

Finotelli Júnior, Ítor; Garcia Capitão, Cláudio

Evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia Sexual - Função
Erétil

Psico-USF, vol. 16, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 45-55

Universidade São Francisco

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036084006>

Evidências de validade da versão brasileira da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil

*Itor Finotelli Júnior – Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil
Cláudio Garcia Capitão¹ – Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil*

Resumo

Para contribuir com o desenvolvimento de instrumentos que avaliam as disfunções sexuais, o presente estudo buscou por evidências de validade baseadas na estrutura interna e nas relações com outras variáveis para a versão brasileira traduzida e adaptada da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E). Trata-se de um estudo retrospectivo em prontuários de arquivo permanente com aplicações realizadas em homens com queixas de disfunção erétil e ejaculação rápida de idades entre 18 e 62 anos. Os resultados indicaram a possibilidade de duas dimensões, denominadas de obtenção da ereção e manutenção da ereção. Tanto o instrumento quanto as dimensões foram capazes de discriminar importantes características da amostra a respeito das queixas primária e secundária, tipo de dificuldade erétil e satisfação com o relacionamento sexual. Qualificam-se esses resultados como evidências de validade para SSES-E, além de destacarem sua importância como um instrumento útil na avaliação de questões específicas da sexualidade, como a função sexual.

Palavras-chave: Medidas Sexuais, Função Sexual, Validade.

Validity evidences of Brazilian version of Sexual Self-Efficacy – Erectile Function

Abstract

This current study has searched for evidences of validity based on the internal structure and the relations to other variables for the translated and adapted Brazilian version of the Sexual Self-Efficacy Scale – Erectile Function (SSES-E), which contributes to the development of instruments for the evaluation of sexual dysfunctions. This study is also related to the retrospective study of permanent files of medical reports about application on men complaining of erectile dysfunction and rapid ejaculation with ages between 18 and 62. The results have indicated the possibility of two dimensions, designated as achieving and maintaining erection. Not only the instruments but also the dimensions were able to discriminate important characteristics of the samples about the primary and secondary complaints, types of erectile difficulties and satisfaction with the sexual relationship. These results are qualified as evidences of validity on SSES-E, also important as being a useful instrument when evaluating specific questions about sexuality, like sexual functioning.

Keywords: Sexual Measurement, Sexual Functioning, Validity.

A saúde sexual permanece na atualidade como um importante parâmetro de avaliação da saúde física e mental (OMS, 2004). Dado esse reconhecimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) modificou sua atuação global, na medida em que conceitos como a função sexual passaram a ser considerados como indicadores de saúde, por conseguinte, qualquer disfunção nesta função passou a ser vista como um problema de saúde pública (OMS, 2004).

Pesquisas sobre tais disfunções têm rapidamente avançado mundialmente nos últimos anos, devem-se a elas o progresso na padronização de medidas para avaliar as disfunções sexuais (Derogatis, 2008; Meston & Derogatis, 2002). O panorama das pesquisas que investigam a prevalência das disfunções e problemas sexuais revelou que podem ser encontradas em todos ou em quase todos os países do mundo, não sendo específicas de uma determinada cultura ou país. A revisão dos dados epidemiológicos mundiais revela que, em média, 40-45% das mulheres e 20-30% dos

homens adultos têm, pelo menos, uma disfunção sexual (Lewis, & cols., 2004).

No Brasil, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), do qual participaram 7.022 sujeitos (54,6% de homens e 45,4% de mulheres) de idades entre 18 e 80 anos das cinco regiões do país, relatou a frequência das disfunções sexuais em 48,1% dos homens e em 50,9% das mulheres. As disfunções mais comuns foram disfunção erétil e ejaculação rápida em homens e anorgasmia e falta de desejo sexual em mulheres (Abdo, 2004). Em estudo similar denominado de Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS), os resultados foram semelhantes (Abdo, Oliveira Jr, Moreira, & Fittipaldi, 2002).

Especificamente para o EVSB, observam-se altas prevalências em comparação à revisão dos dados epidemiológicos descritos por Lewis e colaboradores (2004). Essa diferença foi justificada em duas formas, a primeira pela configuração da coleta que utilizou um questionário com 87 questões de múltipla escolha especificamente criado para esse fim. E a segunda, pelos fatores de riscos que estão associados às disfunções sexuais os quais foram assinalados pelos participantes e, principalmente, pela descrição de aspectos pormenores da função sexual (Abdo, 2004).

¹ Endereço para correspondência:

Av. Alexandre Rodrigues Barbosa, 45 – Itatiba – CEP 13251-900
E-mail: itor@psicoterapiasexual.com.br ou cgcicapiao@uol.com.br

Para esses aspectos, independente da existência da disfunção, as dificuldades relatadas na função sexual foram vivenciadas pelos participantes homens no EVSB em sensação de falta de controle ejaculatório em sempre 26,5%; metade das vezes em 38,6%; algumas vezes em 31,3% e, raramente, em 3,6%; e na capacidade de obter e/ou manter ereção em 31,2% para dificuldade mínima; 12,2% para moderada; ausência total em 1,7%; e sem nenhuma dificuldade em 54,9% dos casos. Deste modo, a exemplo da falta de controle ejaculatório, ao levar em conta somente os casos em que essa falta aconteça espontaneamente, o índice de problemas ejaculatórios aumenta expressivamente para 96,4% (Abdo, 2004).

