

DIFICULDADES SEXUAIS EM HOMENS PORTADORES DE HIV/AIDS.

Camila Moraes Marques Gaglia
Mônica Gonçalves de Melo Teixeira⁴

SEXUAL DIFFICULTIES IN MEN CARRIERS OF HIV/AIDS.

•Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade, sob orientação da Pr^f Dr^a. Elaine C. Catão.

RESUMO

A AIDS hoje é uma doença crônica, pesquisas e atenção médicas têm se voltado a desenvolver políticas e tratamentos mais eficazes que permitam maior qualidade de vida aos portadores do vírus. Observamos no trabalho com mulheres soropositivas um discurso constante quanto à dificuldades sexuais em parceiros com diagnóstico de longa data, em tratamento com ARV ou não. Com amostra de 17 homens de orientação assumida heterossexual, portadores de HIV/AIDS atendidos pelo serviço público especializado de saúde em São Paulo, SP, diagnosticados no mínimo há seis meses. Observamos o sentimento de auto-eficácia e grau de desejo sexual diádico e solitário. A amostra não apresentava queixa clínica de disfunções sexuais, observamos que as médias obtidas nos instrumentos aplicados se comparadas as médias obtidas por população clínica com queixas sexuais são muito próximas, sugerindo a presença de disfunções sexuais. Ainda hoje pouco tem se dado à escuta e tratamento das mesmas.

Palavras-Chave: Desejo, Auto-eficácia Sexual, Homens Heterossexuais, HIV/AIDS.

ABSTRACT

Today, AIDS is a chronic illness. Studies and the Medical Society have developed politics and more efficient treatments with the intention of providing a better quality of life to the virus carriers. We notice from the work done with the women seropositive a constant complaint about the sexual difficulties in partners who are long-term diagnosed, even with ARV treatment or not. From a sample of 17 heterosexual men (HIV/AIDS carriers), who have been diagnosed for at least 6 months and attended the specialized public health system in Sao Paulo, SP, we noticed a feeling of self-efficacy and a level of diadic and solitary sexual desire. The sample didn't show clinic complaints about sexual dysfunction. When compared, the average between the samples used and the clinic population with sexual complaints, are very similar, both suggesting the presence of sexual dysfunction. Even today, hardly anything has been done to listening and dealing with them.

Keywords: Desire, Sexual self-efficacy, Heterosexual men, HIV/AIDS.

INTRODUÇÃO: SEXUALIDADE E AIDS NO BRASIL

A síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença que se manifesta após a ação do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Transmitido pelo sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno. O vírus ataca o sistema imunológico, o sujeito fica vulnerável a infecções

⁴ Gaglia, Camila Moraes Marques. Psicóloga e Especialista em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade. Instituto Paulista de Sexualidade – INPASEX, São Paulo.

Teixeira, Mônica Gonçalves de Melo. Psicóloga, Especialista em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade (Instituto Paulista de Sexualidade – INPASEX), Terapeuta Comunitária e membro do GEPIPS – Grupo de Pesquisa em Sexualidade do Instituto Paulista de Sexualidade. Fone:7243 7342. e-mail:beloazul@gmail.com.

Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação em Psicoterapia com Enfoque na Sexualidade, sob orientação da Pr^f Dr^a. Elaine C. Catão.

causadas por agentes de baixa capacidade patogênica. Estas doenças podem variar de uma gripe, a tuberculose, meningite, alguns tipos de câncer, entre outras. (www.aids.gov.br).

De acordo com Brito, Castilho, Szwarcwala, (2001) a epidemia do HIV em diferentes populações no mundo, não depende do comportamento apenas de uma pessoa ou de um grupo. Szwarcwald e cols (2000) ressaltam que mediante a desigualdade brasileira, a epidemia antes restrita a população de maioria masculina com práticas sexuais homossexuais e indivíduos hemofílicos, vem sofrendo uma mudança significativa num processo de crescimento no contágio heterossexual, atingindo em especial as mulheres. Atualmente se fala em contextos de vulnerabilidade que viabilizam a epidemia.

