo de bloqueio total ou parcial da resposta fisiológica e a terapia sexual nada mais é do que uma espécie de controle dos bloqueios. Assim, o indivíduo no seu meio social pode aprender a criar obstáculos à resposta fisiológica que é involuntariamente eliciada pela apresentação de um estímulo erótico. Afirmar-se-ia que certos tipos de comportamento podem-se tornar problema, portanto, comportar-se de modo inapropriado em relação à sexualidade, é comportamento aprendido (Cavalcanti & Cavalcanti, 2012).

A sexualidade pode influenciar o estado emocional e físico do indivíduo sendo afetada, por fatores orgânicos, emocionais, sociais e culturais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode contribuir para o surgimento de disfunções sexuais (Ferreira, Souza & Amorim, 2007).

Conforme Ballone (2004), denomina-se disfunção sexual todo o problema que interfira na resposta da manifestação sexual humana a estímulos eróticos, seja ele de origem biológica, seja emocional, social ou cultural. Considera-se o mau funcionamento da psiconeurofisiologia em forma de distúrbios no desejar o coito, na ereção, na ejaculação ou no orgasmo. O comprometimento de uma destas fases prejudica toda a relação sexual do casal.

Para Abreu (2005), as disfunções sexuais são problemas que ocorrem em algumas das fases da resposta sexual humana, provocados, na maioria das vezes, pela

falta de intimidade, dificuldade de comunicação entre o casal, conflitos psicológicos, ou ainda, devido aos tabus sobre a própria sexualidade. Todos os aspectos citados levantam a importância dos estados emocionais na disfunção sexual, estando diretamente relacionados com a natureza emocional da pessoa.

Para Lara *et al* (2008), as disfunções sexuais são também, reflexos de influências culturais e emocionais, mais do que propriamente “doenças”. Em muitos casos, a disfunção sexual pode ter suas raízes em causas mais imediatas e mais simples, como o estresse contínuo, os estados emocionais negativos crescentes e também por causas orgânicas, que são doenças que podem alterar a resposta sexual.

#### *Implicações teóricas e práticas sobre a disfunção erétil*

A disfunção erétil é definida como a incapacidade de obter e manter uma ereção suficiente, para a função sexual satisfatória. De acordo com Marques *et. al.* (2008), procuram-se identificar os fatores causadores e mantenedores das disfunções sexuais masculinas a partir de entrevistas com os cônjuges. Obter a história dos respectivos parceiros ajuda identificar três fatores que podem contribuir para suas ocorrências: 1) fatores predisponentes (criação rígida, questões relacionais, experiências sexuais traumáticas), que podem tornar um homem mais suscetível a apresentar alguma disfunção sexual; 2) fatores precipitantes (disfunção da parceria, presenças de estados emocionais negativos), que podem ter desencadeado o problema em questão; e, 3) fatores mantenedores (medo de desempenho, discórdias na relação, dificuldades com a intimidade, sensações de fracassos, omissões do problema), que podem manter o problema da resposta sexual inapropriada.

O DSM-IV-TR (2000/2002), descreve que disfunção erétil constitui-se na

incapacidade persistente ou recorrente, para atingir ou manter uma ereção peniana suficiente, para permitir uma atividade sexual satisfatória, causando mal-estar acentuado ou dificuldades interpessoais. A disfunção erétil caracteriza-se tendo em conta o início (e.g., primária ou adquirida), o contexto (e.g., generalizada ou situacional) e os fatores etiológicos (e.g., emocionais e combinados).

A maioria dos casos de disfunção erétil surge após um período de funcionamento sexual “normal” (tipo adquirido), podendo estar associados a diversos precipitantes de fatores psicossociais ou orgânicos. A ausência completa de qualquer resposta erétil é rara, sendo comum a presença de uma ereção parcial não suficiente para a penetração vaginal, ou a existência da ereção completa, que habitualmente é perdida quando da aproximação da penetração vaginal. Em alguns casos a ereção pode ser suficiente para a penetração, mas diminui em seguida, não permitindo a continuação da penetração.

Assim, grande parte dos homens pode se tornar vulnerável a apresentar disfunções sexuais devido à falta de informações, sobre a resposta sexual, uma história de medo de desempenho sexual ou mesmo inibições devido a sensações de fracassos. Assim, o DSM-IV-TR (2000/2002) alerta que a perturbação deve causar acentuado sofrimento ou dificuldades nas relações interpessoais. A disfunção não é mais bem explicada por outro transtorno, nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (inclusive medicamentos) ou de uma condição médica geral.

Existem diferentes padrões de disfunção erétil. Alguns indivíduos relatam uma incapacidade de obterem qualquer ereção desde o início de uma experiência sexual. Outros se queixam de terem experimentado uma ereção adequada, perdendo a tumescência depois, ao tentarem a penetração. Outros, ainda, relatam terem uma ereção

suficientemente firme para a penetração, mas que depois perdem a tumescência antes ou durante o ato. Alguns homens podem relatar a capacidade de terem uma ereção apenas durante a automasturbação ou ao despertarem. As ereções masturbatórias também podem ser perdidas, mas isto não é comum (DSM-IV-TR, 2000/2002).

Contudo, esclarece-se que a existência de disfunção erétil não impossibilita a ejaculação, que pode ocorrer na ausência de uma ereção completa. A disfunção erétil pode ainda verificar-se em todo o tipo de atividade sexual (tipo generalizado) ou manifestar-se apenas em determinadas situações (relação sexual versus masturbação) ou com determinados parceiros (parceiro habitual versus parceiro ocasional). Neste último caso a etiologia é obrigatoriamente psicológica, sendo que no primeiro a investigação de eventuais fatores orgânicos é aconselhada (Costa, 2006).

Conforme Rodrigues Jr. (2003), as dificuldades ou incapacidades em obter e/ou manter a ereção peniana de forma satisfatória que permita a relação de penetração é a maior preocupação sexual dos homens. Muitas vezes, desejar uma atividade sexual que foi promovida ao longo dos anos por problemas de falta de controle ejaculatório ou baixas sensações orgásticas, nem sempre é compreendida pelos homens desta forma.

Diferente do desempenho sexual das mulheres na busca de ajuda para os seus problemas, os homens que apresentam disfunção sexual parecem ter mais dificuldade para buscar ajuda, talvez pelo medo de serem notados como impotentes ou pelo constrangimento em exporem sua intimidade aos profissionais. Quando finalmente o fazem, podem sentir-se constrangidos e reticentes ao expor o problema. Também, por insegurança, muitas vezes surge desconfiança do paciente na efetividade do tratamento, desmotivando-o a continuar o tratamento (Marques et al., 2008).

De acordo com Monteiro, Oliveira e Lucas (2009), existem determinadas características que devem ser consideradas ao realizar o tratamento da disfunção sexual. Podem assim, referir-se-á a falta de iniciativa para a busca de estímulos e o desconforto que a reduzida expressão sexual provoca, podendo o próprio indivíduo sentir-se relutante à possibilidade do contato sexual satisfatório, sendo que este pode ocorrer exclusivamente devido à pressão do parceiro.

Pablo e Soares (2004), argumentam que possíveis fatores orgânicos desempenham um papel importante, para o desenvolvimento da resposta sexual inapropriada. Qualquer condição médica, que cause dor ou desconforto pode conduzir indiretamente à redução da resposta sexual, enquanto que a idade, o desequilíbrio endocrinológico e alguns fármacos desempenham um papel mais direto na redução desse tipo de resposta. Porém, a existência de uma patologia médica, não é obrigatória para que ocorra a resposta sexual inapropriada.

A falta de excitação é mais comum nas mulheres do que nos homens, porém ocorre com certa frequência, também, e é queixa comum, tanto do próprio homem, como da companheira, que se sente deixada de lado e não desejada. Esse tipo de problema também é bem menos comum, que a disfunção erétil em si o que se pode observar como homens, com a resposta sexual normal, mas que não conseguem uma boa ereção. Algumas causas físicas podem ser citadas como: alcoolismo, drogas, obesidade, hiperprolactina, efeito colateral de medicamentos, baixo índice de testosterona e doenças como diabetes (Rodrigues Jr., 2008).



### *Fatores que influenciam a resposta sexual*

Fatores emocionais podem também favorecer ou inibir respostas sexuais. Nesse sentido, Carvalho (2008), afirma que o papel das variáveis emocionais como agentes facilitadores ou inibidores da resposta sexual humana assume-se como uma área privilegiada de estudo, nomeadamente após se verificar que certos estados emocionais (e.g., estados de ansiedade) outrora concebidos como inibidores da resposta de excitação fisiológica, parecem de fato promovê-la, e não o contrário. É neste sentido que a presença de estados ansiogênicos pode inviabilizar uma resposta de excitação em sujeitos sexualmente disfuncionais, mas fomentá-la em indivíduos sexualmente saudáveis.

As reações emocionais, bem como outros tipos de comportamentos podem envolver simultaneamente os condicionamentos respondentes e operantes, como consequência de pareamento de estímulos na história comportamental de uma pessoa. Assim, no passado um estímulo aversivo pareado com um estímulo neutro eliciou as respostas da ansiedade, que são em parte as respostas involuntárias, respondentes, reflexas, e as respostas operantes como fugir da situação ou fazer algo para evitar o dano. E, posteriormente, este estímulo aparentemente neutro, torna-se um estímulo condicionado eliciando ansiedade como resposta condicionada respondente e operante (Martin & Pear, 2007/2009).

Silva e Carrara (2010), sugerem uma forma de organização das possibilidades de atuação do analista do comportamento em: (a) análise experimental do comportamento, que prioriza, como estratégia metodológica de pesquisa, o delineamento de sujeito único e testa empiricamente variáveis dependentes e independentes; (b) análise conceitual do comportamento, que abrange investigações teóricas, filosóficas e epistemológico-

metodológicas e, (c) análise aplicada do comportamento, que comporta intervenção individual e social e inclui, por exemplo, pesquisas em situação clínica, organizações e comunidades.

Silva e Carrara (2010), apontam ainda, que todas as dimensões da análise do comportamento privilegiam a análise funcional. Para se verificar o que o controla o comportamento é necessário observar as contingências nas quais este comportamento está inserido. Deve-se se fazer uma avaliação funcional do comportamento seja ele problema ou não (O'Neil et al; 1997).

Conforme Skinner (1989/1995), as próprias respostas fisiológicas da ansiedade podem adquirir uma função aversiva condicionada e desencadear componentes operantes tal como a fuga. “A ansiedade torna-se então autoperpetuadora e mesmo auto-intensificadora” (p. 19). Até mesmo, o estímulo verbal associado a estímulos aversivos pode eliciar a ansiedade. Isto quer dizer que quase todos os estímulos que precedem um estímulo aversivo podem tornar-se condicionados. E ele se caracteriza como tal, por ter o poder de aumentar a frequência de uma resposta pela sua remoção (Skinner, 1953/2000). Como por exemplo: por medo de um possível fracasso na hora de ter ou manter uma ereção, ocorre o aumento do comportamento de fuga ou esquivas, justamente pela remoção do desconforto.

Pedrosa (2011), pergunta o porquê os que são muito ansiosos condicionaram uma resposta de esquivas para a atividade sexual? Esta resposta pode vir através de uma disfunção erétil, ejaculação rápida, vaginismo, dentre outras. Para os analistas do comportamento, a ação no mundo, inclusive, no campo da sexualidade pode ser também fruto das contingências de reforçamentos, esta se refere às interações entre o indivíduo e o ambiente. Nesta relação, existe uma gama imensa de reforçamentos de

comportamentos que são condicionados. Para Skinner (1953/1970), quando o comportamento é reforçado, é mais provável que ocorra novamente.

Conforme Skinner (1978), a escolha é clara: ou não fazemos nada e permitimos que um futuro miserável e provavelmente catastrófico nos alcance, ou usamos nosso conhecimento sobre o comportamento humano para criar um ambiente social no qual poderemos viver vidas produtivas e criativas, e fazemos isso, sem pôr em risco as chances de que aqueles, que se seguirão a nós serão capazes de fazer o mesmo.

A vida humana é regida por aspectos mais complexos, do que o imperativo reprodutivo, dominante nas demais espécies animais. Portanto, a sexualidade do ser humano não se restringe a este enfoque puramente procriativo. Uma relação sexual entre duas pessoas envolve não somente deveres biológicos, mas, em contrapartida, toda a corporalidade, um vínculo emocional, uma infinidade de sentimentos, além de valores sociais e culturais do par. O ser humano possui, além de um aparato biológico, pelo qual se entende a sexualidade à luz de reações neuroendócrinas e vasculares, um aparelho psíquico emergente deste nível anterior. Além desses, há um sistema mais amplo, denominado social, através do qual se consideram aspectos da cultura e dos valores sociais (Kreutz & Müller, 1999).

O exercício satisfatório da sexualidade se apoia em três pilares fundamentais: saúde, estímulo sexual efetivo e ambiente físico-social apropriado. O desequilíbrio à saúde pode ser ocasionado por fatores psicológicos, sociais, orgânicos, por vezes presentes em eventual cirurgia ginecológica (Vitiello, 1998; Gonçalves, 2005; Cavalcanti & Cavalcanti, 2006).

Segundo Davis e Oliveira (1995), o ambiente em que o ser humano é desenvolvido contribui para as mudanças comportamentais, ou seja, o seu

comportamento muda de acordo, com o ambiente partindo também, das relações e experiências, seja visto dentro da sexualidade ou não.

Para Skinner (1961/1999), aquilo que se observa, e sobre o que falamos, é sempre o mundo 'real' ou 'físico' e a 'experiência' é um construto derivado que deve ser compreendido, por meio de uma análise de processos verbais seguindo o modelo de condicionamento operante, por ele desenvolvido.

De acordo com Pedrosa (2011), quando o cliente relata que “*sou muito ansioso e minhas mãos ficam frias e suando quando vou ter relação sexual com minha namorada, aí ejaculo super-rápido*”, a ansiedade, a mão fria e o suor são estados do corpo do cliente (sentimentos) eliciados durante a relação sexual. O terapeuta sexual entende que estes estados corporais são causados por eventos passados (antecedentes), que podem ter condicionado uma resposta de fuga/esquiva através da ejaculação rápida. Portanto, não é a ansiedade que provoca a ejaculação rápida, mas algo que aconteceu no passado, no ambiente sexual do cliente, que condicionou uma ejaculação rápida.

O terapeuta precisa saber sobre os eventos antecedentes para poder explicar esta ejaculação rápida. Assim, sendo “a terapia comportamental se interessa mais pelo evento antecedente do que pelo sentimento” (Skinner, 2005). Caso a cliente relate que falta interesse em ter relação sexual com seu parceiro porque sente muita dor na penetração vaginal (dispareunia) o terapeuta deve fazer uma análise funcional e evidenciar qual a funcionalidade desta falta de interesse sexual pelo parceiro e a dor na penetração. Por que esta cliente foge ou se esquiva do seu parceiro através da falta de interesse e desejo? O parceiro estaria criando um “clima” (ambiente) aversivo, portanto, desfavorável para ela continuar tendo uma relação sexual satisfatória? Estas e outras

questões devem ser analisadas para em seguida se definir uma linha de conduta na terapia (Pedrosa, 2011).

