

# Disfunção Eretiva: avaliação psicológica - Modelo em abordagem multidisciplinar\* **4**

---

Oswaldo M. Rodrigues Jr.<sup>1</sup>

## RESUMO

O psicodiagnóstico pode ser efetuado através de várias abordagens práticas e guiado por várias tendências teóricas dentro da psicologia.

Quando se trata de disfunções sexuais, as abordagens teórica e técnica utilizadas com maior sucesso são as comportamentais, que receberam o nome de Terapia Sexual desde as décadas de 60 e 70.

Para o psicodiagnóstico da disfunção eretiva em conjunto com a abordagem organicista médica, foi necessário desenvolver um modelo específico. A utilização de uma entrevista psicológica estruturada de 50 minutos, testes psicológicos e a convocação da parceira sexual conduzem, com certeza, a um diagnóstico psicológico, porém, não diferencial, mas que, como parte de uma série de avaliações multidisciplinares, torna-se necessário e extremamente adequado. A proposta inclui sistematização técnica e utilização do menor tempo possível para apresentação de conclusões psicodiagnósticas para comparação com as avaliações orgânicas da disfunção eretiva.

---

\* Modelo utilizado junto ao Instituto H. Ellis, desenvolvido pelo autor para o trabalho conjunto à equipe médica.

1. Psicólogo Clínico e Terapeuta Sexual associado ao Instituto H. Ellis.  
Recebido em 05.10.94

## ABSTRACT

Psychological diagnosis can be conducted using several methods and techniques. For sexual dysfunctions the specific approach is behavior for Therapy, under the name of Sex Therapy since the 60's.

For male sexual eretile dysfunction, along organic evaluation, we developed a special model of psychodiagnosis. When utilizing psychological evaluation which consists of a structured psychological 50 minutes interview, psychological testing, and with the cooperation of the sexual partners, we are able to complete a successfully psychological diagnosis. The psychodiagnosis is not a differential one, but rather incorporates a multidisciplinary approach and its therefore necessary and adequate. We propose a technique sistematization using as less time as possible to conclude around the same time as organic evaluation for erectile dysfunction.

## INTRODUÇÃO

O trabalho específico com a sexualidade despontado no final do século passado, desenvolveu-se no século XX, culminando em abordagens comportamentais desde a década de 50. Iniciado com publicações de Havelock Ellis, em 1893, culminou com desenvolvimento de técnicas comportamentais na década de 50 e estudos de fisiologia sexual de William Masters e Virginia Johnson na década de 60. Ainda existe falta de psicoterapeutas especializados na abordagem da sexualidade para auxiliar as pessoas a superar os problemas sexuais. Ainda temos poucos psicólogos voltados para este campo, e praticamente nada de reforçamento na graduação do psicólogo para atentar direcionadamente a esta área, fazendo com que o psicólogo não assuma este campo (35, 38, 39, 42).

A disfunção eretiva tem sido a queixa sexual masculina de maior prevalência em consultórios, Enquanto disfunção eretiva, podemos defini-la enquanto dificuldade parcial ou total pura obter e/ou manter a ereção peniana, com rigidez suficiente para o coito satisfatório (33, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 56, 58, 59, 60, 61). Usualmente lê-se "impotência" significando disfunção eretiva. O termo "impotência" tem sido utilizado principalmente em meios médicos. Disfunção erétil ou cretiva tem sido a frase preferida por profissionais de formação em psicologia, o que conduz a descaracterização do homem com suas dificuldades sexuais enquanto "doença".

Os urologistas em seus simpósios e congressos, ao discorrerem sobre disfunção eretiva e reconhecendo a necessidade de abordagem psicológica sempre se queixam da falta de abordagem direcionada por parte dos psicoterapeutas. Queixam-se de encaminharem o paciente para uma

avaliação, e ficarem sem resposta por cerca de 4 ou 6 meses. Queixam-se de penderem o paciente e se este retorna, o faz reclamando que o psicoterapeuta não atentou para sua dificuldade específica. Assim questionam e desdenham da abordagem psicológica do paciente com disfunção erétil, necessitando o profissional da área psicológica esforçar-se para se coadunar na abordagem do paciente com problema erétil (35, 36, 41).

O modelo para uma abordagem psicológica diagnóstica em curto espaço de tempo surgiu da necessidade de uma avaliação multidisciplinar das disfunções sexuais. Esta é a forma única de trabalharmos em conjunto com a área médica.

O modelo psicológico aprendido atualmente em faculdades de psicologia no Brasil conduz os psicólogos a tentarem uma atuação psicanalítica ou negligenciarem os instrumentos psicológicos a eles exclusivos, tais quais os testes psicológicos. De uma atuação através da técnica psicanalítica, o psicólogo tenta desenvolver um contato terapêutico centrado em si mesmo e não nas necessidades ou requisições daquele indivíduo que o procura, para a solução de um problema específico. A solução de um problema sexual precisa ser delineada com certa margem de segurança num curto espaço de tempo, devendo compreender concomitantemente a pesquisas de possíveis causas orgânicas e a das causas psicológicas em potencial. Desta forma evita-se também o empurrar-se o paciente para um diagnóstico por exclusão, o que o conduz ao descredito quanto ao possível tratamento.

