



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

**AVALIAÇÃO DA AUTOCOMPAIXÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE SEXUAL PERCEBIDA EM HOMENS COM
EPILEPSIA**

RECIFE
2022

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

**AVALIAÇÃO DA AUTOCOMPAIXÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE SEXUAL PERCEBIDA EM HOMENS
COM EPILEPSIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Área de concentração: Neuropsiquiatria

Orientador (a): Profa. Dra. Luciana P. Andrade Valença

RECIFE

2022

Catálogo na fonte:
Elaine Freitas, CRB4:1790

N244p Nascimento, Pedro Paulo Gomes do
Avaliação da autocompaixão como estratégia de promoção de
qualidade de vida e felicidade sexual percebida em homens com
epilepsia / Pedro Paulo Gomes do Nascimento. – 2022.
111 p. : il.

Orientadora: Luciana P. Andrade Valença.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco.
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em
Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde mental. 2. Impacto de doença. 3. Saúde do homem. 4.
Terapia cognitivo comportamental. 5. Promoção de saúde. I.
Valença, Luciana P. Andrade (Orientadora) . II. Título.

618.97 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2023 - 297)

PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DA AUTOCOMPAIXÃO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E FELICIDADE SEXUAL PERCEBIDA EM HOMENS COM EPILEPSIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de doutor. Área de concentração: Neuropsiquiatria

Aprovado em: 25/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Dra. ROSANA CHRISTINE CAVALCANTI XIMENES,
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (Presidente)

Dra. ISABELLA D'ANDREA MEIRA,
Universidade Federal Fluminense- UFF (Examinadora Externa à Instituição)

Dra. CLARISSA MARIA DUBEUX LOPES BARROS,
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS (Examinadora Externa à Instituição)

Dra. TEREZA MACIEL LYRA
Fiocruz - PE (Examinadora Externa à Instituição)

Dr. MARIO LUCIANO DE MELO SILVA JUNIOR,
Universidade Federal de Pernambuco -UFPE (Examinador Externo ao Programa)

Ao meu pai Antonio Vicente *in memoriam*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio constante sem o qual não teria chegado até aqui.

À Marta Iglis que durante uma conversa de café me fez enxergar a importância de se promover a felicidade e o bem-estar na Medicina.

A Marcos Almeida pela sugestão inicial de avaliar a saúde sexual dos homens com epilepsia.

À minha orientadora Luciana Valença por ter apoiado a iniciativa de estudar sobre o tema.

À Andreia Fraga e à Laís Silvestre pelo apoio na fase de intervenção.

Por fim, aos homens com epilepsia que permitiram a realização desse trabalho

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”. (Y GASSET, 2000)

RESUMO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais frequentes no mundo, afetando discretamente mais o sexo masculino. Homens com epilepsia (HCE) sofrem mais com o impacto decorrente dessa doença, porém as diretrizes de cuidado são focadas na ocorrência de disfunções sexuais e não levam em consideração os fatores psicossociais que são relevantes para a ocorrência de depressão, ansiedade, bem como relacionados a melhores escores de qualidade de vida e satisfação sexual. Indo além, estratégias específicas para a promoção de saúde mental em homens como a autocompaixão são uma alternativa de proteção para a ocorrência de transtornos psiquiátricos e promoção de qualidade de vida. Esse estudo tem por objetivo avaliar a inter-relação entre características clínicas, conceitos de masculinidade, depressão, ansiedade e autocompaixão na ocorrência de disfunções sexuais e qualidade de vida em HCE. Foram avaliados 52 homens com epilepsia quanto características clínicas e sociodemográficas. Seguiu-se o uso de escalas Likert para indagar sobre crenças de masculinidade, a escala de autocompaixão, o coeficiente de saúde sexual masculina para avaliar a ocorrência de disfunções sexuais, a Escala Hospitalar de Depressão de Ansiedade – HADS para avaliar sintomas de ansiedade e depressão e o Quality of Life in Epilepsy de 31 questões - QOLIE-31 para avaliar qualidade de vida. HCE citaram os conceitos de ter o respeito dos amigos e ser um homem honrado como as principais características de um homem ideal. Autocompaixão está relacionada a menores sintomas de ansiedade e depressão em HCE. Depressão e ansiedade foram fatores relevantes na ocorrência de disfunções sexuais que apresentaram frequências compatíveis com a literatura. Satisfação com relacionamentos e com o trabalho, juntamente com depressão e ansiedade foram relevantes para maiores escores de qualidade de vida. Exercícios de autocompaixão se mostraram efetivos para melhora de sintomas ansiosos e depressivos. Em conclusão, as normas masculinas estão implicadas na ocorrência de ansiedade, depressão e comportamento de autocompaixão em HCE. A ocorrência de disfunções sexuais em HCE é frequente e diretamente relacionada a sintomas depressivos e ansiosos. A autocompaixão é um fator de proteção contra sintomas depressivos e ansiosos, representando uma estratégia promissora para promoção de saúde mental em HCE.

Palavras-chave: saúde mental; impacto de doença; saúde do homem; terapia cognitivo comportamental; promoção de saúde.

ABSTRACT

Epilepsy is one of the most frequent neurological diseases in the world. This disease affects both sexes, but men with epilepsy (MWE) are more impacted than women. There are no specific care guidelines for males and the studies addressed for this group are focused on sexual issues. Sexual dysfunctions are frequent in M, but psychiatric diseases are more related to poor quality of life (QoL). Psychosocial factors are relevant to the occurrence of depression, anxiety, and sexual dysfunction (SD) in this population. It is also suggested that self-compassion may be a protective factor for the occurrence of psychiatric disorders. This study aims to evaluate the interrelationship between clinical characteristics, concepts of masculinity, depression, anxiety, and self-compassion in the occurrence of SD and quality of life in MWE. Fifty-two MWE were evaluated for clinical and sociodemographic characteristics. Likert scales are used to inquire about masculinity beliefs, the self-compassion scale to assess scores, the male sexual health coefficient to assess the occurrence of sexual dysfunctions, the Hospital Anxiety Depression Scale - HADS to assess anxiety and depression, and the 31-question Quality of Life in Epilepsy - QOLIE-31 to measure quality of life. Our data demonstrate a high incidence of SD, depression, and anxiety in MWE. The concepts of having the respect of friends and being an honorable man as the main characteristics of an ideal man. Self-compassion is related to lower symptoms of anxiety and depression in MWE. Depression and anxiety were relevant factors in the occurrence of SD. Satisfaction with relationships and work, depression, and anxiety were relevant for QoL scores. Self-compassion exercises are effective in improving anxiety and depressive symptoms. In conclusion, male norms are implicated in the occurrence of anxiety, depression, and self-compassionate behavior in MWE. The occurrence of sexual dysfunctions in MWE is frequent and related to depressive and anxious symptoms. Self-compassion is a protective factor against depressive and anxious symptoms and a promising strategy for promoting mental health in MWE.