Os comportamentos sexuais disfuncionais de etiologia não orgânica são causados por contingências de reforçamento negativas e não por sentimentos ou estados mentais. Podemos tornar a vida sexual do cliente funcional eliminando a disfunção sexual corrigindo as contingências. Ou seja, provocando arranjos de contingências no ambiente sexual do cliente e, em muitos casos, em outros ambientes. As explicações ficcionais para o comportamento, tais como: recalque; frustração; desmotivação; insegurança; dentre outras, não interessam ao analista do comportamento, pois não explicam o comportamento do cliente. Interessa sim, buscar a funcionalidade do comportamento sexual do cliente. (Pedrosa, 2011).

Poder-se-á definir terapia como um conjunto de procedimentos (técnica) que visa: (1) reunir através do relato verbal do cliente  *fatos* da sua vida que são relacionados ao sintoma; (2) identificar os eventos clinicamente relevantes; e (3) demonstrar as relações funcionais existentes evidenciando quais as *variáveis* que o comportamento é função que estão controlando o comportamento do cliente (Pedrosa, 2011). O presente estudo justifica-se em função de serem escassos os estudos do comportamento da pessoa diagnosticada, com disfunções sexuais, no âmbito da análise do comportamento.

### *Terapia sexual para os problemas de ordem sexual*

Com o objetivo de resolver os problemas das disfunções sexuais, ao longo das últimas décadas do Século XX, surgiram algumas técnicas específicas denominadas de terapia sexual. Criada na década de 1950, este tipo de terapia nada mais é que uma terapia, que lida com questões da sexualidade. É uma modalidade de terapia e utiliza técnicas comportamentais e cognitivas desenvolvidas, para auxiliar a modificar comportamentos sexuais inapropriados (Rodrigues Jr., 2011). No contexto terapêutico, o terapeuta deve atentar aos problemas relatados pelo cliente (ou casal de clientes), em relação aos seus problemas de ordem sexual. Após se inteirar da situação, o especialista deve iniciar a intervenção.

De acordo com Rodrigues Jr. (2011), durante as semanas de tratamento, o terapeuta faz orientações e aplica uma tecnologia para que as mudanças de comportamento favoreçam o cliente. O casal deverá ir para casa sempre com alguma orientação e atividade proposta, que possivelmente os auxiliem, no desenvolvimento dos comportamentos sexuais mais apropriados a eles (Martin, 2006).

Terapia que se dispõe a tratar as disfunções ou dificuldades sexuais pode ser abordada por meio de estratégias comportamentais. A terapia sexual tem o propósito de ser breve e focal. Pode estar ou não associada à outra linha psicoterapêutica. O processo terapêutico pode ocorrer individualmente ou com o casal, mesmo que não tenha uma parceira fixa é possível tratar qualquer tipo de problema (Secco, 2013).

Estados de ansiedade que antecedem o desempenho sexual requerem a identificação dos processos que estão produzindo e mantendo o medo do fracasso. Parece ser esse o problema, para os homens com disfunção erétil. Assim, Leiblum (2011), enfatiza que antigos terapeutas comportamentais, como Wolpe (1958) e Lazarus

(1965) similarmente enfatizaram a importância da dessensibilização sistemática, para superar a ansiedade do desempenho e as inibições tipicamente associadas à disfunção erétil. Estes autores também recomendaram técnicas de relaxamento e evitação de intercurso durante as fases iniciais do tratamento.

De acordo com Britto, (2013), é comum falar de medo e de ansiedade como causas do comportamento, porém não é apontada a experiência do organismo com a estimulação aversiva. Medo e ansiedade podem ser inferidos pela supressão da resposta sexual, ou ameaça de não desempenho que o ato sexual satisfatório produz ao casal. O indivíduo que sofre com a inadequação sexual deve aprender que, em qualquer momento, que uma punição inevitável para o seu desempenho sexual for eminente, seus sinais de aviso podem produzir sofrimentos, preocupações ou incapacitações (Britto, 2013).

De acordo com Sidman (1987/1995), a punição pode envenenar as relações humanas, empurrar as pessoas para fora da família, produz desespero, transforma a alegria em sofrimento, a confiança em medo, o amor em ódio e pode nos tornar enfermos. Daí a necessidade de entender o que mantém e controla o comportamento, seja o envolvido nas disfunções sexuais ou não. Mesmo porque as respostas que variam juntas na emoção o fazem, em parte, por causa de uma consequência comum (Skinner, 1953/1970).

Alguns problemas de ordem sexual têm razões simples e próximas ao dia-a-dia, ao estresse ou a estados emocionais negativos. São as que têm um fundo emocional e que mesmo tendo relação com a forma de viver, ou seja, tem uma causa mais imediata, nem sempre é de mais fácil tratamento. Outras, de causa orgânica também podem modificar a resposta sexual e interferir na vida cotidiana. Para a questão orgânica da

disfunção, somente um médico poderá ajudar a pessoa por meio de exames físicos e complementares que confirmem ou esclareçam a doença (Veiga, 2010).

No entanto, já foi o tempo em que as disfunções eram descritas como doenças, como acima abordado. Hoje, o seu contexto é ampliado e elas são entendidas como manifestações de influências ambientais e culturais. Neste sentido, os problemas de ordem sexual, não devem ser tratados de forma isolada, mas, ainda assim, não se justifica, na maioria das vezes, um tratamento prolongado.

Visando orientar as estratégias para conduzir e orientar o melhor desempenho do ato sexual, o terapeuta pode contribuir na ampliação de possibilidades e desmistificando crenças e obstáculos emocionais que podem estar impedindo a realização do ato sexual. A terapia sexual não é limitada apenas ao desenvolvimento do desempenho sexual, mas também abrange amplas questões do bem-estar, sendo o sexo parte integrante do indivíduo como um todo em relações ambientais.

Conforme Rodrigues Jr. (2013), ao término da psicoterapia um último contexto técnico precisa ser utilizado, o conceito de prevenção de recaída ainda não tem sido incorporado na terapia sexual pela maioria de especialistas. Cliente e psicoterapeuta chegam à comum decisão de quando atingiram os objetivos pré-fixados, o tratamento termina. Os clientes são orientados a re-contatar o terapeuta para mais sessões se o problema retornar ou houver algo não satisfatório.

Finalmente, Rodrigues Jr. (2013) sugere que os terapeutas agendem sessões periódicas para “melhorar” ou fazer “manutenção” após o término do tratamento. As sessões de *follow-up* têm sido recomendadas para resolver questões que interferiram no processo de restabelecimento do comportamento sexual satisfatório.



### *Avaliação funcional de comportamentos problema*

A expressão “análise funcional” foi proposta por B. F. Skinner para estudar os “efeitos de uma variável sobre a outra”. A ciência análise do comportamento descreve as leis do comportamento subsidiadas por dados obtidos com a manipulação de variáveis em situações de pesquisa controladas, seja na situação típica de laboratório, seja no ambiente natural (Skinner, 1953/1970).

Para a análise do comportamento, a identificação das relações funcionais, ou seja, das relações de causa e de efeito dos comportamentos é imprescindível. Neste sentido, a avaliação funcional é apresentada como um processo importante, para a compreensão das condições que causam e mantêm comportamentos, sejam eles problema ou não (Hanley, 2012).

O processo de avaliação funcional, segundo Hanley (2012), é um processo contínuo com a função de aprimorar a eficácia e a precisão de intervenções em comportamentos-problema alvos. Deste modo, por meio do processo de avaliação funcional buscar-se-á investigar e identificar os eventos antecedentes e consequentes que controlam e mantêm o comportamento-problema.

Dentro do processo de avaliação funcional, O’Neil et al. (1997) e Martin e Pear (2007/2009), descreveram três importantes estratégias para a coleta de informações e para a descrição de eventos controladores e mantenedores de padrões específicos de comportamentos: (1) método com informantes, (2) observação direta e (3) análise funcional.

A estratégia método com informantes é descrita por meio de conversas com pessoas, que convivem com a pessoa, que apresenta comportamentos-problema (e.g., cônjuges). Seu objetivo é obter maiores informações sobre os comportamentos desta

isto é, identificar os déficits e os excessos comportamentais e as consequências produzidas em distintos momentos da história de vida. Também podem ser usados questionários, entrevistas semiestruturadas ou escalas (Martin & Pear 2007/2009; O'Neil et al., 1997).

A segunda estratégia descrita por O'Neil et al. (1997) e Martin e Pear (2007/2009), para a condução do processo de avaliação funcional, diz respeito aos métodos descritivos, a observação direta: esta refere-se à observação do comportamento-alvo da pessoa, em seu ambiente natural. Assim, o observador deve registrar a ocorrência do comportamento no momento em que ele ocorre, os eventos que antecederam a sua ocorrência e os eventos que ocorreram imediatamente após a sua emissão, assim como os efeitos produzidos pelo próprio comportamento. Nesta etapa, a observação direta ocorre sem qualquer manipulação das condições ambientais. A realização desta estratégia facilita a construção do programa de intervenção (Hanley, 2012).

E, por último, a análise funcional, que consiste na manipulação sistemática das variáveis que controlam e mantêm os comportamentos, sejam eles problemas ou não. Esse termo está sendo utilizado dentro da literatura em relação às aplicações da ciência do comportamento, para referirem-se a procedimentos experimentais em que são manipulados alguns eventos ambientais com a finalidade de se testar seus efeitos sob o comportamento. Portanto, seu objetivo é o de monitorar o comportamento-alvo, assim como manipular as suas consequências. A análise funcional é empregada apenas quando algum aspecto ambiental é sistematicamente alterado, enquanto o comportamento-alvo é observado diretamente (Hanley, 2012; Martin & Pear, 2007/2009; O'Neil et al., 1997). Portanto, a análise funcional é parte integrante do processo de avaliação funcional.

Contudo, nota-se que existem desacordos na área, com relação ao uso de avaliação funcional e análise funcional. Martin e Pear (2007/2009), por exemplo, distinguiram os termos avaliação funcional e análise funcional com a finalidade de esclarecer os desacordos existentes sobre os dois termos. A avaliação funcional implica na investigação e na identificação dos eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos, enquanto que a análise funcional implica na “(...) manipulação sistemática de eventos ambientais para testar experimentalmente o papel de tais eventos como antecedentes ou como consequentes que controlam e mantêm comportamentos-problema específicos.” (p. 329).

Em relação ao uso da metodologia aplicada destaca-se a generalidade dessa abordagem, a qual tem sido replicada, discutida e ampliada para estudar os diferentes tipos de comportamentos-problema. Beavers, Iwata e Lerman (2013), revisaram os estudos publicados em 26 revistas, entre 2001 e 2012, e encontraram mais de 2.000 artigos que abordaram a análise funcional. Como apontado por Beavers et al. (2013), o percentual de estudos publicados com o uso da metodologia de análise funcional para avaliação comportamental tornou-se mais difundida, entre os analistas do comportamento. Foi apontado que a maior utilização da análise funcional ocorreu em ambientes naturais, por exemplo, casas, escolas ou centros clínicos. Importante esclarecer que Iwata; Dorsey; Slifer; Bauman e Richman (1982/1984), propuseram uma metodologia para o estudo dos antecedentes e consequentes de comportamentos-problema baseada, em modelo experimental.

### *Objetivos do presente estudo*

O presente estudo objetivou investigar funcionalmente os eventos controladores e mantenedores dos relatos de disfunção erétil, em indivíduo, com este diagnóstico.

Assim, objetivou-se intervir nos relatos sobre os problemas sexuais com a meta de diminuir as dificuldades que envolvem a sexualidade. Com a intervenção pretendeu-se facilitar a melhoria dos relatos, que envolviam a disfunção sexual.

## **Método**

### *Participante*

Participou deste estudo um indivíduo do sexo masculino, casado há cinco anos, um filho de dois anos e com o diagnóstico de disfunção erétil. O participante recebeu o nome fictício, Carlos, possuía o Ensino Médio; trabalhava em uma empresa de alimentos frigoríficos havia 11 anos e nos últimos dois anos trabalhou no turno da noite, sendo encarregado de sessão de uma equipe de 30 funcionários. Além deste trabalho, nas horas vagas também trabalhava como autônomo, com vendas de uma linha de cosmética.

Carlos nasceu em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul, de família simples e trabalhadora, onde teve uma educação rígida, pois os pais eram evangélicos. Nos tempos de juventude teve algumas namoradas no colégio e nunca teve relação sexual com ninguém, mas se masturbava. Casou-se com uma moça da igreja e relatou não terem tido relações sexuais antes do casamento. Foram namoro e casamento

rápidos, dentro de dez meses já estavam casados, já que não podiam ter relações antes do casamento. Atualmente, Carlos não faz uso de medicação.

### *Ambiente e Material*

As sessões do presente estudo foram realizadas em uma sala que funcionava como consultório em uma clínica particular localizada no interior do Estado de Goiás. A sala possuía uma mesa de escritório com 02 cadeiras, 01 poltrona, ar condicionado, armários e tapete. A sala estava devidamente arejada, bem iluminada e apresentava boas condições de segurança, conforto e privacidade. A sala era localizada em uma clínica composta por recepcionista, 06 psicólogos, fisioterapeuta, nutricionista, psicopedagoga, administrador e funcionária responsável pelos serviços gerais. A estrutura da clínica compreendia: uma cozinha, sala ampla para recepção, 09 consultórios, sala para administração, arquivo, bebedouro coletivo e dois banheiros coletivos.

Dois instrumentos foram utilizados para coleta de dados: Entrevista de Avaliação Funcional e o Inventário de Sexualidade Masculina (Anexos 1 e 2). Também, folhas de registros, (Anexos 3), impressora, pastas para arquivo e fichas padrão da clínica para controle de frequência das sessões, seis cartões com figuras sexuais (Anexo, 4), além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexos 5).

### *Procedimento*

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FESURV nº 002/2013 e obteve sua aprovação sob o número 053/2013. Para a seleção do participante, a pesquisadora utilizou do critério de conveniência. Justifica-se o critério de conveniência porque frequentemente, médicos urologistas indicavam a pesquisadora para as pessoas que sofriam de problemas de ordem sexual. Outros critérios de inclusão para o presente estudo, dentre aqueles que procurassem seus serviços terapêuticos para a disfunção sexual: ter idade adulta, casado, sem queixas de problemas de saúde e que não estivesse fazendo uso de medicação que comprometeria seu desempenho sexual, além de comprometer-se a frequentar, pelo menos uma vez por semana, o consultório da pesquisadora.

Também foi acertada com o participante a permissão de que a sua esposa oferecesse à pesquisadora dados sobre sua história de vida sexual. Portanto, compreenderam os critérios de exclusão um ou mais problemas que inviabilizasse a participação na pesquisa. Portanto, foram excluídos os participantes que não atenderem o perfil da pesquisa.