A pesquisa de possíveis causas orgânicas para disfunções erétils faz-se em poucos dias, ou mesmo em poucas horas (57), compreendendo uma anamnese da queixa (15) com a identificação do problema (14, 33) e exames físicos; níveis sanguíneos de prolactina, FSH, LH, testosterona e glicose; estudo hemodinâmico do corpo cavernoso (30); cavernosometria de gravidade (28, 29), eletromiografia com avaliação dos potenciais evocados (10) e avaliação vascular (27) acrescida da utilização de ultrassom dúplex.

E a pesquisa de possíveis causas psicológicas para a disfunção erétil? Como deveria ser proposta, considerando-se não se ter semanas ou meses para essa finalidade?

A solicitação da equipe médica, do urologista que atende ao paciente impotente é de uma conclusão psicodiagnóstica de um dia para o outro. Ressentem-se os médicos de não poderem obter resultados de profissionais psicológicos a tempo de não perderem o paciente com sua ansiedade de alcançar um tratamento em curto espaço e tempo.

Há duas fontes, a priori, que devem servir ao psicólogo na pesquisa de fatores psicológicos causadores de disfunções erétils: a entrevista psicológica estruturada e os testes psicológicos (14, 15).

## A ENTREVISTA PSICOLÓGICA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Objetivando manter o foco das atenções nas questões sexuais e suas causas psicológicas, e em tempo menor possível, não se pode propor uma entrevista aberta e/ou sem parâmetros definidos ou sem direcionamento do psicólogo. Assim somente podemos propor uma entrevista psicológica estruturada e focalizada na sexualidade.

A entrevista psicológica estruturada diferencia-se de qualquer outra por estar determinada por um objetivo, neste caso a pesquisa referente às disfunções sexuais. Deve ser então diretiva e orientada por teorias e fatos concernentes ao desenvolvimento de uma sexualidade sadia e satisfatória (13).

Em nosso caso, desenvolvemos e estruturamos a entrevista psicológica através das causas para disfunções sexuais delineadas por Kaplan (12, 13) pesquisamos, então, durante uma entrevista de duração de 40 a 50 minutos, os seguintes pontos junto ao paciente:

- a) desenvolvimento psicosssexual na infância e adolescência: existência e integração de atividades e jogos ligados à sexualidade, curiosidade sexual, liberdade para a expressão da sexualidade no ambiente familiar e fora dele;
- b) a atividade masturbatória na adolescência e na vida atual, especificamente quanto à motivação e existência de sentimentos negativos e culpa relacionados a esta prática utilização de fantasias sexuais (associadas a experiências anteriores ou variações e inovações);
- c) desenvolvimento afetivo-social adolescente (namoro: extensão, aprofundamento afetivo, importância e ocorrência de intimidades e existência de relações sexuais);
- d) iniciação sexual: adequação, vivência positiva e integração das primeiras relações sexuais; ocorrência de disfunções sexuais;
- e) casamento: histórico de adequação conjugal e sexual, especialmente no período imediatamente anterior ao aparecimento da disfunção e atualmente; convivência com outras pessoas na casa, em especial parentes; modos através dos quais o casal conduz orientação dos filhos e a intromissão destes na intimidade do casal; hierarquia e relacionamento de gênero no casal;
- f) fases sexuais, segundo o conceito trifásico de Kaplan (13), na pesquisa de disfunções e problemas da sexualidade (60, 61):
  - desejo sexual: manutenção e adequação no casal; diminuição ou aumento do desejo; desvio de objeto (homossexualidade); parafilias (34); associação com problemas nas outras fases sexuais (43 );

- excitação; estimulação sexual adequada e suficiente (visual, tátil e fantasiosa), sentimentos e reações quanto à disfunção, formação de ansiedade de desempenho ou as possíveis decorrências do ato sexual (gravidez e contração de doenças sexualmente transmissíveis) (45), antecipação do fracasso e a correta configuração da disfunção eretiva (59, 60, 61);
- orgasmo: controle adequado da ejaculação, diminuição ou ausência da sensação orgásmica, ocorrência destes estados associados a disfunções de outras fases (49, 53); ocorrência de problemas desta fase nas outras duas e a importância do descontrole ou inibição ejaculatória na disfunção eretiva, seja como causadoras, seja como resultado (49);
- g) atividade profissional: satisfação quanto ao tipo e quantidade de atividade e adequação financeira;
- h) atividades de lazer, hobbies e atividades físicas e esportivas ,enquanto alívio de estresse e ansiedade cotidianas;
- i) autopercepção emocional: como o paciente se percebe emocional e afetivamente, comparando-se com os dados objetivos presentes na entrevista; outros dados relacionados à tendência para a ação e de personalidade (a exemplo de Rodrigues Jr. - 37);
- j) psicoterapias anteriores do paciente e de familiares e como encara a possibilidade de ser tratado assim.