São a partir desses aspectos pormenores na função sexual que estudos feitos por Corona e colaboradores (2005), El-Sakka (2008) entre outros, mostram a importância de uma investigação detalhada nas disfunções sexuais. Corona e colaboradores (2005), por exemplo, concluíram que pacientes com dificuldades em manter a ereção são menos propensos a uma etiologia orgânica na função sexual, quando comparados com aqueles incapazes de conseguir uma ereção válida. Destaca-se para esses estudos, não somente um comprometimento na função sexual, mas também prejuízos na satisfação sexual de modo geral, além de problemas no relacionamento marital e sexual.

De fato, a disfunção sexual não só compromete a satisfação sexual, mas também outras dimensões como o bem-estar do indivíduo, ocasionando uma diminuição da felicidade geral tanto nos homens como nas mulheres (Laumann, & cols., 2006; Moreira Junior, Glasser, Santos, & Gingell, 2005; Rosen, 2000). Também é associada a outras condições, tais como a baixa qualidade de vida, baixa autoestima (Symonds, Roblin, Hart, & Althof, 2003), depressão (Baldwin, 2001; Clayton, 2001; Hartmann, 2007), ansiedade (Dunn, Croft, & Hackett, 1999), problemas maritais (Brody & Costa, 2009; Byers, 2005; Santtila, & cols., 2008), além de acarretar frustrações e impactos negativos no bem-estar dos parceiros sexuais.

Quer seja para estimar prevalências, diagnosticar, monitorar mudanças quer seja para relacionar aspectos que fazem a manutenção das disfunções sexuais, entre outras, a criação e o uso de instrumentos para avaliação das disfunções sexuais representa um importante passo. Em total concordância com a afirmação de Noronha e colaboradores (2002) que defendem a adoção de medidas confiáveis como auxiliares na tomada de decisão, baseada em normas objetivas e não no subjetivismo do profissional.

No caso da avaliação das disfunções sexuais, os principais enfoques a serem investigados são

dimensões correlacionadas ao funcionamento sexual do indivíduo, seu desempenho e sua satisfação no relacionamento marital e sexual. Num levantamento de pesquisas nacionais sobre os instrumentos de medida que examinam as disfunções sexuais masculinas no contexto clínico, são mencionados três instrumentos que avaliam esses pontos essenciais, o Quociente Sexual – versão masculina (QS-M), o Índice Internacional de Função Erétil (IIFE) e a Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (SSES-E) (Finotelli Jr., 2008).

Esses instrumentos utilizam a tríade da resposta sexual humana (desejo, excitação e orgasmo) como fundamentação teórica e avaliam a função sexual de maneira inespecífica. Outras dimensões como satisfação sexual e global e o desempenho também são analisadas no QS-M e no IIFE. De maneira geral, são instrumentos breves que variam de 10 a 25 itens por autorrelato, de fácil administração em níveis de medidas diferenciados e apresentam dados psicométricos satisfatórios. De maneira específica,

em comparação com o QS-M e o IIFE, a SSES-E destaca-se em número maior de itens, além de dois níveis de medida, um dicotômico e um escalar. No entanto, a SSES-E somente resulta em um escore total, enquanto que o QS-M e o IIFE, além do escore total, são possíveis escores também por dimensões contempladas por esses instrumentos.

Para esta pesquisa, ganha relevo a Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil (*Sexual Self-Efficacy Scale - Erectile Functioning - SSES-E*) que desde o final da década de 80 é mencionada como parte de um conjunto de técnicas empregado por Rodrigues Jr. (1999) e permanece usado por diversos profissionais em diferentes instituições que atuam com queixas sexuais, principalmente naquelas cujos fatores predominantes são de etiologia psicológica. A escala foi criada por Libman e colaboradores (1985) e aplica o conceito de autoeficácia de Bandura para estimar as crenças a respeito do desempenho sexual e erétil masculino em uma variedade de situações sexuais de maneira sistematizada, tal como preconizam as escalas e instrumentos psicológicos. Pressupõe-se que convicções negativas sobre o comportamento sexual geram uma série de fatores, particularmente a ansiedade frente à execução desse comportamento, o que, em consequência, interfere no funcionamento sexual (Fichter, & cols., 1998; Libman, & cols., 1985; Rodrigues Jr., 1995, 1999).

Bandura (1977) ressalta que, entre os vários aspectos da autopercepção, aqueles que exercem maior influência no cotidiano dos sujeitos são exatamente as concepções sobre sua eficácia pessoal. A autoeficácia envolve muito mais do que uma certeza sobre realizar

algo, trata-se de um mecanismo regulador que organiza as habilidades sociais, cognitivas e comportamentais para um determinado propósito. As crenças neste mecanismo contribuem tanto para o aumento da determinação quanto para a seleção das estratégias a serem empregadas na solução de um determinado problema (Bandura & Adams, 1977).