Com essa finalidade foram aplicados dois delineamentos: três das quatro condições principais (*atenção, demanda, sozinho e controle*) do delineamento de múltiplos elementos, sendo que a condição de *atenção* foi subdividida em mais três subcondições: *atenção-exortação, atenção-reprimenda, e atenção-estimulação*, intercalada com as condições de *demanda* e de *controle*.

O delineamento de tratamento alternados do tipo ABCDA, seguido por *follow-up* foi utilizado como controle dos procedimentos de um programa de intervenção para as classes de respostas que envolviam relatos sobre a disfunção erétil.

*Fase I. Avaliação funcional indireta por meio de entrevista e de inventário.*

Com a finalidade de obter maiores informações sobre os comportamentos-alvo do participante, foi aplicado primeiramente a entrevista de avaliação funcional (Anexo, 1) desenvolvida por O'Neill et al. (1997), traduzida e adaptada por Oliveira e Britto (2011). Respondeu à entrevista a esposa do participante. A esposa foi informada que a finalidade da entrevista era a de identificar os excessos e os déficits do comportamento sexual do participante e as consequências produzidas em distintos momentos dentro da sua história conjugal no relacionamento dos dois.

Foram investigados: (a) os tipos de relatos sobre o desempenho sexual do participante, sua frequência e duração; (b) a definição dos eventos que desencadeavam as disfunções sexuais, como horários, ambiente, atividades de maior e de menor probabilidade de ocorrerem; (c) o que afetava o seu desempenho sexual: se quando o seu desempenho era-lhe requerido ou quando ambos queriam a atividade sexual que não estavam conseguindo ou quando havia cobranças dessa atividade; (d) como essa pessoa se comunicava para pedir atenção da esposa, indicar falhas de desempenho ou descontentamentos e rejeitar uma nova tentativa; (e) de que a pessoa gostava: comestíveis, objetos, atividades, locais e outros; (f) se já foi procurado ajuda profissional e por quanto tempo a disfunção sexual estava sendo um problema. Ao final da entrevista, a pesquisadora agradeceu a esposa do participante pela sua importante contribuição.

A entrevista de avaliação funcional aplicada à esposa teve duração de aproximadamente 55 minutos. Durante a aplicação da entrevista, a pesquisadora lia as

perguntas e pedia para que a esposa relatasse os problemas. Assim, a pesquisadora fazia as perguntas e registrava as respostas oferecidas em áudio.

Já o Inventário de Sexualidade Masculina, nas formas DE e IV de Rodrigues Jr., (1995), (Anexo, 2) foi respondido pelo participante. Sua finalidade era obter informações complementares à entrevista respondida pela esposa. Foram investigados seu desenvolvimento sexual, as fases da resposta sexual trifásica e as possíveis disfunções complementares à disfunção erétil associada àquelas fases e outros dados sobre a vida sexual do participante relevante aos tratamentos anteriores e de suas dificuldades sexuais atuais. As aplicações dos dois instrumentos foram individuais: a entrevista entre a pesquisadora e a esposa do participante. Já a aplicação das três formas do Inventário de Sexualidade Masculina do participante teve a duração de, aproximadamente, 50 minutos.

#### *Fase II. Avaliação funcional direta por meio de observação.*

O comportamento do participante foi analisado, por meio de registro em vídeo na sala de espera da clínica, durante aproximadamente 45 minutos, onde o participante interagiu com a secretária e pessoas que aguardavam atendimento; foi registrado também 30 minutos na sala com a pesquisadora. Nestes ambientes foram registrados, alguns eventos antecedentes e consequentes que controlavam alguns comportamentos do participante.

Os comportamentos apresentados no período em que o participante estava na recepção da clínica foram: (1) *manipulação pessoal* (e.g., apertar as mãos, estralar os dedos). (2) *manipulação de objetos* (e.g., folhear uma revista, balançar copo, xícara). Categorias de eventos comportamentais que envolviam (3) *autoestimulação* (e.g.,



morder os lábios e roer as unhas). (4) *mudanças de posturas* (e.g., erguer os ombros e balançar as pernas e pés). (5) *Expressões faciais* (e. g., franzir as sobrancelhas e fechar o cenho). E categorias que sinalizavam (6) *Eventos fisiológicos* (e.g., tossir e limpar a garganta).

Quando na sala com a pesquisadora ao iniciar da coleta de dados, o participante apresentava alguns déficits comportamentais (e.g. permanecia calado, cabeça inclinada para baixo e com os olhos em direção ao chão, até o momento em que a pesquisadora o chamou pelo nome). As classes comportamentais do participante selecionadas para a intervenção abarcavam os relatos de suas disfunções eréteis, tais como: falhas no desempenho sexual satisfatório; problemas com a excitação sexual; temores de que não conseguiria realizar uma ereção e de perda de virilidade; sofrimentos ao pensar que não era mais homem, além de relatos de sentir-se impotente, ansioso e depressivo.

### *Fase III – Análise funcional (experimental).*

Para o controle dos procedimentos foi aplicado dois delineamentos experimentais: (I) três das quatro condições principais (*atenção, demanda, sozinho e controle*) do delineamento de múltiplos elementos, sendo que a condição de *atenção* foi subdividida em mais três subcondições, intercalada com as condições de *demanda* e de *controle*. E o (II) delineamento de tratamento alternados do tipo ABCA, seguido por *follow-up*. Os delineamentos foram aplicados no consultório da pesquisadora que funcionou como sala pré-experimental.

*I– Delineamento de múltiplos elementos.* O delineamento de múltiplos elementos foi empregado para avaliar os antecedentes e consequentes dos relatos de disfunção erétil: condição de *atenção, de manda* e de *controle*. As sessões ocorreram

duas vezes por semana, com duração de 5 minutos cada. Todas as sessões foram registradas em áudio. Foi decidida por sorteio a seguinte ordem de aplicação. As subdivisões da (1) condição de atenção foram: (1.1) atenção-exortação, (1.2) atenção-reprimenda, (1.3) atenção-estimulação. Todas as condições e subcondições do delineamento de múltiplos elementos foram aplicadas como descritas, a seguir.

(1.1) *Atenção-exortação: você não é impotente!* A pesquisadora e o participante permaneciam na sala pré-experimental, ambos sentados em cadeiras, distanciadas por uma mesa e conversavam. Após a ocorrência de sequência de dois relatos de disfunção erétil do tipo: *não sou mais homem; não consigo mais fazer sexo*, a pesquisadora se calava, olhava nos olhos do participante com expressão facial séria, movia a cabeça para a direita e para a esquerda em sinal de reprovação e expressava: “você não é impotente!” O tempo de disponibilização da atenção era de aproximadamente 10seg. Após, retomava as conversações. Tempo da sessão: 5 minutos.

(1.2) *Atenção-reprimenda: pare de falar que não vai conseguir ficar ereto.* A pesquisadora e o participante permaneciam na sala pré-experimental sentado em cadeiras, distanciadas por uma mesa. Ambos conversavam. Após a ocorrência de sequência de quatro relatos de disfunção sexual do tipo: *penso que não vou conseguir ficar ereto; até tento não ficar pensando nisso; mas é mais forte que eu; aí não consigo mesmo*. A pesquisadora se calava, olhava nos olhos do participante com expressão facial séria, movia a cabeça para a direita e para a esquerda em sinal de reprovação e expressava: “*Não aprovo quando você fala que não vai conseguir ficar ereto!*”. O tempo de disponibilização da atenção era de aproximadamente 10seg. Após, retomava as conversações. Tempo da sessão: 5 minutos.

(1.3) *Atenção-estimulação: O que você sente ao visualizar essa figura?* A pesquisadora e o participante permaneciam na sala pré-experimental, ambos sentados em cadeiras, distanciadas por uma mesa que continha seis cartões distribuídos sobre a mesa e com o fundo para cima e conversavam. Nessa condição, quando das ocorrências de sequência dos relatos sobre a disfunção sexual do tipo (a) *não sou mais homem*; (b) *minha esposa se arrependeu de ter se casado comigo*; (c) *eu não presto mais para nada*; (d) *se soubesse que iria acontecer isso (disfunção erétil) eu não teria me casado*; (e) *não me sinto mais como homem*, a pesquisadora virava um dos cartões e fazia perguntas: “o que você sente ao visualizar essa figura?”. O tempo de disponibilização da atenção era de aproximadamente 15 seg. Após, retomava as conversações. Tempo da sessão: 5 minutos.

(2) *Condição de demanda: assistir a um filme erótico.* A pesquisadora apresentou ao participante cena de um filme erótico exibido em um *notebook*. Se houvesse relatos de que não houve tumescência a pesquisadora desligava o aparelho e só ligava o aparelho, 30 segundos após o relato. Tempo da sessão: 5 minutos.

(3) *Condição controle:* O participante tinha à sua disposição na sala pré-experimental: revistas de mulheres nuas (*playboy*) sobre a mesa e também, alguns brinquedos eróticos como: dados e baralhos de posições sexuais. A pesquisadora recebeu o participante e disse-lhe para ficar à vontade, que a mesma iria terminar umas anotações. Após pronunciar esta frase a pesquisadora dirigiu-se até o computador, o ligou e aparentou estar trabalhando. Tempo de sessão: 5 minutos.

*II- Delineamento de tratamentos alternados.* Foi utilizado o delineamento de tratamentos alternados do tipo ABCDA, seguido por *follow-up* para o programa de

intervenção. O delineamento envolveu a alternância de duas condições de tratamento e foi aplicado como se segue: uma primeira fase de *linha de base* (fase A), de uma fase (B) de tratamento com *o uso de relações funcionais*. Fase (C) com *o uso do imaginar por meio das palavras da pesquisadora* e ainda, outra fase (D) com tarefas ao participante: *proibir o coito* (não penetrar, fazer somente carícias na parceira). Após 30 dias foi realizado o *follow-up*. As sessões foram semanais, com duração de 45min cada, sendo todas elas registradas em áudio.

*Fase A: Linha de base.* As sessões desta fase foram conduzidas sem o estabelecimento de manipulação experimental; a pesquisadora anotava os relatos de disfunção erétil do participante.

*Fase B: Tratamento com o uso de relações funcionais.* Nas sessões dessa fase, priorizou-se analisar as relações funcionais dos relatos da disfunção erétil emitidos pelo participante. Essa análise que se caracterizara pela busca dos eventos que mantinham os relatos de forma a evidenciar as condições relevantes para a ocorrência de suas queixas. Frente às falas do tipo: *Esta situação é terrível, insuportável... sou um fracassado... minha mulher vai largar de mim... não tenho ereção...* a pesquisadora expunha as sequências contidas nas sentenças e analisava a relação dos elementos verbalizados, oportunizando que o participante averiguasse a relação funcional entre seu comportamento verbalizado e os efeitos produzidos por sua fala, qual seja, a função de suas vocalizações e os efeitos produzidos a ele. Por exemplo: *que certeza você tem que seu casamento vai acabar? Onde está escrito que nunca mais vai ter ereção? O fato é desagradável, mas você pode mudá-lo? Desde quando ter um problema transforma a pessoa em um fracassado? Você não é impotente, você esta apenas com problemas nesse momento, ou você acha que vai ficar assim para sempre?* Ou ainda: *quando você*

*fala que se sente péssimo, como se não prestasse mais para nada, não é porque você dá maior importância à ereção?*

*Fase C: Imaginar por meio das palavras da pesquisadora.* Durante essa fase a pesquisadora solicitava ao participante que se encontrava sentado em uma poltrona, encostasse o corpo ao longo das suas dimensões, fechasse os seus olhos, respirasse inspirando o ar lentamente pelo nariz e expirando pela boca. Em seguida, a pesquisadora solicitava que o participante imaginasse uma cena em que ele e sua esposa se encontravam prestes a ter uma relação sexual, sendo que a esposa tocasse em uma área de seu corpo que lhe provocasse excitação sexual. (Pausa). Agora imagine que sua esposa esteja usando uma calcinha fio dental da cor vermelha que sussurrava em seu ouvido que ela estava excitada e que você se aproxima, toca-a e retire a calcinha do seu corpo e jogando-a sobre a cama e a penetre. Caso ele sentisse algum tipo de excitação sexual ele deveria levantar o dedo polegar direito. Após as exposições dessas palavras a pesquisadora inquiria o participante de como ele imaginou a cena e se “viu” e “ouviu” a esposa e se ele a “penetrou”.

*Fase D: Uso de tarefas.* A pesquisadora durante essa fase pediu ao participante que, ao chegar a casa, imaginasse e se preparasse para ter relações sexuais com a sua esposa. Quando no quarto deitados sobre a cama, que ele fizesse vários tipos de toques na esposa, como beijá-la o corpo todo, massageasse suas partes erógenas, estimulasse-a com carícias orais. Porém, que não houvesse penetração.

A Tabela 1 resume as diferentes condições aplicadas durante os procedimentos, os números de sessões e a duração das sessões dos dois delineamentos aplicados.

*III - Análise dos dados* – Após a aplicação dos dois delineamentos foi iniciada a transcrição dos materiais registrados em áudio. De maneira cursiva, foram transcritos

todas as respostas verbais apresentadas pelo participante, na sequência em que ocorreram. Pela observação de seus relatos de suas dificuldades sexuais e pela transcrição de suas falas registradas no áudio foi possível estabelecer uma avaliação geral de seu repertório verbal sobre sua disfunção erétil.

**Tabela 1.** Delineamento de múltiplos elementos e de tratamentos alternados, seguido por *follow-up*.

	<i>Condição</i>	<i>Sessões</i>	<i>Duração</i>	<i>Manipulações</i>
Delineamento de múltiplos elementos	1.1. At.exort.	1 <sup>a</sup> e 10 <sup>a</sup>	5min	Você não é impotente!
	1.2. At.reprim.	2 <sup>a</sup> e 9 <sup>a</sup>	5min	Não aprovo quando você fala que não é homem!
	1.3. At.estim.	3 <sup>a</sup> e 8 <sup>a</sup>	5min	Uso de cartões eróticos: O que você sente ao visualizar essa figura?
	(2) Demanda	4 <sup>a</sup> e 7 <sup>a</sup>	5min	Assistir filme erótico
	(3) Controle	5 <sup>a</sup> e 6 <sup>a</sup>	5min	Presença de estimulação erótica
	<i>Fase</i>	<i>Sessões</i>	<i>Duração</i>	<i>Manipulações</i>
Delineamento de tratamentos alternados	LB I e II	3	45min	Não houve manipulação, apenas registro das FA e FD.
	TRAT B	4	45min	Uso de relações funcionais para as FD.
	TRAT C	4	45min	Imaginar em resposta a palavras da pesquisadora.
	TRAT D	4	45min	Cumprir a tarefa: coito proibido!
	<i>Follow-up</i>	1	45min	Registro das FA e FD.

A variável dependente, *as falas sobre a disfunção erétil e as apropriadas* foram categorizadas como falas de disfunções (FD) e as falas apropriadas como (FA). As FD foram definidas de acordo com os relatos da disfunção erétil como nos exemplos, a

seguir. *Às vezes até tento, mas não consigo ficar ereto ou penso que não sou mais homem ou sou um fracassado* dentre outras. Já as FA, foram categorizadas como falas apropriadas, nas quais foram consideradas as sentenças proferidas pelo participante do tipo *as ereções estão começando a dar certo!*

A Tabela 2 a seguir, apresenta algumas FD verbalizadas pelo participante em relação aos critérios de disfunção erétil, de acordo com o DSM-IV-TR (2000\2002).