A entrevista psicológica é prevista para ser executada no prazo de cerca de 50 minutos, o equivalente ao tempo de uma sessão de psicoterapia. Na necessidade de se fazer uma segunda entrevista, esta deverá ocorrer, porém o modelo aqui apresentado implica em não necessitar desta entrevista complementar. No modelo multidisciplinar, esta entrevista é *complementar* à anamnese da queixa erétil, a qual deve incluir vários aspectos objetivos relacionados à ereção em múltiplas ocasiões (a exemplo da objetivação da percepção da ereção pelo paciente - 33).

O anexo 1 apresenta o roteiro para a entrevista psicológica masculina, onde se fazem as anotações sobre a vida sexual do paciente. O anotar pode ser feito durante a entrevista ou após ela ter sido efetuada, a decisão depende do psieoterapeuta que proceder à entrevista.

Estes dados objetivos poderiam ser colhidos através de questionários especiais, a exemplo dos desenvolvidos por Mc Hugh (19, 20, 21), Pion (26), Amion (1, 2) e Lo Piccolo e Steger (17). Porém, não nos interessam apenas os dados objetivos, mas a impressão pessoal elaborável pelo psicólogo ,favorecendo a validação de dados obtidos do paciente em questão, o ser humano, a percepção das atitudes, envolvimento e modo de relacionamento interpessoal (por exemplo através das reações aos questionamentos).

Junto à equipe multidisciplinar é apresentado um relatório sobre questões psicológicas associáveis à causas da disfunção erétil e as mantenedoras, acrescido de opiniões do psicólogo sobre a possibilidade de tratamento e em que tipo de abordagem técnica.

Uma entrevista complementar deverá ser efetuada com a parceira sexual usual. Como nem sempre a parceira se apresenta para a fase diagnóstica, esta é uma possibilidade, porém não é ocorrência comum. Deve-se solicitar a presença da parceira sexual já na entrevista de anamnese, em nosso modelo muitas vezes efetuada pelo médico organicista (urologista ou cirurgião vascular especializados em diagnóstico e tratamento da disfunção erétil). A entrevista com a parceira sexual segue os mesmos esquemas da masculina, embora adequada à realidade feminina e à busca de possíveis problemas sexuais femininos (padrão Kaplan, 13).

Os dados obtidos com a entrevista feminina são comparados com os da entrevista masculina em busca de contradições. Estas conclusões participam do relatório para discussão conjunta aos resultados dos exames orgânicos. Deve-se enfatizar a existência de disfunções sexuais, tanto do ponto de vista de complementariedade à disfunção erétil (a exemplo de inibição total ou acentuada do desejo sexual ou vaginismo), quando de desvalorização da solução da disfunção erétil. A situação de disfunções sexuais femininas deve contribuir para o planejamento do tratamento e para o prognóstico deste mesmo tratamento. Atente-se para a disponibilidade da parceira em participar do tratamento das disfunções erétil, pois sabe-se que os resultados são obtidos em menor prazo quando a parceira encontra-se presente na psicoterapia (22).

## **OS TESTES PSICOLÓGICOS NO DIAGNÓSTICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Quanto à utilização dos testes psicológicos, orientamo-nos para a existência ou não de características particulares de personalidade ligadas à psicopatologia e traços comprometedores da sexualidade.

Devemos apontar para a indevida e inadequada utilização dos testes psicológicos, primeiramente por serem os resultados dos testes psicológicos tomados puros, sem a devida associação a uma entrevista, considerando a pessoa que o respondeu, não supervalorizando a psicopatologia possivelmente presente. Em segundo lugar, observe-se a legalidade da utilização de testes psicológicos apenas por psicólogos que recebem formação para essa finalidade (infelizmente um exemplo é citado em Netto Jr. -25 -e outro em Claro e Lima - 6).

Os testes utilizados são os seguintes:

- a) CPS (Comrey Personality Scale) - utilizado desde 1973 junto à população brasileira, é um teste fácil de corrigir, possui várias formas de detectar falseamento de respostas do examinando, suas 180 afirmativas não chegam a cansar o examinando, sendo os resultados bastante úteis para delinear a personalidade do paciente (7); tem sido usado desde 1993 para avaliação de personalidade do homens com queixas eréteis (35);
- b) TAT (Teste de Apercepção Temática de Murray) (23, 24, 63) - Teste projetivo visando avaliar a personalidade em determinados aspectos, fornecendo informações sobre; como o indivíduo lidaria com certos conteúdos significativos em determinadas situações, neste caso conteúdos sexuais e relações interpessoais. O teste é um processo unitário, perceptual, emocional, mnêmico e de fantasia, que compreende por suposição a personalidade total (Murray, 1970); não se utilizam as 20 pranchas do teste, nem tampouco a forma resumida de 11 pranchas; particularmente utilizam-se as pranchas 1, 4, 6RH, 7RH, 10, 13HF, 16 e 14 (esta última está numerada erroneamente na publicação brasileira corresponde à prancha 13R - 63);
- c) Inventário H. Ellis de Sexualidade Masculina - Forma de III - Questionário organizado a partir de uma amostra de homens com queixas sexuais, construído com 40 questões de múltipla escolha. Esta versão foi desenvolvida a partir das formulações anteriores (46). Solicita-se ao paciente complementar as respostas, por extenso sempre que sentir que as respostas não correspondem totalmente à vivência e experiência pessoais. Os dados coletados complementam a entrevista psicológica e a esta podem ser comparados. O desenvolvimento de um inventário próprio tornou-se mais adequado visando as características da população-alvo (40, 48). Uma versão adequada para a ejaculação prematura também foi desenvolvida(51);
- d) BDI (Inventário Beck de Depressão) - Por este instrumental, podemos reconhecer estados depressivos e ansiosos que possam interferir na função sexual, com especial atenção à ocorrência anterior ou posterior à disfunção relatada (3, 4, 46); a padronização utilizada é a brasileira desenvolvida no início da década de 80 e não publicada por Silva e Rosa (62);
- e) EAS (Escala de Auto-eficácia Sexual - forma E) - Questionário constando de 25 itens relacionados ao desempenho sexual, expressão do desejo sexual, e controle ejaculatório. Fornece dados quanto à qualidade do autoconceito ligado à sexualidade (16, 50, 52).