Keywords: mental health; burden of illness; men's health; cognitive-behavioral therapies; health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALC	América Latina e Caribe
DAILY	Disability-adjusted life year
DSM-V	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DS	Disfunções Sexuais
FAC	Fármacos anticrise
HCE	Homens com Epilepsia
ILAE	International League Against Epilepsy
PCE	Pessoas com Epilepsia
QoL	Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS (DS) ENTRE HOMENS	15
1.2	FISIOPATOLOGIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS	16
1.2.1	O desejo, a excitação sexual e comportamento sexual no homem: definição de conceitos e modelos	16
1.2.2	O ciclo sexual Masculino, o papel da testosterona e comorbidades associadas	19
1.2.3	Fatores psicológicos, relacionais e culturais associados com as disfunções sexuais em homens .	23
1.3	LINHAS GERAIS DE TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS	25
1.3.1	Tratamento médico centrado das disfunções sexuais	26
1.3.2	Tratamento psicoterápico: contextualizado os potenciais da autocompaixão	26
1.4	ESPECIFICIDADES DA OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS COM EPILEPSIA	28
1.5	ESPECIFICIDADES DO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS COM EPILEPSIA	30
1.6	JUSTIFICATIVA	31
2	HIPÓTESE	31
3	OBJETIVOS	33
3.1	GERAL	33
3.2	ESPECÍFICOS	33
4	METODOLOGIA	34
4.1	DESENHO DA PESQUISA (TIPO DE ESTUDO)	34
4.2	LOCAL DA PESQUISA	34
4.3	AMOSTRA DE PARTICIPANTES	34
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
4.5	RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	35
4.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35

4.7	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	37
4.8	PROCEDIMENTOS DA FASE DE INTERVENÇÃO	37
4.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
4.10	ASPECTOS ÉTICOS	39
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	52
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
	APÊNDICE B – ANAMNESE PADRONIZADA	69
	APÊNDICE C – ARTIGO 1:RE-THINKING SUBJECTIVE WELLBEING OF LATIN-AMERICAN AND CARIBBEAN MEN WITH EPILEPSY: BEYOND SEXUAL DYSFUNCTIONS ISSUES	71
	APÊNDICE D – ARTIGO 2: WHEN BEING AN IDEAL MAN IS NOT POSSIBLE: INTER-RELATIONS AMONG MASCULINITIES BELIEFS, SELF-COMPASSION, ANXIETY, AND DEPRESSION IN MEN WITH EPILEPSY	74
	ANEXO A – ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE MASCULINIDADE E QUALIDADE DE VIDA (ADAPTADO MALES STUDY – SAND ET AL, 2008)	84
	ANEXO B – QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA (QS- M)	87
	ANEXO C – ESCALA DE AUTOCOMPAIXÃO DE NEFF	89
	ANEXO D – EXERCÍCIOS DE AUTOCOMPAIXAO	91
	ANEXO E – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)	99
	ANEXO F – QOLIE – 31 (QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY INVENTORY)	100
	ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	111

1 INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma doença neurológica altamente prevalente ao acometer mais de 70 milhões de pessoas no mundo, com expressiva parcela destas vivendo em países baixa e média renda (THIJS et al., 2019). Destaca-se a ocorrência de casos em todos os países, etnias, gêneros, classes sociais e idades, sendo principalmente prevalente nas primeiras duas décadas de vida e após os 60 anos (BEGHI, 2020; HU et al., 2021). Sua prevalência mundial é estimada em 5,57 a 7,30 por 1000 habitantes, maior em países em desenvolvimento (FIEST et al., 2017). Em 2019, 6,3 milhões de pessoas viviam com epilepsia (PCE) nos países da América Latina e Caribe (ALC) (PACHECO-BARRIOS et al., 2022). No Brasil, a prevalência varia de 1,3 a 16,5 por 1000 habitantes em diferentes estudos (BUAINAIN et al., 2022; SIQUEIRA et al., 2016, BORGES al., 2004; FERNANDES et al., 1992; MARINO et al., 1986). O impacto da desta doença se traduz em ocorrência de comorbidades, diminuição da expectativa de vida, aumento da incidência de transtornos psiquiátricos e cognitivos, bem como na estigmatização dessa parcela da população em questões que envolvem vários aspectos sociais como relação interpessoais, emprego e situação marital (DE BOER; MULA; SANDER, 2008; TAYLOR et al., 2011).

Quando avaliada a questão do gênero, propõe-se que a taxa de incidência desta doença é discretamente maior em homens (7,31 a cada 1000 versus 6,85 a cada 1000 entre as mulheres), com provável maior participação de epilepsias focais (FIEST et al., 2017; HU et al., 2021). Esse maior acometimento do sexo masculino pode ser resultado de maior exposição a fatores de risco como traumatismos cranianos, infecções do sistema nervoso central e álcool (HU et al., 2021). Mulheres tem um acesso menor a serviços de saúde, mas homens com epilepsia (HCE) tendem a sofrer mais os impactos quando se avalia a mortalidade e os anos vividos com incapacidade calculados sob a forma de *disability-adjusted life year* (DALY) (HU et al., 2021; PACHECO-BARRIOS et al., 2022). O maior impacto em homens também é observado na ALC que responde a 9,5% do total global de DALYs resultantes do acometimento de epilepsia e atrás apenas da Ásia central e da África subsaariana (PACHECO-BARRIOS et al., 2022). HCE se destacam por procurar menos os serviços de saúde e descrevem que o impacto da epilepsia pode ser vivido em questões relacionadas com restrição de condução de veículos, preocupação com empregabilidade e obtenção de renda, bem como a capacidade de desenvolver relacionamentos afetivos (SARE et al., 2007; ZERTUCHE-ORTUÑO et al., 2021).

