



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Catarina Gradíssimo Dias da Cunha

Percepções dos/as psicoterapeutas sobre a influência dos estereótipos de género e das relações íntimas, heterossexuais e não-heterossexuais, nas vivências da Disfunção Erétil



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Catarina Gradíssimo Dias da Cunha

Perceções dos/as psicoterapeutas sobre a influência dos estereótipos de género e das relações íntimas, heterossexuais e não-heterossexuais, nas vivências da Disfunção Erétil

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Conceição de Oliveira Carvalho Nogueira
e do
Professor Doutor Nuno Santos Carneiro

Outubro de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Conceição Nogueira e ao Prof. Doutor Nuno Carneiro, cuja orientação, ajuda e palavras de incentivo foram indispensáveis para a concretização desta dissertação e para ultrapassar os vários obstáculos com que me fui deparando.

Aos/às psicoterapeutas que aceitaram dar o seu contributo para este estudo, através da partilha das suas experiências durante as entrevistas. Agradeço as palavras de estímulo que todos me ofereceram e a disponibilidade demonstrada para abordar questões que, ainda hoje, podem ser consideradas um tabu. Às instituições e aos/às restantes psicoterapeutas com quem falei que, embora não tenham participado diretamente nas entrevistas, contribuíram para a recolha de informação e de contatos.

À Liliana Rodrigues pelos pequenos grandes conselhos e por me ter aberto as portas para esta área de investigação.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, pelo interesse constante, pela empatia face às dificuldades, pelo amor, pela preocupação e pela simples presença na minha vida. Um agradecimento especial para a minha avó, cuja esperança nos netos é sempre infindável.

A toda a minha família e em particular à Gininha, ao Fernando e à minha família de Braga, sem os quais os meus anos na faculdade teriam sido muito mais difíceis.

A todos os meus amigos e amigas, que sempre me apoiaram e incentivaram, nunca duvidando das minhas capacidades. Agradeço a todos/as que estiveram presentes, tanto nos momentos de diversão, como nos momentos de cansaço e desalento. À minha irmã Catarina Ribeiro, por tudo, sempre. Ao João Ramos por ser o meu “faz-tudo” e um grande amigo. À Cláudia Mega Pedrosa e à Maria João Gonçalves pelas noites que me mantiveram sã. Ao Luís Guedes pela companhia e pelos desabafos. Ao Luís Soares pelas “filosofias” e à Helena Damas pela loucura controlada. Aos meus amigos de Braga, Ana Antunes, João Petiz, Joana Terra, Luciana Braga, Ana Santos, Bárbara Ramos, Elisabete Silva, Tiago Silva e Sara Sousa, por todos os momentos ao longo destes anos todos.

Ao Joaquim Silva, por me ajudar em tudo o que lhe peça, por mais estranho que pareça, sem nunca me falhar. Também pelo carinho, pela amizade e pelos jantares “reparadores” em Braga.

Um agradecimento muito especial às amigas que mais me ajudaram a realizar esta dissertação: a Beatriz e a Cristina. Pela risota, pelos telefonemas, pelas dúvidas e revisões, pela compreensão, pela motivação e pelos conselhos. Sem vocês nunca teria conseguido sobreviver a estes 5 anos... ou pelo menos não teria sido tão bom.

**PERCEÇÕES DOS/AS PSICOTERAPEUTAS SOBRE A INFLUÊNCIA DOS ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO E
DAS RELAÇÕES ÍNTIMAS, HETEROSSEXUAIS E NÃO-HETEROSSEXUAIS, NAS VIVÊNCIAS DA
DISFUNÇÃO ERÉTIL**

Resumo

Esta dissertação constitui-se como um estudo exploratório e descritivo da percepção que os/as psicoterapeutas, com experiência de acompanhamento de casos de Disfunção Erétil, têm acerca do impacto que os estereótipos de gênero e o funcionamento das relações íntimas têm nas vivências desta disfunção.

Para tal, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a 9 psicoterapeutas (psicólogos/as e psiquiatras), de forma a compreender as suas visões sobre a vivência da Disfunção Erétil pelos homens que a experienciam, e pelas suas parceiras e/ou pelos seus parceiros.

A análise temática destas entrevistas demonstrou a existência de 3 temas principais: “Parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil”, “Estereótipos de gênero e a vivência da Disfunção Erétil” e “Relações ou indivíduos não-heterossexuais

De um modo geral, os resultados corroboraram o que é encontrado na literatura, isto é, tanto os estereótipos de gênero como os/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil desempenham um papel importante na vivência, desenvolvimento, manutenção e/ou tratamento desta disfunção – porém, ainda não é claro de que forma é que esta influência se procede.

Contudo, esta dissertação contribui para o desenvolvimento desta área de estudos, pelo seu caráter exploratório, que permite encontrar novas experiências e vozes na vivência da Disfunção Erétil.

**PSYCHOTHERAPISTS PERCEPTIONS ABOUT THE INFLUENCE OF GENDER STEREOTYPES, AND
HETEROSEXUAL AND NON-HETEROSEXUAL INTIMATE RELATIONSHIPS IN THE LIVING OF
ERECTILE DYSFUNCTION**

Abstract

This dissertation is an exploratory and descriptive study of the perception that psychotherapists, with experience of cases of Erectile Dysfunction, have of the impact that gender stereotypes and intimate relationships can have in the living of this dysfunction.

Semi-structured interviews were done to 9 psychotherapists (psychologist and psychiatrists), to understand their views on the way these men, with Erectile Dysfunction, and their partners (men and/or women), live.

The thematic analysis of these interviews showed 3 main themes: “Partners of men with Erectile Dysfunction”, “Gender stereotypes and the living of Erectile Dysfunction”, and “Non-heterosexual relationships and individuals”.

In general, the results found meet those found in the literature, which means that the gender stereotypes and the partners of the men with Erectile Dysfunction both influence the living, the development, the maintenance and/or the treatment of that dysfunction – although, the way this influence works is still not clear.

This dissertation, however, contributes to the development of this field of studies, through its exploratory character, because it allows us to find new experiences and voices in the world of Erectile Dysfunction.

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
<i>Abstract</i>	v
Índice	vi
Índice de figuras	vii
Enquadramento teórico	pág. 1
A. A Sexualidade e as Disfunções Sexuais – Breves considerações introdutórias	pág. 1
B. A Disfunção Erétil	pág. 1
B.1. Caraterização e Diagnóstico	pág. 2
B.2. Etiologias mais referenciadas	pág. 3
B.3. Epidemiologia	pág. 4
B.4. Formas de tratamento	pág. 4
C. Masculinidades e Sexualidades	pág. 6
D. Impacto das Relações Íntimas na Disfunção Erétil	pág. 8
E. Objetivo do Estudo	pág. 11
Metodologia	pág. 11
I. Questões de Investigação	pág. 11
II. Participantes	pág. 12
III. Instrumentos	pág. 13
IV. Procedimentos	pág. 13
Análise dos Dados	pág. 14
Resultados e Discussão	pág. 14
Conclusões	pág. 34
Referências	pág. 36
Anexos	pág. 40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 pág. 17

Árvore de temas relacionados com o tema principal “Parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil”

Figura 2 pág. 24

Árvore de temas relacionados com o tema principal “Estereótipos de género e a vivência da Disfunção Erétil”

Figura 3 pág. 31

Árvore de temas relacionados com o tema principal “Relações ou indivíduos não-heterossexuais”

ENQUADRAMENTO TEÓRICO¹

A. A Sexualidade e as Disfunções Sexuais – Breves considerações introdutórias

Compreendendo a nossa sexualidade, poderemos entender o que nos torna individuais e distintos (Foucault & Sennett, 1981, cit in Seidler, 1987)

Durante muito tempo, o estudo da sexualidade limitou-se à decifração das leis biológicas da reprodução. Ainda hoje, este é um tema que causa muita controvérsia e gera curiosidade na comunidade científica (e na sociedade em geral). Contudo, desde meados do século XX, os aspetos psicológicos, sociais e relacionais da sexualidade passaram a ser mais visados na sua compreensão e no seu estudo. O sexo começou a ser entendido como uma realidade própria e fulcral para o bem-estar do indivíduo (Machado Moreira, 2003), deixando para trás a visão meramente funcional, conceitual e biológica, para se tornar numa variável interpessoal e sociocultural. Não obstante os passos que têm sido dados, ainda hoje é fundamental analisar estes aspetos que vão para além da biologia, de forma a criar-se uma visão mais integrativa da sexualidade.

Muitos esforços têm sido feitos para entender como funcionam as “engrenagens” da sexualidade e, conseqüentemente, o que acontece quando uma delas não funciona corretamente, isto é, a criação e a denominação de patologias e diagnósticos que enquadrem as vivências da sexualidade que estão para além da norma. Segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2000), estas incluem as Disfunções Sexuais, as Parafilias e a Perturbação de Identidade de Género, mas para o propósito deste estudo será apenas abordada a Disfunção Erétil, como disfunção sexual característica do sexo masculino. Porém, partindo de uma perspectiva social-construcionista, esta disfunção não será considerada como uma experiência inerentemente patológica e deficitária, embora algumas das investigações retratadas assim o façam. A próxima secção irá explorar e aprofundar os vários elementos integrantes das vivências desta disfunção.

B. A Disfunção Erétil

A humanidade consegue suportar as piores calamidades do mundo, exceto as da cama (Tolstoi)

As disfunções sexuais são um dos temas mais difíceis de abordar na nossa sociedade, quer pelo tabu que ainda circunda a temática da sexualidade, quer pelo peso social e relacional que estas podem

¹ O presente trabalho de investigação começa por demonstrar um resumo geral do que a literatura tem postulado, de forma a tornar mais claro o seu enquadramento teórico e social. Todavia, tratando-se de uma investigação cujo referencial teórico mais transversal é o da abordagem social-construcionista, denota-se a ressalva de que nem todas as informações relatadas vão ao encontro ao que neste trabalho se defende e serão consideradas de forma crítica.

assumir. Aqui, a Disfunção Erétil é uma das problemáticas mais complexas de analisar, pelo emaranhado de variáveis biológicas, sociais, culturais, relacionais e individuais que pressupõe na sua origem, desenvolvimento, manutenção e tratamento.

A partir dos anos 90, com a descoberta do Viagra (nome comercial do fármaco Sildenafil), a Disfunção Erétil ganhou uma nova voz na cultura ocidental, saindo da intimidade do quarto, para o diálogo social. O sucesso deste fármaco é representativo de uma nova preocupação com o homem impotente (Loe, 2001). No entanto, esta medicalização do ato sexual e da ereção demonstra-se, muitas vezes, aquém do construto da sexualidade, se por este construto entendermos a abordagem mais ampla e integrativa que neste trabalho defendemos a respeito da sexualidade, deixando de lado os aspetos que a transformam numa expressão de individualidade. Em seguida, serão exploradas as características desta disfunção e os seus critérios de diagnóstico.

B.1. Caracterização e Diagnóstico

A dificuldade em atingir ou manter uma ereção é comumente conhecida como impotência. Derivada do Latim, impotência significa alguém que está sem poder ou que não tem poder; neste caso, a perda de poder remete para a incapacidade erétil do homem.

Porém, a palavra impotência transporta consigo outros significados culturais para além dos associados à capacidade de ereção: no início do século XIX, a impotência masculina foi considerada uma patologia médica de “perda de virilidade” (Acton, 1865; Belliol, 1832; Roubaud, 1855, cit in Giami, 2009), o que indica que esta falta de poder atinge outras esferas da vida do homem, tais como a sua masculinidade. O homem impotente, para além de perder a capacidade erétil, vê a sua construção de masculinidade reconstruída, subjetiva e socialmente.

Devido a estas construções de significado pejorativas, a comunidade científica adotou o nome Disfunção Erétil, de maneira a reduzir o estigma associado a esta perturbação, demonstrando que a sua falta de poder está limitada ao alcance de uma ereção adequada, mas não necessariamente a uma perda de poder noutras áreas (Greenberg, Bruess, & Mullen, 1992).

A Disfunção Erétil designa, então, a “incapacidade do homem conseguir a ereção do pénis como parte de um processo global e multifacetado do funcionamento sexual masculino” (NIH Consensus Statement, 1992, cit in Pais Ribeiro & Santos, 2005). Esta definição não implica que as capacidades restantes do ciclo sexual masculino estejam implicadas, ou seja, uma Disfunção Erétil não significa que o indivíduo não possua uma capacidade de experienciar desejo erótico, orgasmo e ejaculação (Pais Ribeiro & Santos, 2005). De acordo com o *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, DSM-IV-TR (APA, 2000), a Disfunção Erétil é definida como uma incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada ereção, até conseguir completar a atividade sexual.

Esta disfunção pode ser caracterizada de muitas formas, e manifesta uma grande variabilidade de apresentações, todavia inclui sempre uma incapacidade em obter uma ereção satisfatória para o indivíduo, ou para o/a seu/sua parceiro/a, e que se manifesta mais do que uma vez no percurso sexual

do indivíduo. Saliente-se que a experiência subjetiva de insatisfação com a capacidade erétil é fulcral no diagnóstico desta disfunção, tal como a consideração do/a seu/sua parceiro/a.

De alguma forma, começa aqui a desenhar-se algum enfoque na diádica relacional presente na Disfunção Erétil, que, quando ocorre no contexto de uma relação íntima, não deve ser compreendida no vazio. Esta compreensão deve ter em mente, para além destas variáveis relacionais (e.g, conflitualidade conjugal), variáveis de caráter individual (e.g., stress) e cultural (e.g, rigidez na adoção dos estereótipos de género). No presente estudo, serão estas variáveis relacionais e culturais que receberão especial enfoque.

Na próxima secção, serão analisadas as etiologias, mais referenciadas na literatura, para o surgimento de uma Disfunção Erétil, onde serão visíveis algumas destas variáveis relacionais, individuais e culturais que foram supramencionadas.

B.2. Etiologias mais referenciadas

As causas para a existência da Disfunção Erétil ainda não foram definidas de forma conclusiva, até hoje, dado que estamos perante uma disfunção multifatorial e heterogénea, como se defendeu anteriormente. A sua compreensão pressupõe interações dinâmicas entre fatores psicológicos, sociais, culturais, tal como fatores biológicos ou orgânicos. Na maioria dos casos, não é possível identificar uma única causa que explique o surgimento, desenvolvimento e manutenção de uma Disfunção Erétil (Gindin, 1989; París, 1993, cit in Lourenço, 2003). No entanto, muitos autores têm procurado responder a esta pergunta, sugerindo uma miríade de possibilidades de fatores etiológicos. Resumidamente, para esta dissertação, serão consideradas as causas psicológicas e biológicas mais mencionadas na literatura atual.

Assim, as principais causas biológicas conhecidas para a Disfunção Erétil são a diabetes (Jensen, 1981; Maatman & Montague, 1985, cit in Greenberg, Bruess, & Mullen, 1992), infeções, uso de drogas ou fármacos (por exemplo, barbitúricos - Crenshaw, 1985, cit in Greenberg, Bruess, & Mullen, 1992), alcoolismo, danos na espinal medula, danos no pénis, testículos, uretra ou próstata, ou qualquer tipo de condição que interfira com a circulação sanguínea no pénis (Lewis, 1990; Wespes & Schulman, 1985, cit in Greenberg, Bruess, & Mullen, 1992), epilepsia, esclerose múltipla (Nobre, 2006) e níveis baixos de testosterona (Werner, 1939, cit in Nobre, 2006).

Já as principais causas psicológicas para a Disfunção Erétil subdividem-se em 3 grandes grupos: a ansiedade face à performance ou execução no ato sexual, os acontecimentos de vida recentes e a história desenvolvimental (Levine, 1992). Em primeiro lugar, a ansiedade face à performance sexual descreve um estado de hipervigilância e preocupação face às capacidades sexuais, que no homem implica uma contração extremada na ereção e no funcionamento do seu pénis (Levine, 1992). Isto significa que, para os homens, a sexualidade tem um grande foco na sua performance erétil, pelo que a antecipação e o medo de que o pénis não cumpra a sua “tarefa” é altamente destrutiva. Para além de

ser uma das causas da Disfunção Erétil, a ansiedade face à performance pode constituir um fator de manutenção da mesma.