Os testes psicológicos podem e devem ser utilizados desde que o psicólogo esteja familiarizado com eles. Um bom instrumental seria o teste de Rorschach, porém, devido ao alto custo para a aplicação e avaliação, torna-se contra-indicado para a maioria dos casos em nosso país\*. A utilização de outros inventários de sexualidade e/ou aspectos relevantes sexualmente, a exemplo do Inventário sobre Interação Sexual de Lo Piccolo e Steger (17) ou o inventário sobre Comportamento Sexual (31, 32) traria outros complementares, possivelmente úteis.

Já se utilizou o MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota), teste de papel e lápis visando um perfil de personalidade, composto de 556 afirmativas, às quais se responde certo ou errado, segundo a própria vivência. Utilizamos uma versão de 398 afirmativas, eliminadas aquelas publicadas devido à utilização para avaliação por sistema IBM de contagem de pontos (Hathaway e McKinley, s.d.). Através desse instrumental procuramos indícios sobre os traços psicopatológicos do paciente (paranóia, histeria, hipocondria, psicopatia, traços esquizóides, neurose, psicastenia, tendências homossexuais) (5, 11, 15). Interrompeu-se a utilização deste instrumental por razões de inadequação do método para vários pacientes, seja pelo tempo consumido, seja pela rejeição de alguns deles pelo método e longa duração da aplicação; outra situação que tem ocorrido corresponde a profissionais do sul do país o estarem utilizando com a padronização argentina, através de programa de computador desenvolvido por técnicos em informática em Buenos Aires, o que não somente é inadequado, é não ético e não científico (35). A má utilização do teste, também, deve ser considerada. Profissionais não habilitados tem feito uso de testes psicológicos, além de atualmente, em especial no sul do Brasil, avaliação com programas de computador elaborados na Argentina e usando normatizações e padronizações argentinas estarem sendo usados. Desta maneira, estamos evitando o uso deste instrumental para não cooperarmos com o mau e inadequado uso de tal importante e válido instrumental psicológico.

## **OS OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DO HOMEM SEXUALMENTE DISFUNCIONAL**

Além de verificar a psicogenicidade da disfunção sexual, deve ser função de uma avaliação psicológica a pesquisa da possibilidade de

---

\* Em cooperação com aProf. Vera Moura Ramos (Faculdades São Marcos-S.P.), desenvolve-se no Instituto H. Ellis um estudo sobre as características de personalidade do homem portador de disfunção eretiva através do Teste de Rorschach.

aceitação dos tratamentos conhecidos (55, 56, 58), especialmente os tratamentos psicológicos, pois, com a restauração da função sexual através da psicoterapia, não corremos o risco presente pela irreversibilidade causada pela destruição dos tecidos nas cirurgias (18). Este ponto é de importância, pois a veiculação através da medicina, e mesmo na imprensa leiga, das próteses de silicone como soluções finais e totais, mesmo em pacientes com disfunções de origem psicológica tornar-se-á desastrosa para este tipo de paciente, caso venha a se arrepender da opção imposta. Deve-se procurar perceber a motivação do paciente para os diversos tipos de tratamento possíveis: psicoterapia (desde psicanálise e formas específicas de terapia sexual, incluindo terapia de casal), cirurgias restauradoras (as já abandonadas cirurgias arteriais e cavernosoplastias), implantação de próteses penianas de silicone (rígidas, semi-rígidas, infláveis ou articuladas), medicamentosa, ou vários destes métodos em associação. Estes dados são de grande importância na indicação de uma conduta terapêutica adequada.

Torna-se função da avaliação psicológica o reconhecimento de estados emocionais, sejam primários ou secundários à disfunção sexual e outras variáveis intervenientes, que possam interferir no futuro tratamento. Para a possibilidade de implantação de prótese peniana, a avaliação psicológica pode contribuir para se verificar se o paciente em questão pode se tornar recipiente dessa prótese sem prejuízos emocionais-afetivos e se terá necessidade de acompanhamento psicológico pós-cirúrgico.