A percepção sobre a autoeficácia torna-se um preditor do comportamento futuro, assim como também determina quanto de esforço será investido na busca de um objetivo e o nível de persistência frente às dificuldades encontradas na execução da tarefa. Quanto maior a percepção sobre a autoeficácia, mais determinação e persistência serão demonstradas pelo sujeito (Bandura, 1983; Bandura, Adams, Hardy, & Howells, 1980). Pesquisas nacionais que utilizam o conceito de autoeficácia mostram a importância do construto em diversas áreas, a exemplo, a dificuldade de aprendizagem (Medeiros, Loureiro, Linhares, & Marturano, 2000).

Para sua composição, a SSES-E foi construída segundo os itens dos questionários –*Goals for Sex Therapy* (Lobitz & Baker, 1979) e *Erectile Difficulty Questionnaire* (Reynolds, 1977) – e utiliza medidas baseadas em autorrelato para sua mensuração. Foi validada para uso clínico, particularmente para avaliação das disfunções sexuais masculinas, mas pode ser empregada também para compreensão cognitiva do funcionamento sexual, evolução do tratamento e avaliação por pares (pela parceria), corroborando com as respostas dadas pelo sujeito sobre sua eficácia sexual (Libman, & cols., 1985).

No Brasil, a escala foi traduzida e adaptada por Rodrigues Jr. (1995), que sugeriu um sistema de interpretação de escores, segundo suas aplicações clínicas. O autor afirma que escores acima de 80 confirmam comportamentos sexuais apropriados. Escores entre 50 e 80 caracterizam comportamentos sexuais com baixa confiança, devendo ser avaliados; e, abaixo de 50, demonstram problemas no comportamento sexual, pois mesmo não havendo tal dificuldade, encontra-se fragilizado, podendo acarretar uma possível disfunção ao qual se associa (Rodrigues Jr., 1995).

Os estudos com a SSES-E apresentaram precisão por homogeneidade dos itens (consistência interna) e estabilidade temporal (teste-reteste) (Libman, & cols., 1985); diferenciam, por meio do escore total, sujeitos sexualmente disfuncionais de não disfuncionais (Fichten, & cols., 1998; Rodrigues Jr., Catão, Finotelli Jr., Silva, & Viviani, 2008); possui sensibilidade a processos de terapia sexual (Finotelli Jr. & Rodrigues Jr., 2009) e estudos com populações diferenciadas como universitários, pacientes que receberam

implantes penianos, pacientes psiquiátricos e portadores de HIV/AIDS (Camejo, Finotelli Jr., & Rodrigues Jr., 2009; Rodrigues Jr., Haddad, Sessa, & Costa, 1991; Rodrigues Jr., Lima, & Cecarelo, 1992; Texeira, Finotelli Jr., & Rodrigues Jr., 2009).

Dentre os estudos mencionados no parágrafo anterior, nenhum deles tinha por objetivo a busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna da SSES-E. Nem a pesquisa de criação e validação da escala (Libman, & cols., 1985), nem a pesquisa de validação clínica brasileira (Rodrigues Jr., & cols., 2008) realizaram esse delineamento. Observa-se que a maior parte dos estudos concentrou-se na busca por evidências de validade baseadas no conteúdo e nas relações com outras variáveis e, não houve pesquisas que tivessem procurado outras evidências de validade, além das mencionadas.

Para contribuir com estudos sobre instrumentos para avaliar as disfunções sexuais, o presente artigo traz um estudo retrospectivo em prontuários de arquivo permanente, para investigar evidências de validade baseadas na estrutura interna da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil em pacientes com queixas sexuais de disfunção erétil e ejaculação rápida. Também serão verificadas evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis, segundo queixa sexual e informações disponíveis no prontuário.

Método

Participantes

Para constituir a amostra, foram considerados homens que apresentavam queixas sexuais de disfunção erétil (DE) e ejaculação rápida (ER), segundo registro da consulta inicial, que foram atendidos entre os anos de 2000 a 2008 em uma clínica de psicologia especializada em queixas sexuais no município de São Paulo. Foram identificados 343 homens, sendo 168 excluídos por não cumprirem o critério de inclusão deste estudo que estipulou que o instrumento respondido tivesse ocorrido na consulta inicial. Assim, a amostra por conveniência ficou constituída por 175 homens, cujas idades variaram entre 18 e 62 anos ($M=35,37$; $DP=9,24$); destes, 42% eram solteiros, 46% casados, 12% separados; a escolaridade em nível superior foi 83%.

Instrumentos

Ficha de identificação do paciente – Contém informações pessoais referentes à identificação do indivíduo, tais como, nome, idade, data e local de nascimento, escolaridade, profissão, afiliação e prática religiosa, estado civil, documentação, endereço, formas

de contato, idade e profissão da parceria, filhos (sexo e idade).

Roteiro de entrevista inicial (Rodrigues Jr., 1994) – Trata-se de uma relação dos principais tópicos que devem ser abordados na entrevista inicial com o objetivo de avaliar as questões sexuais e em suas causas psicológicas. As informações relatadas em cada item investigado são anotadas na ficha do roteiro e utilizadas para uma proposta interventiva. Os tópicos são desenvolvimento sexual, atividade masturbatória, desenvolvimento afetivo-social, iniciação sexual, casamento, fases do funcionamento sexual, atividade profissional, atividades de lazer, autopercepção emocional, psicoterapias anteriores.

Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil – SSES-E (Libman, & cols., 1985) – É composta por 25 itens que mensuram as crenças masculinas acerca de sua capacidade na realização de comportamentos sexuais, por exemplo, “*pensar na relação sexual sem ficar ansioso ou com medo*”; por nível de medida dicotômico, o indivíduo assinala na primeira coluna se acredita ser capaz ou não de realizar tal comportamento; e nível de medida escalar, informando, na segunda coluna, o grau de confiança numa escala de 10 a 100, sendo 10 “*quase sem certeza*” e 100 “*com certeza absoluta*”. O escore total é obtido de duas formas, a primeira pela soma dos comportamentos possíveis de serem executados (nível dicotômico) e a segunda pela média das respostas nos itens, segundo o grau de confiança (nível escalar). Sua aplicação dura em média 15 minutos, pode ser feita de maneira individual ou coletiva e é indicada para homens entre 18 e 70 anos. O estudo de criação e validação da escala apresentou evidências de validade baseadas no conteúdo e na relação com outras variáveis (Libman, & cols., 1985), para os estudos nacionais foram avaliadas evidências de validade tendo por base o conteúdo (Rodrigues Jr., & cols., 2008). Nos referidos estudos, os índices de precisão da escala foram estimados pela consistência interna e estabilidade temporal, o primeiro variou entre 0,88 e 0,96 e o segundo permaneceu entre 0,97 e 0,98.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi estabelecido um contato com o responsável da clínica para uma reunião. Na ocasião, esclareceu-se sobre a pesquisa assim como seus objetivos e metodologia. Após a explicação, o responsável consentiu pelo Termo de Consentimento Livre Esclarecido o acesso ao arquivo permanente da clínica. Ao prosseguir, com a devida autorização, foram agendados horários e visitas sistemáticas a fim de consultar os prontuários, os quais, por sua vez, foram avaliados individualmente e selecionados. Para a coleta,

a ficha de identificação do paciente e o roteiro de entrevista inicial tiveram suas informações transformadas em variáveis nominais. Para a SSES-E a tabulação foi elaborada segundo as respostas dos indivíduos no instrumento.

Resultados

A prova estatística Kaiser-Meyer-Olkin revelou adequação da amostra ($KMO=0,89$), o teste de esfericidade de Bartlett apresentou significância $p<0,001$ ($\chi^2=2005,70$; $gl=300$), isso garantiu a fatorabilidade dos dados. Dadas as condições favoráveis, realizou-se a análise factorial exploratória com extração dos fatores por análise de componentes principais e rotação varimax.

Para critérios de retenção utilizou-se o gráfico de sedimentação, o autovalor $>1,5$ e a retenção de três itens com cargas iguais ou superiores a 0,3, conforme Thompson e Daniel (1996). Inicialmente, a análise extraiu seis fatores que explicaram aproximadamente 64% da variância total, entretanto essa estrutura não cumpriu os critérios preestabelecidos. Configurada essa condição, os itens foram submetidos a novas análises, porém, desta vez, por extração de dois a cinco fatores.

A extração por dois fatores foi a que cumpriu os três critérios estabelecidos. O autovalor correspondeu para primeira dimensão 8,54 e, para a segunda, 2,21. As duas dimensões explicaram 43,01% da variância total, atribuída para primeira 34,17% e segunda 8,84%. Para os fatores extraídos não rotacionados, observou-se, com exceção dos itens 10 e 11, que quase todos os itens mantiveram associação com o primeiro fator. Após a rotação por varimax ocorreu uma melhor distribuição das associações dos itens com fatores, conforme Tabela 1.

Essa rotação reuniu para o primeiro fator 36% dos itens e para segundo 28%. Aproximadamente um terço dos itens associou-se com carga fatorial nos dois fatores, observou-se uma boa associação positiva entre os fatores ($r=0,59$). Para as comunidades foram encontrados 20% dos itens com coeficientes abaixo 0,30. Por fim, a precisão por alfa de Cronbach dos fatores extraídos correspondeu em 0,92 para primeiro fator e 0,77 para segundo. Ao considerar a escala total, a precisão ficou estimada em 0,91.

Após a análise da estrutura factorial, a análise descritiva das respostas da amostra nos itens da escala indicou para o item 10 a menor média em comparação aos demais. O item 24 correspondeu à maior média, com 84,54 ($DP=28,88$). Observou-se que 52% dos itens permaneceram com pontuações acima de 60 pontos. As pontuações mínimas para todos os itens foram 0 e as máximas de 100 pontos.

Tabela 1 – Distribuição dos itens por extração de dois fatores rotacionados e comunalidades da SSES-E

Itens da SSES-E	Comunalidades	Fatores Extraídos	
		1	2
04	0,74	0,86	
06	0,68	0,83	
21	0,68	0,82	
05	0,67	0,82	
03	0,58	0,76	
22	0,49	0,65	
08	0,45	0,65	
09	0,50	0,64	0,31
20	0,44	0,57	0,34
16	0,42	0,56	0,32
17	0,46	0,54	0,42
02	0,30	0,53	
14	0,46	0,51	0,44
23	0,31	0,49	
13	0,53		0,70
19	0,51	0,31	0,64
12	0,44		0,63
10	0,32		0,57
11	0,32		0,56
07	0,32		0,53
18	0,23		0,48
15	0,32	0,39	0,41
25	0,17		0,34
01	0,23	0,33	0,34
24	0,20	0,30	0,30

As suspeitas de diferenças das respostas entre as disfunções sexuais foram examinadas por variações dos escores. Para tanto, análises por teste *t* de Student foram empregadas. Os resultados apresentaram diferença estatística, ao nível de significância 0,001, entre as disfunções da amostra para 56% dos itens, conforme Tabela 2.