Segundo Schraiber, Gomes e Couto (2005) com o crescimento da infecção entre mulheres, a epidemia que antes conhecida como “peste gay” toma novos rumos e inicia a discussão da conjugalidade-afetividade nas relações, os estudos se voltam para como trabalhar a prevenção à infecção por HIV entre casais heterossexuais numa cultura de fidelidade.

Estudos sobre as negociações do uso de preservativos entre casais apontaram à necessidade de outras discussões e a principal delas: questões de gênero. Para Paschoalick, Lacerda e Centa (2006) a anatomia define o sexo do sujeito, enquanto gênero é uma construção social que difere entre as culturas, trata-se dos comportamentos esperados de homens e mulheres.

Um dos fatores associados ao crescente número de infecção por HIV/AIDS via relacionamentos heterossexuais é o mito da fidelidade. A fidelidade sob a ótica do gênero masculino torna natural para estes ter outras parceiras sexuais (Silva, 2002). Heilborn (2004) concorda que as mulheres são percebidas por ambos os gêneros como incapazes de separar sexo e afeto, sendo o contrário com os homens, que são percebidos também com maior impulso sexual, essa necessidade de sexo seria natural e dificilmente controlável, o que justifica os relacionamentos extraconjugais e então o uso de preservativos.

Em culturas onde a preocupação com a saúde e prevenção as DSTs por parte das mulheres tem significado de desconfiança e/ou traição, resultam em que as mulheres mesmo desconfiando que o marido tenha HIV ou sabendo de relações extraconjugais do mesmo não solicitem o uso do preservativo. As pesquisas creditam o uso do preservativo à possibilidade de comunicação direta entre o casal.

(<http://www.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=12837&ReturnCatID=499>).

Guerreiro, Ayres e Hearst (2002) afirmam que aspectos relativos ao gênero masculino tornam o homem vulnerável à infecção por HIV/AIDS. As representações da masculinidade no Brasil são um dado cultural que muito contribuiu e contribui para o patamar em que se encontra a epidemia no país.

A infecção pelo HIV uma vez diagnosticada instaura uma crise, muitas pessoas vivenciarão um período conturbado buscando em si novos mecanismos e comportamentos para lidar com os sentimentos de “Culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação frente à aceitação do diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão e discriminação, perda do desejo sexual, dificuldade do uso da camisinha, diminuição da atividade sexual” (Freitas e cols., 2002, p.71).

É comum o relato de disfunções sexuais no período de crise ante o diagnóstico de HIV, outras pesquisas afirmam instalada adaptação, seja com comportamentos de auto-cuidado e responsabilidade seja de rejeição a tratamentos e negação da doença, pessoas infectadas pelo HIV podem ser particularmente sujeitas a algum tipo de disfunção sexual. A inibição do desejo pode desencadear outros problemas como ansiedade e depressão tendo impacto direto na qualidade de vida e auto-estima. O HIV pode causar disfunção erétil por danos causados nos nervos do pênis (neuropatia autonômica), mesmo as medicações antiretrovirais (ARV) podem provocar dormência na área genital dificultando a ereção. (<http://www.aidsmap.com/pt/docs/4FF0A1A0-FE4A-4A44-9DEA-E9CDAF1985A5.asp>).

Segundo estudo europeu realizado com homens HIV positivo com quadro clínico estável, 51% apresentavam disfunção erétil, 30% diminuição do desejo, 22% problemas orgásticos e 46% relataram insatisfação sexual. O medo de infectar a parceria, o uso de ARV e de preservativos

aparecem como principais obstáculos à satisfação sexual. A disfunção erétil é apontada como um problema comum entre homens HIV positivo na Europa, mas segundo os autores a disfunção em nada tem a ver com o uso de ARV nessa população.

(http://www.hiv.org.br/internas_materia.asp?cod_secao=plantaio&cod_materia=1470).

Segundo Nogueira (2001) a disfunção não está vinculada diretamente ao uso de ARV, mas o significado dado a ela, o anti-retroviral simboliza: o medo, a culpa, a raiva pela infecção e a possibilidade de infectar o outro.