Apesar disso, mulheres com epilepsia são objeto predominante de estudo na literatura, inclusive com o amplo desenvolvimento de materiais especialmente confeccionados para elas e com foco em questões reprodutivas. Indo além, estudos sobre a saúde dos HCE tendem a focar na ocorrência de disfunções sexuais (DS)(SARE et al., 2007). De fato, a ocorrência de disfunções sexuais em PCE são mais frequentes do que na população em geral (LAUMANN et al., 2006). Além da epilepsia, outras enfermidades neurológicas tais como esclerose múltipla, traumatismo medulares, doenças cerebrovasculares, doenças neuromusculares, polineuropatias apresentam DS como comorbidade. De maneira geral, pode-se inferir os fatores envolvidos estariam em três esferas: (1) relacionadas ao efeitos fisiopatológicos e farmacológicos; (2) disfunção das vias endógenas envolvidas na excitação e resposta sexual propriamente dita e (3) fatores psicossociais e culturais (VODUŠEK; AMINOFF, 2014).

Quando estas questões relacionadas a DS avaliadas em mulheres, a prevalência de disfunções sexuais (DS) variam de 10 a 75%, com a ocorrência de transtornos da excitação ou do desejo, anorgasmia, vaginismo e dispaurenia (RATHORE et al., 2019). Dados sugerem que a taxa de ocorrência de disfunção sexuais (DS) entre HCE varia entre 22 a 67%. Frequentemente, são citadas questões como uma atividade sexual reduzida, inibição da excitação sexual, anorgasmia e disfunção erétil, sendo esta última ocorrendo em até 58% dos casos em algumas séries (CALABRÒ; MARINO; BRAMANTI, 2011). Independente do gênero, as DS tendem a ser negligenciadas por fatores como resistência dos profissionais e pacientes em abordar questões de saúde sexual nas consultas por questões culturais e ainda falta de acesso a equipes multiprofissionais que possam dar suporte (RATHORE et al., 2019).

SDeApesar da alta prevalência de DS em HCE, evidências atuais não correlacionam esse fato com pior QoL e sim com depressão e ansiedade (DUNCAN et al., 2009; TALBOT et al., 2008). Essa aparente contradição entre a falta da relação entre a ocorrência de DS em HCE com impacto da qualidade de vida pode ser resultante de uma análise excessivamente baseada em aspectos biológicos em detrimento de uma melhor avaliação da influência dos fatores psicossociais nesse fenômeno. Por exemplo, HCE tendem a valorizar menos a importância da vida sexual quando comparados a homens em geral (HENNING et al., 2019). Dados sugerem que a ocorrência de depressão estaria mais relacionada a questões psicossociais, enquanto causas diretamente relacionadas a epilepsia influenciariam a ocorrência desta comorbidade nas mulheres (LIU et al., 2020). Assim, este trabalho busca desenvolver um olhar ampliado sobre a ocorrência de DS em HCE ao buscar mensurar a influência de fatores psicossociais e biológicos envolvidos a fim de conciliar esses diferentes aspectos na avaliação da DS em HCE. Indo além, propõe-se o desenvolvimento de estratégias de melhora da satisfação sexual e, por conseguinte, da saúde masculina, com ênfase no estímulo a comportamentos de promoção de bem-estar psíquico.

É importante caracterizar que apesar de fazer parte do instinto humano, o sexo não constitui uma necessidade pois sua privação não acaba por causar um colapso do organismo tais como a sede ou a fome. Ao contrário, a abstinência sexual não traz nenhum dano objetivo e a motivação sexual geralmente está condicionada à um estímulo de natureza externa que incentiva/estimula o interesse sexual (AGMO, 2011). Para os seres humanos, há uma combinação única onde se formam casais e ao mesmo tempo formação de uma interação inter-relação social intensa que geram uma variada gamas de sensações, prazeres e dores pode explicar porque os fatores sociais influenciam nos escores de bem-estar e satisfação com a vida de maneira ampliada (GRINDE, 2021).

Assim, faz-se necessário definir o conceito de *bem-estar sexual e felicidade sexual percebida* a fim de permitir uma avaliação cognitiva e ampliada da sexualidade. Entende-se que esses aspectos já citados faz parte do conceito maior de bem-estar geral subjetivo que por sua vez também inclui sensação de realização, paz e satisfação com a vida. Sendo assim, considerou-se que estado de bem estar sexual subjetivo pode ser influenciado por quatro domínios: (1) sexualidade individual, (2) importância subjetiva dada a vida sexual e influência dos relacionamentos sexuais, onde se incluiu o (3) componente físico propriamente dito e (4) emocionais (LAUMANN et al., 2006).

Diante disso, optou-se por separar a elaboração deste referencial teórico em duas partes.

A primeira se detendo a uma abordagem ampliada do entendimento da fisiopatologia das DS e dos fatores psicossociais envolvidos com a apresentação do conceito de sexualidade positiva. Na segunda, buscou-se explicar sobre as particularidades da ocorrência de DS no contexto da epilepsia.

1.1 CLASSIFICAÇÃO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS (DS) ENTRE HOMENS

Dados epidemiológicos sugerem que a prevalência de disfunções sexuais na população em geral podem acometer de 10 a 52% de homens e de 25 a 63% de mulheres (HEIMAN, 2002). Deve-se entender ainda que há uma relação documentada entre a saúde sexual com a sensação de bem estar, inclusive sendo correlacionada com sintomas depressivos e ansiosos (LAUMANN et al., 2006). Segundo o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*, as disfunções sexuais são basicamente agrupadas de acordo com o gênero. Assim, as disfunções sexuais entre os homens são as seguintes:

- a) **Ejaculação retardada** - Qualquer um dos seguintes sintomas deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) da atividade sexual com parceira (em contextos situacionais identificados ou, se generalizada, em todos os contextos), sem que o indivíduo deseje o retardo: 1. *Retardo acentuado na ejaculação*. 2. *Baixa frequência marcante ou ausência de ejaculação*;
- b) **Transtorno Erétil** - Pelo menos um dos três sintomas a seguir deve ser vivenciado em quase todas ou em todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, se generalizado, em todos os contextos): 1. *Dificuldade acentuada em obter ereção durante a atividade sexual*. 2. *Dificuldade acentuada em manter uma ereção até o fim da atividade sexual*. 3. *Diminuição acentuada na rigidez erétil*.
- c) **Transtorno do desejo sexual masculino hipoativo** - Pensamentos ou fantasias sexuais/eróticas e desejo para atividade sexual deficientes (ou ausentes) de forma persistente ou recorrente. O julgamento da deficiência é feito pelo clínico, levando em conta fatores que afetam o funcionamento sexual, tais como idade e contextos gerais e socioculturais da vida do indivíduo.
- d) **Ejaculação prematura (precoce)** - Padrão persistente ou recorrente de ejaculação que ocorre durante a atividade sexual com parceira dentro de aproximadamente um minuto após a penetração vaginal e antes do momento

desejado pelo indivíduo. *Nota:* Embora o diagnóstico de ejaculação prematura (precoce) também possa ser aplicado a indivíduos envolvidos em atividades sexuais não vaginais, não foram estabelecidos critérios específicos para o tempo de duração dessas atividades. Os sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses e devem ser experimentados em quase todas ou todas as ocasiões (aproximadamente 75 a 100%) de atividade sexual (em contextos situacionais identificados ou, caso generalizada, em todos os contextos).