Os itens 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 21 relativos à obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas demonstram que os sujeitos com queixas de ER pontuaram mais nesses itens do que sujeitos com DE. O mesmo ocorreu com os itens 14, 15, 16, 17 e 22, que tratam da recusa e não obrigação da atividade sexual, caso não haja interesse; iniciativas para atividades sexuais; manutenção do interesse por sexo e disposição a outras práticas sexuais como manipulação genital e oral. Somente no item 10, que avalia controle ejaculatório até o final da atividade sexual que os sujeitos com DE pontuaram mais do que os sujeitos com ER.

Quando analisadas as médias das respostas na escala, os valores corresponderam a 55,30 ($DP=19,66$) para escala total, enquanto os fatores extraídos permaneceram em 59,89 ($DP=24,19$) para o primeiro e 49,47 ($DP=18,85$) para o segundo. A diferença nas pontuações entre as queixas apresentadas demonstraram que os sujeitos com queixas de ER pontuaram mais na escala total e no primeiro fator do que os sujeitos com queixas de DE.

Também foram comparadas as médias na SSES-E, segundo as informações disponíveis no prontuário. Afirma-se que as variáveis sociodemográficas como a escolaridade, estado civil e religião não produziram diferenças na média dos escores na escala e fatores. Para as outras variáveis disponíveis no prontuário, independente da queixa sexual primária, os sujeitos que não tiveram queixa secundária obtiveram uma média maior nos escores daqueles que apresentaram, com exceção no segundo fator. A significância e teste estatísticos empregados estão reportados na Tabela 3.

Tabela 2 – Distribuição das médias nos escores e desvio padrão da amostra, segundo respostas na SSES-E e comparação por teste t entre as disfunções sexuais

Itens da SSES-E	DE (N=103)		ER (N=72)		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			
1	21,36	28,60	35,69	35,36	2,96	175	0,004
2	75,00	29,10	91,53	19,55	4,20	174	0,000
3	48,22	33,15	82,92	27,34	7,29	173	0,000
4	45,05	32,29	89,17	19,19	10,38	175	0,000
5	25,73	26,96	63,19	33,31	8,20	175	0,000
6	40,00	31,93	82,50	26,89	9,23	175	0,000
7	31,84	32,86	26,53	36,00	1,01	175	0,313
8	18,92	25,36	41,25	35,28	4,86	174	0,000
9	28,82	29,26	55,83	41,85	5,01	174	0,000
10	22,62	34,18	4,86	12,22	4,22	175	0,000
11	71,55	31,27	61,67	39,82	1,84	175	0,068
12	58,06	35,81	59,72	34,23	0,31	175	0,758
13	51,08	37,25	51,25	37,26	0,03	174	0,976
14	56,67	37,48	75,83	30,38	3,59	174	0,000
15	31,96	36,51	52,50	40,52	3,49	174	0,001
16	68,45	35,22	85,83	24,88	3,61	175	0,000
17	53,01	37,98	74,31	28,96	4,01	175	0,000
18	41,36	35,48	40,83	34,71	0,10	175	0,923
19	58,73	37,51	63,75	34,17	0,90	174	0,368
20	64,17	34,23	80,42	32,43	3,16	175	0,002
21	31,76	31,42	79,31	27,80	10,31	174	0,000
22	64,17	36,98	87,36	24,15	4,67	175	0,000
23	58,43	40,07	75,63	37,33	2,86	173	0,005
24	81,08	30,96	89,44	25,06	1,90	174	0,060
25	66,83	32,56	70,00	33,61	0,62	173	0,534
Fator 1	48,59	21,35	76,06	18,12	8,91	173	0,000
Fator 2	48,70	19,99	50,57	17,17	0,64	173	0,521
SSES-E	48,63	19,41	64,84	15,77	5,86	173	0,000

Ainda nessas variáveis, independentemente da queixa, sujeitos que afirmaram ter dificuldade eretiva pontuaram menos na escala total e no primeiro fator, daqueles que não possuíam tal dificuldade. Diferenças significativas também foram encontradas a respeito do tipo de dificuldade eretiva, exceto para o segundo fator. Essa diferença indicou para os sujeitos que tiveram problema para obter e manter ereção, pontuações menores àqueles que só conseguem obter ou manter a ereção.

Para dificuldade ejaculatória, a diferença expressiva de aumento da média ocorreu justamente no segundo fator, referindo-se a pontuações maiores para os sujeitos que não apresentaram essa dificuldade. Para os tipos de dificuldades ejaculatórias, sujeitos que

afirmaram ter ausência de ejaculação obtiveram pontuações superiores àqueles que não possuíam e muito superiores àqueles que se queixavam de controle involuntário.