**Tabela 2.** Exemplos de relatos depressivos do participante e categorias segundo o DSM-IV-TR.

Relatos Depressivos	Categoria segundo o DSM-IV-TR
“Não vou conseguir ficar ereto, não sou mais homem, pois não consigo mais fazer sexo”.	Incapacidade de manter ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.
“Não presto mais para nada”! Sofro e tento não pensar mais nisso”.	A perturbação causa acentuado sofrimento.
“Minha esposa se arrependeu de ter se casado, se soubesse que iria acontecer isso eu não teria me casado”.	Dificuldades interpessoais. Sofrimentos.

Os áudios foram reprisados tantas vezes quantas foram necessárias, para a correta transcrição, tanto das FD quanto das FA. Para a identificação dessas falas, após a transcrição, foram sinalizadas as FD com a cor vermelha e as FA com preta, nas folhas de registro (Anexo 3).

Nas condições de atenção em forma de reprimenda, foram registradas as FD e FA do participante: antes de a pesquisadora disponibilizar atenção e após cada atenção disponibilizada pela pesquisadora. Em relação à condição de exortação as FD foram registradas após a instrução da tarefa. Enquanto as FA foram registradas antes de a pesquisadora instruir a tarefa, na condição, apresentação de cartões sexuais e da pergunta, o que você sente ao visualizar essa figura? Fosse FD ou FA, foi registrada.

Já em relação ao delineamento de tratamentos alternados todas as sessões das fases de linha de base e das fases de intervenção foram transcritas. Logo após, foram identificadas as duas categorias de falas. Foi utilizado o mesmo procedimento descrito acima para a sinalização específica das FD e FA. O passo seguinte foi à contagem, separadamente, das FD e FA, em seguida a identificação das frequências e percentuais de cada uma destas falas em ambos os delineamentos.

*Cálculo do Índice de Concordância* – Para o cálculo do índice de concordância contou-se com a colaboração de duas pessoas como observadores independentes, para registrar as duas categorias de respostas verbais. O cálculo foi realizado entre os pares de observadores, por meio da fórmula:  $[\text{Concordâncias} / (\text{concordâncias} + \text{discordâncias})] \times 100$ . O percentual de fidedignidade foi calculado para as FA de 80% a 93 %, quanto para as FI, de 82% a 90%.



## Resultados

Os achados do presente estudo obtidos por meio da entrevista de avaliação funcional, os de avaliação por observação direta são apresentados por meio de tabelas. Os do delineamento de múltiplos elementos são apresentados por meio de figuras. Já os do delineamento de tratamento alternados seguido por *follow-up* são apresentados, tanto por meio de tabelas, quanto por meio de figura.

A Tabela 3 mostra os dados obtidos por meio da entrevista de avaliação funcional com a esposa do participante. Os dados da Tabela 3 indicam que os comportamentos problemas relatados pelo cônjuge foram o de temor do desempenho e o de prever o fracasso sexual.

**Tabela 3.** Classes das dificuldades sexuais segundo relatos da esposa do participante.

<i>Comportamentos-problema</i>	<i>Eventos que os desencadeiam</i>	<i>Outros eventos</i>
<p><b>Temor do desempenho.</b>            Frequência: ao se preparar para dormir.            Duração: nos momentos íntimos.            Para reduzir o comportamento: irritava-se, desistia.</p>	<p><b>Horário:</b> ao se deitarem.  <b>Ambiente:</b> no quarto do casal  <b>Atividades:</b> virar-se, sem procurá-la para o sexo.</p>	<p><b>Chamar atenção:</b> esbravejava.  <b>Indicar desconfortos:</b> relatava tristeza e angústia; deixou de procurá-la para o ato sexual.</p>
<p><b>Prever fracasso:</b> não vou conseguir.            Duração: mais ou menos 5min enquanto tentavam sem sucesso</p>	<p><b>Horário:</b> ao iniciarem o sexo.  <b>Ambiente:</b> deitados.  <b>Atividades:</b> nenhuma.</p>	<p><b>Chamar atenção:</b> isolava-se.  <b>Indicar descontentamento:</b> aparecia triste, esperava a mulher deitar-se primeiro.</p>

Ainda em relação à Tabela 3, os dados apontam que houvera tentativas de reduzir os comportamentos sexuais inapropriados, ocasião em que a esposa relatou que na maioria das vezes ele parecia irritado e desistia do sexo. Quanto aos eventos que desencadeavam esta situação, a entrevistada relatou que os comportamentos ocorriam sempre no quarto do casal ao se deitarem.

A Tabela 4 mostra os dados obtidos por meio do inventário de sexualidade masculina respondido pelo participante. Os dados indicam que o participante não teve orientações sobre o desenvolvimento sexual na infância e adolescência, não havendo as respostas sexuais comuns nesta fase. Os dados apontam também, que há seis meses, o participante apresentara uma resposta sexual satisfatória.

Ainda, em relação aos dados da Tabela 4, ficou demonstrado por meio das respostas do participante ao inventário, que ele somente teve a sua primeira experiência sexual aos 27 anos, quando se casou não tendo adquirido um comportamento ativo sexualmente, antes de seu casamento.

**Tabela 4.** Fragmentos das respostas ao Inventário de Sexualidade Masculina – Forma DE-IV.

<i>Perguntas sobre a vida sexual</i>	<i>Respostas do participante</i>
Experiência sexual na infância.	Por meio de filmes pornográficos.
Jogos e brincadeiras sexuais na infância.	Nunca teve curiosidades.
Sobre a primeira experiência sexual.	Na lua de mel aos 27 anos, sentiu realizado.
Problemas em apresentar-se nu.	Sinto-me à vontade, gosto de estar em casa sem roupa.
O que aprecia no corpo feminino. O corpo todo.	
Quando apresentou a última resposta sexual satisfatória.	Há seis meses.
Respostas de ansiedade ou de preocupações quando da relação com o cônjuge.	Tenho medo de não conseguir, de fracassar.
Palavras definidoras sobre eventos que interferem em sua vida sexual.	Preocupação c/ ato sexual; acho que não vou conseguir.
Sobre a resposta de ereção.	Tenho ereção, mas não consigo terminar a relação.
Uso de drogas para o bom desempenho sexual.	Só fiz uso de medicamentos a pedido do médico. (Viagra)

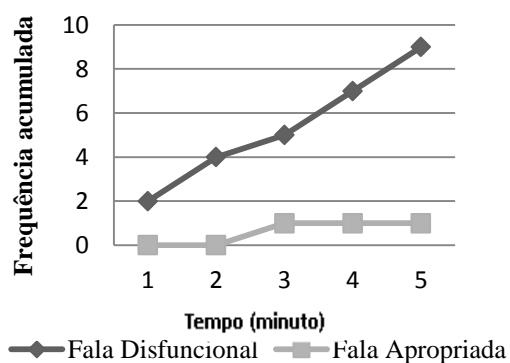
A Tabela 5 mostra os dados obtidos por meio de observações diretas dos comportamentos do participante enquanto esperava pelo atendimento na sala de recepção da clínica. Comportamentos como apertar e estalar os dedos das mãos, levantar-se em busca de água, café ou mesmo morder os lábios e permanecer com o

cenho fechado foram frequentes, estas classes comportamentais na sala de espera da clínica parecem indicar estado de ansiedade.

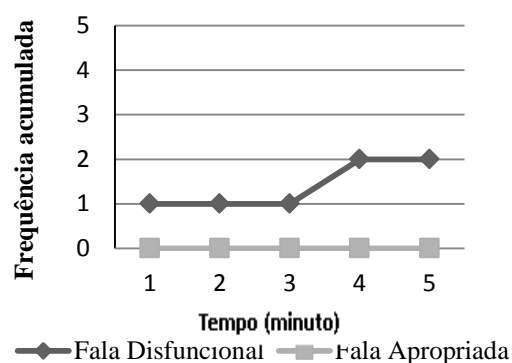
**Tabela 5.** Frequências das categorias comportamentais observadas na sala de espera da clínica.

<i>Categorias</i>	<b>Frequências</b>
<i>Manipulação Pessoal</i>	
- apertar as mãos	05
- estalar os dedos	03
<i>Manipulação de objetos</i>	
- folhear revista	04
- tomar água	11
- tomar café	08
<i>Auto estimulações</i>	
- morder os lábios	02
- coçar-se	03
- roer unhas	02
<i>Mudanças de posturas</i>	
- balançar pernas e pés - erguer os ombros	03
	02
<i>Expressões faciais</i>	
- franzir sobrancelhas	04
- fechar o cenho	06
<i>Eventos fisiológicos</i>	
- tossir	02
- limpar a garganta	02

As Figuras de 1 a 4 mostram a frequência das falas disfuncionais, sobre o comportamento sexual do participante, bem como as falas apropriadas, nas quatro subcondições de atenção.



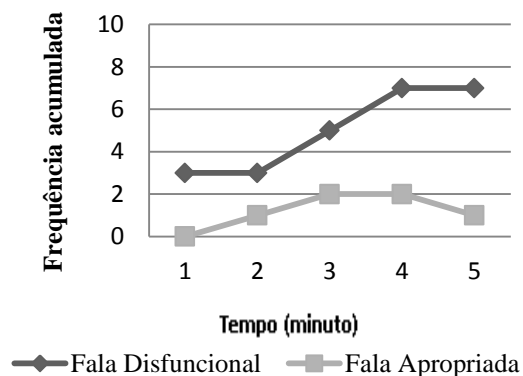
**Figura 1** – Freq.de FD e FA: atenção-exortação.



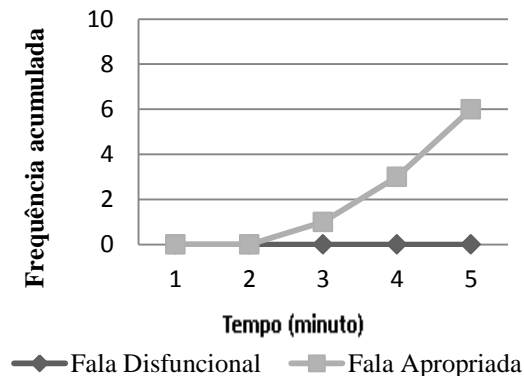
**Figura 2** – Freq.de FD e FA: atenção-reprimenda.

Na subcondição atenção-exortação, o participante era advertido: *você não é impotente!* Os dados dessa subcondição mostraram maiores ocorrências de FD que de FA: uma a duas por minuto, totalizando nove durante os cinco minutos da sessão, como resume os dados da Figura 1.

Na Figura 2, estão descritos os resultados da aplicação da subcondição atenção-reprimenda, onde a cada ocorrência de FD, a pesquisadora olhava nos olhos do participante e o reprimia: *“Não aprovo quando você fala que não vai conseguir ficar ereto!”* Os dados da Figura 2 mostram que houve duas FD e nenhuma ocorrência de FA.



**Figura 3** – Freq. de FD e FA: atenção-estimulação

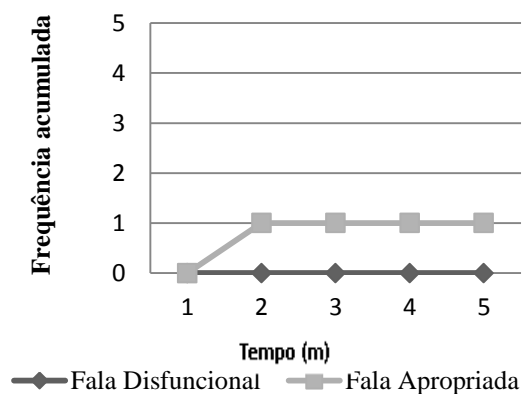


**Figura 4** – Freq. de FD e FA: demanda.

A Figura 3 contém os resultados das aplicações da subcondição atenção-estimulação. Nessa condição a cada emissão de FD, a pesquisadora virava um dos cartões eróticos e fazia perguntas: *“o que você sente ao visualizar essa figura?”*.

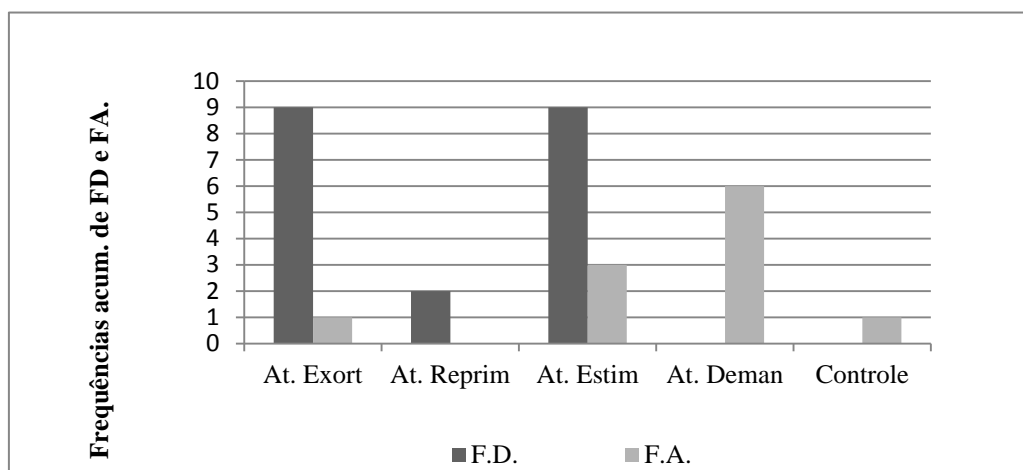
Já a Figura 4 mostra as frequências quando das aplicações da subcondição atenção-demanda. Nesta subcondição a pesquisadora apresentou ao participante um filme erótico exibido em um *notebook*. A cada relato de que houve tumescência, a pesquisadora desligava o aparelho e só voltava a ligar 30 segundos após o relato.

A Figura 5 resume os dados obtidos na condição controle, onde o participante permanecia na sala com reforçadores, na presença da pesquisadora.



**Figura 5** – Frequência de FD e FA na condição-controle.

A Figura 6 resume a frequência total de FD e das FA registradas nas diferentes condições manipuladas no delineamento de múltiplos elementos durante as aplicações.



**Figura 6** – Frequência de FD e de FA nas diferentes condições do delineamento aplicado.

No detalhamento dos dados apresentados na Figura 6 observou-se que, durante a aplicação, a frequência total de FD foi maior nas subcondições de atenção-exortação (9) e

atenção-estimulação (9). Na condição controle houve apenas 1 FA. Apenas na condição demanda que a FA foi maior.