ATENÇÃO - Em todas as situações, os critérios de suporte são:

- Duração de seis meses;
- Os sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo para o indivíduo;
- A disfunção sexual não é mais bem explicada por um transtorno mental não sexual (deve-se, então, diagnosticar apenas o outro transtorno mental) ou como consequência de uma perturbação grave do relacionamento ou de outros estressores importantes e não é atribuível aos efeitos de alguma substância/medicamento ou a outra condição médica (ASSOCIATION, 2014).

A atual classificação do DSM-V é elogiada pela visibilidade às questões do fenômeno da ereção. Por outro lado, a mesma é criticada por manter classificação distinta para o desejo e excitação, cujos conceitos são de difícil diferenciação entre pacientes e profissionais, bem como por um favorecimento de mecanicista e biomédica da sexualidade masculina que acaba negligenciando a influência dos fatores psicossociais (NIMBI et al., 2020; SUNGUR; GÜNDÜZ, 2014).

1.2 FISIOPATOLOGIA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS

1.2.1 O desejo, a excitação sexual e comportamento sexual no homem: definição de conceitos e modelos

A primeira tentativa de caracterização do ciclo de resposta sexual humana foi feita por Masters e Johnson em 1966 e baseou-se exclusivamente nas respostas fisiológicas ao estímulo sexual. Assim, esse pensamento linear resultou num modelo baseado em quatro

fases: *excitação sexual*, *platô*, *orgasmo* e *resolução* (incluindo a ideia de um período de refratariedade a nova ejaculação) (MASTERS; JOHNSON, 1966). A ideia do desejo sexual foi apenas incluída posteriormente, com a representação do ciclo em apenas três fases: *desejo* – com a ideia de apetite sexual e influência de fatores emocionais nas respostas cerebrais, *excitação* – respostas orgânicas autonômicas resultando em vasodilatação de órgãos genitais e *orgasmo* - resultando da contração de músculos genitais (KAPLAN, 1977).

Porém, esses modelos ignoraram as subjetividades e particularidades dos conceitos de desejo sexual, excitação sexual e sua relação com as respostas orgânicas propriamente ditas. Em outras palavras, os efeitos da motivação, emoções, experiências aprendidas, relações interpessoais devem ser considerados: estes não necessariamente resultam em uma resposta orgânica (ou seja, uma efetiva ereção peniana no caso masculino) e nem toda resposta orgânica é desencadeada por um estímulo sexual propriamente dito (JANSSEN, 2011; MARK; LASSLO, 2018).

A fim de incluir essas particularidades, foi proposto o modelo do *duplo controle da resposta sexual* que pressupõe que a excitação sexual envolve mecanismos excitatórios (*sexual excitation* – SE) e inibitórios (*sexual inhibition* ou SI) que ocorrem ao mesmo tempo em um mesmo indivíduo em uma dada situação e variam com o tempo. Assim, a ação negativa na excitação seria resultado da falta dos estímulos necessários para o processou de mobilização da atenção por um lado e, por outro, há presença de uma inibição ou supressão ativa de uma resposta sexual (em resposta a riscos potenciais emocionais, físicos ou outros tipos de ameaça por exemplo) (BANCROFT et al., 2009; BANCROFT; JANSSEN, 2000; JANSSEN, 2011). Em homens, uma revisão sistemática pontua que a presença de disfunção erétil foi correlacionada com altos índices de SI e, em outro extremo, elevados índices de SE foram encontrados com comportamentos de risco (VELTEN, 2017).

Diante da complexidade do modelo, faz-se necessária a conceituação dos seguintes termos utilizados neste trabalho que estão esquematizados na figura 1:

Comportamento Sexual – pode-se utilizar este termo para nomear a interface entre os diversos estímulos externos e internos que vão definir a individualidade (preferências) do comportamento sexual. O componente endógeno pode ser chamado de estado motivacional e a os elementos externos basicamente estão influenciados por questões psicossociais/afetivas que podem ser positivas ou negativas (tais como

o sentimento de dever ou estados coercitivos que podem representar risco). Resumindo: nem todo comportamento sexual é sexualmente motivado.

Motivação sexual – estado resultante da interação entre variáveis internas (hormônios) e externos (estímulos sexuais) que acabam por mobilizar o interesse/foco nas questões desta natureza.

Excitação sexual – estado emocional/motivacional resultante do processo de engajamento sexual. Basicamente é composto por um componente central (inclusive verbal), periférico (visceral, incluindo genital) e comportamental (incluindo o padrão de atitudes ou expressões motoras). Engloba a ideia de excitação subjetiva e de resposta genital

- ◆ **Excitação sexual subjetiva/desejo** – basicamente o componente comportamental, ou seja, tem uma característica essencialmente positiva (busca ativa do prazer, interesse, atração, engajamento efetivar um ato sexual propriamente dito)
- ◆ **Resposta Genital** - quando se referir a uma resposta efetivamente somática como a ereção (que pode inclusive ser independente da excitação sexual como. Na ereção induzida pelo sono REM), sendo importante diferenciar este conceito da excitação subjetiva (desejo sexual), uma vez que a relação entre ambos não é fixa e podendo ocorrer de maneira independente (JANSSEN, 2011).