Variáveis como manter práticas masturbatórias atuais e possuir relacionamento sexual atual não influenciaram nas médias da escala e fatores. Entretanto, notaram-se diferenças a respeito da satisfação com o relacionamento sexual atual na escala e fatores. Essa diferença indicou que os sujeitos que estão satisfeitos com seus relacionamentos性uais pontuaram mais do que os sujeitos que estavam sem relacionamento ou insatisfeitos com esse relacionamento.

Tabela 3 – Testes estatísticos utilizados para comparação de médias dos escores nas escalas da SSES-E e fatores, segundo variáveis encontradas na amostra

Variáveis		Escores	Teste Estatístico	<i>gl</i>	<i>p</i>
Possui queixa secundária	SSES-E		<i>t</i> =2,29	88	0,024
	Fator 1		<i>t</i> =2,72	88	0,008
	Fator 2		<i>t</i> =0,95	88	0,344
Tipo de queixa secundária	SSES-E		<i>F</i> =2,58	88	0,032
	Fator 1		<i>F</i> =3,65	88	0,005
	Fator 2		<i>F</i> =0,98	88	0,436
Dificuldade Eretiva	SSES-E		<i>t</i> =5,82	173	0,000
	Fator 1		<i>t</i> =8,62	173	0,000
	Fator 2		<i>t</i> =0,82	173	0,412
Tipo de Dificuldade Eretiva	SSES-E		<i>F</i> =23,62	174	0,000
	Fator 1		<i>F</i> =41,87	174	0,000
	Fator 2		<i>F</i> =5,57	174	0,001
Dificuldade Ejaculatória	SSES-E		<i>t</i> =1,28	173	0,204
	Fator 1		<i>t</i> =0,25	173	0,805
	Fator 2		<i>t</i> =3,53	173	0,001
Tipo de Dificuldade Ejaculatória	SSES-E		<i>F</i> =1,38	174	0,254
	Fator 1		<i>F</i> =0,05	174	0,950
	Fator 2		<i>F</i> =8,95	174	0,000
Masturbação Atual	SSES-E		<i>t</i> =0,51	137	0,610
	Fator 1		<i>t</i> =0,78	137	0,434
	Fator 2		<i>t</i> =0,10	137	0,921
Relacionamento Sexual Atual	SSES-E		<i>t</i> =1,36	173	0,175
	Fator 1		<i>t</i> =1,44	173	0,151
	Fator 2		<i>t</i> =0,87	173	0,388
Satisfação com Relacionamento Sexual Atual	SSES-E		<i>F</i> =7,21	123	0,001
	Fator 1		<i>F</i> =5,09	123	0,008
	Fator 2		<i>F</i> =6,39	123	0,002

Discussão

A extração de seis fatores por componentes principais da SSES-E estruturou pequenas dimensões de itens que significaram possibilidades muito específicas para avaliar o comportamento eretivo. Observou-se que essas dimensões seriam válidas, caso houvesse mais itens. Diante deste resultado, a escolha foi procurar dimensões mais abrangentes, além de interpretáveis, com o cumprimento dos critérios estatísticos. Por apresentar seus itens altamente associados, ignorou-se a possibilidade de exclusão de itens, para justamente contemplar essa abrangência.

A estrutura bidimensional seguiu o direcionamento proposto. Além de garantir os critérios

sugeridos, a rotação dos fatores organizou os itens de maneira interpretável nas dimensões. Enquanto o Fator 1 agrupou itens relativos à capacidade de obtenção da ereção, o Fator 2 agrupou itens relativos à manutenção.

Essa constatação baseia-se no estudo de Corona e colaboradores (2005), em que diferenças foram encontradas entre os mecanismos de obtenção da ereção para mecanismos de manutenção. Esse mesmo estudo revelou que indivíduos com queixas de DE que afirmavam dificuldades para manter e, principalmente, para obter ereção, possuíam grandes chances de um diagnóstico de uma DE orgânica generalizada. Desta maneira, as duas dimensões encontradas tornam-se válidas, pois explicariam as diferenças entre esses dois mecanismos.

Para os agrupamentos, a dimensão denominada como obtenção da ereção reuniu itens fáceis, como percepção física do comportamento eretivo, ao menos para uma ereção parcial, ereções para práticas sexuais diádicas, além de condições favoráveis para sua obtenção. Já na dimensão denominada de manutenção da ereção, os itens de percepção física foram poucos e exclusivos até o final da atividade sexual. Em sua maioria, essa dimensão reuniu itens que averiguam condições subjetivas do indivíduo, ou seja, mais difíceis de serem avaliadas e que, seguramente, contribuem para um bom estado de manutenção eretiva.

Mesmo não sendo grupos contrastantes, era esperado que os sujeitos com DE tivessem médias inferiores na escala e nas dimensões. Essa suposição foi corroborada segundo as comparações das médias. De maneira específica, as análises por itens indicaram que os sujeitos com DE pontuam menos na obtenção da ereção em práticas sexuais diádicas, do que os sujeitos com ER. Também, itens relacionados ao favorecimento dessa obtenção resultaram em pontuações baixas nesta mesma comparação.