Na Tabela 6, estão os dados observados dos eventos antecedentes e consequentes das inadequações de suas respostas sexuais e dos comportamentos que se seguiram, durante o tempo em que tentava fazer sexo e, também, suas falas a pesquisadora no consultório. Dentre os dados descritos na Tabela destacam-se os relatos do participante de que quando no momento da relação sexual com a esposa, já ia pensando que não conseguiria ficar ereto, até tentava não ficar pensando nisso, mas era mais forte que ele: “não consigo mesmo e eu fico arrasado”. Como consequência, a esposa ficava irritada e dizia que estava difícil continuarem assim com suas relações conjugais. Estes e outros eventos estão resumidos na Tabela 5.

**Tabela 6.** Eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos-sexual relatado pelo participante.

<i>Evento antecedente</i>	<i>Comportamentos problemáticos</i>	<i>Evento consequente</i>
Ao se prepararem para dormir	A mulher se aproximou dele na cama o mesmo pensou: <i>Não vou conseguir!</i>	Fizeram apenas carícias, sem sexo.
Ao se deitar	Ele entrou para o quarto primeiro e deitou-se, quando a esposa entrou no quarto ele fingiu dormir.	A esposa se despiu, entrou debaixo dos lençóis e o abraçou, o mesmo fingindo dormir não a procurou.
Ao chegar em casa	Encontra a esposa emburrada e de cara feia e pensa: <i>é por causa do meu problema de ereção.</i>	Fica no sofá da sala vendo televisão e adormece lá mesmo.
No consultório da pesquisadora	Relatou que quando na relação sexual com esposa, já vou pensando que não vou conseguir ficar ereto, até tento não ficar pensando nisso, mas é mais forte que eu, não consigo mesmo.	Ela então ficou brava, irritada e disse que está difícil continuar assim.
No consultório da pesquisadora	Relatou que chegou em casa, tomou banho e entrou para o quarto esperando a esposa. A mesma entrou, olhou para ele e disse: <i>estou cansada de tentar e não acontecer nada.</i>	Ele virou-se para o lado e adormeceu.
No consultório da pesquisadora	Relatou que começou a chegar em casa bem tarde, com esperanças de que a mulher já esteja dormindo e com isso não tenha tentativas de relação sexual.	A pesquisadora disse-lhe: <i>a esquivar não é melhor solução.</i>

Em relação ao imaginar em respostas as palavras da pesquisadora, os dados da Tabela 7 apontam que o participante respondeu as instruções oferecidas. O participante se mantinha recostado na poltrona de olhos semicerrados, respirava ora de modo natural, ora de modo ofegante até que levanta o dedo polegar da mão direita e que sinalizava a pesquisadora que ele imaginara a cena induzida pelas palavras que lhe eram oferecidas.

**Tabela 7.** Respostas de imaginar as instruções oferecidas pela pesquisadora.

<i>Instruções da Pesquisadora</i>	<i>Resposta do Participante</i>
Sentar na poltrona, relaxar o corpo e fechar os olhos.	Responde as instruções da pesquisadora.
Inspirar e expirar o ar lentamente relaxando o corpo.	Responde as instruções da pesquisadora.
Imaginar chegando em casa, tranquilo, pensando em transar com sua mulher.	Recostado na poltrona de olhos fechados.
Imaginar uma cena em que esteja junto a sua esposa, fazendo carícias nela e ela te tocando (pausa)	Participante respirava pausadamente e mantinha os olhos fechados.
Ela toca em uma área de seu corpo que lhe provoque excitação e você presta a ter uma relação sexual (Pausa).	Participante respirava um pouco ofegante e mantinha os olhos fechado.
Imaginar sua esposa usando uma calcinha fio dental vermelha e sussurrava em seu ouvido que estava excitada (pausa).	Participante respirava ofegante e mantinha os olhos fechados.
Agora você a toca retirando a calcinha do seu corpo e jogando-a sobre a cama você a penetra.(pausa).	Participante nesse momento levanta o dedo polegar da mão direita em sinal de positivo.

A Tabela 8 demonstra os dados obtidos, com o uso de tarefas instruídas, pela pesquisadora. Dentre as tarefas oferecidas foram selecionadas aquelas, em que a pesquisadora o instruída a chegar a casa, pensar na relação sexual enquanto imaginava a esposa tocando o seu corpo. Como instrução paradoxal, a pesquisadora o instruiu que o coito estava proibido ao que o participante respondera sorrindo e questionando-a. O participante demonstrava atenção às instruções da pesquisadora, conforme resume os dados da Tabela 8.

**Tabela 8.** Tarefas oferecidas ao participante.

<i>Falas da pesquisadora</i>	<i>Resposta do participante</i>
Ao chegar a casa, pensar transar com sua mulher.	Participante parece atento.
Você se preparando para ter relações sexuais com ela.	Participante parece atento.
Quando estiverem no quarto deitados sobre a cama, que ele fizesse vários tipos de toques na esposa.	Participante parece atento.
Que a beijasse o corpo todo massageasse suas partes erógenas, estimulasse-a com carícias orais.	Participante parece atento.
Porém, que não houvesse penetração.	Participante sorri, e diz: será que isso vai dar certo?

Os dados da Tabela 9 demonstram os elementos dos conteúdos verbais da fala do participante. As relações funcionais dos relatos verbais vocais emitidos pelo participante demonstraram os eventos, que mantinham o seu comportamento de forma, que foram evidenciadas as condições relevantes, para a ocorrência de sua fala. Foi oportunizado que o participante que averiguasse a relação funcional, entre o seu comportamento verbalizado e os efeitos produzidos por sua fala.

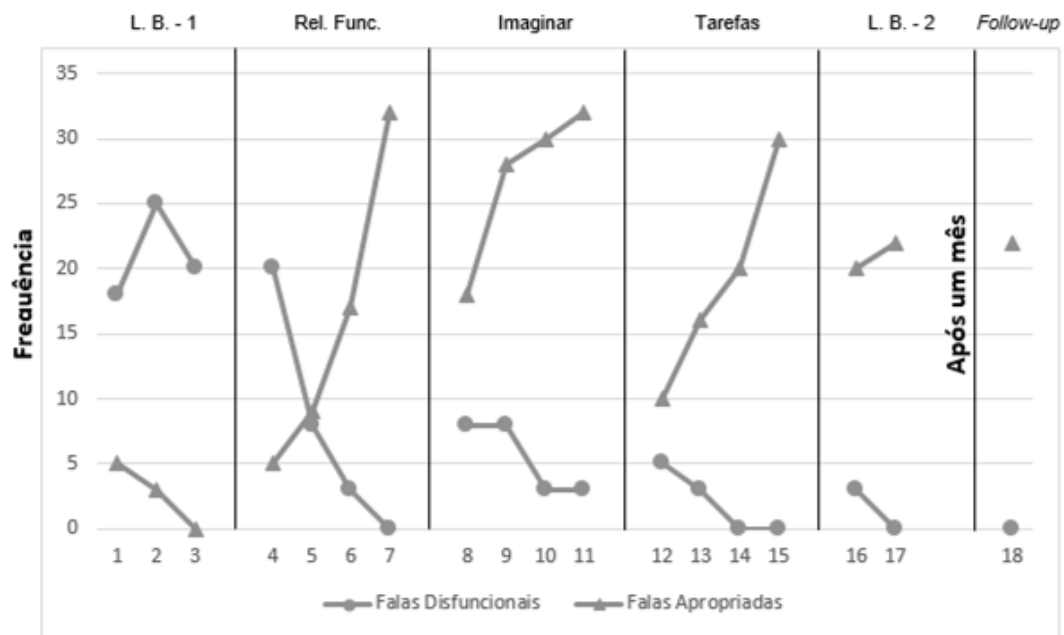


**Tabela 9.** Fragmentos de análise da relação funcional entre elementos verbalizados.

<b>Falas do Participante</b>	<b>Falas da Pesquisadora</b>
Minha mulher vai largar de mim!	Que certeza você tem disso?
Não tenho ereção!	Onde está escrito que nunca mais vai ter ereção?
Ah! Esta situação é terrível, insuportável!	O fato é desagradável, mas você pode mudá-lo?
Sou um fracassado!	Desde quando ter um problema transforma a pessoa em um fracassado?
Me sinto péssimo, não presto mais pra nada.	Quando você fala que se sente péssimo, como se não prestasse mais para nada, não é porque você coloca a importância de toda sua vida à ereção?
O que uma mulher quer com um homem impotente não é mesmo?	Você não é impotente, está com impotência no momento, o que não significa que ficará para sempre impotente!
Às vezes fico com vontade de ter relação sexual, mas fico com medo de não conseguir ter ereção e ela brigar de novo.	Como pode saber que não vai conseguir ter ereção dessa vez?
Ela fala que se soubesse que isso ia acontecer, não teria se casado comigo.	Isso aconteceu, não significa que acontecerá para sempre!
Fico muito nervoso e triste por saber que ela tem razão.	Quem disse que ela tem razão?
Eu sou mesmo um impotente	Você não é impotente, você esta apenas com problemas nesse momento, ou você acha que vai ficar assim para sempre?

Durante a fase de linha de base as frequências de FA foram menores, que as de FD. No entanto, durante a fase de tratamento de relações funcionais as FD diminuíram consideravelmente, enquanto as FA aumentaram. Já na intervenção com o uso do imaginar em resposta as palavras da pesquisadora, as FD diminuem ainda mais e as FA aumentaram. Já na fase de tratamento com o uso de tarefas instruídas, as FD praticamente deixaram de ocorrer, enquanto as FA se mantivera com altas frequências. Já na última fase de linha de base as FA superaram suas frequências, se comparadas a todas as fases

do delineamento empregado. E no *follow-up*, um mês após o término dos trabalhos, as FA novamente sobrepujaram as FD, como resume os dados da Figura 7.



**Figura 07** -Fases do delineamento de tratamento alternado ABCDA, seguido por *follow-up*.

## Discussão

No presente estudo foi conduzido um processo de avaliação funcional para identificar os eventos antecedentes e consequentes das respostas verbais de uma pessoa que possuía o diagnóstico de disfunção erétil. Para essa finalidade foi aplicada entrevistas de avaliação funcional com a esposa do participante, observação direta de seu comportamento, na sala de espera da clínica, momento em que antecedia as sessões e, também, durante as sessões iniciais, nas quais foram observados os antecedentes e os consequentes relatos de disfunção.

Para dar seguimento ao processo de avaliação funcional foram manipuladas três subcondições da condição de atenção, bem como a condição de demanda e de controle por meio do delineamento de múltiplas condições. Deste modo, foram utilizadas três das quatro condições desenvolvidas por Iwata et al. (1982/1994): *atenção, demanda, sozinho e controle* para avaliar comportamentos de autolesão em crianças com atraso no desenvolvimento e diagnóstico de autismo. No entanto não foi utilizada a condição de *sozinho* desenvolvida por aqueles autores, em função de que o participante relatou desconforto em relação a instrumentos de áudio ou vídeo na sala pré-experimental. A propósito, todas as sessões do presente estudo foram conduzidas no consultório da pesquisadora o qual foi denominado de sala pré-experimental.

A condição de atenção foi subdivida em três subcondições: atenção-exortação, atenção-reprimenda e atenção-estimulação. Ao manipular as condições de atenção nas quais ações como exortar, reprimir e estimular, os dados não deixam dúvidas que os relatos de disfunção erétil do participante mudavam como resultados da manipulação dessas condições. Sidman (1987\1995), alerta para a fonte de reforçamento positivo que a

natureza provê para a atividade sexual.

De todo modo, os dados apontaram que os relatos de disfunção sexual foram frequentes nas três subcondições manipuladas, sendo que, nas condições atenção-exortação e atenção-estimulação foi observada a maior frequência desse tipo de relato. Também na condição de demanda as frequências desses relatos foram frequentes, o que não aconteceu na condição de controle. Parece que o material erótico disponibilizado naquela condição exerceu controle sobre seus comportamentos.

Tais dados sugerem que as respostas verbais que abordam a sexualidade de pessoas com o diagnóstico de disfunção erétil podem ser controladas por duas fontes: seja para obter atenção social de terceiros (reforçamento positivo), seja para evitar relatos sobre a tumescência (reforçamento positivo). Assim, completou-se o processo de avaliação funcional em que os antecedentes e consequentes de disfunção erétil foram avaliados por meio de procedimentos de (a) avaliação funcional indireta, (b) avaliação funcional direta (c) avaliação funcional experimental (O'Neil et al., 1997; Iwata et al., 1982/1994).

Para intervir nos relatos que enfocavam as disfunções eréteis foi empregado o delineamento de tratamento alternados do tipo ABCDA, seguido por *follow-up*. Esse delineamento tem sido utilizado pelos pesquisadores para intervir em diferentes tipos comportamentos-problema dentro da proposta de um programa de intervenção comportamental (Britto, 2012; Iwata et al., 1982/1994; Martin & Pear, 2007/2009)

Durante a fase B do delineamento de tratamentos alternados, ocasião em que se analisavam o *uso de relações funcionais* dos relatos de disfunção erétil emitidos pelo participante, notou-se uma forte redução das FD que alcançaram zero frequência, enquanto as FA aumentaram suas ocorrências, inclusive durante as três fases de

intervenção e alcançaram ocorrências ainda mais altas no *follow-up*. No entanto durante a fase C, quando do *imaginar por meio das palavras da pesquisadora* houve baixas ocorrências desses relatos, que novamente alcançaram a frequência zero com o *uso de tarefas*.

Possivelmente, na fase B quando o participante foi instruído a observar os efeitos produzidos pelos seus relatos de disfunção sexual houve aquiescência em observar o que eles produziam em seu ambiente conjugal. Enquanto que, na fase D houve instruções mais assertivas, em relação à tarefa de se preparar, para o ato sexual, porém sem penetração. Interessante relatar que esse tipo de instrução, produziu efeito contrário: o participante relatou o sucesso de sua atividade sexual.

Por tudo isso, torna-se relevante esclarecer que o indivíduo pode focalizar-se intensamente em suas sensações sexuais e não atentar para outros aspectos de sua relação conjugal. O indivíduo fará também, o que estiver ao seu alcance, para remover as respostas sexuais inapropriadas. Daí não é difícil entender que ele pode revelar fortes tendências a procurar ajuda terapêutica por atribuir às condições perturbadoras sentidas as causas de seu comportamento (Britto, 2013).

Com o programa de intervenção esclareceu-se que as respostas sexuais inapropriadas que o perturbavam eram, de fato, parte do efeito para o qual ele procurava uma causa. Assim, o programa de intervenção facilitou as respostas sexuais apropriadas como demonstram os dados do presente estudo.

Skinner (1953/1970), esclarece que quando um evento antecedente não é facilmente reconhecido o indivíduo atribuirá papel mais importante a sua condição sentida. Assim, o indivíduo que foca em suas respostas sexuais inapropriadas pode atribuir o seu comportamento a seus sentimentos. Por sua vez, uma abordagem funcional

das respostas de disfunção erétil requer que se examinem as operações de controle de estímulos sob as quais elas ocorrem.

A sexualidade faz parte das relações humanas, uma vez que a natureza provê o indivíduo para a atividade sexual, mesmo porque fazer sexo pode se tornar uma das atividades mais reforçadoras (Sidman, 1989/1995). Como expectativa, a satisfação sexual tornar-se-á um componente básico do desempenho sexual de homens e de mulheres. A ereção assume importância, por ser culturalmente tratada como sinal de virilidade e de força. A disfunção erétil pode se tornar um componente crítico na relação, prejudicando a qualidade do relacionamento conjugal.