A abordagem psicológica do homem eretivamente disfuncional torna-se completa quando se pode trazer a parceira sexual (esposa, namorada, noiva, amante, ou seja, a pessoa com quem o paciente mantém suas relações sexuais com mais constância, e com quem geralmente apresenta o problema sexual do qual se queixa). Devido às condições culturais vigentes em nosso meio, o homem brasileiro não aceita facilmente a participação de sua parceira sexual ao se queixar de problemas e dificuldades que o afligem sexualmente. No entanto, referem estar procurando tratamento por indicação, orientação, solicitação ou, mais drasticamente, por exigência de sua parceira sexual (Rodrigues Jr.; Andrade e Costa, 1988). Apesar da geral discordância quanto à presença da parceira sexual, representando altos níveis de resistência, culpa ou tensão quanto a esta presença (64), o prognóstico torna-se mais positivo quando a parceira participa da fase diagnóstica. A participação desta parceira aumenta, o número das informações objetivas e torna mais clara a importância da dificuldade sexual para a dinâmica do relacionamento conjugal, a qual provavelmente seria modificada através do tratamento a ser indicado. Sendo aceita a presença da parceira sexual, propomos uma sessão conjunta de breves 10 a 20 minutos para que percebamos a dinâmica do casal, em si e em relação à dificuldade sexual queixada. A entrevista prossegue separadamente com esta parceira, objetivando comparar a história da disfunção àquela apresentada

pelo paciente, compreender o envolvimento emocional, afetivo e sexual do casal, a existência de dificuldades e disfunções sexuais (44) e a aceitação dos diferentes tipos de tratamento possíveis para o problema do paciente.

## **A VALIDADE DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS**

Desta maneira, podemos concluir um diagnóstico psicológico (observe-se: não-diferencial) e oferecer uma perspectiva quanto a um prognóstico frente aos possíveis tratamentos da perspectiva do casal. Numa avaliação diagnóstica multidisciplinar, estes dados tornam-se importantes ao serem confrontados aos outros obtidos nos exames da área orgânica, tomando mais plausível a conduta a ser indicada, que, de que forma, poderia tornar-se incoerente e dificultaria o processo de reestabelecimento da normalidade sexual.

A abordagem psicológica do homem queixoso de disfunção eretiva não pode e não deve ser descartada, pois o médico, seja urologista, seja cirurgião vascular, não se encontra preparado para abordar este tipo de paciente (8, 9, 64), o que provavelmente conduzirá a um diagnóstico com prognóstico pobre e conseqüente insatisfação do paciente com a falha no tratamento, como por exemplo, a prescrição inadequada de larga margem de medicamentos, vitaminas, hormônios e outros placebos como tem acontecido, trazendo euforia na primeira semana de tratamento, concomitante com aumento de insatisfação e diminuição da autoconfiança do paciente e da confiança deste nas instituições de saúde (Rodrigues e cols., 1987b).

Se for perguntado a um psicólogo clínico se poderá achar problemas da esfera psicológica em uma pessoa, a resposta é simples: sempre e em qualquer pessoa. Algum problema será achado, se não for na área da sexualidade, será de relacionamento interpessoal. Se não for no trabalho, será no lazer. Poderá ser um problema ocorrido na infância ainda produzindo dificuldades. Poderá ser um problema de ordem intelectual, uma falha da socialização primária ou da secundária, a falta de um comportamento não aprendido ou não desenvolvido, inadequações e inaptações, sentimentos subjetivos negativos e prejudiciais... Achar problemas nas outras pessoas nunca foi problema para o ser humano, muito menos para quem tem instrumentais sistematizados para diagnosticá-los!

No caso do homem com a disfunção eretiva, o psicoterapeuta poderá achar muitos problemas. O que interessa, no entanto, é encontrar problemas da ordem psicológica que estejam associados ao problema sexual. As ansiedades associadas ao sexo, ao desempenho sexual e à situação sexual poderão ser exploradas e reconhecidas. Inadequações conjugais (disputas e competições por poder e incapacidades em compreensão emo-

cional.), no relacionamento sexual (diferenças de preferências e comportamentos individualizados não repartidos ....), de objeto de escolha sexual (homossexualidade egodistônica e não reconhecida; parafilias), problemáticas intrapsíquicas (sentimentos de menos valia, traumatismos emocionais passados, condições incestuosas, psicopatologias, psicoses, psicopatias e sociopatias...): todas estas condições poderão produzir um problema da ordem sexual.