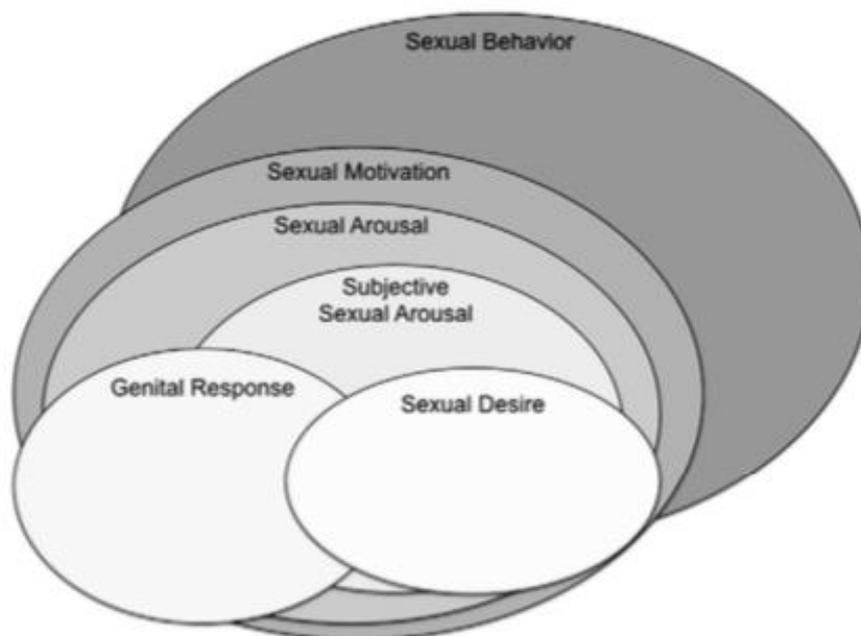


Fig. 1. A graphical representation of possible relationships between and overlap among constructs of sexual arousal, sexual desire, sexual motivation, and sexual behavior.

Figura 1- representação dos constructos relacionados ao comportamento sexual.
Retirado de Janssen, 2011

1.2.2 O ciclo sexual Masculino, o papel da testosterona e comorbidades associadas

Dados resultantes de métodos de imagem funcional permitem delinear os correlatos neuroanatômicos comportamento sexual, da motivação e do desejo/ excitação. O processo de estimulação sexual desencadeado por fatores psicológicos composto pelo componente cognitivo da avaliação do estímulo sexual e do desejo (mediado pelo córtex orbitofrontal lateral direito e o giro temporal anterior) associado ao foco de atenção (lóbulo parietal superior e inferior) e captação de imagens e processamento de potenciais comportamentos sexuais (córtex visual, área premotora ventral, área motora suplementar, lóbulo parietal inferior e cerebelo). O prazer da atividade sexual é mediado por um componente emocional e motivacional (córtex cingulado anterior, claustrum , córtex somatossensorial, amígdala e ínsula posterior). Esta circuitaria age sobre o sistema hipotálamo-hipófise-gonadal e sistema nervoso autônomo através dos hormônios e neurotransmissores que ativam, inibem e providenciam feedbacks positivos e negativos. (CHENG et al., 2015)

As vias dopaminérgicas estão diretamente relacionadas com as vias que regulam o comportamento sexual e ereção. Postula-se que a testosterona promove a copulação mediada pelo aumento da presença de dopamina na área pré-óptica medial, possivelmente por up regulation da síntese de óxido nítrico. Uso de agonistas dopaminérgicos se correlacionam com podem estar relacionados com ereção peniana espontânea, aumento da libido. Por outro lado, bloqueadores de receptores dopaminérgicos como neurolépticos se relacionam com diminuição da libido e disfunção erétil. É importante salientar que a ação das outras vias como adrenérgicas, colinérgicas, histamínicas e sistemas de peptídeos também estão relacionados com disfunções do eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal ou na atividade da 5 α -redutase (SIMONSEN; COMERMA-STEFFENSEN; ANDERSSON, 2016).

O papel da testosterona no comportamento sexual parece estar relacionado com o desejo sexual entre homens mais velhos saudáveis, mas não entre os jovens (BANCROFT, 2005; KANDEEL; KOUSSA; SWERDLOFF, 2001). Níveis mais altos de testosterona estão relacionados com menor latência de resposta a ereção quando expostos à material erótico, aumento do interesse sexual e magnitude da tumescência noturna peniana (BANCROFT, 2005; CORONA; MAGGI, 2010; KANDEEL; KOUSSA; SWERDLOFF, 2001).

A ereção peniana é o resultado final de um processo iniciado por estímulos psicogênicos e sensoriais que dispara uma cascata de efeitos neurológicos e vasculares (mediadas pelo parassimpático e envolvendo elevação da pressão arterial, taquicardia, ereção peniana a partir da liberação local do óxido nítrico e hormônios androgênicos locais) (CARTLEDGE; MINHAS; EARDLEY, 2001).

A ejaculação é uma fase controlada pelo sistema simpático e resulta de um arco reflexo espinhal. Há um mecanismo de controle voluntário composto por duas etapas: a primeira seria o processo chamado de emissão e associada com a deposição de fluido seminal na uretra posterior e a contração das vesículas seminais, vasos deferentes e musculatura lisa prostática e a segunda a fase de expulsão do líquido seminal pela uretra posterior e meato peniano. O retardo da ejaculação seria uma resultante de uma ação do sistema serotoninérgico presente no tronco cerebral (GIULIANO; CLÉMENT, 2005) .

Orgasmo ocorre sob a ação de elementos fisiológicos e psicogênicos. Estímulos aferentes são transmitidos via nervo pudendo geram o processo fisiológico de contração da musculatória dos órgãos sexuais acessórios , aumento da pressão na uretra posterior,

sensação de inevitabilidade da ejaculação, contração do bulbo uretral e períneo, contrações rítmicas da musculatura pélvica, emissão sêmen e ejaculação e reversão do das mudanças fisiológica e da tensão sexual. Neurônios corticais percebem estes eventos como prazerosos e a percepção de prazer é influenciada pelo grau de excitação sexual, aprendizagem resultante de atividade sexual anterior e arcabouço psicosssexual. É importante salientar que a fase de ejaculação e orgasmos podem ocorrer de maneira independente (KANDEEL; KOUSSA; SWERDLOFF, 2001).

Detumescência – retorno do pênis à fase flácida, vasoconstricção das arteríolas e a reversão de eventos com a contração das unidades corporais para drenagem do sangue dos bulbos cavernosos e de refratariedade a novos estímulos que são dependentes da idade, estado físico e fatores psicosssexuais. A ação peniana de receptores α 1-adrenérgicos promovendo contração da musculatura lisa é o mais importante mediador da detumescência, inclusive o seu bloqueio esta diretamente envolvida no desenvolvimento do priapismo (BOSCH RUUD J.L.H. et al., 1991).