Lallemand e cols. (2002) encontraram em sua pesquisa alta porcentagem (71%) de disfunções sexuais (disfunções de desejo, erétil, orgástica e ejaculatória) na amostra estudada (pacientes ambulatoriais, homossexuais e bissexuais). Apresentaram relatos de disfunções sexuais anteriores a infecção por HIV em 18% da amostra, e anteriores a terapêutica com ARV em 32,4%. Os autores apontam à necessidade de estudos que venham a especificar quais grupos de ARV causam disfunções sexuais ou se a disfunção se deve a um conjunto de fatores. Apontam ainda a importância de observar e tratar as disfunções como acontece com as infecções oportunistas a pessoa infectada pelo HIV. (<http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=182g>, pag189).

As disfunções sexuais podem ter etiologia orgânica ou emocional, excluídas as causas orgânicas. Elas podem ser primárias, isto é, ocorrem desde o início da vida sexual do indivíduo, geralmente desenvolvidas a partir do aprendizado da sexualidade, ou secundárias, aquelas que ocorrem a partir de determinado momento ou episódio da vida do indivíduo (Inpases, 2001).

Em atendimentos psicossociais mulheres soropositivas trazem um discurso constante quanto à dificuldades sexuais em parceiros também soropositivos. A infecção por HIV é uma doença diretamente ligada à sexualidade, a relação sexual ainda é uma das maiores vias de transmissão, por este motivo acreditamos ser importante este tema de pesquisa.

OBJETIVOS

Descrever dificuldades sexuais em homens com orientação assumida heterossexual, portadores de HIV/AIDS atendidos pelo Centro de Referência em DST/AIDS de Santo Amaro (São Paulo, SP) cujo diagnóstico foi realizado no mínimo há seis meses. Observando o sentimento de auto-eficácia sexual e grau de desejo sexual diádico e solitário.

MÉTODO

Para este estudo foram utilizados quatro (04) instrumentos, todos têm validação nacional e são de larga utilização para diagnóstico clínico, a saber: Questionário de Caracterização da Amostra; Inventário de Desejo (Rodrigues Jr., 1999); Escala de Auto-Eficácia Sexual forma E (Rodrigues Jr., 1999); Inventário Ejaculação Rápida (Rodrigues Jr, 1999) do qual utilizamos apenas algumas questões (nº 05, 13, 32 e 37).

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP SMSSP), sendo aprovado. Fez-se visita ao serviço de atendimento especializado em DST/AIDS de Santo Amaro. A proposta foi apresentada aos profissionais do serviço, sendo solicitada autorização e colaboração dos mesmos, auxiliando na identificação e convite aos sujeitos observando os critérios de inclusão.

Todos os sujeitos receberam orientação quanto aos objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. Os sujeitos responderam aos questionários individualmente, por vezes se reportaram as pesquisadoras para sanar alguma dúvida. A pesquisa de campo ocorreu entre agosto e outubro de 2008 .

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 17 sujeitos do sexo masculino, com orientação sexual assumida heterossexual. Com idade mínima de 27 e máxima de 60 anos, média de 38,59 e DP 8,493.

Com relação à escolaridade da população pesquisada foi obtido: 18% Ensino Fundamental Incompleto, 24% Ensino Fundamental Completo, 18% Ensino Médio Incompleto, 28% Ensino Médio Completo e 12% Ensino Superior Completo. Quanto ao estado civil da população pesquisada observamos que 65 % dos sujeitos estão solteiros e 35% estão casados.

O tempo de diagnóstico da população pesquisada foi: 06% com 06 meses de diagnóstico, 12% com 01 ano de diagnóstico, 18% com 02 anos de diagnóstico, 46% com mais de 05 anos de diagnóstico e 18% com mais de 10 anos de diagnóstico.

Os dados coletados junto à amostra em questão são apresentados de acordo com os instrumentos aplicados.

Inventário de Desejo Sexual (IDS), (Anexo I)

Em relação à pontuação para o desejo Diádico obtemos mínima de 16 pontos e máxima de 60 pontos, com Média de 44,06 e DP de 12,75. Para o desejo Solitário obtemos mínimo de 0 pontos e máxima de 17 pontos, com Média de 9,35 e DP de 5,74. O escore total do IDS foi de pontuação mínima de 18 pontos e máxima de 71 pontos, sendo a Média 53,41 e DP 15,03.