Reconhecer estas condições é de importância pois o tratamento psicológico depende de se saber o que se irá tratar. Assim sendo, não adianta mandar um paciente para tratamento psicológico, se ainda não se conhece o que será tratado, se poderá ser tratado psicoterapeuticamente. Um paciente sem causas orgânicas pode não ter, ao menos facilmente, diagnosticada alguma causa psicológica imediata e tratável. Se o paciente é encaminhado para a psicoterapia com a idéia de que se curará “rapidamente”, pois não tem nada orgânico, e a terapia sexual tem muitos bons resultados em pouco tempo, sentir-se-á enganado se vier a descobrir que “seu caso” é “diferente”, demorará mais tempo... Sentindo-se assim, será o caminho mais curto para não aceitar a psicoterapia, ou abandoná-la logo em seguida com suas frustrações por fantasias que lhe foram implantadas! Assim é como vemos muitos pacientes com encaminhamentos inadequados e desencantados pela falta de base para a indicação psicoterápica.

A adequada avaliação psicológica deverá indicar qual abordagem técnica em psicoterapia será utilizada. Um prognóstico poderá ser obtido com esta avaliação, facilitando a discussão sobre o quanto de tempo deve o paciente esperar que dure seu tratamento.

Se a avaliação psicológica não for feita anteriormente à indicação do tratamento psicológico, deverá ser efetuada ao se receber o paciente, o que colocará contradições importantes entre a indicação e a futura atuação do psicoterapeuta. Nestes casos teremos “casos difíceis” ou “mais difíceis” de serem tratados pela psicoterapia, pois a dissonância cognitiva que se forma impedirá o paciente de se tratar e ser tratado adequadamente pelo psicoterapeuta. São os pacientes que abandonam os tratamentos, pois já entram nele com uma crença errônea, a qual não será satisfeita com o tratamento que receberá. Eis a importância da avaliação psicológica prévia permitir a adequada indicação da psicoterapia e do psicoterapeuta, permitir que o paciente encontre coerência na indicação e sentir que poderá confiar no tratamento que receberá. Ao médico que venha a indicar a psicoterapia vem o favorecimento de poder fazê-lo com crédito, com bases científicas e com continuidade de ação integrada.

Obviamente sabemos que outros modelos podem e virão a ser desenvolvidos de acordo com necessidades regionais e profissionais, mas defendemos a intensidade e a profundidade qualitativa desta proposta ora apresentada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANNON, J. S. (1975a): *The sexual fear inventory - male form*. Honolulu: Enabling Systems.
2. ANNON, J. S. (1975b): *The sexual pleasure inventory - male form*. Honolulu: Enabling Systems, 1975b.
3. BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. E.; EMERY, G. (1982): *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar.
4. BECK, A. T.; WARD, A. J.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4:561-71.
5. BEUTLER, L. E.; SCOTT, F. B.; KARACAN, I. (1976): Psychological screening of impotentmen. *The Journal of Urology*, (116):193.
6. CLARO, J.; LIMA, M. L. (1993): Cirurgia venosa peniana no tratamento da impotência. *Revista Brasileira de Medicina*, 50(4):322, 325.
7. COMREY, A. L. (1987): *Escalas de personalidade de Comrey-Manual*. São Paulo, Vetor Editora Psico-Pedagógica.
8. COSTA, M.; RODRIGUES, JR., O. M. (1986): O urologista e a sexualidade. Trabalho apresentado ao XX Congresso Brasileiro de Urologia, Belo Horizonte.
9. COSTA, M.; RODRIGUES, JR., O. M. (1987): O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. *Reprodução*, 1(1):114-9.
10. GLINA, S.; MEDEIROS, M. O.; CHAO, S.; PUECH-LEÃO, P.; REIS, J. M. S. M. (1990): Neurologic evaluation in patients with sexual dysfunctions and premature ejaculation with no pre-existing neuropathy. *International Journal of Impotence Research*, 2 (Supplement 2):53-4.
11. HATHAWAY, S. R.; MCKINLEY, J. C. (s/d): *Inventário multifásico Minnesota de personalidade - Manual*. Rio de Janeiro, CEPA.
12. KAPLAN, H. S. (1977): *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
13. KAPLAN, H. S. (1983): *O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
14. KEEFE, E. J.; KOPEL, S. A.; GORDON S. B. (1980): *Manual prático de avaliação comportamental*. São Paulo, Manole.
15. LEIBLUM, S. R.; PERVIN, L. A. (org.) (1982): *Princípios e prática de terapia sexual*. Rio de Janeiro, Zahar.
16. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, L.; FICHTEN, C. S.; AMSE, R. (1985): The SSES-E- A measure of sexual self-efficacy erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11(4):233-47.
17. LO PICCOLO, J.; STEGER, J. C. (1974): The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3:585-95.
18. MAGEE, M. C. (1980): Psychogenic impotence: a critical review. *Urology*, 15 (5):435-42.