Portanto, não alcançar um bom desempenho sexual seria problema para um homem que quer manter o seu relacionamento conjugal. Contudo, faz-se necessário maior conhecimento sobre a sexualidade, incluindo, a disfunção erétil que é a incapacidade do homem de ter ereção suficiente para ter uma relação sexual. A literatura da área aponta que a disfunção erétil pode ter como causa, fatores orgânicos, ambientais e/ou sociais (Ballone, 2004; Cavalcanti & Cavalcanti, 2012).

Contudo, os dados aqui apresentados não deixam dúvidas que fatores ambientais produziram e mantiveram os relatos de disfunção erétil que, quando sofreram intervenção praticamente deixaram de ocorrer. Os achados obtidos por esse estudo sugerem que, a investigação dos problemas comportamentais de ordem sexual, sob a perspectiva da análise do comportamento pode produzir resultados como os que ora são apresentados.

O papel dos estados emocionais negativos podem adquirir funções controladoras ou inibidoras da resposta sexual humana. Tudo isso pode se tornar uma área privilegiada de estudo, nomeadamente após se verificar que certos estados emocionais (e.g., estados

de ansiedade) concebidos como inibidores da resposta de excitação fisiológica, parecem de fato promovê-la, e não o contrário.

É neste sentido que a presença de estados ansiogênicos pode inviabilizar uma resposta de excitação em sujeitos sexualmente disfuncionais, mas fomentá-la em indivíduos sexualmente saudáveis (Bach, Wincze & Barlow, 2001). Mais uma vez, observou-se que os relatos de estados ansiogênicos como o medo de fracassar pode ter contribuído, para a diminuição das respostas de excitação ao participante.

Afirmar-se-ia que as relações que definem uma desordem sexual é a sinalização de um evento pré-aversivo eminente. Esse estímulo elicia respostas fisiológicas autônomas e reduz a frequência de procura pela atividade sexual. E as condições fisiológicas podem adquirir funções motivacionais ao suprimir temporariamente a procura pelo sexo (Michael, 2000; Skinner, 1953/1970). Considere que o participante sempre que podia passava noites e noites sem procurar a esposa para atividade sexual.

O presente estudo, foi focado na função do comportamento que o indivíduo com disfunção erétil apresenta, sendo comportamentos encobertos ou não. O indivíduo se prepara para uma relação sexual e no momento da penetração o mesmo não consegue manter uma ereção rígida, se esquivava de outras atividades por avaliar como negativo o seu desempenho.

O ambiente sexual, ou seja, a atividade sexual para o participante constituiu-se em contingência aversiva para ele: vivia sob constante ameaça da esposa que iria se separar se o mesmo não “melhorasse”. Essa situação era ainda agravada pelo comportamento punitivo da esposa quando dizia que não adiantava iniciar a relação sexual porque não iria acontecer nada mesmo. Sidman (1989/1995), pontua que a conduta do ser humano é intensamente controlada por seu ambiente e por suas consequências através da punição;

já Skinner (1953/1970), acrescenta que o produto emocional da punição faz com que o indivíduo apresente padrões distorcidos de comportamentos por fortes predisposições emocionais, que foram eliciadas pelas situações aversivas.

Desta forma, o padrão de disfunção erétil do participante parece adequado às emoções que experimentava, afetando conseqüentemente a sua resposta sexual. Isto porque as emoções afetam o comportamento, pois possuem particularidades de sensibilidade e são sistemas adaptativos do ser humano, direcionando as respostas de aproximação ou de fuga ou de esquiva (Staats, 1996). Com o passar do tempo, o participante passou a evitar a esposa como forma de não mais precisar ter relações sexuais com ela, como demonstram os dados do presente estudo.

Conforme Leiblum (2011), as demandas do desempenho sexual e o medo do fracasso ficam acentuadamente maiores para indivíduos ou casais que não tenham alternativa ao intercurso pênis vagina como maneira de conseguir satisfação sexual. A incapacidade do homem de conseguir uma ereção firme e duradoura resulta na completa cessação de toda a atividade sexual, isto, por sua vez, pode causar redução dessa atividade em um ou ambos os parceiros e maior distanciamento e conflitos no relacionamento conjugal (Leiblum, 2011).

Assim, deve-se enfatizar o uso de técnicas de estimulação sexual, em casais e ou indivíduos que possuem roteiros sexuais limitados e poucas alternativas ao intercurso, pois, o não conhecimento sobre a anatomia e a fisiologia do corpo e do ato sexual podem prejudicar o comportamento e a resposta sexual da pessoa, resultando em sentimentos negativos, dificuldades interpessoais, medos, mágoas e esquivas da atividade sexual (Life, 1979).



Os resultados deste estudo sugerem que seus objetivos foram alcançados, ou seja, as variáveis mantenedoras e controladoras da disfunção erétil foram possibilitadas pelo ambiente conjugal e pessoal. Sugere-se ainda que as intervenções realizadas foram eficazes, uma vez que houve a redução de relatos de disfunção sexual e a aprendizagem de novos comportamentos adaptados. Muitas vezes ao procurar ajuda terapêutica, as pessoas demonstram estados emocionais negativos como: falas sobre separações, falas conflituosas sobre perdas ou traições, as quais podem afetar grande parte das famílias, cujo os casais vivenciam e experienciam este tipo de problema. Contudo, mais estudos sobre o tema são necessários e devem ser realizados para uma melhor compreensão destas variáveis.

## Referências

- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). Tradução organizada por C. Dornelles. Porto Alegre: ARTMED. (Trabalho original publicado em 2000).
- Abdo, C. H. N. (2002): *Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro / Sexual profile of Brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB)* RBM Rev. Bras. Med, 59(4):250-257.
- Abdo, C.; Fleury, H. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162-167.
- Abdo, C. (2006). *Elaboração e validação do quociente sexual masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem*. São Paulo: Moreira Jr Ed.
- Abreu, I. P. (2005). *Delitos sexuais*. Disponível em: [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo\\_licenciatura.php?codigo=TL0042&area=d11](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0042&area=d11).
- Bach, A.K., Wincz, J.P., Barlow, D.H. (2001). Sexual dysfunctions. In D.H. Barlow (Eds), (562-608). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step by Step Treatment Manual 3ª ed.* Nova York: Guilford Press.
- Ballone, G. J. (2004). *Frigidez Sexual*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>.
- Beavers, A. G., Iwata, B. I. & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46, 1-21.
- Britto, I. A. G. S (2012). Psicopatologia e Análise do Comportamento: algumas reflexões. *Boletim Contexto*, 37(2), 55-76.
- Britto, I. A. G. S (2013). Abordagem funcional para o ataque de pânico e ansiedade. Em A. B. Pereira (org.), *Psicologia na PUC Goiás na contemporaneidade*. Goiânia: Editora da PUC Goiás.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4ª ed.; D. G. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Carvalho, J. P. P. (2008). *A Importância de Factores Psicológicos, Orgânicos e Relacionais na Resposta de Desejo Sexual Masculino e Feminino*. Disponível em: [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/189/1/msc\\_jppcarvalho.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/189/1/msc_jppcarvalho.pdf).

- Cavalcanti R, Cavalcanti M. (2006). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 3ª ed. São Paulo: Roca.
- Cavalcanti, R.; Cavalcanti, M.(2012). *Tratamento clínico das inadequações sexuais*. 4ª ed. São Paulo: Roca.
- Costa, J. F. L. V. (2006). *Abordagem psicoterapêutica no tratamento da disfunção erétil*. Disponível: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52797/2/Abordagem%20Psicoterapêutica%20no%20Tratamento%20da%20Disfunção%20Eretil.pdf>>.
- Domingos, V. G. M.; Britto, I. A. G. S. (2013). *Disfunção sexual masculina: algumas implicações*. Revista Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 23, n. 4, p. 579-586, out./dez. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/2988/1828>
- Ferreira, A. L. C. G.; Souza, A., Amorim, M. (2007). *Prevalências das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 7, p.143-150. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/04.pdf>>.
- Gonçalves N. (2005). *Disfunções sexuais*. In: Piato S, editor. *Terapêutica endócrina em ginecologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p. 193-8.
- Glina, S. (2014). *Como diagnosticar e tratar disfunção erétil*. Revista Brasileira de Medicina – RBM. São Paulo. Ed. MOREIRA JR.p. 142 à 147. Acesso: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=400](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=400).
- Hanley, G. P. (2012). Functional Assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1) 54-72.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209. (Reedição de *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 3, 3-20, 1982).
- Kreutz, C. M.; Muller, A. (1999). *Uma ótica das disfunções da excitação sexual: um estudo de caso de disfunção erétil*. Revista brasileira de sexualidade humana, v. 10, p. 253-272.
- Lara, A. S.; Silva, A. C. J. S. R.; R, A. P. M. S.; J, F. R. R. (2008). *Abordagem das disfunções sexuais femininas*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, v.30, n.6, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01007203200800060008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01007203200800060008&lng=en&nrm=iso)>.

- Lazarus, A. A. (1965). The treatment of a sexually inadequate man. In. L. P. Ullmann & L. Krasner (Eds), *case studies in Behavior modification* (pp. 243-260). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Leiblum, S. R. (2011). *Princípios e prática da terapia sexual*. 4ª ed. São Paulo: Roca.
- Life, H. (1979). *Sexualidade humana: Orientação médica e psicológica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
- Mayer, G. R. (1999). *Constructive discipline for school personnel*. *Education and Treatment of Children*, 22 (1), 36-54. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2010v16n2p330/1941>.
- Martin, C. (2006). *Terapia Sexual: Por minha vida*. Disponível em: <<http://www.minhavidade.com.br/fitness/materias/551-terapia-sexual>>.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (8ª. edição). Tradução de N. C. Aguirre. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Marques, F. Z. C.; Chedid, S. B.; Elzerik, G. C. (2008). *Resposta Sexual Human*. *Revista Ciências Médicas*, Campinas, 17(3-6):175-183, maio/dez. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:V9nWARHNIgI J:periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/755/735+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
- Masters, W. H; Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 401-410.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento*. Tradução organizada por A. A. Souza & D. Rezende. Brasília: Coordenada - Editora de Brasília. (Original publicado em 1967).
- Monteiro, A.; Isabel, M.; Oliveira, C. M.; Lucas, C. O. (2009). *Perturbação do desejo sexual hipotativo: diagnóstico e tratamento*. *Psicologia da Saúde*, v. 17, n. 2, 101-112. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=Perturba%C3%A7%C3%A3o+do+desejo+sexual+hipotativo%3A+Diagn%C3%B3stico+e+tratamento.+Psicologia+da+Sa%C3%BAde%2C+2009%2C+v.+17%2C+n.+2%2C+101112.&oq=Perturba%C3%A7%C3%A3o+do+desejo+sexual+hipotativo%3A+Diagn%C3%B3stico+e+tratamento.+Psicologia+da+Sa%C3%BAde%2C+2009%2C+v.+17%2C+n.+2%2C+101112>.

2C+n.+2%2C+101112.&aqs=chrome..69i57.1583j0j7&sourceid=chrome&es  
pv=210&es\_sm=122&ie=UTF-8.

- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento* (CID 10). Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução organizada por W. Valentini. Porto Alegre, Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1993).
- Oliveira, I. J. S. & Britto, I. A. G. S. (2011). Síndrome de Down: modificando comportamentos. Santo André: ESETec Editores Associados.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Storey, K. & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: a practical handbook*. Pacific Grove: Brooks Cole.
- Pablo, C.; Soares, C. (2004). *As disfunções sexuais femininas*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v. 20, p. 357-370. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?q=J%C3%9ANIOR%3B+Oswaldo+Martins+Rodrigues.+Psicologia+e+Sexualidade.+2003.+S%C3%A3o+Paulo%3A+MEDSI&oq=J%C3%9ANIOR%3B+Oswaldo+Martins+Rodrigues.+Psicologia+e+Sexualidade.+2003.+S%C3%A3o+Paulo%3A+MEDSI&aqs=chrome..69i57.1671j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es\\_sm=122&ie=UTF8#es\\_sm=122&espv=210&q=PABLO%2C+Cristina%3B+SOARES%2C+Catarina.+As+disfun%C3%A7%C3%B5es+sexuais+femininas.+Revista+Portuguesa+de+Cl%C3%ADnica+Geral%2C+v.+20%2C+p.+357-370.+2004.](https://www.google.com.br/search?q=J%C3%9ANIOR%3B+Oswaldo+Martins+Rodrigues.+Psicologia+e+Sexualidade.+2003.+S%C3%A3o+Paulo%3A+MEDSI&oq=J%C3%9ANIOR%3B+Oswaldo+Martins+Rodrigues.+Psicologia+e+Sexualidade.+2003.+S%C3%A3o+Paulo%3A+MEDSI&aqs=chrome..69i57.1671j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=122&ie=UTF8#es_sm=122&espv=210&q=PABLO%2C+Cristina%3B+SOARES%2C+Catarina.+As+disfun%C3%A7%C3%B5es+sexuais+femininas.+Revista+Portuguesa+de+Cl%C3%ADnica+Geral%2C+v.+20%2C+p.+357-370.+2004.)
- Patriota, T. (1994). *Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento - plataforma de Cairo*. Disponível: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-cairo.pdf>>.
- Pedrosa, J. B. (2011). *Sentimentos são estados corporais*. Disponível em: [http://www.syntony.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28:sentimentos-sao-estados-corporais&catid=4:artigos&Itemid=4.](http://www.syntony.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28:sentimentos-sao-estados-corporais&catid=4:artigos&Itemid=4.)
- Rodrigues Jr, O, M; Leão, P, P; Glina, S; Costa, M; Reis, J, M, S, M; Reichelt, A, C. *Disfunções sexuais e a procura anterior de tratamento*. Reprodução;3(2):109-12, 1988.
- Rodrigues Jr. O. (2003) *Psicologia e Sexualidade*. São Paulo: MEDSI. Disponível em: <http://psicologia.oswrod.psc.br/>
- Rodrigues Jr., O. (2008). *Identidade Masculina e Sexual*. São Paulo: Biblioteca 24x7. Disponível em: <http://oswrod1.wordpress.com/2011/08/10/disfuncoes-sexuais-masculinas-quando-o-homem-reclama-do-sexo/>.
- Rodrigues Jr., O. (2011). *Terapia Sexual: clínica, pesquisa e aspectos psicossociais*. Instituto Paulista de Sexualidade. Disponível em:

[http://psicologia.inpasesex.com.br/wpcontent/uploads/revistas\\_ts\\_pdf/rtsXIV12011.pdf](http://psicologia.inpasesex.com.br/wpcontent/uploads/revistas_ts_pdf/rtsXIV12011.pdf).