Segundo Robert (2008) para pacientes homens atendidos em clínica particular especializada em Terapia Sexual e com queixas sexuais (disfunção erétil e ejaculação rápida) a Média total do IDS foi de 50,48 pontos, para desejo Diádico foi 41,25 pontos e para desejo Solitário 9,31 pontos. As médias da amostra desta pesquisa demonstram grau de desejo próximo ao da população clínica com queixas sexuais.

Freitas, Gir e Rodrigues (2000) observaram em sua pesquisa com mulheres HIV+, que o desejo sexual é muito afetado quando do diagnóstico. Apontam que ao longo de um período o desejo e satisfação sexual continuam prejudicados, desenvolvendo até mesmo abstinência sexual. O preconceito e discriminação tidos como principais fatores que causam problemas e/ou dificultam a formação de vínculos.

Um dos sujeitos que apontou diminuição de desejo explicou ter sido após o diagnóstico de positivo para HIV. Outro considerou ter acontecido baixa de desejo nos primeiros meses após o diagnóstico, voltando ao normal depois de um período, segundo este na época não teria conseguido participar deste estudo. Dado que corrobora com a literatura. (Freitas e cols, 2002).

Na literatura encontramos alguns fatores ansiógenos que podem estar presentes para homens portadores de HIV/AIDS: culpa, medo de infectar o outro, uma vez que para o homem o “desejo é incontrolável”, dificuldade com o uso do preservativo, discriminação e preconceito (Guerreiro, Ayres e Hearst, 2002).

Escala de Auto Eficácia (Anexo II)

O inventário de Auto Eficácia tem como objetivo mensurar a existência de problemas sexuais masculinos, utilizando – se do conceito de auto - eficácia. Que consiste na capacidade do indivíduo de organizar habilidades cognitivas, sociais, e comportamentais e dirigi-las para um determinado propósito. As crenças de uma pessoa sobre sua capacidade de realizar algo contribuem tanto para o aumento da motivação quanto para estratégias adequadas para a solução de problemas (Bandura, 1997, citado por Rodrigues Jr. e cols., 2008).

A Escala de Auto-Eficácia Sexual (Forma E) aborda quatro aspectos da relação sexual, Desejo, Excitação, Orgasmo e desempenho Sexual. Segundo Rodrigues Jr., (1995), quando a pontuação é superior a 80 significa que o comportamento é sexualmente apropriado, entre 50 a 80 pontos demonstra uma baixa confiança na realização do comportamento e abaixo de 50 pontos demonstra problemas no comportamento sexual, podendo estar associado a uma possível disfunção.

Em nossa amostra observamos quanto ao desejo sexual, que estes homens pontuam em média 62,50, podemos dizer que os sujeitos sentem desejo sexual, mas o mesmo é baixo, próximo da zona limítrofe de uma disfunção de desejo propriamente dita.

Em relação à excitação sexual a média é 63,10, o que indica também uma baixa excitação. Quanto ao orgasmo pontuaram 48,04, indicando que estes homens apresentam dificuldade em sentir orgasmo, podendo indicar ainda uma possível disfunção. Quanto ao desempenho os mesmos pontuaram 59,49, significando um baixo desempenho. A média geral de eficácia sexual foi 59,49 demonstrando uma baixa confiança na realização do comportamento sexual.

Rodrigues Jr. e cols. (2008), no estudo de validação do instrumento citado, observaram em sua amostra de 138 pacientes homens atendidos em clínica particular especializada em Terapia Sexual, com queixas sexuais (disfunção erétil, ejaculação rápida), a média foi 55.1 pontos e DP 20.3. Ao realizarmos o teste t entre a amostra estudada por Rodrigues Jr. e cols. (2008) e a da presente pesquisa observamos não haver diferenças estatisticamente significantes ao nível de 0,05 ($t=0,7998$; $gI=153$; $p=42,51\%$).