Por sua vez, os acontecimentos de vida podem ter um papel influente na disfuncionalidade sexual: por exemplo, a existência de problemas conjugais, divórcio, luto, fracasso profissional, problemas de saúde (Levine, 1992), entre outros, devem ser tidos em conta na compreensão da capacidade erétil do homem. Já a história desenvolvimental refere-se a determinados fatores de risco longitudinais que podem também contribuir para o surgimento de um problema de ereção (por exemplo, abuso sexual ou físico). Como menciona Loe (2001), os problemas eréteis não podem ser considerados de forma isolada do próprio homem, da sua individualidade, da sua cultura e da sua história. Na secção que se segue, serão analisadas alguns dados estatísticos acerca da prevalência desta disfunção.

B.3. Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos sobre a prevalência da Disfunção Erétil apresentam resultados muito variáveis, sendo que a maioria aponta a idade como um fator determinante desta diversidade (Machado Moreira, 2003). Com o avançar da idade, há um decréscimo gradual na sensibilidade peniana e nos níveis de testosterona no sangue (Rosen & Leiblum, 1992), que podem contribuir para o aumento da prevalência dessas dificuldades eréteis. De uma forma geral, é estimado que cerca de 150 milhões de homens, em todo o mundo, vivam com Disfunção Erétil (Aytac, McKinlay, & Krane, 1999, cit in Fisher, Eardley, McCabe, & Sand, 2009a).

Em Portugal, Nobre (2003, 2006) descreveu que cerca de 4,3% da população masculina tem dificuldades eréteis. Quanto a amostras clínicas, Gomes e colaboradores (1997, cit in Nobre, 2006) encontraram que 63% dos homens em consultas de sexologia, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, tinham Disfunção Erétil. Estes valores refletem que, para além desta disfunção ser bastante prevalente, ela é uma das principais causas de procura de ajuda sexológica.

Contudo, estima-se que cerca de 70% dos indivíduos com Disfunção Erétil continuam a não procurar tratamento (Kubin, Wagner & Fugl-Meyer, 2003, cit in Pais Ribeiro & Santos, 2005), facto que demonstra que esta é ainda uma vivência difícil para muitos homens (dimensão que reforça a pertinência da integração de questões relacionadas com a construção das masculinidades na presente dissertação). Na secção seguinte, serão abordadas as principais formas de tratamento para a Disfunção Erétil.

B.4. Formas de tratamento

Os tratamentos existentes para a Disfunção Erétil são muito diversificados, abrangendo intervenções médicas, psicológicas e mistas (isto é, intervenções que integram uma vertente médica, farmacológica, e também psicológica).

Dentro das opções médicas, podemos encontrar o fármaco sildenafil, injeções intracavernosas, terapias intrauterinas, bombas de vácuo e próteses penianas. Porém, estas intervenções ignoram, a

maior parte das vezes, as restantes variáveis envolvidas na vida dos homens com Disfunção Erétil, como foi mencionado anteriormente. Alguns/mas autores/as defendem que uma atuação unicamente médica sobre uma disfunção sexual reforça a percepção mal adaptativa de que a atividade sexual se resigna à obtenção de uma boa ereção – o que perpetua ainda mais a ansiedade sentida pelos homens, relativamente à sua performance sexual (Bass, 2001; McCarthy & Fucito, 2005; Potts, Grace, Gravey & Vares, 2004, cit in McCabe, 2008).

Loe (2001) explica que o homem impotente é visto como alguém que deve regressar ao “normal” e, portanto, as tecnologias e os fármacos vão restituir rapidamente o corpo masculino da sua capacidade erétil, e, conseqüentemente, das valências individuais, relacionais e sociais que ele possa ter perdido. Contudo, não analisam nem aprofundam o porquê da ligação desta perda de ereção com tantas áreas da vida masculina (e do casal).

As intervenções psicológicas, por sua vez, podem seguir diferentes modelos teóricos, sendo que cada modelo incide em áreas mais particulares do funcionamento: por exemplo, os modelos psicodinâmicos procuram o conflito intrapsíquico que gerou a Disfunção Erétil; os modelos sistémicos definem a função que este problema desempenha na dinâmica familiar; enquanto os modelos cognitivo-comportamentais tentam compreender se existiu alguma experiência negativa prévia ou que tipo de crenças e emoções o indivíduo associa à atividade sexual.

Na literatura ainda não existe nenhum estudo que examine as eficácias diferenciais das psicoterapias utilizadas para a Disfunção Erétil, existindo apenas alguns/mas autores/as que analisaram a relação entre a psicoterapia cognitivo-comportamental (individual e/ou de grupo) e tratamentos médicos (e.g., Melnik & Abdo, 2005; Melnik, Soares & Nasello, 2008). A psicoterapia cognitivo-comportamental para a Disfunção Erétil, de uma forma geral, tem-se mantido semelhante desde a sua origem, tomando por base conceptual e interventiva os trabalhos de Masters e Johnson, nos anos 60-70. Ainda hoje, as técnicas desenvolvidas por estes autores são as mais utilizadas na prática clínica e as que mais se aproximam de um protocolo próprio de intervenção para a generalidade das disfunções sexuais (Hawton, 1995, 1998).

Não obstante, independentemente do problema sexual apresentado e da intervenção utilizada, segundo Kimmel & Messner (1995), as questões de género devem ser sempre tidas em consideração. A sexualidade e os papéis de género (e a masculinidade em particular) são dois conceitos emaranhados na sua significação social, e o próprio uso do termo impotência, tal como foi referido, demonstra o imperativo da sexualidade para o género masculino e para a formação da identidade masculina (Potts, 2000). Assim, torna-se relevante abordar esta ligação durante o tratamento da disfunção, visto que são questões que devem, necessariamente, ser colocadas também a nível comunitário, social e político-ideológico.

A desconstrução psicoterapêutica dos conceitos de gênero, e dos estereótipos que lhe estão associados, permite ao homem com Disfunção Erétil viver a sua identidade e a sua masculinidade, não se resignando ao poderio da ereção e à demonstração de capacidade sexual (Kimmel & Messner, 1995), desafiando estes e outros mitos associados à sexualidade masculina. Deste modo, na secção seguinte serão analisadas as questões das masculinidades e das sexualidades envolvidas nas vivências da Disfunção Erétil.

C. Masculinidades e Sexualidades

Acima de tudo, uma disfunção sexual é uma disfunção de gênero, é um «mal de masculinidade» (Kimmel & Messner, 1995)

A sexualidade, embora tenha uma base biológica e orgânica, é uma construto com dimensões de ordem social, cultural e individual. Em específico, para muitos homens a sexualidade encontra um dos seus pilares na construção de gênero masculina, pois é através desta identificação de gênero que a sexualidade é definida, e é através dessa sexualidade que os homens reforçam simbolicamente o seu papel de gênero (Kimmel & Messner, 1995). Desta forma, esta secção do enquadramento teórico irá explorar as expressões de masculinidades e a sua relação com a sexualidade.

O conceito de masculinidade, de uma forma geral, pode ser compreendido como uma constelação de estereótipos de gênero associados ao homem, que pressupõem, por exemplo: uma repúdia e um evitamento de todos os aspetos que sejam femininos, uma relação próxima com o poder e o sucesso, uma postura de autoconfiança e de segurança e uma atitude de risco e agressividade (Brannon & David, 1976, cit in Kimmel & Messner, 1995). Este ideal masculino não pode ser destacado de uma ideologia dominante que o integra e que se exprime no conceito de masculinidade hegemónica, isto é, a forma idealizada culturalmente do homem “macho” (Connell, 1990, cit in Donaldson, 1993), que apresenta um padrão de conduta de dominância sobre outras formas de masculinidade (e sobre as mulheres), que serão masculinidades subordinadas. Todavia, esta construção masculina é também ela utópica, funcionando como um ideal que mais não serve que um contínuo autopolicimento por parte de todos os homens (Connell & Messerschmidt, 2005).

Apesar desta idealização ser irrealista, desde muito cedo, muitos homens aprendem que expetativas devem cumprir, de acordo com papel de gênero que lhes é culturalmente prescrito. Eles são moldados ideológica e culturalmente a aspirarem atingir este modelo do “macho latino”, que coloca o seu cunho também na identidade, capacidade e/ou na performance sexual. O “macho” deve ser capaz de fazer, decidir, iniciar e atingir em todas as áreas da sua vida, inclusive a sexual (Zilbergeld, 1992).

É transmitida e interiorizada, nestes homens, uma noção de sexualidade falocêntrica ou genitalizada, que lhes impede de desenvolver um sentido sensorial da sexualidade, isto é, uma capacidade de apreciação das sensações de prazer em diferentes partes do corpo (Kilmartin, 1999),

para além de que deve existir um determinado distanciamento e objetificação do ato sexual, por oposição ao estereótipo feminino de ligação emocional e afetiva.

Desta forma, o ato sexual passa a assemelhar-se a uma tarefa, uma performance, que tem de ser cumprida e que tem de obter um dado objetivo (o orgasmo) (Kimmel & Messner, 1995). Esta performance tem de corresponder a um modelo de fantasia masculino, que exige um pénis grande, duro e automaticamente ereto, sempre pronto para o coito e que provocará vários orgasmos (Zilbergeld, 1992) à parceira e/ou ao parceiro.

Para além das já referenciadas, existem várias crenças ou mitos associados à sexualidade masculina, como por exemplo: o aparelho genital masculino e as suas necessidades sexuais são mais simples do que as das mulheres; um homem tem de estar sempre desejoso pelo ato sexual; ele é que é responsável pelo ato sexual (Doyle, 1983; LoPiccolo, 1985; Zilderbelg, 1978, cit in Tiefer, 1986); o homem tem de saber separar sexo de amor; ou um homem tem de obter o maior número de parceiras/os possível (Kilmartin, 1999). Todas estas crenças requerem, de forma direta ou indireta, uma ereção, logo não é de surpreender que qualquer dificuldade em obter uma ereção resulte em humilhação, frustração, ansiedade e baixa autoestima.

Os homens com Disfunção Erétil, segundo Zilbergeld (1992), encontram-se numa posição muito particular, porque para além da perda da ereção, sentem-se destituídos de características de género masculinas. Segundo este autor, a masculinidade é uma meta, e não um começo, ou seja, um homem pode ou não atingir a validação masculina, o que coloca muitos homens em permanente teste da sua identidade de género. O alcance da masculinidade encontra-se, por conseguinte, interligado à capacidade erétil, ou seja, tratar e assegurar que os problemas eréteis estão resolvidos é também assegurar a própria masculinidade (Loe, 2001). A Disfunção Erétil pode assumir, então, um carácter quase traumático para muitos homens (Greenberg, Bruess & Mullen, 1992).

Embora a literatura comece a demonstrar a importância dos estereótipos de género na existência da Disfunção Erétil, não é ainda conhecido o seu papel mais específico, isto é, se estas crenças disfuncionais de masculinidade são causas ou fatores de risco ou se serão apenas fatores de manutenção desta disfunção. Para além disso, não são conhecidos os principais agentes de amplificação destes estereótipos na experiência do homem impotente, isto é, quem são as pessoas ou instituições que colocam mais obstáculos a estes homens, pela sua adesão rígida às crenças desadequadas de sexualidade masculina e de papel de género. Aqui encontram-se alguns dos fundamentos para este estudo, que pretende alargar o conhecimento da relação entre sexualidades e masculinidades, tendo como foco a Disfunção Erétil.

Todavia, alguns/mas autores/as demonstraram a relação existente entre os estereótipos de género e os comportamentos de procura de ajuda e tratamento, para qualquer doença ou patologia, e em particular para a Disfunção Erétil. Aqui, a maioria dos homens procura menos ajuda para problemas de saúde e adota um maior número de comportamentos de risco do que as mulheres (Courtenay, 2000, cit in Sand, Fisher, Rosen, Heiman & Eardley, 2008). Associando esta dificuldade em pedir ajuda ao

sentimento de falhanço perante a sua autoimagem masculina (por não ter uma vida sexual de acordo com os mitos da masculinidade hegemónica), os homens com Disfunção Erétil encontram ainda mais obstáculos pessoais e sociais para a procura de tratamento, uma vez que fazê-lo entra em conflito com a sua identidade de género (Hyde, DeLamater & Byers, 2006; Phillips, 2006; Terry, Hogg & McKimmie, 2000, cit in Sand, Fisher, Rosen, Heiman, & Eardley, 2008). Desta forma, denota-se uma possível relação entre esta dificuldade em demonstrar fragilidade e o reduzido número de homens que procuram tratamento para Disfunção Erétil, que foi mencionado na secção anterior.

D. Impacto das Relações Íntimas na Disfunção Erétil

A perda da capacidade de ter uma ereção é uma perda profunda e trágica para qualquer homem, mas é uma perda que também vai afetar o/a parceiro/a desse homem. Se um homem ouve do seu médico que é impotente, ele di-lo ao/à seu/sua parceiro/a, mas estará a dizer muito mais do que não conseguir ter uma ereção (Kelley, 1981)

Historicamente, a literatura sobre Disfunção Erétil tem-se centrado apenas na experiência masculina desta condição (Fisher, Eardley, McCabe & Sand, 2009b), deixando de parte os aspetos relacionais que possam estar envolvidos. Porém, tal como foi aludido anteriormente, as disfunções sexuais devem ser olhadas dentro do contexto onde ocorrem, que é maioritariamente as relações íntimas².

O/a parceiro/a pode desempenhar um papel quer na etiologia, quer na manutenção e no tratamento do problema sexual em questão (Riley, 2002), como tem sido referido ao longo desta introdução teórica. Por exemplo, Metz e Epstein (2002) sugerem que existe uma causalidade bidirecional entre problemas conjugais não resolvidos e o desenvolvimento de disfunções sexuais: por um lado, a conflitualidade interfere com o desejo sexual, a excitação e a intimidade; por outro lado, disfunções sexuais podem aumentar o stress e o conflito na relação. Zilderbelg (1992) explica que, para o/a parceiro/a, a ereção significa que o homem o/a deseja, o/a considera atraente e que é capaz de o excitar; o que, por sua vez, leva a que, quando o homem não tem uma ereção face a estimulação da parceira, se desenvolva tensão na relação. Para além da questão das discórdias na relação, também podem existir problemas de comunicação (Hawton, Catalan & Fagg, 1992, cit in McCabe, 2008), tal como insatisfação com a própria relação (Cameron, Rosen & Swindle, 2005, cit in McCabe, 2008), e estes fatores terão também o seu papel na Disfunção Erétil.

Por sua vez, a Disfunção Erétil demonstra o seu impacto nas relações íntimas através das atribuições e perceções que se criam sobre a mesma, entre os elementos da relação. Os/as parceiros/as

² Para o objetivo desta dissertação, o termo “relação íntima” será utilizado para alargar o conceito de casal a todo o tipo de relações, entre pessoas do mesmo sexo ou pessoas de sexos opostos, onde exista uma ligação de intimidade, não restringindo o uso do termo a relações monogâmicas.

do homem com a disfunção podem culpar-se pela existência desta: segundo Riley e Riley (2000, cit in Nelson, 2006), cerca de 41% das parceiras de homens com Disfunção Erétil sentem-se responsáveis pelo surgimento desta disfunção. Os/as parceiros/as podem também pensar que o seu parceiro está a cometer adultério (Carroll & Bagley, 1990; Hedon, 2003; Masters, Johnson & Kolodny, 1986; Riley, 2002, cit in Nelson, 2006; Greenberg, Bruess & Mullen, 1992). No caso de relacionamentos heterossexuais, as parceiras podem desconfiar da orientação sexual do indivíduo (Greenberg, Bruess, & Mullen, 1992).