19. MC HUGH, G. (1955): *Sex knowledge inventory: form y vocabulary and anatomy*. Durham, NC, Family Life Publications.
20. MC RUGH, G. (1967): *Sex knowledge inventory: forro x (revised)*. Durham (NC): Family Life Publications.
21. MC RUGH, G. (1968): *Marriage counselor's manual and teacher's handbook*. Durham (NC): Family Life Publications.
22. MONESI, A. A.; RODRIGUES JR., O. M.; PUECII-LEÃO, P.; FAVORETO, A. V.; COSTA, M.; GLINA, S.; REIS, J. M. S. M. (1994): Resultados de psicoterapia sexual para tracunento de disfunção erétil no Instituto H. Ellis (S.P. - Brasil): acompanhamento de 157 pacientes por 3 anos. *Anais do VII Congresso Latinoamericano de Sexologia y Educación Sexual*, La Habana, nov.
23. MURRAY, H. A. (1965): *Uses of the themalic apperception test*. In: *Handbook of projective techniques*. New York, Bassis Books In.
24. MURRAY, H. A. (1970): *Test de apercepción temática (TAT): manual para lá aplicación*. Buenos Aires, Paidós.
25. NETTO JR., M. R. (1982): Propedêutica da impotência sexual masculina. *Revista Paulista de Medicina*, 99(1):25-8.
26. PION, R. J. (1975): *The sexual response profile*. Honolulu: Enabling Systems.
27. PUECH-LEÃO, P (1983): *Pressão arterial peniana no diagnóstico da impotência sexual de origem vascular*. Dissertação de origem vascular. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
28. PUECH-LEÃO, P. (1987): *Estudo da competência dos corpos cavernosos no homem pela perfusão com pressão constante*. Tese de Doutorado em Cirurgia, Universidade de São Paulo.
29. PUECH-LEÃO, P. (1992): Gravity cavernosometry. In: LUE, T. F. (ed): *World book of impotence*. London: Smith-Gordon and Company Limited - Nish imura Cmpny Limited.
30. REIS, J. M. S. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; REICHELTA. C.; RODRIGUES JR., O. M. (1987): Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia*, 13(1):11-4.
31. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975x): *The heterosexual attitude scale: mole form*. Honolulu, Enabling Systems.
32. ROBINSON, C. H.; ANNON, J. S. (1975b): *The heterosexual behavior inventory: mole form*. Honolulu, Enabling Systems.
33. RODRIGUES JR., O. M. (1990): Avaliação da distinção erétil: objetivação da quantificação da ereção. *Skopia*, 8(1):33-4.
34. RODRIGUES JR., O. M. (1991): *Objetos do desejo, das variações do comportamento sexual, perversões e desvios*. São Paulo, Iglu Editora.
35. RODRIGUES JR., O. M. (1993a): A psicologia e a sexualidade. *Abeihoje*, 1(2):1-2.
36. RODRIGUES JR., O. M. (1993b): Da utilidade da avaliação psicológica da impotência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1):24-6.

37. RODRIGUES JR., O. M. (1993c): A busca da “personalidade autorizaria” na disfunção erétil. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1): 63-74.
38. RODRIGUES JR., O. M. (1993d): A necessidade de um psicoterapeuta especializado. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Instituto H. Ellis.
39. RODRIGUES JR., O. M. (1993e): Em defesa de um psicoterapeuta especializado nos diagnósticos e tratamento da impotência. *Abeihoje*, 0(0):2-3.
40. RODRIGUES JR., O. M. (1993f): A avaliação psicológica da disfunção erétil: complementação com o Inventário L. H. E. de Sexualidade Masculina, forma III. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Instituto II. Ellis.
41. RODRIGUES JR., O. M. (1994a): A avaliação psicológica é necessária? *Abeihoje*, 2(1):1-2.
42. RODRIGUES JR., O. M. (1994b): Sexualidade e o papel do psicólogo. *Insight psicoterapia*, N(44):23-7.
43. RODRIGUES JR., O. M.; AMARAL, T. C. M.; COSTA, M. (1992): Inibição do desejo sexual estudo descritivo da ocorrência e implicações na disfunção erétil. *Revista Brasileira da Sexualidade Humana*, III(1):112-20.
44. RODRIGUES JR., O. M.; ANDRADE, V. L.; COSTA, M. (1990): Prevalência de dificuldades sexuais em parceiros de homens sexualmente disfuncionais. *Revista Brasileira de Sexualidade humana*, 1(1):75-83.
45. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1987): A disfunção erétil e a utilização do inventário Beck de depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(5):293-8.
46. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1988): A ansiedade com a possibilidade de gravidez e a dificuldade erétil. Texto não publicado.
47. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1991): Disfunção sexual erétil: diferenças psico-sexuais em causas orgânicas e psicológicas. *Reprodução*, 6(2):69-79.
48. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M. (1993): O Inventário I. H. E. de sexualidade masculina, forma III. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(2):181-99.
49. RODRIGUES JR., O. M.; COSTA, M.; GLINA, S.; PUECH-LEÃO, P. (1989): Ejaculação prematura: incidência e implicações na disfunção erétil. *Sexos*, 1(2):22-4.
50. RODRIGUES JR., O. M.; DI SESSA, S. R.; COSTA, M.; HADDAD, S. (1991): Autoconfiança sexual em implantação de prótese peniana para disfunção erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6):352-6.
51. RODRIGUES JR., O. M.; FREIRE, H. P.; COSTA, M. (1992): Avaliação da ejaculação prematura: Inventário I. H. E. de Sexualidade Masculina, forma EP I. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1):69-85.
52. RODRIGUES JR., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARELLO, C. V. (1992): Autoconfiança sexual em estudantes universitários: um estudo piloto descritivo de prevalência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1):95-102.

53. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. (1987x): *Incidência e implicações da ejaculação prematura na disfunção erétil*. Trabalho apresentado ao V Encontro Nacional de Sexologia, da Febrasgo, Gramado (RS).
54. RODRIGUES JR., O. M.; PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.; COSTA, M.; REIS, J. M. S. M.; REICHEL, A. C. (1987b): *Sexual dysfunction and the previous search of professional help*. Trabalho apresentado ao II Simpósio Internacional de Sexualidade Feminina y Masculina, Mar del Plata, Argentina, jun.
55. RODRIGUES JR., O. M.; PUGLIESE, M. R. B. (1993): Disfunção erétil: a opinião do paciente quanto a possível tratamento. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4(1):75-87.
56. RODRIGUES JR., O. M.; PUGLIESE, M. R. B.; ARCHINA, R. (1990): Expectancy concerning sex life after treatment in impotent men with penile prostheses referral. *International Journal of Impotence Research*, 2(52):316-7.
57. RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.) (1993): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Instituto H. Ellis.
58. RODRIGUES JR., O. M.; SARTORI, M.; COSTA, M. (1992): Disfunção erétil secundária: aceitação de tratamento e a determinação de etiologia pelo paciente. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(2):209-22.
59. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1993): Impotência sexual masculina: revisão crítica sobre a definição. In: RODRIGUES JR., O. M.; REIS, J. M. S. M. (orgs.) (1993): *Impotência sexual: uma abordagem multidisciplinar*. São Paulo, Instituto H. Ellis.
60. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1994): Problemas sexuais masculinos: o que o psicólogo precisa conhecer-parte *Insight psicoterapia*, IV(42):19-23.
61. RODRIGUES JR., O. M.; ZEGLIO, C. (1994b): Problemas sexuais masculinos: o que o psicólogo precisa conhecer-parte II. *Insightpsicoterapia*, IV(42): 20-24.
62. SILVA A. C.; ROSA, T. (s/d): *Padronização do inventário de depressão de Beek (BDI) com amostra de 636 sujeitos*. Instituto Metodista de Ensino Superior. Texto mecanografado não publicado.
63. SILVA, M. C. V M. (1989): *TAT. aplicação e interpretação do Teste de Apercepção temática*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária Ltda.
64. VICENT, C.E. (1975): Communicating with couples presenting sexual problems. *Medical Aspects of Human Sexuality*, p. 116-38, March.

# Anexo I

## Instituto H. Ellis

### Centro Multidisciplinar para Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade

- Avaliação Psicológica – Entrevista Estruturada Masculina

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos. Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Escolaridade: 1º G ( ) 2º G ( ) 3º G ( ) Completo: \_\_\_\_\_

Atividade profissional: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Prática S ( ) N ( )

Status marital: \_\_\_\_\_ Parceira: \_\_\_\_\_

Filhos (número, idade e sexo): \_\_\_\_\_

- Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

DEobt ( ) DEmnt ( ) DEamb ( ) situ ( )

EP1ª ( ) EP 2ª ( ) EP2ªDE ( ) situ ( )

IDS1ª ( ) IDS2ª ( ) IDS2ªDE ( ) situ ( )

- História da disfunção: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Desenvolvimento psico-sexual (infância, puberdade, adolescência)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Masturbação atual: \_\_\_\_\_ - frequência: \_\_\_\_\_ / sem culpa: \_\_\_\_\_

Iniciação sexual - Idade: \_\_\_\_\_ anos - com \_\_\_\_\_

Namoro: \_\_\_\_\_

Casamento - tempo: \_\_\_\_\_ anos - clima conjugal: \_\_\_\_\_  
 após \_\_\_\_\_ anos de namoro / sexo pré-conjugal: \_\_\_\_\_

Fases sexuais: Desejo sexual: \_\_\_\_\_

Ejaculação: \_\_\_\_\_

EP ( ) 1ª ( ) Tempo intracoital para ejaculação = \_\_\_\_\_

Impotência - sentimentos: \_\_\_\_\_

ansiedade para com o desempenho sexual ( )

antecipação do fracasso ( )

Atividade profissional: \_\_\_\_\_

satisfatória?: \_\_\_\_\_

Lazer: \_\_\_\_\_

Atividades físicas: \_\_\_\_\_

Estado emocional: ansiedade ( ) depressão ( ) \_\_\_\_\_

- Psicoterapia anterior: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Prognóstico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Indicações complementares: - entrevista com parceira ( )  
- Inventário I. H. E. Sex. Masculina DE III  
- Inventário I. H. E. Sex. Masculina EP I  
- EAS ( )  
- BDI ( )  
- Testes de Personalidade - TAT ( )  
CPS ( )

- Dados de relatório: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Praça Charles Miller, 80 - Pacaembu - São Paulo - S.P. - Brasil**

**Fone: 55-11-262-1333 - Fax: 55-11-864-1805**