Questões do Inventário Ejaculação Rápida (EP II), (Anexo III)

Observamos que 58,82% não ficam nervosos ou preocupados, 17,65% ficam nervosos sempre, 11,75% tem medo de não conseguir, de fracassar, 5,88% ficam nervosos a depender da parceria, 5,88% ficam nervosos somente se estiverem em algum lugar que comprometa, ou tenha que ser rápido devido as circunstancias, 5,88% ficam nervosos por ficarem excitado demais, 5,88% ficam preocupados diante de possibilidade de engravidar sua parceira. A ansiedade quanto ao desempenho é sempre presente em situações de disfunções sexuais, 41,18% dos sujeitos apontam algum tipo de ansiedade.

Em relação à percepção e sentimentos dos sujeitos quanto a masturbação temos: 43,75% afirmam ser bom e não ter sentimentos de culpa; 25% acreditam ser bom, mas que não deveria fazê-lo; 12,50% sentem-se culpados; 12,50% não se masturbam porque são casados e acreditam não precisar disso e 6,25% acham bom, mas “é pecado”.

A média de idade em que os sujeitos começaram a se masturbar é de 12,6 anos, obtemos mínimo de 07 anos e máximo de 18 anos. Para 56,35% da amostra a masturbação é associada a algum sentimento negativo. Tal dado é também observado na baixa pontuação para desejo solitário com Média de 9,35, Rodrigues Jr. (1995) aponta o comportamento masturbatório não apenas como possibilidade de satisfação sexual, mas também de aprendizado do próprio corpo, melhorando a auto-estima e auto-eficácia, sentimentos necessários a uma maior qualidade de vida.

Cerca de 35,29% não acreditam que haja alguma coisa que esteja interferindo no relacionamento sexual; 23,53% acreditam que tem trabalhado demais e isso está interferindo; 23,53% afirmam estarem se sentido muito cansados ultimamente; 11,76% acreditam que uma doença esteja interferindo; 11,76% afirmam que a preocupação com o ato sexual esteja interferindo e impedindo que seja satisfatória, as vezes acreditam que não vão conseguir; 5,88% acreditam que deve haver algo mas não sabem dizer o que e 5,88% acreditam que haja algum problema psicológico(emocional). Observamos que 74,71% dos sujeitos acreditam que algo interfere em sua vida sexual impedindo-a de ser satisfatória, demonstram algum grau de insatisfação.

CONCLUSÃO

A população pesquisada não apresentava queixa clinica quanto a disfunções sexuais, ainda assim observamos que no geral as médias obtidas nos instrumentos aplicados se comparadas as médias obtidas por população clinica com queixas sexuais, são muito próximas. A semelhança nos dados observados nos faz refletir quanto a possibilidade de existência de disfunções sexuais na amostra pesquisada, mas não nos permite afirmá-lo, assim como avaliar serem disfunções primárias ou secundárias, para tanto se faria necessária nova pesquisa com outro delineamento.

Observamos ainda que a cultura relativa a vivência do sexo e do contato com o corpo contribuem em muito com a situação observada, uma vez que não abre aos sujeitos novas possibilidades de vivenciarem o prazer e o sexo de modo a se adaptarem a situação que trás muitos fatores ansiógenos apontados pela literatura.

A qualidade de vida para pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda é um tema pouco discutido e trabalhado, em especial para população masculina assumidamente heterossexual, historicamente dominante e supostamente “forte”, população que menos busca pelos serviços de saúde e para a qual o atendimento dos serviços existentes estão menos preparados. Acreditamos que esta é uma demanda que precisa ser observada e ouvida de modo indireto, pois a queixa direta em nossa cultura dificilmente é expressa, mas para tanto se faz necessária abertura da saúde pública e dos profissionais ao tema.

Acreditamos que tal estudo poderá colaborar para a pesquisa e posterior desenvolvimento de programas que visem trabalhar a qualidade de vida de homens soropositivos com especial enfoque na questão da vivência de uma sexualidade saudável.

Referências Bibliográficas:

Alves, M.F.P. (2003) Sexualidade e prevenção de DST/AIDS, representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. vol.19. Suppl2. RJ.

Aquino, E.M.L. (2005) Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.10, nº 1. RJ.