Porém, não é linear que a existência de uma Disfunção Erétil no homem leve a emoções e pensamentos negativos no/a seu/sua parceiro/a. Carroll e Bagley (1990, cit in Speckens, Hengeveld, Nijeholt, van Hemert, & Hawton, 1995) encontraram que 62% das parceiras de homens com Disfunção Erétil sentem-se muito felizes e satisfeitas com o seu relacionamento. Fisher, Eardley, McCabe e Sand (2009a), referiram que, no seu estudo, muitos homens com Disfunção Erétil demonstravam uma maior preocupação relativamente à disfunção do que as suas parceiras, que relatavam ter uma vida sexual satisfatória. Riley e Riley (2000, cit in Riley, 2002), analisando casais heterossexuais onde existe uma Disfunção Erétil, encontraram que apenas 20,2% das mulheres consideram a penetração a parte mais importante da atividade sexual.

De igual modo, esta perspetiva relacional da Disfunção Erétil deve ser transposta para o seu tratamento. Aqui, as parceiras dos homens com Disfunção Erétil têm uma enorme influência na procura de tratamento (Fisher, Meryn, Brandenburg, Buvat, Mendive, Scott, Taylor & Torres, 2005; Fisher, Rosen, Mollen, Brock, Karlin, Pommerville, Goldstein, Bangerter, Bandel & Derogatis, 2005; Shabsigh, Perelman, Laumann & Lockhart, 2004; Mita, Kakehashi, Hasegawa, Inoue, Shigeta, Matsubara & Usui, 2008, cit in Fisher, Eardley, McCabe & Sand, 2009a), e, ao manterem-se envolvidas nas consultas e nas estratégias de tratamento, aumentam a própria adesão dos indivíduos com a disfunção (Riley, 2002).

Como é visível, a literatura, até hoje, debruçou-se praticamente exclusivamente sobre relações heterossexuais onde existe uma Disfunção Erétil, desconhecendo-se a realidade dos homens que têm sexo com homens ou com homens e mulheres. Aqui, como noutros pontos desta revisão bibliográfica, torna-se claro que a investigação nesta área ainda peca pela visão heterossexista que incute nas suas análises e pelos efeitos trágicos que esta falta de informação ou interesse pode trazer para o tratamento desta disfunção, ao ignorar as vivências dos homens com orientações sexuais não normativas, e dos seus parceiros e/ou parceiras.

Em livros psicoterapêuticos que abordam as questões de lésbicas, gays e bissexuais, os problemas sexuais são raramente referenciados (Davis & Neal, 1996, cit in Sandfort & de Keizer, 2001), e em manuais de diagnóstico (como o DSM-IV-TR), nunca existiram disfunções sexuais características de homens que têm sexo com homens (Sandfort & de Keizer, 2001). Não existem artigos que abordem, especificamente, a existência de Disfunção Erétil em homens bissexuais e, para os homens gays, estes

estudos são ainda escassos³. É fulcral contornar esta visão heterossexista da compreensão da sexualidade, que apenas perpetua a discriminação presente no dia-a-dia dos homens gays e bissexuais. A falta de informação e a falta de estudos torna-se numa forma de manutenção da discriminação e do heterossexismo, colocando um olhar sobre a sexualidade não normativa como algo paralelo ou equivalente à heterossexualidade (Carneiro, 2009).

Porém, alguns/mas autores/as, que já se debruçaram sobre a existência de disfunções sexuais na população gay, definiram dois fatores etiológicos específicos desta população: a ansiedade face à possibilidade de contrair HIV (Shires & Miller, 1998, cit in Sandfort & de Keizer, 2001) e a homofobia internalizada (Bhugra & Wright, 1995; Shires & Miller, 1998, cit in Sandfort & de Keizer, 2001; Bancroft, Carnes, Janssen, Goorich & Scott Long, 2005).

A homofobia internalizada⁴ ocorre quando um homem não aceita a sua própria orientação sexual homossexual e tem aversão ao contato sexual com outros homens, o que gera uma dissonância entre a sua identidade, as suas crenças e o seu desejo sexual, podendo dar origem a disfunções sexuais (particularmente perturbações do desejo sexual e Disfunção Erétil - Bhugra & Wright, 1995). Segundo Sandfort e de Keizer (2001), socialmente, a sexualidade homossexual não é largamente considerada, pelo que não existem papéis específicos não-heterossexuais no que toca às relações sexuais (à exceção das crenças estereotipadas e discriminatórias de maior promiscuidade associada aos homens gays).

Um processo desenvolvimental heterossexista para um rapaz gay pode fomentar a vivência de uma homofobia internalizada. Esta vivência pode vir a ser, ou não, resolvida durante o processo de *coming out*, ou processo de desenvolvimento de uma identidade sexual, o qual pressupõe uma adaptação gradual à orientação sexual homossexual, lésbica ou bissexual. Este processo não só incluiu a formação da própria identidade sexual, como a sua integração adequada na construção global do *self* (Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz & Smith, 2001). Deste modo, este período pode permitir que a pessoa se liberte das amarras das normas heterossexistas, que lhe foram impostas socialmente.

Contudo, nem todos os homens gays lidam da mesma forma com esta dissonância que a homofobia internalizada instala, e nem todos completam o seu processo de *coming out* formando uma identidade homossexual positiva. No seu estudo com 140 homens gays, Gellman (1986, cit in Sandfort & de Keizer, 2001), encontrou que cerca de 35% dos participantes apresentavam uma disfunção sexual e experienciavam-na como sendo problemática. Estes indivíduos apresentavam uma correlação positiva com uma menor aceitação da sua própria homossexualidade e uma adoção relativamente mais lenta de uma identidade gay positiva (i.e., afirmada ou capaz de fazer lidar com as adversidades contextuais e ideológicas que recaem sobre orientações sexuais não normativas).

³ Esta desproporcionalidade na teoria sobre Disfunção Erétil, que se demonstrou um obstáculo na construção desta introdução teórica, demonstra a grande necessidade de existirem mais estudos como o que se apresenta, que tem por objetivo perceber as diferentes vivências desta disfunção para homens com qualquer orientação sexual.

⁴ Homofobia internalizada representa o medo da própria homossexualidade ou da identificação pessoal com a orientação sexual gay ou lésbica. Segundo Meyer e Dean (1998, cit in Pereira & Leal, 2002) a homofobia internalizada é “o direcionamento das atitudes sociais negativas para o *self* da pessoa gay, levando à desvalorização desse *self* e resultando em conflitos internos e uma autoimagem empobrecida”.

Esta revisão da literatura existente sobre a vivência das disfunções sexuais em homens gays permite concluir que aqui, para além das construções de sexualidade entrelaçadas na noção de masculinidade, temos presente o cunho da discriminação e da homofobia - visível quer pela omissão e falta de informação, quer pela perspectiva restritamente heterossexual com que são retratadas as vivências da Disfunção Erétil. Deste modo, reforça-se que é crucial que se realizem mais estudos nesta área, de forma a informar mais corretamente os homens, os/as seus/suas parceiros/as, os/as psicoterapeutas, e a sociedade em geral.

E. Objetivos do Estudo

Reunindo os vários aspetos que foram referidos até ao momento, torna-se claro que a Disfunção Erétil é uma vivência difícil e socialmente escondida. A qualidade de vida dos homens afetados por esta disfunção é fortemente influenciada, uma vez que se relaciona com abalos à sua autoestima, autoconfiança e autoimagem e pode resultar em sintomas depressivos e/ou ansiogénicos (NIH Consensus Statement, cit in Pais Ribeiro & Santos, 2005). Contudo, o tabu da sexualidade e os entraves colocados pelos estereótipos de género ainda impedem que muitos destes homens procurem ajuda e tratamento – facto pelo qual ainda é difícil determinar o verdadeiro impacto que esta disfunção representa, dado que a maioria dos estudos realizados focam apenas amostras clínicas.

Assim, tentando colmatar algumas das lacunas ainda existentes nesta área particular de investigação, o objetivo desta dissertação é compreender a influência que os estereótipos de género e o funcionamento das relações íntimas, heterossexuais e não-heterossexuais, exercem sobre o desenvolvimento, manutenção e tratamento da Disfunção Erétil. Para tal, serão analisados os discursos de psicoterapeutas, experientes na área da sexologia e com treino em casos de Disfunção Erétil. Desta maneira, esta dissertação propõe-se a contribuir para a compreensão mais pormenorizada do papel dos fatores relacionais e culturais na Disfunção Erétil.

METODOLOGIA

Nesta secção são apresentadas as questões de investigação e descritos os procedimentos adotados relativamente ao desenho metodológico, procedendo-se também a uma breve apresentação dos instrumentos utilizados para a recolha dos dados, uma caracterização dos/as participantes e, por fim, uma descrição do processo em si de recolha, análise e interpretação dos dados.

I. Questões de Investigação

Tendo em conta a revisão da literatura realizada e os objetivos apresentados, as questões de investigação que irão orientar a seguinte dissertação são: (a) qual é a perceção dos/as psicoterapeutas

acerca da influência dos estereótipos de género no desenvolvimento, manutenção e tratamento da Disfunção Erétil?; e (b) qual é a perceção dos/as psicoterapeutas acerca da influência dos/as parceiros/as, e do próprio funcionamento de uma relação íntima, heterossexual ou não-heterossexual, no desenvolvimento, manutenção e tratamento da Disfunção Erétil?

II. Participantes

No que diz respeito aos/às participantes deste estudo, foram entrevistados/as 9 indivíduos, psicoterapeutas com experiência em casos de Disfunção Erétil. Aqui, 5 eram mulheres e 4 eram homens, com idades compreendidas entre os 26 e os 60 anos. Apenas um participante tinha formação em Medicina (especialista em Psiquiatria), enquanto os/as restantes eram Psicólogos/as Clínicos/as. Destes/as apenas 5 têm uma formação específica em Sexologia (formação em Terapia Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica ou Pós-graduação em Sexualidade Humana).

A área geográfica de intervenção clínica destes/as profissionais abrange vários locais de Portugal Continental (e.g., Braga, Coimbra, Lisboa, Porto), sendo que 5 atuam na zona centro, enquanto 4 atuam na zona norte de Portugal. Deste grupo de participantes, 5 apenas acompanham clientes em atendimento privado, e 4 atendem tanto no privado como no público (nenhum/a dos/as participantes trabalha somente em atendimento público).

Em termos de orientação teórica geralmente adotada perante casos de Disfunção Erétil, a grande maioria dos/as entrevistados/as assume uma orientação Cognitivo-Comportamental, à exceção de um que atualmente utiliza Psicodrama (embora tenha iniciado a sua prática nas terapias Cognitivo-Comportamentais). Dentro desta orientação, os/as psicoterapeutas afirmaram seguir maioritariamente as técnicas de Masters e Johnson (1966)⁵, embora apenas 3 psicoterapeutas usem o modelo Cognitivo-Comportamental sozinho, enquanto os/as restantes 5 utilizam uma combinação deste modelo com outros (Terapias Construtivistas, Sistémicas, Psicodinâmicas e de 3ª Geração).

Estes/as psicoterapeutas também apresentam variabilidade na sua experiência com casos de Disfunção Erétil, variando entre psicoterapeutas pouco experientes (e.g., 2 casos de Disfunção Erétil em 2 anos de trabalho clínico) e muito experientes (e.g. terapeuta sexual há mais de 20 anos). No grupo selecionado, 4 dos/as psicoterapeutas já teve contato com casos de homens não-heterossexuais, com Disfunção Erétil, e 5 nunca tiveram esse contato.

Por último, apenas 1 participante afirmou não ter contato com outros/as profissionais no seu trabalho clínico (tais como psiquiatras, urologistas ou médicos/as de família), sendo que a maioria dos/as entrevistados/as relembram casos em que tiveram de o fazer – embora apenas uma terapeuta realize frequentemente trabalho multidisciplinar, no âmbito de uma clínica privada.

No Anexo.1 encontra-se uma tabela descritiva destas características do grupo de participantes.

⁵ Este dado vai de encontro ao que é referido na literatura, i.e., que dentro das terapias Cognitivo-Comportamentais, as técnicas criadas por Masters e Johnson (1966) são ainda as mais utilizadas na prática sexológica.

III. Instrumentos

O instrumento utilizado no desenho deste estudo foi um guião de entrevista semiestruturado. Este guião está subdividido em 3 partes essenciais. A primeira parte remete para o consentimento informado, onde o/a participante leu as condições gerais de participação no estudo e aceitou a gravação da sua entrevista. Na segunda parte da entrevista, são recolhidos alguns dados de identificação dos/as participantes, tais como a idade, o sexo, a sua formação profissional e académica (e se o/a participante tinha formação específica em sexologia), e a(s) área(s) geográfica de intervenção clínica e sexológica.

Por fim, na terceira parte do guião de entrevista, iniciam-se as questões, propriamente ditas, relativas ao estudo. Primariamente, são abordadas algumas questões gerais acerca da temática da Disfunção Erétil e da prática clínica nesta área: por exemplo, a orientação teórica que utiliza na sua prática clínica; a experiência com casos com Disfunção Erétil e se esses casos foram acompanhados em atendimento público ou privado; e a multidisciplinaridade da intervenção sexológica.

De seguida, surgem perguntas mais direcionadas para responder às questões de investigação, referidas anteriormente. Em primeiro lugar, analisa-se o papel do/a parceiro/a e das relações íntimas na Disfunção Erétil, segundo a visão do/a psicoterapeuta, no seu desenvolvimento e manutenção e o seu envolvimento no tratamento da mesma. Também se tenta compreender as disparidades entre as visões dos/as parceiros/as, acerca da disfunção, mais uma vez segundo a perceção dos/as psicoterapeutas. Por último, explora-se a experiência desses/as psicoterapeutas com casais homossexuais, ou indivíduos não-heterossexuais, e as diferenças e semelhanças entre estes casos e os casos heterossexuais.

Em último lugar, analisa-se o papel dos estereótipos de género no desenvolvimento, manutenção e tratamento da Disfunção Erétil, tentando compreender a visão que os homens com esta disfunção, e os/as seus/suas parceiros/as, têm acerca da sua masculinidade (antes e depois da disfunção) e de que forma estes estereótipos de género podem colocar obstáculos à intervenção clínica – sempre tomando a perspetiva dos/as entrevistados/as.

Também em Anexo encontram-se o guião de entrevista semiestruturado que foi construído (Anexo.2), tal como o documento de consentimento informado que foi assinado pelos/as participantes (Anexo.3).

IV. Procedimentos

A solicitação das entrevistas foi feita a partir do contato direto com os/as participantes, via correio eletrónico, pessoal ou profissional, ou via telefone. Neste processo de seleção, é importante salientar o recurso à técnica de *snowball*, isto é, o contributo das sugestões de alguns/mas dos/as entrevistados/as, ao indicarem outros/as possíveis candidatos/as a serem englobados/as no estudo.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, via *skype* ou por escrito, conforme a preferência dos/as participantes, e tiveram uma duração média de 37 minutos. Quando presencial, as entrevistas decorreram nos consultórios dos/as próprios/as psicoterapeutas ou em locais públicos, calmos e pouco

movimentados, de forma a possibilitar a sua adequada gravação em formato áudio. Por sua vez, quando realizadas via *skype*, as entrevistas eram gravadas através do software de gravação de áudio de videoconferências PowerGramo Basic. Em qualquer um dos casos, foi pedida a autorização aos/às participantes para realizar esta gravação, como sempre compete fazer para salvaguarda da deontologia da investigação.