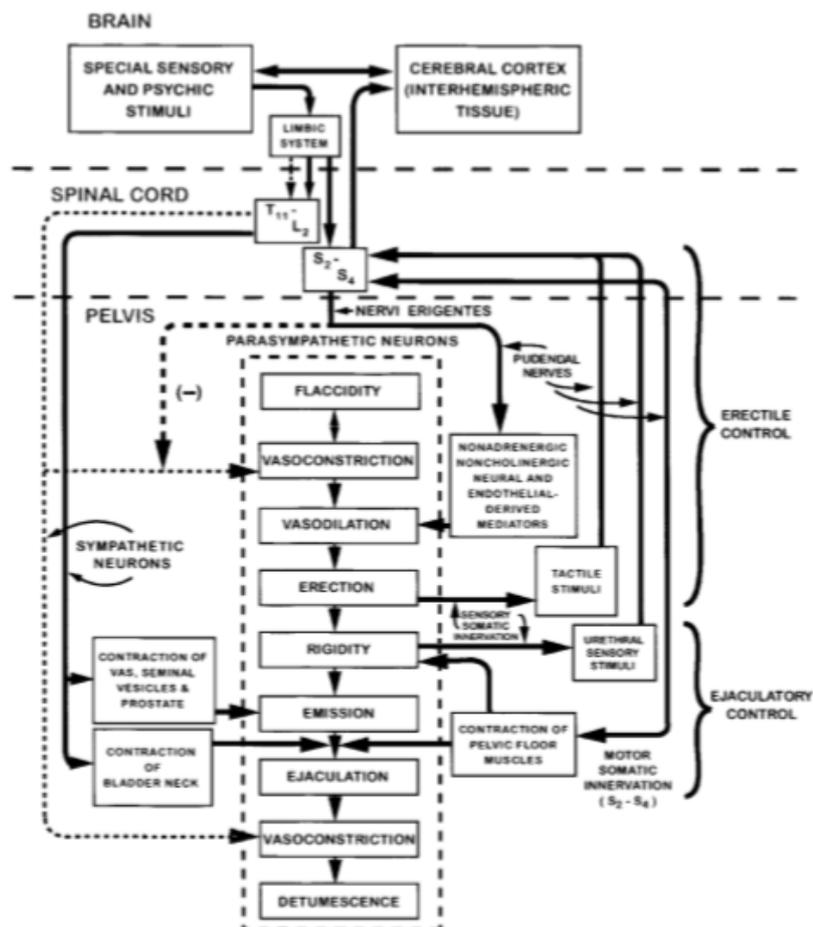
A testosterona tem um papel bem definido no processo de diferenciação sexual desde o feto até a puberdade. No entanto, a relação deste hormônio com o processo de excitação sexual ainda é fonte de debate. Os dados são conflitantes: há maiores evidências que entre homens mais velhos (45 a 74 anos) os níveis séricos de testosterona se correlacionam com o declínio de interesse, excitabilidade e atividade sexuais e especula-se que isto envolve mecanismos centrais de desregulação do eixo hipotálamo-hipofisário, aumento dos níveis séricos da globulina ligante de hormônio sexuais resultando em menores níveis séricos, bem como dessensibilização dos receptores periféricos. Entretanto, fora o período inicial de formação das características sexuais secundárias durante a puberdade, não há dados indubitáveis que correlacionem o desejo e excitação sexual em homens jovens com os níveis séricos de testosterona (BANCROFT, 2005).

Há uma série de condições crônicas que estão correlacionadas com a presença de disfunções sexuais. Segue uma lista das comorbidades associadas, onde uma discussão aprofundada dos mecanismos envolvidos foge ao escopo deste trabalho:

- deficiência androgênica,
- hiperprolactinemia,
- infertilidade
- terapia antidepressiva,
- transtornos ansiosos e depressivos,

- Desordem do estresse pós traumático
- bodybuilders e pessoas cometidas por distúrbios alimentares,
- câncer;
- Diabetes e obesidade;
- Doença renal crônica;
- HIV/AIDS;
- Epilepsia;
- Acidente vascular cerebral;
- Esclerose múltipla;
- Hiperprolactinemia (NIMBI et al., 2020).

Figura 1 - Interações entre a inervação somática e autonômica no controle do ciclo sexual masculino - retirado de Kandeel et al, 2001



1.2.3 Fatores psicológicos, relacionais e culturais associados com as disfunções sexuais em homens

As maneiras nos quais o amor e o afeto são demonstrados tem influência das experiências familiares, experiências sexuais traumáticas durante o crescimento, a religião, a cultura e as mensagens da sociedade sobre sexo, destacando-se o impacto crescente da mídia sobre o comportamento ao promover a saúde sexual ou a disfunção (MCCABE et al., 2010).

Quando se avalia o impacto da ocorrência de transtornos psiquiátricos, os dados da literatura se concentram na inter-relação entre depressão, ansiedade e as disfunções sexuais. Estima-se que a ocorrência de depressão aumenta o risco de 50 a 70% de disfunções sexuais e naqueles acometidos por disfunção sexual, há de 130 a 210% de aumento de risco para o desenvolvimento de depressão. Como mecanismos fisiopatológicos, especula-se que a depressão aja com um feedback patológico em sua interface com os sistemas que modulam o comportamento sexual e vice-versa, especialmente quando se relacionado com o foco da atenção e motivação sexual. Tal desbalanço culminaria numa disfunção no eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, sistema nervoso simpático e resposta inflamatória que acabaria por se traduzir nos sintomas somáticos depressivos e nas disfunções sexuais (ATLANTIS; SULLIVAN, 2012; NIMBI et al., 2020).

No entanto, a ocorrência de disfunções sexuais no contexto de associação com transtornos de ansiedade possui mais particularidades. Inicialmente, postulou-se que a ansiedade que não se traduz em prejuízo cognitivo poderia melhorar a excitação sexual em homens sexualmente saudáveis e, naqueles com disfunções sexuais secundárias, a ansiedade poderia desviar o foco das preocupações com seu funcionamento sexual (BARLOW, 1986).

Essa abordagem se mostrou simplista, demandando uma ampliação de conceitos (ver figura 3). Sob o ponto de vista do modelo da teoria cognitivo-comportamental, emoções como a ansiedade podem ser caracterizadas através de três fatores: sensações fisiológicas (aumento da frequência cardíaca e suor), cognição (crenças e interpretações associadas a estímulos temidos) e comportamentais (evitação, comportamentos de segurança e hipervigilância) (LAURENT; SIMONS, 2009).