Boletim Epidemiológico DST/AIDS (2007)- Ano 4, n1 julho a dezembro de 2006/jan a junho de 2007, Programa Nacional de DST/AIDS. <http://www.aids.gov.br/>.

Braz, M. (2005 jan/mar) A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Vol.10. nº1. RJ.

Brito, A.M., Castilho, E.A e Szwarcwald, C.L (2001 març/abr) “Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada”. Fonte Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol 34, n 2, Uberaba. <http://scielosp.org>.

Companhia de Internet Bibliomed. Preservations: reduzindo as barreiras: 03 Comportamento Sexuale e Preservations. Population Reports. série H-nº9. (Population Reports is published by the Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health), 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012. USA.

"<http://www.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=12837&ReturnCatID=499>". recuperado em 23.03.08.

Dias, A.P.V. (tradutora) Disfunção Sexual – Tradução Ana Paula Veloso Dias. NAM's website." <http://www.aidsmap.com/pt/docs/4FF0A1A0-FE4A-4A44-9DEA-E9CDAF1985A5.asp>", recuperado em 23.03.08.

Freitas, M.R.Gir, E. Furegato, A.R.F. (2002/jan) Sexualidade do Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): Um estudo com base na Teoria da crise.. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.10. nº1, Ribeirão Preto, SP.

Freitas, M.R.I, Gir, E. e Rodrigues, A.R.F. (2000) Dificuldade Sexual Vivenciada por Mulheres em Crise de HIV-1. Rev.Latino-Americana de Enfermagem, Vol.8, no 3. Ribeirão Preto, SP.

Guerreiro, I. Ayres, J.R.C.M. e Hearst, N.(NEPAIDS) (2002/ago) Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. Revista de Saúde Pública. vol.36. nº4. SP.

Heilborn, M.L. org (2004) Família e Sexualidade. 1ªed. ed. FGV. RJ.

Inpases - Instituto Paulista de Sexualidade, org. (2001) Aprimorando a Saúde Sexual: manual de técnicas para terapia sexual. Summus. São Paulo.SP.

Lallemanda, L., Linard, F., Giami, A. e Rozembaum, W. (2002) Disfunção Sexual em 156 homens Soropositivos em Ambulatório “sob terapêutica antiretroviral altamente eficaz com e sem inibidores de protease”. Journal of AIDS. vol.30p; nº1; P.187-190. <http://www.aidsportugal.com/article.php?sid=1826>.

Leal, A.F. e Knauth, D.R. (2006/jul) A relação sexual como uma técnica corporal representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. Cadernos de Saúde Pública. Vol.22. nº7. RJ.

Levin, J. (1985) Estatística aplicada a ciências humanas. Harper & Row do Brasil. SP.

Mayer, D.E., Santos, L.H.S., Oliveira, D.L. e Wilhelms, D.M. (2004/mai-ago) “Mulher sem vergonha” e “Homem traidor responsável”: Problematizando representações de gênero em anúncios

televisivos e oficinas de prevenção ao HIV/AIDS. Revista de Estudos Feministas. Vol/ano 12. n° 02. Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ.

Mayr, C, e Bredeek, V.F. Disfunção Sexual e HIV/SIDA.

http://hivmedicine.aidsportugal.com/29_SexDys.php.

Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/AIDS, <http://www.aids.gov.br/>. acesso 13/02/08.

Nogueira, F.J. (2001) Disfunção Erétil em homossexuais portadores de HIV/AIDS após o uso dos anti-retrovirais inibidores de protease – Uma contribuição à Psicologia da Saúde. Mestrado UNIGuarulhos. SP.

Paschoalick, R.C., Lacerda, M.R. e Centa, M.L. (2006) Gênero Masculino e Saúde. Revista Cogitare Enfermagem, v11- n.1. Curitiba, PR.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação do Desenvolvimento da Gestão Centralizada. DST/AIDS.(2007) V Inventário de Pesquisas e Estudos em DST e AIDS. São Paulo. SP.

Robert, F. (2008) Ansiedade, Depressão e Desejo: avaliação psicológica em terapia sexual. Apresentação no XIV Congresso Latinoamericano de sexologia y educaciòn sexual. Guaiakil, Equador. Resumos.