Segundo Bandura (1977), a principal fonte da autoeficácia é a experiência direta. As realizações anteriores do comportamento permitirão uma interpretação dos resultados e aumentarão ou não a autoeficácia. No caso dos sujeitos com DE, a recorrência de falhas erétivas em práticas sexuais diádicas diminuíram a crença sobre a obtenção da ereção nos itens 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 21. Em contrapartida, o item 24 que avaliou a obtenção do orgasmo em práticas sexuais solitárias, como a masturbação, teve pontuações altas, sem diferenças entre os sujeitos. Isso mostrou que as experiências anteriores foram possíveis e que os sujeitos acreditaram muito mais na possibilidade da realização de uma prática do que da outra. Somente no item 10, os sujeitos com DE pontuaram mais do que os sujeitos com queixas de ER, resultado esperado, uma vez que o item avalia controle ejaculatório. El Sakka (2008) afirmou que essa condição somente inverteria em casos de uma DE severa.

De maneira geral, os resultados obtidos pelos escores da SSES-E e por fatores também confirmaram essa suposição. Os sujeitos com queixa de ER pontuaram mais do que os sujeitos com DE na SSES-E e no fator obtenção da ereção. Não foram encontradas diferenças no fator manutenção da ereção. Resultado esperado, pois nenhuma disfunção é capaz de proporcionar estados favoráveis para a manutenção da ereção. Enquanto os sujeitos com DE estariam preocupados em não perder a ereção, os sujeitos com ER estariam preocupados em segurá-la. Por ora, as

médias obtidas na SSES-E assemelham-se a sujeitos com queixas sexuais apresentadas em estudos internacionais como o de Libman e colaboradores (1985) e em estudos nacionais como o de Rodrigues Jr. e colaboradores (2008).

Para as influências das variáveis sociodemográficas, o resultado encontrado corrobora as análises de Lewis e colaboradores (2004) na qual afirmaram que essas características não distinguem sujeitos funcionais de disfuncionais. E, finalmente, independente da queixa sexual, para a influência de outras características da amostra no instrumento, a primeira mencionada é a existência de uma queixa secundária, com diminuição significativa no escore da SSES-E e da dimensão obtenção da ereção. A segunda, indivíduos com dificuldades erétivas pontuam menos na escala e também nos dois fatores. O tipo de problema determina a magnitude do escore. Aqueles que relataram dificuldades para manter ereção pontuaram mais do que somente obter e muito mais do que obter e manter. Ambas as influências corroboram o modelo bidimensional mencionado neste estudo.

E a terceira diferença encontrada refere-se à satisfação no relacionamento sexual. Os resultados mostraram que estar em um relacionamento sexual satisfatório melhora a autoeficácia das crenças erétivas. Isso remete a outra fonte da autoeficácia denominada por Bandura (1977) de persuasão social, que significa o reforço social das outras pessoas, exemplificadas como julgamentos verbais e *feedback* de desempenho. Satisfação no relacionamento sexual implica atividades sexuais diádicas, portanto, possivelmente, o *feedback* das parcerias desses sujeitos influenciou de certa forma esse resultado.

Conforme Brody e Costa (2009), a satisfação sexual é uma associação complexa entre satisfação no relacionamento e satisfação com a função sexual. No caso do resultado anterior, infere-se que a melhora encontrada nos escores da autoeficácia deve-se à influência advinda da satisfação no relacionamento do que da satisfação com a função sexual.

Conclusão

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de investigar as evidências de validade da Escala de Autoeficácia Sexual – Função Erétil, utilizando aplicações já realizadas da escala em pacientes com queixas sexuais de disfunção erétil e ejaculação rápida. As análises realizadas forneceram ao instrumento evidência de validade baseada na estrutura interna e na relação com outras variáveis.

Com base na literatura, as dimensões extraídas da escala foram denominadas de obtenção da ereção e

manutenção da ereção. A solução e os dados aqui apresentados são coerentes com a proposta de avaliação da escala e forneceram para o instrumento a possibilidade da avaliação por dimensões. Além disso, os dados sugerem probabilidades de aprimoramento e ampliação do instrumento. Considera-se para esses dados que tanto o instrumento quanto as dimensões foram capazes de discriminar importantes características da amostra a respeito das queixas primária e secundária, tipo de dificuldade eretiva e satisfação com relacionamento sexual.

Ponderam-se limitações principalmente quanto ao tipo da amostra e ao delineamento retrospectivo. Cabem futuras pesquisas que esclareçam os dados demonstrados no presente trabalho. Apesar dessas limitações, entende-se que os resultados deste estudo representam evidências de validade da SSES-E como forma padronizada da avaliação da autoeficácia da função eretiva e destaca sua importância como um instrumento útil na avaliação de questões específicas da sexualidade, como a função sexual.