Após a transcrição integral de cada uma das entrevistas, seguiu-se a sua análise qualitativa dos dados no NVivo10 (versão Demo), programa informático que auxilia na análise qualitativa dos dados ao permitir armazenar, organizar, categorizar e gerir os dados.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados recolhidos foram analisados segundo o método de análise temática. Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática pode ser definida como um método qualitativo que tem por objetivo identificar, analisar e relatar padrões (temas), que vão surgindo dos próprios dados. Deste modo, é uma análise que parte dos dados para formar árvores temáticas, que espelham os significados e os discursos partilhados pelos/as participantes.

A análise temática não é orientada por uma corrente teórica pré-existente, portanto pode ser utilizada de forma ampla e transversal (Braun & Clarke, 2006). Contudo, esta dissertação adota um paradigma construcionista social que irá guiar também a análise dos dados, examinando as formas pelas quais eventos, realidades, significados e experiências são efeitos de um tipo de discurso que opera na sociedade (Braun & Clarke, 2006).

Por fim, a presente análise de dados seguiu as recomendações de Braun & Clarke (2006), nomeadamente os seis passos que uma análise temática deverá conter: i) familiarização com os dados; ii) início da codificação; iii) procura de temas; iv) revisão dos temas; v) definição e nomeação dos temas; vi) produção do relatório. Partindo desta proposta de estruturação da análise temática, foram analisados os resultados que são, de seguida, apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas, tal como foi mencionado anteriormente, tomou como base a análise temática. No final desta análise, foi possível encontrar 3 temas principais, que integram, cada um, vários subtemas, formados a partir dos discursos dos/as participantes. Estes temas serão descritos mais pormenorizadamente em seguida, acompanhados de excertos ilustrativos das entrevistas e de figuras esquemáticas das relações estabelecidas entre os vários temas e subtemas. No final de cada parte, será apresentada uma discussão dos resultados encontrados.

Porém, antes de referir os resultados encontrados, torna-se relevante fazer uma pequena introdução sobre a população clínica que é retratada pelos/as psicoterapeutas entrevistados/as. Este panorama geral permitirá contextualizar as experiências e as percepções que estes/as psicoterapeutas transmitiram.

Em primeiro lugar, a população a que estes/as têm acesso são indivíduos ou casais que procuram ajuda psicológica ou psiquiátrica, maioritariamente para problemas sexuais. Isto significa que as visões que serão retratadas não abrangem vivências da Disfunção Erétil menos visíveis, ou seja, de pessoas que não chegam a procurar um psiquiatra ou psicólogo/a para o seu problema. Tal como refere esta participante:

“(...) a percentagem de homens com disfunção sexual, que procura ajuda, ainda é muito reduzida, comparativamente aquilo que nós pensamos, ou a percentagem que nós pensamos que existe destas dificuldades na população geral. (...) uma disfunção sexual ou dificuldades eréteis, com uma severidade de moderada a grave, existe em cerca de 10% da população masculina – isto equivale, mais ou menos, a 500.000 homens em Portugal. O número que nos chega às consultas é muito baixo, não tem nada a ver com isto.” (E9)

Como refere Kubin, Wagner e Fugl-Meyer (2003, cit in Shabsigh, Perelman, Laumann & Lockhart, 2004), apenas 30% dos homens com Disfunção Erétil procuram ajuda para esta disfunção, e dentro deste grupo, a percentagem que realmente obtém tratamento ainda é menor.

Dentro desta população, os/as psicoterapeutas referiram determinadas características que se apresentam como mais comuns. Primariamente, a maioria dos/as participantes referiu que os homens com Disfunção Erétil, com quem tiveram contato, apresentam baixa autoestima e sintomas depressivos ou ansiogénicos (particularmente, ansiedade sobre a performance sexual).

“A Disfunção Erétil causa um impacto tão grave como um cancro. O indivíduo torna-se disfuncional não só ao nível sexual, (...) mas é um indivíduo angustiado, é um indivíduo que poderá desenvolver uma depressão, ou outro tipo de complicações psicológicas, mediante o contexto inserido e a sua história de vida.” (E3)

“(...) nas Disfunções Eréteis de origem psicogénica, o tom dominante é, de facto, a preocupação, a ansiedade – estamos a falar dos fatores cognitivos, por exemplo, a preocupação com a performance (...).” (E8)

A relação entre estes sintomas e a Disfunção Erétil não é clara para estes/as psicoterapeutas, tal como é referenciado na literatura: Laurent e Simons (2009) descrevem que “a ligação entre as disfunções sexuais e a saúde mental tem sido demonstrada em várias populações, em todo o mundo, e a discussão tem-se focado na causalidade bidirecional e recíproca entre o funcionamento sexual e a saúde mental, e vice-versa”. Isto significa que, embora a relação entre a sexualidade e o estado psicológico da pessoa seja já largamente estudada, não é ainda claro se é a existência de dificuldades

sexuais que levam a *distress* psicológico, ou se, por outro lado, é a presença de problemas psicológicos que geram dificuldades sexuais.

Para além desta vivência depressiva e ansiogénica da disfunção, vários/as participantes mencionaram que os seus clientes demonstram um questionamento da sua própria identidade, devido à presença da Disfunção Erétil.

“(…) quando as pessoas têm que se questionar «Quem sou eu sexualmente?», na minha sexualidade, inevitavelmente isto é muito parecido que questionar «Quem sou eu?». Portanto, a partir do momento que a sexualidade é questionada, aquela pessoa começa a pensar «O que é que se passa comigo? Eu não estou bem, estou impotente, não estou capaz», de repente isto extravasa para as outras áreas com uma enorme facilidade.” (E6)

“(…) às vezes eu sinto que ficam perdidos, e ficam sem saber quem são afinal («Quem sou eu?»). (...) Estou a pensar no caso de um senhor que eu atendo (...), e ele anda, faz já anos, a tentar reencontrar-se, ele não sabe quem é; porque a forma como ele se definia era ele como um ser sexual, como um homem que era capaz de ter uma ereção, e dar prazer a uma mulher, e ir para uma relação sem qualquer problema, e de repente como perdeu isso parece que perdeu tudo.” (E5)

Por último, alguns/mas participantes afirmaram que os seus clientes, com Disfunção Erétil, têm receios e vergonha de partilhar esta vivência com as suas parceiras e/ou com os seus parceiros.

“(…) muito preocupado com o impacto que isto vai ter (que é um dado curioso) ou tem estado a ter na sua parceira («O que é que a minha mulher pensa de mim? Será que eu nunca mais vou conseguir satisfazer a minha mulher?») (...) porque a vergonha às vezes é tanta que eles não falam disto com a mulher e começam a tentar arranjar uma forma de resolver as coisas por eles próprios.” (E9)

“Ainda acontece algumas pessoas que me procuram para ajuda e que não disseram ao parceiro ou à parceira.” (E8)

Em conclusão, a população de homens com Disfunção Erétil que é retratada nas perceções e nas experiências dos/as psicoterapeutas que foram entrevistados/as, apresenta estas três grandes características, que exibem o sofrimento sentido por estes homens, quer ao nível da autoestima, da própria identidade, ou da relação com os/as parceiros/as. Estas descrições são congruentes com a literatura que demonstra que a existência de uma disfunção sexual influencia a qualidade de vida dos homens (Giuliano, Pena, Mishra & Smith, 2001, cit in Pais Ribeiro & Santos, 2005). Desta forma, será agora possível analisar os resultados encontrados nas entrevistas realizadas.

PARCEIROS/AS DOS HOMENS COM DISFUNÇÃO ERÉTIL

O primeiro tema principal a ser aprofundado retrata “o outro lado” da relação, isto é, as parceiras ou os parceiros dos homens que vivem com Disfunção Erétil. Este tema principal nasce da ligação entre diferentes percepções que os/as entrevistados/as partilharam sobre estes/as parceiros/as, quer tenham ou não contato direto em consulta com os/as mesmos/as. A Figura 1 ilustra essas mesmas ligações.

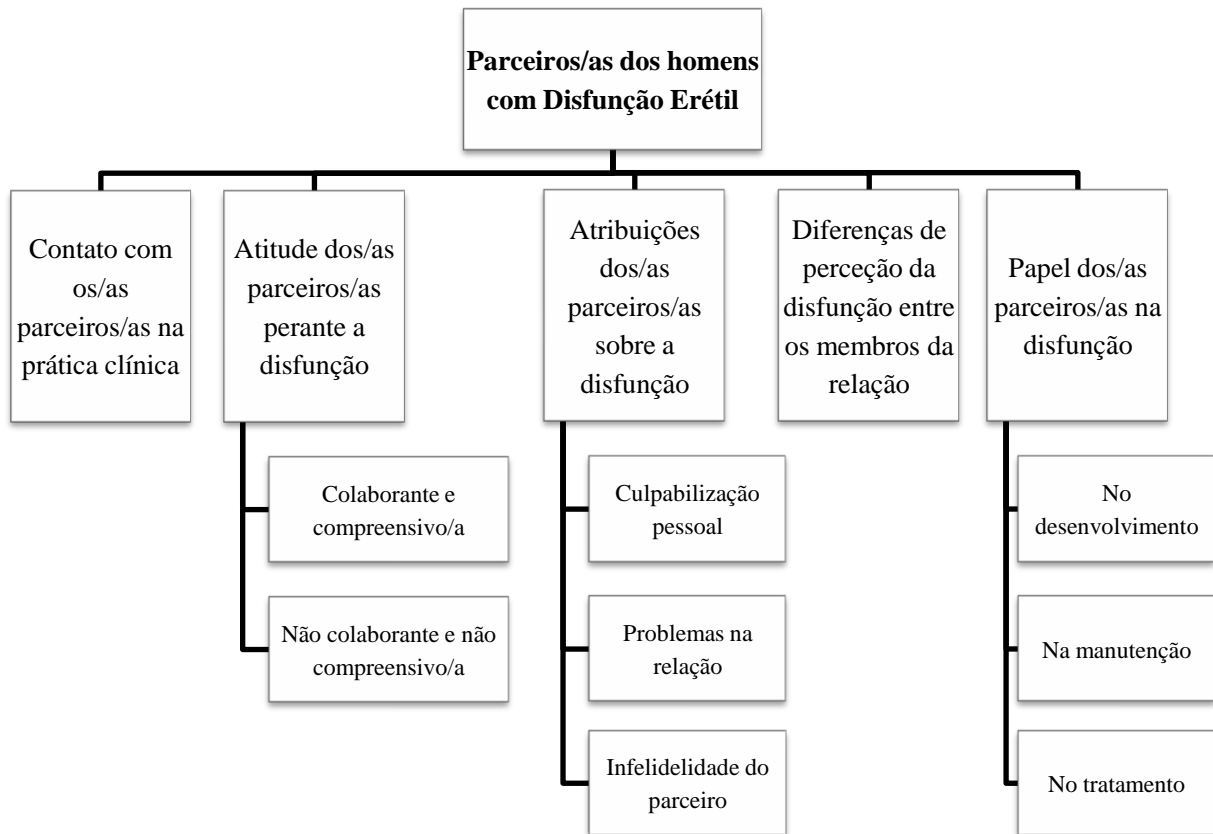


Figura 1 . Árvore de temas relacionados com o tema principal “Parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil”.

Contato com os/as parceiros/as na prática clínica

A grande maioria dos/as psicoterapeutas entrevistados/as referiram ter contato ou trabalharem com ambos os elementos de uma relação, quando existe uma Disfunção Erétil. Este facto significa que os seus relatos, acerca destes/as parceiros/as, são construídos a partir da experiência e do contato direto, e não apenas a partir de suposições, crenças ou estereótipos, destituídos do contexto real.

Daqui, destaca-se uma informação que foi transmitida por muitos/as participantes acerca dos padrões de procura de ajuda, nos relacionamentos onde existe uma Disfunção Erétil.

“Aliás, nos dois casos, foi a parceira que sugeriu, «Vamos a um psicólogo», (...) foram elas que entraram em contato comigo.” (E3)

“É uma coisa muito curiosa, muitos destes homens vêm pressionados pelas mulheres, porque, para eles, é uma coisa um bocadinho difícil de assumir. E, muitos deles, até dizem: «Ah, foi a minha mulher que marcou a consulta» (...)” (E6)

Estes relatos demonstram que, muitas vezes, na experiência destes/as psicoterapeutas em casos de relações heterossexuais, as companheiras dos homens com Disfunção Erétil é que tomam a iniciativa de procurar ajuda. A razão para este facto não foi ainda muito explorada na literatura, pois sabemos apenas que as companheiras têm uma forte influência na procura de tratamento, por parte dos homens disfuncionais (Fisher, Meryn, Brandenburg, Buvat, Mendive, Scott, Tailor & Torres, 2005; Fisher, Rosen, Mollen, Brock, Karlin, Pommerville, Goldstein, Bangerter, Bandel & Derogatis, 2005; Mita, Kakehashi, Hasegawa, Inoue, Shigeta, Matsubara & Usui, 2008; Shabsigh, Perelman, Laumann & Lockhart, 2004, cit in Fisher, Eardley, McCabe & Sand, 2009).

Contudo, pode encontrar algum fundamento nos estudos sobre as diferenças dos comportamentos de procura de ajuda entre homens e mulheres. Estes estudos têm comprovado que os homens procuram ajuda profissional menos frequentemente do que as mulheres, quer para problemas médicos, quer psicológicos (Husaini, Moore & Cain, 1994; McKay, Rutherford, Cacciola & Kabasakalian-McKay, 1996; Padesky & Hammen, 1981; Thom, 1986; Weissman & Klerman, 1977, cit in Addis e Mahalik, 2003). Uma possível explicação para este facto, é que muitas das ações relacionadas com a procura de ajuda profissional (tais como, depender dos outros, admissão de precisar de ajuda e reconhecimento de emoções), disputam com os estereótipos de género, que incutem aos homens a importância da autossuficiência, da dureza e força física, e do controlo emocional (Brannon & David, 1976; Good, Dell & Mintz, 1989; Levant & Pollack, 1995; Pleck, 1981; Pollack, 1998; Real, 1997, cit in Addis e Mahalik, 2003).

Uma outra interpretação possível seria de assumir que as companheiras dos homens com Disfunção Erétil procurariam ajuda mais facilmente do que os próprios companheiros, já que estes atos não entram em conflito com o papel de género feminino, ao contrário do masculino. No entanto, ressalve-se que estas interpretações dependeriam da forma como estas companheiras e estes companheiros vêm o seu papel de género, e com que rigidez adotam os estereótipos de género a ele associados. Assim, não é intento desta investigação reduzir os comportamentos aqui demonstrados à representação social de papéis de género, pelo que seria importante que se realizassem estudos mais aprofundados acerca da possível ligação entre os padrões relacionais e os comportamentos de procura de ajuda.

Nos relatos encontrados não houve a descrição de nenhum caso de um relacionamento não-heterossexual, pelo que não é possível extrapolar se existem ou não comportamentos semelhantes aos descritos em relações homossexuais ou bissexuais.

Perante os pedidos de ajuda realizados pelas companheiras, foi questionado aos/às entrevistados/as como é que estes homens, com Disfunção Erétil, reagiam. A maioria afirmou que, embora possa

existir uma resistência inicial a este assumir do controlo por parte da parceira, depois estes homens ficam satisfeitos com a intromissão, dado que era um passo importante que não seriam capazes de tomar sozinhos – o que corrobora que possa existir uma dificuldade, nestes homens, de procura ajuda, uma vez que não vai de encontro à sua autoimagem de virilidade e masculinidade.