A partir dessa abordagem e retomando o modelo do duplo controle da resposta sexual, a ansiedade desempenharia um papel inibitório que seria relacionada ou com a ameaça de uma performance falha, ou ameaça relacionada com as consequências negativas da atividade sexual (repressão violenta, doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo). O grau de influência destes fatores varia com aspectos cognitivos individuais que resultariam em diferentes graus de disfunções sexuais (BANCROFT et al., 2009; BANCROFT; JANSSEN, 2000; JANSSEN, 2011; KANE et al., 2019).

Diante do exposto, tal modelo explicaria o fato de homens com transtorno de ansiedade serem mais acometidos por transtorno de transtorno erétil e ejaculação prematura, bem como a ansiedade de desempenho (CORONA et al., 2006; RAJKUMAR; KUMARAN, 2015).

Especialmente em relação aos homens, o papel desempenhado pela existência de um relacionamento díadico (isto é, entre duas pessoas) é pouco claro. Advoga-se que o grau de ternura por parte dos homens tende a diminuir com o tempo de duração dos relacionamentos, porém o grau de atividade sexual não. Associa-se ainda que a percepção uma atração sexual pelo outro elemento da relação está associada com maior grau de interesse sexual. Homens tendem a apresentar melhores níveis de bem estar sexual em relacionamentos estáveis (seja por meio de casamento, coabitação ou por encontros), contrapondo-se aos homens que tem múltiplas parceiras e que dão maior importância à atividade sexual (CARVALHEIRA; TRÆEN; ŠTULHOFER, 2014; LAUMANN et al., 2006). Assim, é importante destacar que o declínio do interesse sexual não está intrinsicamente ligado à duração do relacionamento, pois sofre influência de fatores protetivos como compatibilidade sexual, a atração física, a intimidade, presença de uma parceria com suporte emocional, falta de monotonia (MARK; LASSLO, 2018).

Outro fator que pode ser correlacionado são questões profissionais tais como cansaço ou insatisfação que, além de impactar na presença de desordens associadas ao estresse, também estariam relacionados com menor grau de excitação sexual em homens (CARVALHEIRA; TRÆEN; ŠTULHOFER, 2014; NIEUWENHUIJSEN; BRUINVELS; FRINGS-DRESEN, 2010; ŠTULHOFER; TRÆEN; CARVALHEIRA, 2013).

A partir do final do século XX, iniciou-se o delineamento do conceito de masculinidade hegemônica onde o ideal de masculinidade reflete a ascendência sobre a mulher e sobre grupos subordinados de homens (homossexuais, por exemplo) sendo caracterizada pelo controle físico, dominância, força, independência emocional e falta de vulnerabilidade

(ANDERSON, 2018; BEATTIE, 2002; CONNELL, 2013). Tal ideal de masculinidade não é atingido por todos os homens, especialmente os acometidos por danos à saúde. Tal comportamento causaria prejuízo da procura por tratamento de saúde, especialmente no contexto de transtornos psiquiátricos (SEIDLER et al., 2016).

Tal modelo quando não atingido poderia causar prejuízo sob o ponto de vista cognitivo-comportamental. Os sentimentos tristeza, raiva e vergonha e a ausência de afetos positivos (atração, autoestima e imagem corporal) estariam relacionados com o surgimento das disfunções sexuais (NIMBI et al., 2020; REILLY; ROCHLEN; AWAD, 2014).

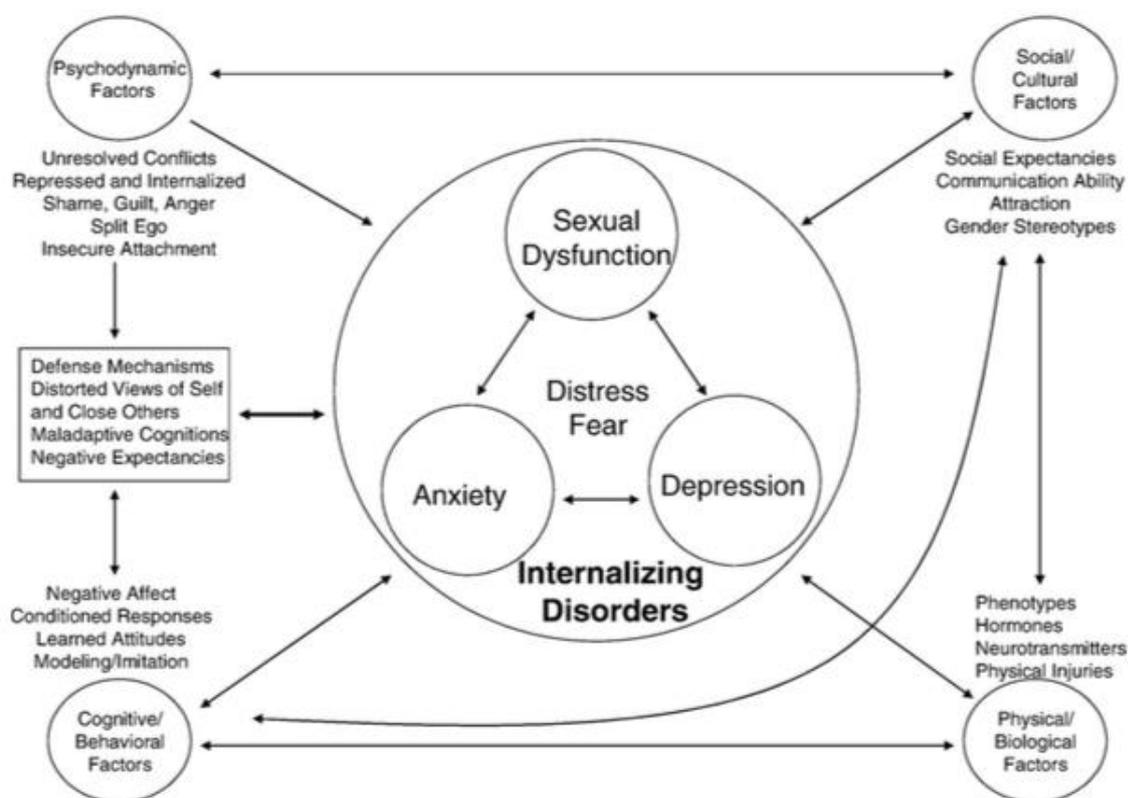


Fig. 1. Model of Internalizing Psychopathology. Arrows indicate the direction of causality or the interaction of factors.