Referências

- Abdo, C. H. N. (2004). *Estudo da Vida Sexual do Brasileiro*. São Paulo: Editora Bregantini.
- Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W. M., Moreira, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2002). Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(4), 250-257.
- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin*, 57, 81-99.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1983). Self-Efficacy Determinants of Anticipated Fears and Calamities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(2), 464-469.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change'. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B., & Howells, G. N. (1980). Tests of generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4(1), 39-66.
- Brody, S., & Costa, R. M. (2009). Satisfaction (Sexual, Life, Relationship, and Mental Health) Is Associated Directly with Penile-Vaginal Intercourse, but Inversely with Other Sexual Behavior Frequencies. *Journal of Sexual Medicine*, 6(7), 47-54.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118.
- Camejo, S., Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). O uso da Escala de Autoeficácia Sexual-Função Erétil (SSES-E) em pacientes psiquiátricos. *Terapia Sexual*, 12(1), 111-113.
- Clayton, A. H. (2001). Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 3, 5-9.
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E., Mansani, R., Baleria, G., Krausz, C., Giommi, R., Forti, G., & Maggi, M. (2005). Difficulties in achieving vs maintaining erection: organic, psychogenic and relational determinants. *International Journal of Impotence Research*, 17(3), 252-258.
- Derogatis, L. R. (2008). Clínical and Research Evaluations of Sexual Dysfunctions. Em R. Balon (Ed.), *Sexual Dysfunction. The Brain-Body Connection* (pp. 7-22). New York: Karger.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(3), 144-148.
- El-Sakka, A. I. (2008). Severity of erectile dysfunction at presentation: effect of premature ejaculation and low desire. *Urology*, 71(1), 94-98.
- Fichter, C. S., Spector, I., Amsel, R., Creti, L., Brender, W., & Libman, E. (1998). Sexual Self-Efficacy Scale - Form E: Erectile functioning. Em C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 534-537). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Finotelli Jr., I. (2008). *O uso de questionários no diagnóstico das disfunções sexuais: importância e limitações*. Conferência realizada no X Congresso da Associação Brasileira para o Estudo da Inadequação Sexual & III International Meeting of Urology, Porto Alegre.
- Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). Avaliação da Escala de Autoeficácia Sexual-Função Erétil (SSES-E): resultados de clínica particular no município de Campinas. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, Foz do Iguaçu*, 57-57.
- Hartmann, U. (2007). Depression and sexual dysfunction: aspects of a multi-faceted relationship. *Psychiatrische Praxis*, 34 Suppl 3, S314-317.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, E. D., Jr.,

- Nicolosi, A., & Gingell, C. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 145-161.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Definitions, classification, and epidemiology of sexual dysfunction. Em T. F. Lue, R. Basson, R. C. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury & F. Montorsi (Eds.), *Sexual Medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 37-72). Paris: Editions 21.
- Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(4), 233-247.
- Lobitz, W. C., & Baker, E. L., Jr. (1979). Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 8(2), 127-138.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13, 327-336.
- Meston, C. M., & Derogatis, L. R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28 Suppl 1, 155-164.
- Moreira Junior, E. D., Glasser, D., Santos, D. B., & Gingell, C. (2005). Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Medical Journal*, 123(5), 234-241.
- Noronha, A. P. P., Ziviani, C., Hutz, C. S., Bandeira, D., Custódio, E. M., Alves, I. B., Alchieri, J. C., Borges, L. O., Pasquali, L., Primi, R., & Domingues, S. (2002). Em Defesa da Avaliação Psicológica. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 173-174.
- OMS (2004). Sexual health - a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, 67, 1-8.
- Reynolds, B. S. (1977). Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: a critical review. *Psychological Bulletin*, 84(6), 1218-1238.
- Rodrigues Jr., O. M. (1994). Disfunção Eretiva: avaliação psicológica - modelo em abordagem multidisciplinar. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5(2), 230-247.
- Rodrigues Jr., O. M. (1995). *Psicologia e Sexualidade*. São Paulo: MEDSI.
- Rodrigues Jr., O. M. (1999). Inventários de Sexualidade - uma forma de obtenção de conhecimento complementar da vida sexual. *Terapia Sexual*, 1(2), 61-120.
- Rodrigues Jr., O. M., Catão, E. C., Finotelli Jr., I., Silva, F. R. C. S., & Viviani, D. H. (2008). Escala de Autoeficacia Sexual-Función Erétil (Versión E): estudio de validación clínica en Brasil. *Revista Peruana de Psicometría*(1), 12-17.
- Rodrigues Jr., O. M., Haddad, S. C., Sessa, S. R., & Costa, M. (1991). Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para disfunção erétil. *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6).
- Rodrigues Jr., O. M., Lima, M. Z., & Cecarelo, C. V. R. (1992). Autoconfiança Sexual em Estudantes Universitários: Um Estudo Descritivo de Prevalência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 3(1).
- Rosen, R. C. (2000). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Current Psychiatry Reports*, 2(3), 189-195.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Varjonen, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 29-42.
- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 361-370.
- Texeira, M. G. M., Finotelli Jr., I., & Rodrigues Jr., O. M. (2009). O uso da Escala de Autoeficácia Sexual Função Erétil (SSES-E) em portadores de HIV/AIDS. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana, Foz do Iguaçu*, 64-65.
- Thompson, B., & Daniel, L. G. (1996). Factor Analytic Evidence for the Construct Validity of Scores: A Historical Overview and Some Guidelines. *Educational and Psychological Measurement*, 56(2), 197-208.

Recebido em outubro de 2010
Reformulado em janeiro de 2011
Aprovado em fevereiro de 2011

Sobre os autores:

Itor Finotelli Jr. é Psicólogo e Psicoterapeuta Sexual, Mestre em Avaliação Psicológica pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Cláudio Garcia Capitão é Professor dos cursos de graduação e de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.