“Eu acho que muitos deles, mesmo que resistam, encaram com algum alívio, porque no fundo elas deram o empurrão final para uma coisa que eles queriam fazer há muito e não tiveram coragem.” (E6)
“Nós temos duas situações dentro deste subgrupo de pessoas, em que o parceiro ou a parceira é que marca a consulta: é aqueles em que tem a ver com a própria relação (é mesmo assim, por isso é sempre que marca as férias, que marca as consultas, etc.), tem a ver com o funcionamento do casal; e depois temos, realmente, aquelas pessoas que têm muita dificuldade em verbalizar e precisam deste empurrãozinho e agradecem. Mas poderá haver outras situações em que há aqui alguma dominação e alguma invasão do espaço do outro; o reforçar esta ideia de doente e tornar isto mais visível e mais central na relação.” (E8)

Atitudes dos/as parceiros/as perante a Disfunção Erétil

Para além do simples contato com os/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil, os/as entrevistados/as também forneceram algumas perceções sobre as posturas e atitudes que estes/as apresentam perante a disfunção. Estas posturas foram dicotomizadas entre parceiros/as que colaboram e que se mostram compreensivos/as das dificuldades vividas, e parceiros/as que exibem atitudes opostas de não colaboração e incompreensão.

De uma forma geral, a maioria dos/as participantes afirmou que estes/as parceiros/as assumem atitudes compreensivas e colaborantes, a maior parte das vezes.

“(…) quando existe uma relação diádica (e são as mais comuns, quando aparecem), de exclusividade, há envolvimento e que as pessoas querem participar e querem ouvir-se.” (E8)
“Eu tenho, apesar de tudo, encontrado mais o ponto positivo, portanto, aquela [parceira] que ajuda e que coopera minimamente.” (E5)

Não obstante, alguns/mas parceiros/as podem não ter uma visão tão positiva da Disfunção Erétil e do seu parceiro, pelo que alguns/mas entrevistados/as referiram ter experiência com parceiros/as não colaborantes e incompreensivos/as. Estes resultados serão debatidos de seguida, relacionando com o subtema seguinte que reporta para as atribuições que estes/as parceiros/as fazem acerca da Disfunção Erétil no homem.

“Se, de repente, quando eles chegam, como às vezes chegam, em que as companheiras já só estão à espera que alguém lhes diga «Olhe, isto não tem solução», que é para elas terem o argumento final

para poder sair da relação. Ou chegam com uma pressão do tipo «Bom, isto resolve-se ou... Eu dou 2 ou 3 meses para isso se resolver, senão eu ponho-me a andar».” (E6)

“Ainda encontramos alguns parceiros que na fase inicial do processo consideram que o problema é só do homem e que este o tem de resolver sozinho, não se mostrando disponíveis para colaborar nalgumas técnicas de casal de forma a solucionar a disfunção.” (E4)

Atribuições dos/as parceiros/as sobre a Disfunção Erétil

Relacionado com o tema anterior, surge, então, a compreensão que os/as entrevistados/as partilharam sobre as atribuições que os/as parceiros realizam sobre a causa Disfunção Erétil. Perante o surgimento de uma disfunção deste género, numa relação, os/as parceiros/as destes homens realizam diferentes atribuições causais, que variam entre a culpabilização de si próprios/as, culpabilizar conflitos ou problemas na relação e desconfiar da fidelidade do homem.

A maioria dos/as psicoterapeutas consideram que os/as parceiros/as atribuem a si mesmos/as a culpa ou etiologia da Disfunção Erétil no homem.

“(...) até se voltam contra elas mesmas, em termos de autoestima, e pensam que «Sou eu que não te estímulo, sou eu que não te sei tocar, sou eu que não sou bonita, que sou gorda». Também tenho muitos casos destes, em que elas se responsabilizam pela incapacidade dele.” (E1)

“Às vezes também um bocadinho com uma sensação de culpa que estas mulheres trazem, no sentido de «Será que a culpa é minha? Será que fui eu que contribui para isto?».” (E5)

Por sua vez, vários/as psicoterapeutas afirmam que os/as parceiros/as, dos homens com Disfunção Erétil, justificam a presença desta problemática através de dificuldades ou conflitos na relação – que possam realmente existir ou que eles imaginem que existam devido à presença da Disfunção Erétil.

“(...) o parceiro muitas das vezes fantasia logo isso, fantasia que se o companheiro não tem uma ereção é (...) porque qualquer coisa de mal se passa na relação (...)” (E6)

“(...) [os casais] podem ter ideias do problema totalmente diferentes, com base em causas totalmente diferentes. Enquanto que o homem vê muito a questão associada ao seu desempenho, (...) a mulher vê (...) como sinalizador de que o homem não está bem na relação, que não está feliz (...)” (E5)

Por último, alguns/mas psicoterapeutas referem que os/as parceiros/as podem desconfiar da fidelidade do seu companheiro, devido á presença desta disfunção. Ou seja, a presença da Disfunção Erétil torna-se indicador de que este homem já não consegue ter uma ereção com esta parceira e/ou com este parceiro, uma vez que a tem nos seus casos fora desta relação.

“(...) porque, regra geral, há outra pessoa na jogada e, portanto, provavelmente, ele está sexualmente a funcionar com um terceiro e é por isso que as coisas correm mal na relação.” (E6)

“O que é que uma mulher pensa quando o homem não a procura sexualmente? Ou o que é que uma mulher pensa quando o homem perde sistematicamente a ereção com ela? A mulher pensa: «Eh pá, tens outra» (...)” (E9)

Em suma, as atitudes e as atribuições relativas a esta problemática, por parte dos/as parceiros/as, podem ser muito diversas. Em larga medida, as atitudes de compreensão e colaboração, ou o seu oposto, derivam das atribuições que estes/as parceiros/as realizam acerca da disfunção. Por sua vez, as atribuições relatadas nas entrevistas vão de encontro ao que é descrito na literatura: a maioria das companheiras dos homens com Disfunção Erétil, consideram a disfunção como uma forma de rejeição, consideram-se menos atraentes ou desejáveis sexualmente e, muitas vezes, culpam-se a si mesmas (Masters, Johnson & Kolodny, 1986, cit in Nelson, 2006). Tal como foi referido anteriormente, as parceiras podem questionar o amor que o seu parceiro nutre por elas e a sua fidelidade (Carroll & Bagley, 1990; Hedon, 2003; Masters, Johnson & Kolodny, 1986; Riley, 2002, cit in Nelson, 2006).

Contudo, estas caracterizações não encerram todas as possibilidades de atribuições que os/as parceiros/as podem realizar sobre a Disfunção Erétil, uma vez que embora a maioria deles/as demonstre atribuições negativas deste tipo, as suas atitudes foram maioritariamente positivas. Isto não significa que não possam existir, também, parceiros/as que assumam atitudes positivas face a esta problemática, embora façam atribuições negativas da mesma. Como afirma Dunn (2004, cit in Nelson, 2006), existem algumas companheiras que recebem de forma menos negativa a presença da disfunção, uma vez que ela acompanha uma menor necessidade de contato sexual. Por outro lado, a presença desta disfunção, pode significar a exploração de outras formas de sexualidade, que podem ser de maior agrado destas mulheres.

Mais uma vez, esta discussão dos dados perante a literatura existente revela que há grandes lacunas a preencher no que concerne o estudo das realidades não-heterossexuais, onde ocorre uma Disfunção Erétil. De igual modo, embora alguns dos discursos relatados não especifiquem se se referem a relacionamentos heterossexuais, exclusivamente, ou também a relacionamentos não-heterossexuais, é importante afirmar que ainda é visível um discurso claramente heterossexista e estereotipado, em termos de papéis de género, na descrição feita por estes/as participantes dos relacionamentos íntimos. Mais à frente, serão discutidos os efeitos nocivos desta visão redutora das realidades por parte de psicoterapeutas.

Diferenças de perceção da disfunção entre os membros da relação

Estas atribuições, entre outras opiniões ou crenças que os membros de uma relação podem ter sobre a existência da Disfunção Erétil no homem, podem ser divergentes ou semelhantes entre os parceiros. Aqui, os/as participantes, na sua maioria, mencionaram que existem grandes diferenças de perceção da

disfunção entre os membros da relação, sendo que a maioria destes/as refere que o/a parceiro/a do homem com Disfunção Erétil, não problematiza tanto a existência desta disfunção como o homem.

“Para o homem é uma catástrofe, para a mulher pf... Não se importa nada!” (E2)

“Sim, existem diferenças na percepção criada da Disfunção Erétil entre os dois elementos do casal. O homem com Disfunção Erétil vê a disfunção como algo muito difícil de tratar, numa visão demasiado pessimista, enquanto o parceiro vê a disfunção como apenas uma fase onde é possível trabalhar de forma a obter o retorno a uma vida sexual satisfatória.” (E4)

Algumas investigações têm-se versado sobre o estudo dos efeitos da Disfunção Erétil nas companheiras, e têm revelado que os homens vivem a Disfunção Erétil como uma condição que é penosa para si e para a sua companheira (Mallis, Moisisdis, Kirana, Papaharitou, Simos & Hatzichristou, 2006; Sanchez-Cruz, Cabrera-Leon, Martin-Morales, Fernandez, Burgos & Rejas, 2003; Fisher, Meryn, Brandenburg, Buvat, Mendive, Scott, Taylor & Torres, 2005; Montorsi & Althof, 2004; Chevret, Jaudinot, Sullivan, Marrel & DeGendre, 2004; Fisher, Rosen, Mollen, Brock, Karlin, Pommerville, Goldstein, Bangerter, Bandel & Derogatis, 2005, cit in Fisher, Eardley, McCabe & Sand, 2009a). Fisher, Eardley, McCabe e Sand (2009a) encontraram ainda que, em alguns casais, os homens demonstram maior preocupação com esta disfunção do que as suas parceiras, que relatam ter uma vida sexual satisfatória. Novamente, a literatura deixa patente a visão heterossexista que está presente nesta área de estudos, quer pela omissão, quer pela falta de informação acerca das realidades não-heterossexuais, que acaba por perpetuar a discriminação vivida pelas pessoas homossexuais e bissexuais (Carneiro, 2009). Este aspeto será retomado mais à frente.

Papel dos/as parceiro/as na Disfunção Erétil

Por último, foi questionado aos/às participantes qual era a sua percepção sobre o papel dos/as parceiros/as, dos homens com Disfunção Erétil, quer no desenvolvimento, quer na manutenção, quer ainda no tratamento desta disfunção.

Todos/as os/as entrevistados/as descreveram a importância do papel do/a parceiro/a no tratamento da Disfunção Erétil. Este facto é já conhecido na literatura, tal como afirma Riley (2002): os/as parceiros/as podem desempenhar um papel quer na etiologia, quer na manutenção, do problema sexual, logo devem ser parte integrante do seu tratamento.

“(...) eu costumo dizer sempre, a mulher tem um papel central no que toca ao tratamento da Disfunção Erétil, (...) é uma grande aliada neste processo, no processo da intervenção. Até porque muitas das técnicas utilizadas, do ponto de vista da intervenção sexual nos homens com este tipo de dificuldades, são técnicas algumas que são executadas pela parceira, e a maioria são tarefas que são feitas entre o casal.” (E9)

“Tratar uma Disfunção Erétil torna-se muito mais fácil se for numa situação de casal, precisamente por isso, porque a companheira (ou o companheiro, também podia ser) acaba por ter um papel chave (...)” (E1)

Quanto ao desenvolvimento desta disfunção, vários/as participantes também consideraram que o papel do/a parceiro/a é relevante nesta fase.

“Hoje em dia, as disfunções sexuais vêm-se como disfunções do casal, da díade, não é só da pessoa, porque sabemos que muitas vezes há fatores relacionais que estão por detrás das coisas, e portanto isto entra tudo num bolo e no seu conjunto isto pode determinar uma disfunção sexual.” (E9)

“Bem, dizer de outra maneira seria quase inconcebível. O contexto que neste caso me está a colocar, o contexto relacional, é uma variável que tem impacto (...) na etiologia (...)” (E8)

De igual forma, vários/as participantes referiram que o papel do/a parceiro é importante na fase de manutenção da disfunção.

“(...)a mulher tem um papel fundamental, em alguns casos, (...)na manutenção destas dificuldades, porque se o homem antecipa criticismo, se antecipa que vai ter mais uma chatice, obviamente que se não estava a funcionar bem, não vai funcionar bem a partir daí.” (E9)

“Portanto, às vezes, a mulher pode ter um papel de manutenção do problema.” (E5)

Deste modo, torna-se visível que, embora grande parte dos/as psicoterapeutas admita que os/as parceiros/as, do homem com Disfunção Erétil, desempenham um papel crucial em todas as fases da disfunção – principalmente, na sua resolução através de tratamento psicológico ou psiquiátrico – não determinam em que fase é que este papel possa ser mais preponderante e de que forma é que estes/as parceiros exercem a sua influência. Para compreender estes aspetos, seria necessário analisar muitas variáveis inerentes a cada relacionamento, pelo que é apenas possível concluir que o/a parceiro/a exerce influência na Disfunção Erétil, em variados parâmetros e de diferentes formas dependendo da relação e das pessoas em questão.

Segundo Riley (2002), os/as parceiros/as podem influenciar o início de uma Disfunção Erétil, no seu parceiro, se, por exemplo, deixarem de dar reforço positivo acerca da atividade sexual ou se deixarem de procurar novidade nos comportamentos sexuais. Após o início desta disfunção, as reações destes/as parceiros/as podem, então, tornar-se fatores de manutenção do problema. Estas reações podem ser algumas das descritas nas atitudes e atribuições dos/as parceiros/as.

Em suma, relativamente à análise deste “outro lado” da díade relacional, presente na Disfunção Erétil, denota-se que os resultados encontrados vão de encontro ao que é dito na literatura, para relacionamentos heterossexuais. Porém, é de salientar alguns dados interessantes que deverão ser mais explorados: por um lado, os comportamentos de procura de ajuda das parceiras, face a Disfunção

Erétil do seu parceiro; por outro lado, a disparidade entre atitudes colaborativas e compreensivas dos/as parceiros/as, e atribuições negativas face à disfunção. Por fim, destaca-se a inexistência de estudos semelhantes aos que existem para relacionamentos heterossexuais para relacionamentos homossexuais e bissexuais, onde também ocorra uma Disfunção Erétil.

ESTEREÓTIPOS DE GÉNERO E A VIVÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

O segundo tema principal refere-se a determinados estereótipos de género, relativos à sexualidade ou à generalidade da identidade masculina, que podem estar interligados com a existência ou vivência da Disfunção Erétil. Mais uma vez, este tema principal surge da relação entre diferentes visões que os/as entrevistados/as partilharam, que são ilustrados na Figura 2.