Rodrigues Jr. e. cols (2008) Escala de Autoeficacia Sexual-Función Erétil (Versión E): Estudio de Validación Clínica em Brasil. Grupo de Estudios y Pesquisas Del INPASEX. Revista Peruana de Psicometria1. Peru.

Rodrigues, Jr. I. M. (1999/jan-jun) Inventário de Sexualidade – uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. Revista Terapia Sexual: Clínica –Pesquisa e Aspectos Psicossociais, vol. 1(2). Ed. Iglu. SP.

Scarpante Brasil, L., Emi-Mitsui, R., Pereira, A.M.B. e Alves, R.N. (2000) Mudanças no comportamento sexual dos adolescentes decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. Revista Análise Psicológica, 4(XVIII): 465-483.

Schraiber, L.B., Gomes, R. e Couto, M.T. (2005) Homens e Saúde na pauta da Saúde Coletiva. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.10. n°1. RJ.

Silva, C.G.M. (2002/ago) O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. Revista de Saúde Pública.vol.36.n°4.

Szwarcwald, C.L., Bastos F. I., Esteves, M.A.P. e Andrade, C.L.T.(2000) “A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial”. Fonte: Caderno de Saúde Pública. vol 16. RJ. <http://scielosp.org>.

Vitória, M. Estudo Europeu avalia a prevalência e fatores associados com disfunção sexual em homens HIV+. Sociedade Viva Cazuza.

(http://www.hiv.org.br/internas_materia.asp?cod_secao=plantaio&cod_materia=1470. recuperado em 23.03.08.

ANEXO I

Na Tabela 01 observamos a Média dos Escores do Inventário de Desejo Sexual (IDS).

Tabela 01. Média dos Escores do Inventário de Desejo Sexual (IDS).

	N	Mín	Max	M	DP
Escore Desejo Diádico*	17	16	60	44,06	12,75
Escore Desejo Solitário*	17	0	17	9,35	5,74
Escore IDS-Total	17	18	71	53,41	15,03

ANEXO II

Na Tabela 02 observamos a Média e Desvio Padrão dos componentes da Escala de Auto-Eficácia Sexual (Forma E).

Tabela 02. Média e Desvio Padrão da Escala de Auto-Eficácia Sexual (Forma E).

	M	DP
Média dos itens Desejo	62,50	35,59
Média dos itens Excitação	63,18	32,14
Média dos itens Orgasmo	48,04	33,31
Média dos itens Desempenho Sexual	59,58	31,69
Média do Escore Total	59,49	29,47
Total	16	100%

Figura 01.

Distribuição percentual quanto a nervosismo, ansiedade e/ou preocupação ante o ato sexual.