- Rodrigues Jr., O. (2013). *Ejaculação precoce: Tratamento psicoterápico*. Comportamento em Foco. São Paulo: ABPMC, v. 2, p. 303 -310. Disponível em: <http://abpmc.org.br/site/cfoco/CFoco2.pdf>.
- Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, INC.
- Secco, L. (2013). *O que é Terapia Sexual?* Disponível em: <<http://www.lucianesecco.psc.br /sexualidade.html>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2013.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Tradução organizada por M. A. Andery; T. M. Sério. Campinas: Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1987).
- Silva, A. T. B; Carrara, K. (2010). *Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 330-350, ago. disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2010v16n2p330/1941>.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. Brasília: UnB/FUNBEC. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner B. F. (1978). *O comportamento verbal* (M. P. Villa lobos Trad). São Paulo: Cultrix. (Original publicado em 1957).
- Skinner, B. F. (1995). Questões recentes na análise comportamental. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo: Papyrus. (Obra original publicada em 1989).
- Skinner, B. F. (1999c). Por que precisamos de máquinas de ensino. Registro cumulativo (pp. 217-239). Acton, MA: Copley Group Publishing. (Trabalho originais publicado em 1961)
- Skinner, B. F. (2005). Questões recentes na análise comportamental. 5ª ed. Campinas: Papyrus.
- Tozo, I., Lima., Gonçalves, N., Moraes, J., Aoki, T.(2007). *Disfunção sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista*. Arquivos de Medicina Hospitalar, v. 52, n. 3, p. 94-99. Disponível em: [http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm52n3\\_5.pdf](http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm52n3_5.pdf).
- Veiga, A. P.(2010). *Terapia sexual: sexologia, casal, dinâmica, disfunção sexual, funcionamento sexual, sexualidade humana, tratamento de disfunção, preconceitos, vergonha*. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?749>>.

- Vitiello, N. (1998). Um breve histórico do estudo da sexualidade humana. Disponível em: [http://www.drcarlos.med.br/sex\\_historia.html](http://www.drcarlos.med.br/sex_historia.html)
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

**ANEXOS**



**Anexo 1** - Entrevista para a Avaliação Funcional

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1) Descrição dos Comportamentos:

	<b>Comportamento</b>	<b>Frequência</b>	<b>Duração</b>	<b>Intensidade</b>
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				

2) Defina os eventos que desencadeiam os **comportamentos problemas**:a) HORÁRIO: **quando** os comportamentos têm maior/menor probabilidade

Maior probabilidade \_\_\_\_\_

Menor Probabilidade \_\_\_\_\_

b) AMBIENTE: **onde** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade \_\_\_\_\_

Menor probabilidade \_\_\_\_\_

c) PESSOAS: **com quem** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade \_\_\_\_\_

Menor probabilidade \_\_\_\_\_

d) ATIVIDADE: **quais atividades** têm maior/menor probabilidade de produzir os comportamentos?

Maior probabilidade \_\_\_\_\_

Menor probabilidade \_\_\_\_\_

3) O comportamento da pessoa seria afetado se:

- a) Você lhe pedisse uma tarefa difícil
- b) Participante quisesse algo, mas não conseguisse
- c) Se você lhe dissesse uma ordem
- d) Se você mudasse sua rotina

4) Como a pessoa se comunica com as pessoas?

Pedir atenção: \_\_\_\_\_

Pedir alimentos: \_\_\_\_\_

Indicar dor física: \_\_\_\_\_

Rejeitar uma situação: \_\_\_\_\_

Indicar descontentamento: \_\_\_\_\_

5) A pessoa segue instruções? (enumere)

6) Quais as coisas que a pessoa gosta?

6.1 Comestíveis: \_\_\_\_\_

6.2 Objetos: \_\_\_\_\_

6.3 Atividades: \_\_\_\_\_

6.4 Locais: \_\_\_\_\_

6.5 Outros: \_\_\_\_\_

7) O que você sabe sobre a história dos comportamentos indesejáveis dessa pessoa?

---

---

---

---

7.1) Houve tentativas de diminuí-los?

---

---

---

---

7.2) Por quanto tempo isto tem sido um problema?

---

---

---

---

**Anexo 2 -Inventário de Sexualidade Masculina – Forma D.E.IV****INVENTÁRIO DE SEXUALIDADE  
MASCULINA – FORMA D.E.IV\*****Instruções para responder**

Está sendo entregue a você um questionário e uma folha para as suas respostas. Este questionário visa aumentar a compreensão de seus problemas, auxiliando no diagnóstico correto. Portanto responda com sinceridade e com empenho próprios. Todas as suas respostas serão confidenciais, não sendo reveladas a ninguém. Somente terão acesso a elas os profissionais envolvidos no seu diagnóstico e tratamento.

Este questionário contém, basicamente, perguntas relacionadas à sua vida sexual, desenvolvimento e maturação.

As respostas às seguintes perguntas devem ser escritas em folha à parte, na sua *Folha de Respostas*.

Primeiramente, descreva o motivo que o trouxe a este consultório. Conte quando começou o seu problema e diga as possíveis causas que você sabe ou imagina e demais fatos que você acha que nos ajudará a tratá-lo.

Procure colocar a resposta que mais se aproxima de sua vivência; caso não seja possível, ou queira complementar sua resposta, descreva a situação específica por extenso no verso da *Folha de Respostas*. Se lhe faltar espaço para escrever, peça outras folhas. Escreva o quanto quiser. Onde há observações para complementar a sua resposta, anote no verso da *Folha de Respostas* o número da questão e a sua resposta complementar. Neste caso procure colocar o que você sente a respeito do fato que você está contando, e acrescente as seguintes informações (as quais são muito importantes): data, nomes e lugares.

Coloque na *Folha de Respostas* a letra compatível com o que aconteceu em sua vida junto ao número da pergunta correspondente. Nas questões em que houver mais de uma resposta que lhe sirva, coloque as letras em ordem de importância para você.

Em caso de dúvida, pergunte. Não deixe respostas em branco ou incompletas. Lembre-se: você é o maior beneficiado com isto.

---

\*Este Inventário foi elaborado por Oswaldo M. Rodrigues Jr. e encontra-se publicado in "Psicologia e Sexualidade", Editora Medsi, Rio de Janeiro, 1995.

- 01 – Você era uma criança curiosa em relação a sexo? E atualmente?
- Fui e sou uma pessoa curiosa!
  - Fui, mas não sou mais curioso.
  - Não fui, mas hoje sou curioso.
  - Não era curioso, mas fiquei curioso com o aparecimento do problema; tenho lido muito o que aparece nos jornais e revistas.
  - Nunca fui curioso e continuo não tendo curiosidade em relação a sexo.

02 – Com que idade você obteve as suas primeiras informações sobre sexo? (Escreva na *Folha de Respostas*)

- 03 – Com quem você obteve as suas primeiras informações sexuais?
- Com meu pai.
  - Com minha mãe.
  - Com tias, tios ou outros parentes mais velhos.
  - Com um professor(a), na escola.
  - Com outros indivíduos mais velhos.
  - Com amigos de mesma idade.
  - Em livros.
  - Em revistas de mulheres nuas, revistas eróticas.
  - Pela TV, através de programas de televisão.
  - Não tive fonte específica, aprendi sozinho.

04 – São muito comuns, na infância e adolescência, os jogos sexuais e brincadeiras entre as crianças, tais como “troca-troca”, masturbação mútua ou em grupo. E você teve estas experiências?

- Participei e considerei natural e normal.
- Participei e considero as fontes de meus problemas e conflitos sexuais.
- Não pratiquei por medo.
- Não pratiquei nenhuma das atividades acima mencionadas.
- Não tive curiosidade.
- Não me lembro se pratiquei alguma brincadeira.

•6•

05 – Você já viu, alguma vez, duas pessoas mantendo relações sexuais? (coito, ato sexual) (escreva na frente da sua resposta a idade que você tinha na ocasião e como se sentiu emocionalmente)

- Vi meus pais.
- Vi pessoas conhecidas.
- Vi estranhos.
- Não me lembro se vi.
- Nunca vi.
- Já vi fotos.
- Já vi filmes pornográficos.
- Vi pela TV

06 – Quando você começou a se masturbar (fazer com a mão, punheta)? (escreva o número desta questão, na *Folha de Respostas*, a idade que você tinha) E o que significou para você. Foi positivo ou negativo?

07 – Quando você iniciou a se masturbar (punheta), qual era a frequência com que você se masturbava? (quantas vezes)

- Nunca me masturbei (nunca fiz com a mão).
- Muito raramente.
- Às vezes (uma vez por mês).
- 2 ou 3 vezes ao mês.
- 1 ou 2 vezes por semana.
- 3 a 5 vezes por semana.
- Diariamente.
- Mais de uma vez por dia.

08 – Atualmente você se masturba?

- Nunca me masturbei (nunca fiz com a mão).
- Muito raramente.
- Às vezes (uma vez por mês).
- 2 ou 3 vezes ao mês.
- 1 ou 2 vezes por semana.
- 3 a 5 vezes por semana.
- Diariamente.

•7•

- Mais de uma vez por dia.
- Sempre me masturbo quando estou nervoso para me aliviar.

09 – Quando você se masturba (faz com a mão), o que acha?

- Acho que é bom, mas não devia fazê-lo.
- É bom, mas é pecado.
- Sinto-me culpado.
- É bom e não tenho sentimentos de culpa.
- Não me masturbo porque é pecado.
- Não me masturbo porque sou casado e não preciso mais disso.
- Não me masturbo mais, porém devido ao problema sexual, experimentei ultimamente (explique por extenso, na *Folha de respostas*, como foi, se teve ereção e ejaculação, se gostou e se pretende fazer novamente).
- Masturbo-me mesmo fazendo sexo regularmente.

10 – Com relação à namorada.

- Nunca tive namoradas.
- Casei-me com a minha primeira e única namorada.
- Sempre foi muito difícil arranjar namoradas.
- Tinha dificuldades em arrumar namoradas.
- Sempre foi fácil arrumar namoradas.

11 – Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual completa, incluindo penetração (ou tentativa)? (Escreva na *Folha de Respostas*)

12 – Com quem foi a sua primeira relação sexual?

- Com minha esposa.
- Com minha namorada.
- Com uma amiga.
- Com uma empregada.
- Com uma prostituta.
- Foi uma relação homossexual (escreva maiores detalhes na *Folha de Respostas*. Com quem foi?)

•8•

- Não me lembro.
- Ainda não tive nenhuma relação sexual.

13 – Como você se sentiu após a sua primeira relação sexual?

- Foi terrível.
- Foi mal.
- Indiferente, tanto fez.
- Foi bom.
- Foi muito bom, senti-me realizado.
- Senti-me confuso.
- Não me lembro.
- Ainda não tive nenhuma relação sexual completa.

14 – O que faz você ir para a cama com alguém?

- Curiosidade.
- Prazer.
- Amor.
- Para sentir-me integrado à vida.
- Para mostrar que sou homem.
- Desejo de ter sexo, tesão.
- Atração física, a beleza da pessoa.

15 – Você se preocupa com a possibilidade de sua parceira ficar grávida?

- Sempre me preocupo.
- Freqüentemente me preocupo.
- Às vezes, depende (do quê? escreva sua resposta na *Folha de Respostas*).
- Nunca me preocupo.
- Depende da parceira (explique como na *Folha de Respostas*).
- Não me preocupo devido à infertilidade (não poder ter filhos – explique em sua *Folha de Respostas*, dando a razão pela qual você ou sua parceira não podem ter filhos).
- Não tenho parceira fixa.
- Só tenho relações com prostitutas.
- Não me preocupo, pois ainda não tive nenhuma relação sexual completa.
- Não me preocupo pois uso camisinha.

•9•



**16 – Você já teve alguma doença sexualmente transmissível (doenças venéreas e outras contraídas através do relacionamento sexual)?**

- Nunca tive nenhuma doença sexualmente transmissível.
- Sífilis, cancro duro.
- Gonorréia, blenorragia.
- Cancro mole.
- Linfogranuloma venéreo.
- Uretrite.
- Chato.
- Verruga venérea, condiloma cuminado, crista de galo.
- Tive mas não sei o nome (neste caso descreva como era a doença, o que você sentiu e teve).
- Sou HIV soropositivo.
- Herpes

**17 – Como você se sente nu estando sozinho?**

- Sinto-me na maioria das vezes estimulado sexualmente.
- Sinto-me à vontade, gosto até de andar dentro de casa sem roupa.
- Não tenho dado atenção à minha nudez, é-me indiferente.
- Não gosto de olhar para o meu corpo, procuro logo colocar roupas.
- Evito ficar nu.

**18 – Como você se sente nu junto a outra pessoa?**

- Quando é do mesmo sexo, sinto-me mal, é desconfortável.
- Quando é do mesmo sexo, é indiferente, não me faz mal.
- Quando é do mesmo sexo, sinto-me estimulado, às vezes com fantasias.
- Quando é do outro sexo, sinto-me ansioso, é desconfortável.
- Quando é do outro sexo, é indiferente, não me faz mal.
- Quando é do outro sexo, sinto-me sexualmente estimulado.

**19 – Sobre homossexuais:**

- Tenho curiosidade a respeito de homossexuais.
- Tenho fantasias sexuais com homens.
- Tenho fantasias a respeito de homossexuais femininos (lésbicas).
- Nem quero ouvir falar a respeito disso, isso é muito pernicioso, nocivo.

• 10 •

**22 – Qual parte do corpo de sua parceira (esposa, noiva, namorada) você mais aprecia? (caso você não tenha parceira fixa, responda sobre as mulheres em geral).**

- Os olhos.
- O rosto.
- As coxas, as pernas.
- A vulva, vagina, os genitais.
- A bunda, as nádegas.
- Os seios, os peitos.
- Outra parte que não as acima (escreva qual na *Folha de Respostas*).
- O corpo todo.
- Nenhuma parte, o corpo dela não me agrada.

**23 – Qual a parte do corpo de sua parceira que você não gosta, acha feia ou rejeita? (caso você não tenha uma parceira fixa, responda sobre as mulheres em geral).**

- Barriga.
- Pés.
- A vulva, a vagina, os genitais.
- Nenhuma parte me agrada.
- Não gosto do corpo da minha parceira.
- Outra parte que não as acima (escreva qual na *Folha de Respostas*).

**24 – Como você se sente sexualmente em relação à sua parceira?**

- Não tenho parceira fixa.
- Não estou satisfeito (explique qual a razão na sua *Folha de Respostas*).
- Sinto-me satisfeito sexualmente com minha parceira.
- Minha parceira não gosta de sexo e tenho que procurar fora.

**25 – Sua parceira tem alguma dificuldade ou problema sexual?**

- Ela é fria, não se excita, não fica molhada.
- Ela não tem vontade de ter sexo, evita o ato sexual.
- Ela não tem tanta vontade de ter sexo da mesma forma que eu tenho, nem sempre ela quer ter sexo.
- Ela não tem orgasmo, ela não goza.