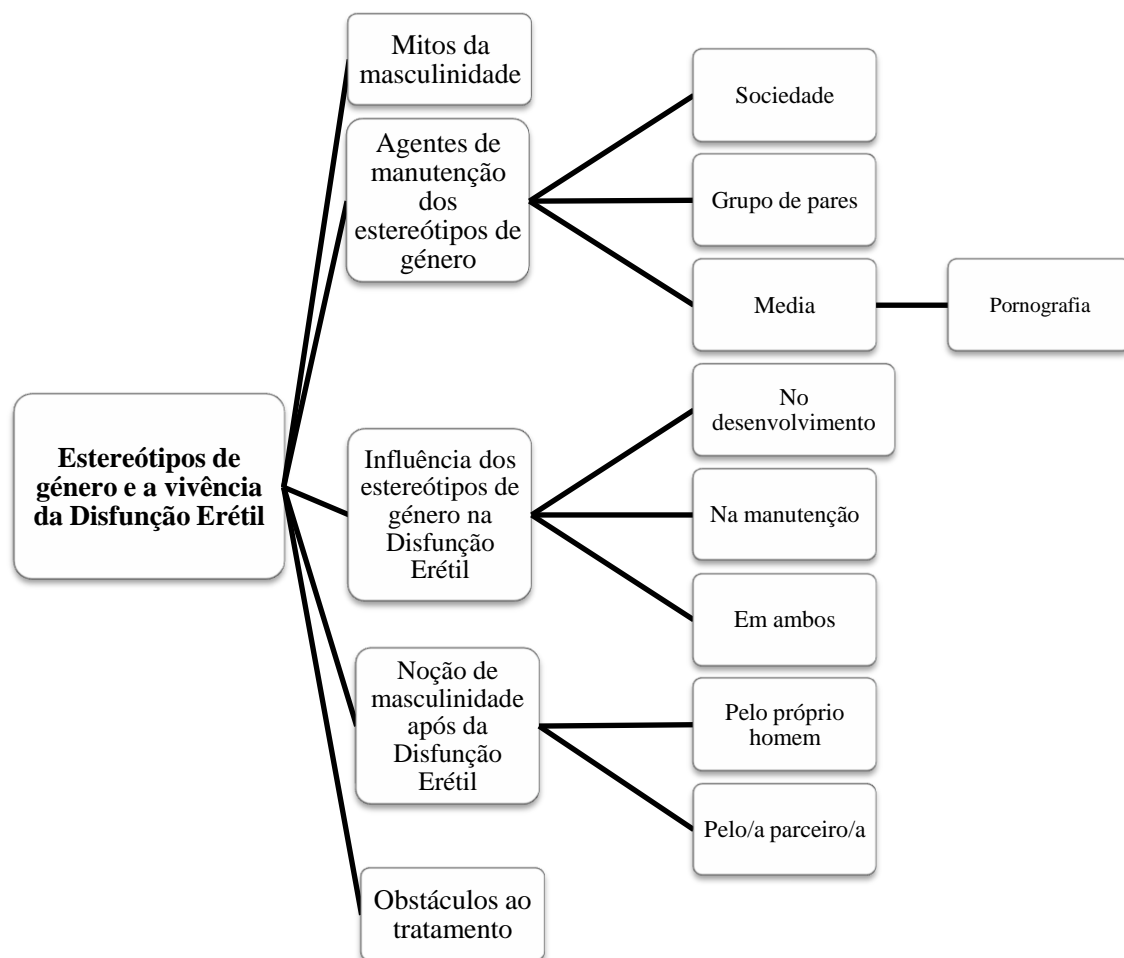


Figura 2 . Árvore de temas relacionados com o tema principal “Estereótipos de género e a vivência da Disfunção Erétil”.

Mitos da masculinidade

Em primeiro lugar, estes estereótipos de género contribuem para a construção social dos mitos da masculinidade num determinado contexto cultural. Tal como foi dito, podem referir-se a aspetos gerais da identidade masculina (por exemplo, força, poderio, coragem), ou podem relacionar-se mais

intimamente com a expressão de sexualidade (por exemplo, tomar a iniciativa da aproximação sexual, sentir-se atraído por mulheres, desejar ter sempre relações sexuais e ter sempre um pênis ereto e duro).

Perante esta visão sociológica da sexualidade, tornou-se relevante perceber qual é a percepção que os/as participantes têm sobre quem adota, de forma mais rígida, estes estereótipos: se os próprios homens, que têm Disfunção Erétil, ou se os/as seus/suas parceiros/as.

Os resultados encontrados revelam que a grande maioria dos/as participantes consideram que são os próprios homens, com Disfunção Erétil, que mais adotam estes mitos da masculinidade.

“O tal estereótipo de masculinização, acima de tudo, verifica-se nas cognições masculinas, e não tanto nas cognições femininas (...)” (E3)

“Bom, os homens definem-se muito com base no seu papel sexual, e na sua ereção, e no seu pênis, se assim quiser. (...) E continua-me muito a surgir, mesmo em homens que não tenham propriamente uma dificuldade de Disfunção Erétil, têm esta ideia de que têm de estar sempre disponíveis, têm de estar sempre prontos, têm que ter sempre vontade, têm que satisfazer a parceira a 100%, portanto, têm que estar sempre a 100% no campo sexual, têm que ter sempre uma ereção como acham sempre que devem ter, ela deve ser sempre igual, forte, duradoura.” (E5)

Ou seja, quer seja em relacionamentos heterossexuais ou não-heterossexuais, os homens disfuncionais demonstram adotar mais veemente estes estereótipos de género. Zilderbelg (1992, 1999, cit in Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) afirma isso mesmo: “homens que têm dificuldades eréteis apresentam um conjunto de mitos e crenças erróneas sobre como a sexualidade funciona”; Baker e de Silva (1988, cit in Nobre & Pinto-Gouveia, 2006) analisaram que os homens com disfunções sexuais mostram taxas superiores de adoção destas crenças ou mitos, em comparação com homens não disfuncionais. Desta forma, os resultados sinalizados corroboram o que é encontrado na literatura.

Agentes de manutenção dos estereótipos de género

Questionaram-se os/as psicoterapeutas sobre que possíveis agentes continuam a perpetuar estes estereótipos de género e os mitos do “macho latino”, sendo que as respostas encontradas variaram entre a própria sociedade, o grupo de pares e os media.

A maioria dos/as entrevistados/as assinalou a sociedade, isto é, os pressupostos e as regras implícitas que nos conduzem no nosso contexto social, como agentes de manutenção destes estereótipos. Este resultado é tautológico, uma vez que os estereótipos de género constroem-se socialmente e, portanto, são desenvolvidos e mantidos pelo contexto onde vivemos. Todavia, o que se pode retirar deste dado é que a maioria dos/as psicoterapeutas considera que não existe uma pessoa, grupo ou instituição que seja responsável especificamente pela manutenção destes estereótipos; pelo contrário todas as pessoas contribuem para esta situação.

“Não é por acaso que nós vivemos numa sociedade falocêntrica. Falocêntrica mas ereta! Porque não nos aparecem representações de falos murchos, isso é outra história.” (E8)

“(...) é preciso referirmos isso, que no nosso meio social, o indivíduo que admita que sofre de Disfunção Erétil digamos que dá o seu ponto mais fraco” (E3)

De seguida, o grupo de pares foi mencionado por vários/as participantes como um forte agente de manutenção dos estereótipos de género.

“Olhe, este caso, claramente os amigos diziam «Temos de ir a uma casa de strip e fazer isto, isto e isto», e isto leva a pensar ainda mais a pensar que «Todos os meus amigos têm ereções sempre e quando querem, e portanto eu também quero ter». Os amigos estão sempre a gabar-se do seu desempenho, não sabemos se é verdade ao não, mas estão a agravar as crenças sobre o próprio desempenho da pessoa com Disfunção Erétil, claramente.” (E2)

“Verificamos que ao nível do grupo de pares, aquilo que constatamos, quando falam de sexo, verificamos comportamentos compulsivos no que diz respeito à mentira: porque um teve 3 horas, teve um desempenho sexual durante 3 horas seguidas, outro teve 4, outro teve 5, outro teve 7 parceiras num mês; ou seja, essas mentiras percecionam no indivíduo uma insegurança, e é interessante verificarmos esse dominó de mentiras, envolta das conversas de sexo entre os indivíduos masculinos.” (E3)

Finalmente, alguns/mas participantes nomearam os media como um agente social importante na manutenção na disseminação dos mitos sobre a masculinidade. Alguns/mas dos/as participantes especificaram que seria a pornografia o grande meio de transmissão destas crenças.

“Aquilo que se vê nos filmes, nos filmes pornográficos, aquilo que se vê nas revistas, é que a sexualidade está muito genitalizada, está tudo muito orientado, no caso do homem, para a ereção (para já, ter um grande pénis e um pénis rijo, duro, funcional, sempre, independentemente das circunstâncias o homem tem de estar preparado para o sexo)” (E9)

“(...) o homem é mais visual procura a pornografia, e ao procurar a pornografia ele diz «Bem, eu nunca vou ser como este indivíduo». E muitas vezes nós verificamos que no contexto da pornografia (...), essa perceção que eles constroem, essa ideia, essa cognição que eles constroem nos filmes como «Eu não sou normal», isso leva-os a que, quando se vão envolver com a parceira ou parceiras, eles no seu subconsciente façam logo o balanço: «Ora bem, eu estive determinado tempo no ato sexual, aquele indivíduo esteve 3 horas com várias parceiras».” (E3)

Efetivamente, tanto o grupo de pares, como os media, podem ser um meio de transmissão dos pressupostos da nossa cultura, no que concerne os estereótipos de género. Lindsey (1997), no seu trabalho sobre papéis de género, refere que o processo de socialização dos homens na sua identidade masculina é reforçado pelo grupo de pares, tal como pela televisão, pela família e pela escola. Consequentemente, ao longo do desenvolvimento, estes serão meios de manutenção destes mesmos

construtos sociais. Cabe, então, aos/às psicoterapeutas não se esquecerem deste mar cultural onde o homem, com Disfunção Erétil, se insere – isto é, não é só importante olhar para este homem, para o/a seu/sua parceiro/a, mas também para o meio de onde ele provém, as suas relações familiares, a sua educação, o grupo de pares, a sua cultura e a forma como este encara os ditos sociológicos de construção de género.

Influência dos estereótipos de género na Disfunção Erétil

A literatura tem-se debruçado sobre a responsabilidade dos estereótipos de género sobre a existência da Disfunção Erétil, entre outras disfunções sexuais (e.g., Greenberg, Bruess & Mullen, 1992; Kimmel & Messner, 1995; Zilbergeld, 1992); todavia, os dados que existem são ainda escassos e pouco conclusivos quanto ao papel mais específico que estes estereótipos de género podem exercer. Desta feita, os/as participantes desta entrevista analisaram qual seria a influência que estes mitos podem exercer na Disfunção Erétil.

A maioria dos/as entrevistados/as concluiu que os estereótipos de género influenciam tanto o desenvolvimento como a manutenção da Disfunção Erétil.

“Estes estereótipos de género influenciam tanto o surgimento, como o desenvolvimento e/ou a manutenção da Disfunção Erétil” (E4)

“(…) os estereótipos de género poderão ter um papel – quase de certeza que têm - porque a partir deles também se constroem crenças acerca da sexualidade e acerca das pessoas, e estas são centrais.” (E8)

Alguns/mas dos/as entrevistados/as referiram, no entanto, que os estereótipos de género teriam um papel mais preponderante no desenvolvimento da disfunção.

“Mas tudo aquilo que toca na masculinidade do homem é altamente sobrevalorizado e o problema está precisamente aí, porque a partir do momento em que o homem valoriza essa falha (...), então a preocupação sobre esse evento, a valorização desse evento, sobrepõe-se e, às vezes, é o ponto de partida para se instalarem futuros episódios e para se instalar uma Disfunção Erétil. (...) Temos estudos que mostram que estas crenças funcionam como fatores importantes de vulnerabilidade.” (E9)

“(…) exigências de desempenho e expectativas enormes que o homem tem, que levam geralmente à Disfunção Erétil.” (E2)

Por sua vez, alguns/mas entrevistados/as disseram que estes estereótipos influenciam maioritariamente a manutenção desta problemática.

“(…) promove a manutenção da doença, ou da patologia neste caso, porque acaba por acentuar as exigências que são percebidas pelo indivíduo - as exigências que ele próprio coloca, enquanto pessoa e enquanto homem, numa relação com alguém” (AL)

“(...) essa questão do papel [de género] e das crenças que estão associadas, (...) mantém o problema, é muitas vezes um fator de manutenção.” (CO)

A diversidade de respostas encontradas retrata que, tal como o papel exercido pelos/as parceiros/as, também o papel dos estereótipos de género é referido como importante, pelos/as psicoterapeutas entrevistados/as, porém a forma como esta influência é exercida mantém-se desconhecida. Estes construtos sociais de identidade de género constroem modelos do que deve ou não deve ser um homem, através de retratos de masculinidade hegemónica (Connell, 1990, cit in Donaldson, 1993) – estes modelos podem influenciar quer o desenvolvimento, quer a manutenção da Disfunção Erétil, de acordo com os/as participantes.

Segundo Zilbergeld (1992, 1999, cit in Nobre & Pinto-Gouveia, 2006), os estereótipos de género, ou os mitos da masculinidade, funcionam como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de dificuldades eréteis. Segundo este autor, um homem que assuma de forma rígida estes papéis de género é mais suscetível a interpretar catastroficamente uma falha erétil e de desenvolver, perante esta falha, um autoconceito mais negativo (por exemplo, eu sou menos homem, eu sou um fracasso em termos sexuais). Estas crenças não só predispõem este homem a desenvolver uma Disfunção Erétil, como podem tornar-se fatores de manutenção da mesma (Zilbergeld, 1999, cit in Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

Noção de masculinidade após a Disfunção Erétil

Não obstante desconhecer-se onde é que os estereótipos de género exercem a sua marca mais preponderante, na vivência da Disfunção Erétil, ela está de facto presente. Desta feita, perguntou-se aos/às psicoterapeutas que refletissem sobre de que forma é que os homens, com Disfunção Erétil, e os/as seus/suas parceiros/as, ficam a perceber a masculinidade do homem – após a início desta disfunção.

No que concerne os próprios homens, as respostas foram unânimes de que as suas crenças de masculinidade e a sua construção de identidade de género saem afetadas, após a existência de uma Disfunção Erétil.

“[A masculinidade] É profundamente afetada. Assim como a autoestima, quer dizer, o homem, quando começa a desenvolver este tipo de dificuldade, começa a pôr em causa o seu papel como homem, o seu papel enquanto parceiro sexual, e enquanto capaz de satisfazer sexualmente uma mulher.” (E9)

“Sentem-se diminuídos e vulneráveis, parece que se sentem menos homens. É o que genericamente é dito: «Sinto-me menos homem, sinto-me menos capaz, sinto-me menos pessoa». É como se a ereção, literalmente, medisse o grau de homem que eles acham que são (...)” (E2)

Já no que toca aos parceiros e/ou às parceiras destes homens, as respostas demonstraram uma maior

variabilidade. Alguns/mas participantes consideram que a existência da Disfunção Erétil não afeta a noção de masculinidade que estes/as parceiros/as nutrem do seu parceiro.

“Relativamente aos parceiros, tenho notado que, na generalidade, não colocam em causa a masculinidade do homem com Disfunção Erétil.” (E4)

“Mas nunca ouvi um homem a queixar-se disto. É sempre uma queixa do próprio homem, e não da parceira. Até pelo contrário, as mulheres até desvalorizam, descatastrofizam, não dão importância a isso, nem estão tão interessadas na ereção ou na ejaculação do homem, estão mais preocupadas em aliviar o que os homens pensam disto (...)” (E2)

Por outro lado, outros/as participantes referem que, de facto, a existência da Disfunção Erétil pode afetar a forma como os/as parceiros/as vêem a masculinidade do seu parceiro.

“Mas em algumas mulheres pode ser visto como essa falta de masculinidade, ou que não é um homem a sério, é fraquinho, ou que não aguenta ou que não a satisfaz. Isso pode acontecer, sim. Se calhar acontece agora mais frequentemente do que acontecia se calhar há umas gerações atrás.” (E5)

“Se é uma coisa de cariz psicológico, é uma coisa que, às vezes, é mais complicado aceitar, porque (...) isto depois, ao fim de algum tempo, podem pôr em causa a masculinidade (...)” (E6)

Em suma, embora seja clara a diferença na forma como os homens vêem a sua própria masculinidade, após o surgimento de uma dificuldade erétil, segundo a visão dos/as entrevistados/as, esta relação não é tão óbvia no que diz respeito aos/às parceiros/as.

Mais uma vez, partindo de psicoterapeutas que têm mais experiência com indivíduos ou relacionamentos heterossexuais, a visão feminina sobre uma dificuldade erétil pode ser diferente de uma visão masculina. Isto não significa que as mulheres não adotem as crenças inerentes aos estereótipos de género relativos ao sexo masculino – antes pelo contrário; pelo que a sua visão sobre a masculinidade do parceiro, após as dificuldades eréteis, vai depender da rigidez da sua adoção destas crenças do que é ser masculino.

Obstáculos ao tratamento

O último subtema relativo a este tema principal remete para os obstáculos que os estereótipos de género podem, ou não, exercer sobre o tratamento ou resolução da Disfunção Erétil. Assumindo que estes estereótipos influenciam a vivência em questão, é importante compreender de que forma os/as clínicos/as entrevistados/as os encaram na sua prática.