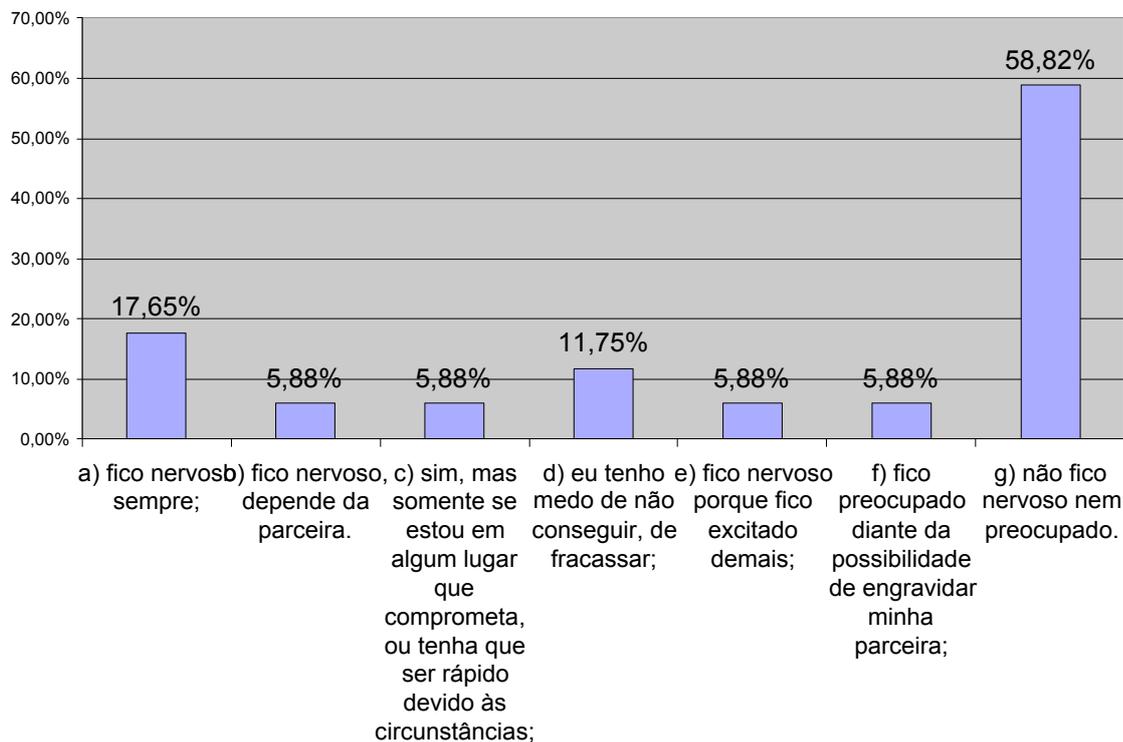


Figura 2.

Distribuição percentual quanto aos sentimentos referentes à masturbação.

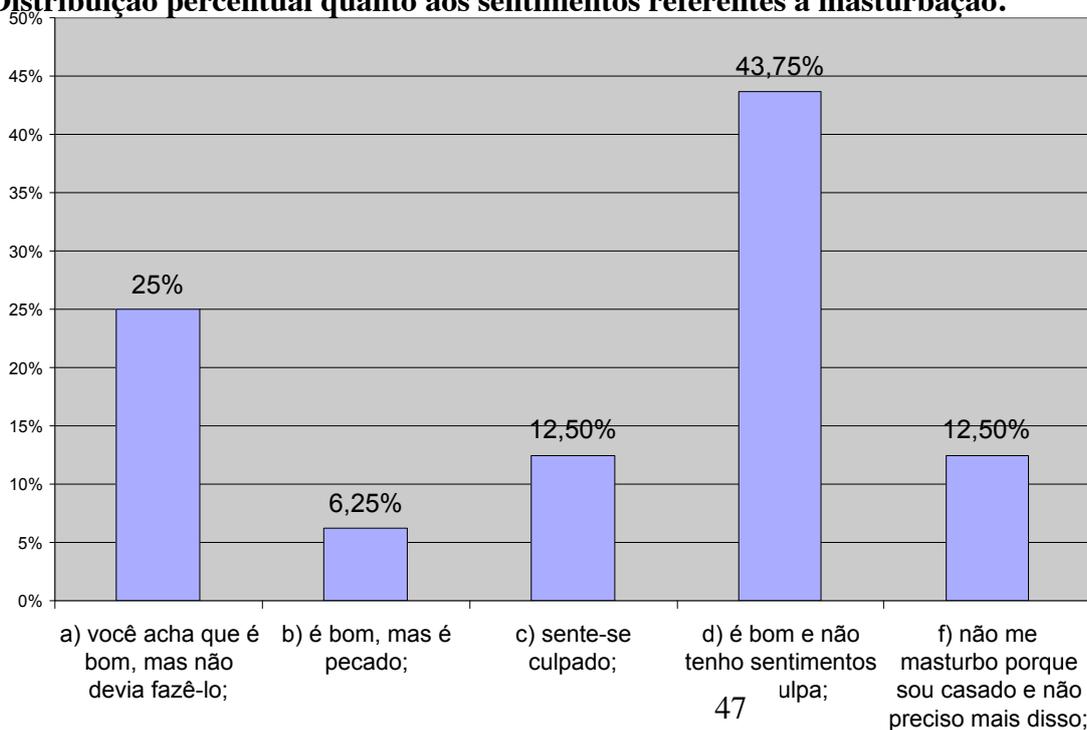


Figura 03. Distribuição percentual quanto a fatores que interferem na vida sexual.