• 12 •

- Não tenho fantasias homossexuais.
- Já tive fantasias homossexuais, hoje não tenho mais.
- Sou homossexual e acho isso natural (escreva, complementando sua resposta, desde quando e como você se sente).
- Sou homossexual e me envergonho disso (escreva desde quando, e o que você sente a respeito).
- Não tenho fantasias homossexuais, mas tenho preocupações a respeito.
- Tenho medo de me tornar homossexual um dia.
- Tenho sentimentos por pessoas do meu sexo.
- Tenho pensamentos homossexuais.
- Tenho curiosidades ou desejos por travestis ou transexuais (explique se teve experiências ou planeja ter).
- Outra situação (descreva em sua *Folha de Respostas*).

**20 – Atualmente como é o seu desejo sexual (tesão) em relação à sua parceira?**

- Intenso.
- Variável, depende (escreva como é isso, depende de quê?).
- Diminuiu (escreva quando isso ocorreu e quais as razões).
- Ausente, não tenho vontade de ter relações sexuais com ela (escreva as suas razões).
- Não tenho parceira fixa.

**21 – Em relação a outras mulheres, como está o seu desejo sexual, o seu interesse em ter relações sexuais?**

- Intenso.
- Variável, depende (escreva explicando do que depende).
- Diminuiu (escreva quando isso ocorreu e quais as razões).
- Ausente, não tenho vontade de ter relações sexuais com ela (escreva as suas razões).
- Não tenho parceira fixa.

• 11 •

- Ela tem dificuldade (demora muito) para ter orgasmo, para gozar.
- A vagina dela fica fechada toda vez que tento penetrar, então não consigo ter relação; se tento ela sente muita dor.
- Ela sente dores com o ato sexual.
- Acho que ela tem algum problema, mas não consigo explicar o que é.
- Não sei se ela tem algum problema sexual.
- Minha parceira não tem problemas sexuais.
- Não tenho parceira fixa.

**26 – De que maneira a sua parceira reage ao seu problema sexual?**

- Ela desconhece o meu problema, ela não sabe.
- Ela se ressentida, fica muito chateada, mas continua junto de mim.
- A reação dela é negativa.
- Acho que ela quer se separar de mim.
- Minha parceira é compreensiva e não se aborrece por causa do meu problema sexual.
- Minha parceira é compreensiva e procura ajudar-me.
- Não tenho parceira fixa, então as mulheres com quem me relaciono não sabem sobre o meu problema.
- Minha parceira irá me ajudar caso seja necessário no tratamento do meu problema.

**27 – Você acha que sua parceira (esposa, noiva, namorada, ou se você não tem parceira fixa, as mulheres em geral) tem alguma responsabilidade no seu problema?**

- Acho que ela é responsável (escreva como é isso).
- Talvez ela tenha alguma responsabilidade mas não sei dizer o quê.
- Ainda não tive relação sexual, então não sei dizer.
- Minha parceira (ou as mulheres) não é(são) responsável(is) pelo meu problema.

**28 – Quando foi a sua última relação sexual satisfatória? (importante: escreva na sua *Folha de Respostas* com quem foi)**

- Há menos de uma semana.
- Há menos de 15 dias.
- Há menos de um mês.

• 13 •

Atenção: não escreva neste caderno. Use a *Folha de Respostas* (em anexo)

- d. Há menos de 6 meses.
- e. Há menos de 1 ano.
- f. Há menos de 2 anos.
- g. Há menos de 5 anos.
- h. Há mais de cinco anos (escreva na *Folha de Respostas* quantos anos).
- i. Não me lembro.
- j. Nunca tive uma relação sexual satisfatória.
- k. Ainda não tive nenhuma relação sexual.

**29 – Quando você está tendo, ou vai ter uma relação sexual, você fica nervoso, ansioso ou preocupado?**

- a. Fico nervoso sempre.
- b. Fico nervoso, dependendo da parceira (escreva qual).
- c. Sim, mas somente se estou em algum lugar que me comprometa, ou que tenha que ser rápido devido às circunstâncias.
- d. Tenho medo de não conseguir, de fracassar.
- e. Fico nervoso porque fico excitado demais.
- f. Fico preocupado diante da possibilidade de engravidá-la.
- g. Não fico nervoso, nem preocupado.

**30 – O que você acha que tem interferido na sua vida sexual, impedindo-a de ser satisfatória?**

- a. O trabalho; tenho trabalhado demais.
- b. O cansaço; tenho me sentido muito cansado ultimamente.
- c. Doença (escreva na sua *Folha de Respostas* qual doença, explicando por que acha isto).
- d. A preocupação com o ato sexual; às vezes acho que não vou conseguir.
- e. O desinteresse pela minha parceira (ou pelas mulheres); não tenho vontade de ter sexo.
- f. A minha parceira; não nos entendemos mais.
- g. O problema de minha parceira (explique qual é este problema).
- h. Acho que dever ter alguma coisa mas eu não sei dizer o que é.
- i. Não creio que deva haver alguma coisa que esteja interferindo no meu relacionamento sexual.
- j. Algum problema emocional, psicológico.

•14•

Atenção: não escreva neste caderno. Use a *Folha de Respostas* (em anexo)

- j. Procurei um centro espírita.
- k. Procurei solução na umbanda e candomblé.
- l. Usei remédios caseiros (escreva quais remédios, do que eram compostos).
- m. Não havia procurado ainda nenhuma forma para solucionar o meu problema.
- n. Tentei resolver sozinho!

**34 – Você tem alguma destas doenças:**

- a. Problemas nervosos (explique, escreva na *Folha de Respostas* como é esse nervosismo).
- b. Sou muito preocupado com a vida (escreva um exemplo do que o preocupa).
- c. Tenho períodos de muita tristeza (escreva quando foi o último e quanto tempo durou).
- d. Tenho outros problemas (descreva esses problemas na *Folha de Respostas*).

**35 – Você faz uso de drogas? (se já fez no passado, escreva na *Folha de Respostas* a época e tempo de uso).**

- a. Bebidas.
- b. Cigarros.
- c. Maconha.
- d. Haxixe.
- e. Cocaína.
- f. Heroína.
- g. Crack
- h. Ecstasy
- i. Tranquilizantes, soníferos.
- j. Ansiolíticos.
- k. Antidepressivo.
- l. Outros (escrever quais na *Folha de Respostas*).
- m. Nunca utilizei essas drogas.

•16•

Atenção: não escreva neste caderno. Use a *Folha de Respostas* (em anexo)

**31 – Em relação à ereção (dureza, rigidez do pênis):**

- a. Nunca tive ereção alguma.
- b. Nunca tive ereção plena, sempre foram ereções parciais, meias ereções que não possibilitavam a penetração.
- c. Atualmente não consigo obter ereção alguma, mas não era assim antes.
- d. Atualmente tenho muita dificuldade em obter ereção, mas às vezes consigo.
- e. Tenho ereção, mas não mantenho o pênis duro para penetrar.
- f. Tenho ereção, mas não consigo terminar a relação.
- g. Obtenho e mantenho a ereção até a ejaculação; não tenho problemas de potência, de ereção.

**32 – Em relação à sua ejaculação (gozo):**

- a. Não ejaculo durante a relação (explique sua resposta).
- b. Ejaculo antes da penetração.
- c. Ejaculo após a penetração, mas com poucos movimentos (gozo rápido).
- d. Sempre ejaculo antes de minha parceira ter orgasmo (prazer).
- e. Ejaculo sem ter ereção.
- f. Minha ejaculação é normal; demoro o suficiente para minha parceira obter o orgasmo (gozar).
- g. Tenho ejaculação seca, não sai esperma, ejaculo para dentro da bexiga (se você fez cirurgia da próstata, explique e escreva em que ano foi).
- h. Não consigo ejacular, demoro muito, e às vezes até desisto.

**33 – O que você já fez para tentar resolver o seu problema sexual?**

- a. Procurei um médico clínico-geral.
- b. Procurei um neurologista.
- c. Procurei um urologista.
- d. Procurei um psicólogo/psiquiatra.
- e. Procurei um endocrinologista.
- f. Fiz psicanálise.
- g. Fiz psicoterapia.
- h. Fiz terapia sexual.
- i. Procurei um farmacêutico.

•15•

Atenção: não escreva neste caderno. Use a *Folha de Respostas* (em anexo)

- n. Já usei mas não uso mais (escreva em sua *Folha de Respostas*, quando foi que começou e quando parou e quais as razões pelas quais usou alguma destas drogas)
- o. bebo socialmente (explique quantas vezes por semana e quanto bebe).

**36 – Há várias possibilidades de tratamento para dificuldades sexuais. Após metódico estudo, um ou vários tratamentos conjuntos será indicado a você. No verso de sua *Folha de Respostas* escreva: o que você acha de cada tratamento, se você gosta ou não da idéia, se tem algo contra cada um desses tratamentos.**

- a. Cirurgia.
- b. Psicoterapia.
- c. Medicamentos/remédios.
- d. Orientações sobre sexo.
- e. Prótese peniana.
- f. Hormônios.
- g. Outros tratamentos.
- h. Terapia sexual.

**37 – Escreva (em sua *Folha de Respostas*) como você gostaria que fosse a sua vida sexual (sobre o seu desejo sexual, o seu desempenho durante a atividade sexual, com que pessoas, com qual frequência, e que tipos de atividades sexuais você deseja ter). Seja bastante específico e direto, escreva cada um dos pontos acima.**

Obrigado.

•17•





**Anexo 4 - Cartões Eróticos apresentados na sub-condição estimulação.**





**Anexo 5 – TCLE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre disfunção erétil. Assim, após a leitura completa deste documento, coloco-me disponível para esclarecer dúvidas que surgirem e, caso esteja de acordo a participar desta pesquisa, está convidado a assinar este documento, em duas vias, para que uma delas fique em seu poder e outra em poder das pesquisadoras responsáveis.

É importante deixar claro que, a qualquer momento, após o início da pesquisa, você desejar cessar sua participação, basta comunicar essa decisão às pesquisadoras responsáveis, adiante descritas, para que a coleta de dados seja cessada, imediatamente. Em caso de qualquer outro tipo de dúvida sobre essa investigação científica, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade de Rio Verde – FESURV, telefone (64) 3620-2306.

A seguir, algumas informações sobre a pesquisa

**Título/Projeto:** Avaliação funcional da disfunção erétil.

**Profissionais responsáveis** – Dr<sup>a</sup> Ilma A. Goulart de Souza Britto, professora de Graduação e Pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; e Vânia Gomes Machado Domingos, Psicóloga Clínica (CRP 09/7641), mestranda do curso de Pós-graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, estarão disponíveis, em qualquer momento, a maiores esclarecimentos, seja de forma pessoal ou através dos telefones, abaixo.

Telefones para contato com as pesquisadoras responsáveis: (64) 9611-2351 (com Vânia Gomes Machado Domingos); (62) 9979-0708 (com Dr<sup>a</sup> Ilma Goulart).

**Objetivos da Pesquisa** – Os objetivos desse estudo serão: Investigar eventos

controladores e mantenedores da disfunção erétil em indivíduo com esse diagnóstico. Com essa finalidade foram aplicados dois delineamentos: três das quatro condições principais (*atenção, demanda, sozinho e controle*) do delineamento de múltiplos elementos, sendo que a condição de *atenção* foi subdividida em mais três subcondições: *atenção-exortação, atenção-reprimenda, e atenção-estimulação*, intercalada com as condições de *demanda* e de *controle*.

E o delineamento de tratamento alternados do tipo ABCDA, seguido por *follow-up* foi utilizado como controle dos procedimentos de um programa de intervenção para as classes de respostas que envolviam relatos sobre a disfunção erétil. Assim, objetivou-se intervir nos relatos sobre os problemas sexuais com a meta de diminuir as dificuldades que envolvem a sexualidade. Com a intervenção pretendeu-se facilitar a melhoria dos relatos que envolviam a disfunção sexual.

**Procedimento da Pesquisa** – Se aceitar participar da pesquisa, você virá ao consultório, situado a Rua Pedro Ludovico Teixeira, Parque Bandeirantes, Rio Verde-Go, onde você narrará situações ou eventos de sua história de vida que lhe tenham favorecido sentir respostas negativas de disfunção erétil. Com a finalidade de que a pesquisadora colete todos os relatos que você vier a fazer, esses encontros serão registrados com o suporte de um gravador. Após sua permissão, a pesquisadora também entrevistará sua esposa, com a finalidade de melhor entender suas respostas disfuncionais e as consequências que lhe têm gerado. Você responderá ao Inventário de Sexualidade Masculina Forma DE – IV; os quais não terá tempo pré-determinado para ser respondido. Será utilizado material como papel e caneta para registro.

**Período de Participação** – Os encontros estão previstos para ocorrer de fevereiro de 2013 a maio de 2013. Seus encontros, com a pesquisadora ocorrerão duas vezes por semana, com duração de até 50 minutos cada.

**Desconfortos e Riscos que podem ser produzidos por esta pesquisa** – Poderá ocorrer desconforto inicial em função de a pesquisadora ser-lhe pessoa alheia ao seu convívio, até este momento. Poderá acontecer outro desconforto, quando relatará sua história de vida, em especial os eventos ruins, os quais lhe favoreceram respostas emocionais negativas. Na eminência desse acontecimento, a pesquisadora vai utilizar métodos alternativos para reduzir, ao máximo os desconfortos/riscos. Para que haja uma aliança terapêutica, a pesquisadora se apresentará, transmitindo-lhe dados sobre sua formação profissional e acadêmica, e que a condução desta pesquisa ainda contará com o suporte de sua orientadora, a qual é professora-doutora, e psicóloga. Portanto, com competência para auxiliar a ambos no encaminhamento de soluções para qualquer problema que possa surgir dessa interação. Além disso, destaca-se que a pesquisadora é também psicóloga, a qual disporá de recursos técnicos para acolher o seu sofrimento, assim como respostas de grande ansiedade e respostas emocionais negativas que possam surgir a partir de seus relatos sobre sua história de vida. Você não terá nenhuma despesa, bem como não será remunerado.

**Benefícios da Pesquisa** – Os benefícios oferecidos pela pesquisa serão de aprender a se comportar diante das relações sexuais sem a ocorrência de grandes reações de ansiedade, e é esperado que ela lhe gere a oportunidade de reduzir suas respostas emocionais negativas e de adquirir comportamentos mais eficientes à sua relação conjugal, com a possibilidade de sucesso nas relações de intimidade.

**Confidencialidade** - Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados, pelas pesquisadoras responsáveis, para fins científicos, sendo o registro em áudio apenas utilizado para descrição precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos, fica, de antemão, estabelecido que o seu nome não será divulgado. Destaca-se, ainda, que todo material produzido por esta pesquisa (vídeos e folhas de registros), quando de seu

término será incinerado em sua presença, bem como as folhas de registros de ocorrência dos comportamentos objeto da pesquisa.

**Participação Voluntária** - Ratifica-se, portanto, que a sua participação nesta investigação é voluntária e será iniciada mediante a assinatura nas duas versões deste documento, ou seja, versões idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe garante a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) participante, RG e CPF

---

Assinatura da Orientadora – Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ilma A. G. S. Britto

---

Assinatura da Pesquisadora – Vânia Gomes Machado Domingos