Desta forma, a maioria dos/as entrevistados/as afirma que os estereótipos de género colocam obstáculos ao tratamento da Disfunção Erétil.

“O ambiente cultural em que vivemos, e o meio cultural em que vivemos, não é de todo um fator que ajude muito no processo terapêutico” (E5)

“(...) isto parece-me uma questão relativamente difícil de ter sucesso, não me parece uma questão fácil de intervir. As pessoas trazem hábitos bastante rígidos e internalizados, não é uma questão fácil de modificar.” (E2)

Todavia, alguns/mas dos/as entrevistados/as pensam que, embora os estereótipos de género possam ser um obstáculo, são barreiras facilmente transponíveis durante a psicoterapia.

“O que eu sinto é que, ao fim de algumas sessões de terapia, estes mitos começam a ser ultrapassados. (...) De facto, vai de dentro para fora, e indo de dentro para fora as coisas de fora já não vão atacar tanto. Portanto, eu acho que, aos poucos, começa de facto a esbater-se esta dificuldade. (...) Por norma, é possível reverter a situação e não são estes mitos que vão depois ter implicações.” (E1)

“Podem, mas se os estereótipos de género colocam um obstáculo à intervenção é porque então a intervenção terá de ter como objetivo, exatamente, o trabalho com os estereótipos de género. Portanto, nesse caso, eles não podem ser obstáculos, eles têm que ser o alvo da intervenção.” (E8)

Por conseguinte, concluiu-se que estes/as participantes consideram que os estereótipos de género são obstáculos à resolução da Disfunção Erétil, variando apenas na sua perceção do quão difícil ou não serão de ser ultrapassados.

Resumidamente, sobre a análise deste segundo tema principal, conclui-se que os estereótipos de género exercem uma grande influência na Disfunção Erétil, mantendo-se desconhecido o seu papel mais específico no seu desenvolvimento, manutenção ou resolução. Assim, os resultados encontrados vão de encontro ao que é dito na literatura, confirmando que a ligação sexualidade-masculinidade é um elo ainda inquebrável, na nossa cultura, pelo que quando existe uma dificuldade sexual, existe consequentemente uma falha no papel de género masculino.

Todavia, é de destacar que os/as participantes não consideram, de forma geral, que os/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil, adotam rigidamente estes estereótipos de género, não tomando parte da pressão que estes podem colocar sobre o homem “disfuncional”. Desta forma, a influência que os/as parceiros/as e os estereótipos de género podem exercer sobre a Disfunção Erétil parecem ser independentes, segundo a visão destes/as participantes, cada um desempenhando o seu papel neste construto multifatorial que constitui a sexualidade e as disfunções sexuais.

RELAÇÕES OU INDIVÍDUOS NÃO-HETEROSSEXUAIS

O último tema principal pretende sinalizar a inclusão de relacionamentos ou indivíduos não-heterossexuais (isto é, homossexuais ou bissexuais) como formas integrantes da realidade global, e do contexto em questão, ou seja, a Disfunção Erétil. Tal como tem sido mencionado ao longo do texto,

estas são realidades ainda pouco estudadas, mas que de nenhuma forma devem ser olhada como um paralelo da experiência heterossexual. Como explica Moita (2006):

“Se importa que o levantamento da homofobia seja feito em qualquer quadrante do tecido social, mais imperativo ele se torna entre os técnicos de saúde mental porquanto, (...) o impacto do papel do terapeuta pode ser ainda mais nocivo do que o de qualquer outro agente social, tal como o efeito do seu discurso pode ser multiplicador (...)” (p. 55) da discriminação vigente na própria sociedade.

Aqui, foi analisada a experiência que os/as participantes têm com casos desta natureza, que está explicitada na secção de descrição dos/as participantes (apenas 4 psicoterapeutas tiveram contato com casos não-heterossexuais de Disfunção Erétil). Para além disso, questionou-se os/as psicoterapeutas, quer tivessem ou não contato com esta população, sobre as suas perceções das semelhanças e diferenças que eles vêm em relação aos casos heterossexuais. A Figura 3 demonstra os subtemas que foram englobados neste tema principal, que passa a ser explorado.

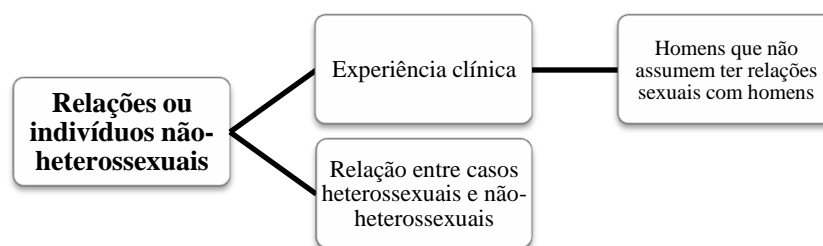


Figura 3 . Árvore de temas relacionados com o tema principal “Relações ou indivíduos não-heterossexuais”.

Experiência clínica

Tal como foi referido anteriormente, a maioria dos/as participantes não tem experiência clínica com casos de relacionamentos ou indivíduos homossexuais ou bissexuais, onde existe uma Disfunção Erétil. Não obstante, alguns/mas participantes focaram um aspeto que, até hoje, não foi considerado na literatura desta temática: a possibilidade dos homens, que procuram ajuda para a Disfunção Erétil, poderem não assumir que têm relações sexuais com outros homens.

“Já me aconteceu eu ser procurada por homens com Disfunção Erétil, que (...) estão numa relação com uma mulher, ou têm um casamento há muitos anos, filhos, essas coisinhas todas, e que eu começo a identificar, ou começo-me a questionar até que ponto não há ali uma orientação sexual do tipo homossexual.” (E9)

“(...) curiosamente, já me transmitiram a ideia que, em determinadas situações de Disfunção Erétil, verificamos que o indivíduo é homossexual, no entanto está a camuflar-se no papel de heterossexual. E isso influencia o seu desempenho.” (E3)

Aqui torna-se evidente a discriminação que ainda é vivida pelos homens não-heterossexuais, na nossa sociedade, e na prática clínica, que podem temer admitir aos/às seus/suas psicoterapeutas (ou a si mesmos, ou à sua parceira) a sua orientação sexual. Novamente, Moita (2006) explica que os/as psicoterapeutas, ao não se educarem acerca das questões dos gays e dos bissexuais (neste caso), não tomam consciência dos processos de discriminação que estão a manter (ou a fomentar), tornando ainda mais difícil para estes homens, com Disfunção Erétil, procurar ajuda psicológica ou psiquiátrica.

Por outro lado, estes homens podem assumir socialmente uma orientação sexual heterossexual, embora tenham sexo com homens ou com homens e mulheres. Ross (1978, 1978, 1983, cit in Higgins, 2002) relata que homens gays podem casar-se com mulheres para corresponder às expectativas masculinas, da nossa sociedade heterossexista, e que existem determinados fatores sociais e individuais que podem influenciar esta escolha (e.g., acreditar que a sua homossexualidade não será aceite pelos outros). Bigner (1996, cit in Higgins, 2002), acrescenta que estes homens gays podem ter um nível superior de homofobia internalizada – o que corrobora que este é um aspeto fulcral a ter em atenção quando se fala de homens não-heterossexuais e a sua sexualidade.

Não obstante, é também importante considerar, que estes homens podem ter sexo com outros homens ou podem ter sexo com homens e mulheres, sem necessariamente se percecionarem ou definirem como homossexuais ou bissexuais.

Relação entre casos heterossexuais e casos não-heterossexuais

Em último lugar, pediu-se aos/às entrevistados/as que fornecessem a sua opinião sobre a relação que existe entre a Disfunção Erétil em relacionamentos e indivíduos heterossexuais e não-heterossexuais. Perante esta reflexão, a maioria considerou que existem largas diferenças a ter em consideração, tais como: a fase de desenvolvimento da identidade sexual homossexual ou bissexual; a assunção de uma postura “ativa” ou “passiva” nas relações sexuais; a presença de homofobia internalizada; a comparação da capacidade erétil entre os parceiros gays; e a culpabilidade face a determinadas práticas sexuais.

“Depende se este homem é predominantemente ativo ou passivo, isso faz alguma diferença. (...) aquilo que eu vi é que, aqueles que são tendencialmente mais ativos aproximam-se mais do estereótipo masculino heterossexual, do que aqueles que são mais passivos, no sentido do estereótipo em que o homem tem que ter sempre uma ereção, tem que estar sempre pronto, nunca pode dizer que não lhe apetece (...). Apesar de tudo acho que [o passivo] tem maior tolerância a estas coisas, (...) sem pôr a masculinidade em causa.” (E6)

“Quer dizer, há algumas diferenças, nomeadamente porque quando há homens que têm sexo com homens, estejam ou não estejam numa relação, é a questão da comparação. A comparação da ereção com o outro. Que é uma variável completamente diferente do que aquilo que acontece com homens que têm relações exclusivamente com mulheres. (...) Por um lado, a própria avaliação («O meu pénis não é tão ereto como o teu, tás a ver, tu é que tens uma boa ereção»), por outro lado, a procura de

confirmação ou desconfirmação rápida com a outra pessoa. (...) [Para além disso,] a questão da homofobia interiorizada e a vivência da culpabilidade de algumas práticas que muitas vezes estão associadas à ereção. (...) Já tive 3 casos de homens que têm sexo com homens que têm dificuldades de ereção só quando têm determinadas práticas, porque têm uma vivência de grande culpabilidade em relação a determinadas práticas sexuais.” (E8)

Alguns destes aspetos foram já documentados em outras investigações, enquanto que outros ainda não foram estudados. Hart e Schwartz (2010), no seu artigo sobre terapia cognitivo-comportamental com homens gays com Disfunção Erétil, salientam 7 diferenças essenciais entre homens heterossexuais e gays. Em acordo com as afirmações dos/as participantes desta dissertação, Hart e Schwartz (2010) mencionam os “sexual self labels” (isto é, a denominação de “ativo” ou “passivo” dos comportamentos no sexo anal) e a vivência de homofobia internalizada. Para além destas, referem ainda: o estigma do vírus da SIDA e o uso do preservativo; a existência de relacionamentos monógamos e não monógamos; o uso de álcool e drogas durante a atividade sexual, em particular o uso recreativo de medicação para a Disfunção Erétil; e, por último, as diferenças no que são consideradas interações sexuais normativas (por exemplo, para os homens gays, o sexo oral pode não ser considerado como preliminares para a atividade sexual, mas já o ato em si).

Alguns destes tópicos, no entanto, também podem ser tidos em consideração para homens heterossexuais, não sendo apenas caraterísticos da população gay – o que demonstra que, até em investigações que versam sobre as questões não-heterossexuais, podem existir olhares estereotipados sobre a população gay.

Ainda assim, os/as participantes desta dissertação evidenciaram experiências em que homens não-heterossexuais demonstravam outras diferenças em relação a homens heterossexuais, com Disfunção Erétil (nomeadamente, a questão da comparação da capacidade erétil entre os parceiros e o sentido de culpabilidade por determinadas práticas sexuais). Estas diferenças não se encontram ainda na literatura atual sobre Disfunção Erétil em homens não-heterossexuais.

Finalizando, as experiências relatadas com relacionamentos ou indivíduos não-heterossexuais, que vivem com Disfunção Erétil, são ainda escassas. Dentro de uma amostra que é já reduzida, apenas 4 psicoterapeutas tiveram contato com esta população, ao longo da sua prática clínica, e isso limita os resultados a analisar. Não obstante, as perceções expressas pelos/as participantes e as próprias investigações analisadas revelaram visões ainda presas a amarras heterossexistas.

Alguns/mas dos/as participantes demonstraram visões ainda preconceituosas, pouco informadas e não contemplativas das realidades sexuais não-normativas. Estes/as psicoterapeutas perpetuam, assim, a discriminação existente perante as pessoas LGBT, quer através da invisibilidade destas questões (Moleiro & Pinto, 2009), quer pela falta de interesse ou informação. Para além de manterem os estereótipos e os preconceitos relativos aos homens gays e bissexuais, não demonstram um cuidado

em não olhar para estes homens, e estas relações, como paralelo semelhante dos casos heterossexuais (havendo até uma psicoterapeuta que afirma que não existe diferença alguma entre as realidades heterossexuais e não-heterossexuais).

É também importante salientar que nenhum dos/as participantes tinha conhecimento de homens bissexuais com Disfunção Erétil, nem a literatura alguma vez se debruçou sobre esta população, sendo essencial que investigações futuras abordem estas experiências.

Tal como encontrou Moita (2006), mais do que posturas abertamente homofóbicas, os discursos clínicos demonstram sobretudo a presença de heterossexismo, que se torna mais difícil de erradicar, por se confundir com tolerância e se tornar menos visível de localizar o preconceito.

“Os clínicos internalizam o discurso hegemónico preconceituoso e, por sua vez, devolvem-no, agora validado sob a capa do científico, ao contexto social que o dissemina (...). Neste processo, os clientes não são imunes ao poder do terapeuta: envolvidos no mesmo esquema de circularidade, vêem confirmado, agora por um «discurso científico», o preconceito que já antes haviam internalizado. A ignorância e o preconceito geram receio nos clientes, que assim generalizam a imagem negativa dos terapeutas, evitando recorrer ao seu apoio.” (Moita, 2001, p. 355).

Deste modo, tal como havia sido mencionado anteriormente, esta omissão das realidades não-heterossexuais perpetua e alimenta a discriminação existente e afasta, ainda mais, do tratamento os homens que vivem com Disfunção Erétil. Se já é difícil para estes homens a procura de ajuda para os seus problemas sexuais (Kubin, Wagner & Fugl-Meyer, 2003, cit in Pais Ribeiro & Santos, 2005), ainda mais obstáculos são colocados aos homens não-heterossexuais, pela preocupação adicional face à aceitação (ou não) da sua orientação sexual, por parte dos/as psicoterapeutas.

CONCLUSÕES

Apesar de existirem várias limitações a este estudo, existem também algumas conclusões importantes a retirar, assim como implicações para investigações futuras e para a prática clínica. Todas elas serão discutidas em seguida.

Em termos de **limitações** desta dissertação, a principal e mais evidente remete para o tamanho reduzido da amostra. Aqui, não foi atingida uma saturação teórica dos dados analisados. O método de amostragem por saturação teórica pressupõe que a adição de novos/as participantes a um estudo é suspensa quando os dados obtidos passam a apresentar uma certa redundância ou repetição (Denzin & Lincoln, 1994, cit in Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Esta técnica envolve uma medição subjetiva por parte do/a investigador/a que, a partir daquele momento, considera que novas entrevistas não trariam novas informações sobre o tema em estudo. Este ponto não foi, então, atingido na presente

dissertação, por limitações de tempo e por dificuldades no contato com a população. Estas dificuldades relacionam-se com os obstáculos que, ainda hoje, se encontram ao realizar investigações na área da sexualidade e, ainda mais, da Disfunção Erétil. Foram necessárias 3 reformulações do objeto de estudo e, conseqüentemente, da amostra, de forma a conseguir realizar esta dissertação.

Relativamente à amostra também se pode sinalizar outra limitação, já mencionada anteriormente, que se deve a apenas 4 psicoterapeutas terem tido experiência ou contato com casos de Disfunção Erétil em homens não-heterossexuais. Para além de reduzir os dados encontrados sobre esta população, torna as perceções partilhadas enviesadas para uma visão maioritariamente heterossexista, que se pretendia ultrapassar. Por outro lado, o contato apenas com psicoterapeutas (psicólogos/as, psiquiatras, sexólogos/as) permite compreender apenas a realidade do contexto clínico, não permitindo alcançar as experiências dos homens com Disfunção Erétil e os/as seus/suas parceiros/as que não procuram tratamento.

As principais **conclusões** deste estudo foram já analisadas ao longo da discussão dos resultados mas serão agora retomadas, de forma resumida. De um modo geral, os dados da literatura foram corroborados, no que diz respeito ao papel dos/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil, no desenvolvimento, na manutenção e na resolução desta disfunção. Foi dada especial atenção à importância destes/as parceiros/as no seu tratamento. Por sua vez, também os dados relativos à influência dos estereótipos de género na Disfunção Erétil foram de encontro ao que é já descrito na literatura, não permitindo discernir se a sua influência atua principalmente como fator de risco, fator de manutenção ou como obstáculo ao tratamento. De acordo com as perceções dos/as participantes, não existe relação entre a influência que os/as parceiros/as e estes estereótipos de género possam exercer na Disfunção Erétil, tendo cada um o seu papel independente, essencial na compreensão da vivência desta problemática.

Desta forma, os resultados mais relevantes desta dissertação referem-se à forma como foi realizado, isto é, o facto de ser um estudo qualitativo e que dá voz aos/as psicoterapeutas é algo que não é comum nos estudos sobre Disfunção Erétil, tal como a análise das semelhanças e diferenças que estes/as percecionam entre indivíduos e relações heterossexuais e não-heterossexuais. Para além disso, devido ao carácter exploratório desta investigação, surgiram dados interessantes, que foram salientados na secção anterior (e.g., que muitas vezes são os/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil que pedem ajuda para este problema). Aqui torna-se visível uma das vantagens inerentes à realização de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo dos discursos dos/as entrevistados/as, que parte da sabedoria, das perceções e das vivências dos/as seus/suas participantes para encontrar dados novos e desconhecidos à literatura.

Por fim, as **implicações** desta dissertação podem subdividir-se implicações para investigações futuras e implicações para a prática clínica. Em primeiro lugar, várias questões surgiram ao longo da realização deste estudo, às quais as investigações atuais ainda não encontraram uma resposta. Tal como já foi referido, uma delas remete para a adoção de comportamentos para a saúde por parte dos/as

parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil, que tanto pode estar relacionado com questões de género, como com a discriminação existente face às dificuldades eréteis na nossa sociedade.

Por outro lado, uma grande área que ainda tem muito por onde explorar relaciona-se com os indivíduos e os relacionamentos não-heterossexuais, que apenas recentemente tem sido alvo de estudo, no que toca à Disfunção Erétil (para indivíduos gays, uma vez que para indivíduos bissexuais ainda não existem estudos que reflitam sobre eles). Neste estudo, tornou-se claro que ainda é necessário explorar os significados desta disfunção para a população gay e bissexual, tal como os efeitos que esta provoca na vida destes homens, e nos seus parceiros e/ou parceiras. Mais ainda, as semelhanças e diferenças que podem existir entre homens heterossexuais e não-heterossexuais, na sua vivência da sexualidade e de uma disfunção sexual, podem ser ainda mais aprofundadas – por exemplo, analisando os discursos diretos desses homens.

Em termos da prática clínica, inúmeras implicações poderiam ser referidas, tal como reforçar da importância de considerar o contexto global dos indivíduos com Disfunção Erétil, para melhorar a compreensão e a efetividade dos tratamentos utilizados, e, mais uma vez, trazer luz para as diferenças que podem ser encontradas na população não-heterossexual, de forma a parar a discriminação existente.

REFERÊNCIAS

Addis, M. & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58 (1), 5 - 14.

Althof, S. E. (2002). When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to love making. *International Journal of Impotence Research*, 14, 99 - 104.

American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4ª edição, texto revisto (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi.

Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E., Goorich, D. & Scott Long, J. (2005). Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 285 - 297.

Bhugra, D. & Wright, B. (1995). Sexual dysfunction in gay men – Diagnosis and management. *International Review of Psychiatry*, 7, 247 - 256.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77 – 101.

Carneiro, N. S. (2009). *"Homossexualidades": Uma psicologia entre ser, pertencer e participar*. Porto: LivPsic.

- Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society, 19* (6), 829 – 859.
- Donaldson, M. (1993). What is hegemonic masculinity?. *Theory and Society, 22*, 643 – 657.
- Fisher, W. A., Eardley, I., McCabe, M. & Sand, M. (2009). Erectile Dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: couple conceptions of ED. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 2746 - 2760.
- Fisher, W. A., Eardley, I., McCabe, M. & Sand, M. (2009). Erectile Dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples II: Association of female partner characteristics with male partner ED treatment seeking and Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor utilization. *Journal of Sexual Medicine, 6* (11), 3111 - 3124.
- Fontanella, B., Ricas, J. & Turato, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública, 24* (1), 17 - 27.
- Giami, A. (2009). Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. In S. Yaya (Ed.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques* (pp. 225 - 249). Montréal: Presses de l'Université Laval.
- Greenberg, J.S., Bruess, C.E. & Mullen, K.D. (1992). *Sexuality: insights and issues*. Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers.
- Hart, T. & Schwartz, D. (2010). Cognitive-behavioral erectile dysfunction treatment for gay men. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 66 - 76.
- Hawton, K. (1998). Integration of Treatments for Male Erectile Dysfunction. *The Lancet, 351*, 7 - 8.
- Hawton, K. (1998). Sexual dysfunctions. In *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*, ed. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark. Oxford: Oxford University Press.
- Higgins, D. (2002). Gay men from heterosexual marriages. *Journal of Homosexuality, 42* (4), 15 - 34.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel Publishers.
- Kelley, S. (1981). Some social and psychological aspects of organic sexual dysfunction in men. *Sexuality and Disability, 4* (2), 123 - 128.
- Kilmartin, C. T. (1999). *The Masculine Self*. New York, NY: McGraw Hill.
- Kimmel, M. S. & Messner, M. A. (1995). *Men's lives*. Boston: Allyn and Bacon.
- Laurent, S. & Simons, A. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review, 29*, 573 - 585.
- Levine, S. B. (1992). Intrapsychic and interpersonal aspects of impotence: Psychogenic erectile dysfunction. In R.C. Rosen & S.R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders* (pp 198 - 225). New York, NY: The Guildford Press.
- Lindsey, L. (1997). *Gender roles: a sociological perspective*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hal.

Loe, M. (2001). Viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sexuality & Culture*, 5(3), 97 – 125.

Lourenço, M. (2003). Aspectos biopsicossociais da disfunção erétil: a claudicação do sistema pessoa. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Coords.), *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I* (pp 221 - 242). Coimbra: Quarteto Editora.

Machado Moreira, A. A. (2003). Disfunções sexuais masculinas: definição, classificação e incidência. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Machado Vaz (Coords.), *A sexologia: perspectiva multidisciplinar I* (pp 131 - 144). Coimbra: Quarteto Editora.

Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown & Co.

McCabe, M. P. (2008). Relationship factors in the development and maintenance of ED: implications for treatment effectiveness. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1795 - 1804.

Melnik, T. & Abdo, C. (2005). Psychogenic erectile dysfunction: Comparative study of three therapeutic approaches. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31 (3), 243 - 255.

Melnik, T., Soares, B. & Nasello, A. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (11), 2562 - 2574.

Michael E. Metz & Norman Epstein (2002): Assessing the Role of Relationship Conflict in Sexual Dysfunction, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 (2), 139 – 164

Moita, G. (2001). *Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico: A homossexualidade de dois lados do espelho*. Tese de Doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.

Moita, G. (2006). A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 76, 53 - 72.

Moleiro, C. & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: Expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex-aequo*, 20, 159 - 172.

Nelson, C. J. (2006). The impact of male sexual dysfunction on the female partner. *Current Sexual Health Reports*, 3, 37 - 41.

Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43 (1), 68 - 75.

Nobre, P. J. (2006). *Disfunções Sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi.

Pais Ribeiro, J. & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 3, 341 - 349.

Pereira, H. & Leal, I. (2002). A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. *Análise Psicológica*, 1, 107 - 113.

Peterkin, A. & Risdon, C. (2003). *Caring for lesbian and gay people: A clinical guide*. Toronto: University of Toronto Press Inc.

Potts, A. (2000). "The essence of the hard on": Hegemonic masculinity and the cultural construction of "Erectile Dysfunction". *Men and Masculinities*, 3 (1), 85 - 103.

Riley, A. (2002). The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*, 14, 105 - 109.

Rosario, M., Joyce, H., Maguen, S., Gwadz, M. & Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29 (1), 133 – 160.

Rosen, R.C. & Leiblum, S. R. (1992). Erectile disorders: an overview of historical trends and clinical perspectives. In R.C. Rosen & S.R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders* (pp 3 - 26). New York, NY: The Guildford Press.

Sánchez-Bravo, C., Corres-Ayala, N., Carreño-Meléndez, J. & Henales-Almaraz, C. (2010). Perfiles de los indicadores relacionados con las disfunciones sexuales masculinas: Trastorno de la erección, trastorno del orgasmo y eyaculación precoz. *Salud Mental*, 33, 237 - 242.

Sand, M.S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J. & Eardley, I. (2008). Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *International Society for Sexual Medicine*, 5, 583 - 594.

Sandfort, T. G. & de Keizer, M. (2001). Sexual problems in gay men: An overview of empirical research. *Annual Review of Sex Research*, 12, 93 - 120.

Seidler, V. J. (1987). Reason, desire and male sexuality. In P. Caplan (Ed.), *The cultural construction of sexuality* (pp 82 - 112). London: Routledge.

Shabsigh, R., Perelman, M., Laumann, E. & Lockhart, D. (2004). Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *Sexual Medicine*, 94, 1055 - 1065.

Speckens, A., Hengeveld, M., Nijeholt, G., van Hemert, A., & Hawton, K. (1995). Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: Cause or consequence of the disorder?. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 157 - 172.

Tiefer, L. (1986). In the pursuit of the perfect penis: The medicalization of male sexuality. *American Behavioral Scientist*, 29, 579 - 599.

Zilbergeld, B. (1992). The man behind the broken penis: Social and psychological determinants of erectile failure. In R.C. Rosen & S.R. Leiblum (Eds.), *Erectile disorders* (pp 27 - 51). New York, NY: The Guildford Press.

ANEXOS

Anexo.1

Tabela descritiva dos/as participantes

Código	Sexo	Idade	Profissão	Formação em sexologia	Área de intervenção	Atendimento público e/ou privado	Orientação teórica em casos de Disfunção Erétil	Experiência com casos de Disfunção Erétil	Contato com outros/as profissionais	Casos de não-heterossexuais
E1	F	40	Psicóloga Clínica	Sim (terapeuta sexual pela SPSC ⁶)	Zona centro	Privado	Cognitivo-comportamental	Pouca experiência	Sim	Não
E2	M	36	Psicólogo Clínico	Não	Zona norte	Privado	Cognitivo-comportamental, terapias sistémicas e construtivistas	Pouca experiência (3-4 casos)	Sim	Não
E3	M	26	Psicólogo Clínico	Não	Zona norte	Privado	Cognitivo-comportamental	Pouca experiência (2 casos)	Não	Não
E4	F	29	Psicóloga Clínica	Não	Zona centro	Privado	Cognitivo-comportamental	Bastante experiência (2-3 por mês)	Sim	Sim
E5	F	32	Psicóloga Clínica	Sim (terapeuta sexual pela SPSC)	Zona centro	Privado e público	Cognitivo-comportamental e terapias de 3ª geração	Pouca experiência	Sim	Não

⁶ SPSC – Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

E6	M	41	Psicólogo Clínico	Sim (pós-graduação em sexualidade humana)	Zona norte	Privado	Cognitivo-comportamental e psicodinâmico	Muita experiência	Sim	Sim
E7	M	60	Psiquiatra	Sim (fundador da SPSC)	Zona norte	Privado e público	Psicodrama	Muita experiência	Sim	Sim
E8	F	39	Psicóloga Clínica	Sim (terapeuta sexual pela SPSC)	Zona centro	Privado e público	Cognitivo-comportamental e terapias sistêmicas	Muita experiência	Sim	Sim
E9	F	32	Psicóloga Clínica	Sim (terapeuta sexual pela SPSC)	Zona centro	Privado e público	Cognitivo-comportamental e terapias de 3ª geração	Bastante experiência	Sim	Não

Anexo.2

Guião de entrevista semiestruturada

Dados biográficos

Nome (sigla)	
Sexo	
Idade	
Formação académica e profissional (específica em sexologia?)	
Área (geográfica) de intervenção clínica	

Questões gerais

1. Que tipo de orientação teórica adota na sua intervenção em Disfunção Erétil?
2. Qual é a sua experiência com casos de Disfunção Erétil (frequência, há quanto tempo)?
3. Os casos de Disfunção Erétil que seguiu ou segue foram em atendimento público ou privado?
4. Tem contato com outros profissionais na sua prática clínica (urologistas, psiquiatras, etc.)?
Considera que é relevante a multidisciplinaridade da intervenção na Disfunção Erétil?

Relações íntimas

5. Considera que os/as parceiros/as dos homens com Disfunção Erétil desempenham algum papel no desenvolvimento desta disfunção? E na manutenção?
6. Como descreveria a participação ou o envolvimento dos/as parceiros/as nas consultas? E como acha que deveria ser?
7. Existem diferenças na perceção da Disfunção Erétil entre os dois elementos da relação?
8. Alguma vez atendeu casais homossexuais ou indivíduos, que não estão numa relação, mas assumem uma orientação sexual homossexual ou bissexual, ou simplesmente homens que têm sexo com homens? Encontra semelhanças/diferenças entre estes e casais ou indivíduos heterossexuais?

Estereótipos de género

9. Qual é a sua perceção que os indivíduos com Disfunção Erétil têm da sua masculinidade? Considera que esta perceção de masculinidade é influenciada pela presença da Disfunção Erétil ou, por outro lado, é independente desta?
10. Por sua vez, como vê a perceção dos/as parceiros/as destes indivíduos acerca da masculinidade do parceiro? De igual modo, prevê alguma relação entre esta perceção e a existência da Disfunção Erétil?

11. Considera que os estereótipos de género influenciam o desenvolvimento ou a manutenção da Disfunção Erétil E? E em específico, os estereótipo de género relativos aos homens?
12. É conhecido que os estereótipos de género, referentes aos homens, incutem determinados mitos da masculinidade e do funcionamento sexual masculino. Na sua experiência profissional, que obstáculos encontrou para tentar contornar estes mitos?
- Em particular, que obstáculos individuais, de cada caso, defrontou?
 - E em termos do relacionamento do casal?
 - Por último, que obstáculos sociais, culturais ou ideológicos teve de enfrentar?
-

Anexo.3

Declaração de consentimento informado

Fui convidado/a a participar nesta Dissertação de Mestrado, que tem por objetivo compreender a perceção dos psicoterapeutas sobre o papel das relações íntimas e dos estereótipos de género no desenvolvimento, manutenção e tratamento da Disfunção Erétil.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e os procedimentos do estudo e de que todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Além disso, fui informado/a de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo. Fui informado/a, também, de que todos os dados recolhidos no decorrer do estudo são totalmente confidenciais, com garantia de anonimato e serão apenas usados para fins de investigação científica, de acordo com as Leis de Protecção de Dados de Portugal (Lei no 67/98 de 26 de Outubro).

Por tudo isto, aceito participar neste estudo, orientado pela Prof^a Doutora Conceição Nogueira e pelo Prof. Doutor Nuno Carneiro, da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, que consiste na resposta a uma entrevista. O estudo está a ser realizado pela aluna de Mestrado Catarina Cunha, que pode ser contactada pelo e-mail investigacaodisfuncaoeretil@gmail.com para esclarecimento de qualquer dúvida que possa existir.

Aceito, também, que as minhas respostas sejam posteriormente utilizadas para publicação científica, juntamente com as de outras participantes no estudo.

Assinaturas

Participante: _____ Data: __ / __ / ____

Investigadora: _____ Data: __ / __ / ____