Figura 3 - A psicopatologia das disfunções sexuais masculinas. Retirado de Laurent, Simons 2009

1.3 LINHAS GERAIS DE TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Apesar da complexidade dos fatores envolvidos na gênese dos DS, a abordagem terapêutica ainda privilegia as causas biológicas em detrimento de uma melhor atenção aos

aspectos psicossociais envolvidos com prejuízo da melhora dos indivíduos acometidos (WINTON, 2015).

1.3.1 Tratamento médico centrado das disfunções sexuais

Para o tratamento de disfunção erétil, pode-se lançar mão de reposição de testosterona com boa resposta no tratamento da disfunção erétil e da libido (BANCROFT, 2005; CORONA; MAGGI, 2010). Entretanto, as evidências dos benefícios são modestas, precisando de mais estudos e é recomendada especialmente em casos documentados de hipogonadismo (BHASIN et al., 2018; MATSUMOTO, 2019)

Antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina ISRS e os tricíclicos são utilizados para o tratamento dos transtornos psiquiátricos associados que acabam por melhorar os DS. Indo além, os efeitos serotoninérgicos agem retardando a ejaculação, sendo um efeito positivo especialmente nos casos de ejaculação prematura (ALTHOF et al., 2014).

Outros tratamentos disponíveis são: (1) os inibidores da fosfatodiesterase do tipo 5 (sildenafil, tadalafila, vardenafila) promovendo efeito vasodilatador mediado pelo óxido nítrico no bulbo cavernoso ao diminuir o metabolismo da guanosina monofosfato cíclico com recomendação para associação com testosterona nos casos de hipogonadismo, (2) uso de bombas de vácuo, (3) injeção intracavernosas de Alprostadil, forma natural de prostaglandina E1 que age no relaxamento da musculatura lisa e, por conseguinte, aumento do volume sanguíneo (4) próteses penianas (BURNETT et al., 2018; HATZIMOURATIDIS et al., 2010).

1.3.2 Tratamento psicoterápico: contextualizado os potenciais da autocompaixão

Dentre as várias abordagens, guidelines recomendam o uso de estratégias baseadas na terapia cognitivo-comportamental (ALTHOF et al., 2014). O tratamento psicoterápico associado demonstra boas respostas e se baseia principalmente na (a) mudança da antecipação dos afetos negativos, lembranças aversivas das experiências sexuais e a anulação do interesse sexo, (b) melhor satisfação com a atividade *per se* ao invés da ênfase na performance e (c) tratamento dos transtornos psiquiátricos associados (TRUDEL, 1991).

Historicamente, o desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental pode ser dividido em três fases chamadas de ondas. A primeira onda é representada pela emergência das terapias comportamentais focadas no condicionamento clássico, condicionamento operante entre outras estratégias de aprendizagem comportamentais. A segunda onda é representada pelo surgimento das terapias cognitivas com o foco na abordagem cognitiva e na reestruturação das cognições ditas disfuncionais. A atual terceira onda seria o surgimento de uma abordagem onde se inclui processos cognitivos holísticos que atuem na promoção do bem estar físico e mental, além da redução ou eliminação dos pensamentos disfuncionais (RUGGIERO et al., 2018).

Entre as estratégias, a autocompaixão vem ganhando destaque como alternativa de promoção de bem-estar. Antes de abordar o conceito desta abordagem, é necessário buscar a ideia de compaixão na filosofia oriental onde, em linhas gerais, este seria o termo utilizado para definir o sentimento de se sensibilizar pelos sofrimentos dos outros, não evitando ou se desconectando deles para que surjam sentimentos de bondade para com os outros e o desejo de aliviar os seus sofrimentos. Indo além, quanto ao indivíduo, seria necessário tomar para si as quatro verdades nobres de Buda: o sofrimento existe (primeira nobre verdade) tendo sua causa no apego às ilusões (segunda nobre verdade). Para que o sofrimento cesse (terceira nobre verdade), é necessário caminhar em busca do necessário para que isso ocorra (quarta nobre verdade). De maneira geral, o caminho seria formado por oito domínios (o nobre caminho óctuplo) que seriam o *entendimento correto*, *pensamento correto*, *linguagem correta*, *ação correta*, *modo de vida correto*, *esforço correto*, *atenção plena correta*, *concentração correta* (Shonin, 2015). Assim, “Se você quer que os outros sejam felizes, pratique compaixão. Se você quer ser feliz, pratique compaixão” (XIV BSTAN-'DZIN-RGYA; CUTLER, 1998).

Inspirado nessa concepção oriental, delineou-se o conceito de **autocompaixão** onde o indivíduo deveria se sensibilizar com o próprio sofrimento, não ignorando ou desconectando-se dele, mas sim gerando o desejo de se obter o alívio e curar-se com bondade. Para isso, três domínios devem ser trabalhados: (a) a *autobondade* - agir com bondade e autoentendimento ao invés de estimular a severidade e o *autocriticismo*, (b) *humanidade comum* – se opondo ao sentimento de *isolamento* ao buscar a compreensão que as experiências individuais e os sentimentos de sofrimento, falha e inadequações não exclusivas, mas que fazem parte de condição humana e (c) *mindfulness* (atenção plena) - os pensamentos e sentimentos dolorosos devem ser mantidos com equilíbrio, devendo-se evitar uma *sobreidentificação* exagerada com eles (NEFF, 2003a).

Há evidências consistentes em relação à presença de moderada melhora dos sintomas de depressão e ansiedade com o uso de estratégias de intervenção baseadas na autocompaixão, inclusive se destacando que a mudança/melhoria dos escores individuais da autocompaixão também apresenta um aumento da resposta progressivamente ao longo do tempo após às intervenções (FERRARI et al., 2019).

Quanto às disfunções sexuais em pessoas com doenças crônicas, há evidências que sugerem que a autocompaixão pode se correlacionar com maior grau de satisfação e bem estar sexual, especialmente em homens (PEREIRA; TEIXEIRA; NOBRE, 2020). Outro estudo destaca que autocompaixão teria um efeito negativo especialmente em homens com autoestima elevada. A autoestima é um sentimento dependente da ratificação externa, ou seja, estaria diretamente correlacionada com maior conformidade à normatividade vigente. Assim, altos níveis de autobondade nestes indivíduos acabaria por se traduzir em menor motivação para resolver desacordos interpessoais. Ao longo do tempo, o acúmulo destes problemas estaria associado com insatisfação com relacionamentos (BAKER; MCNULTY, 2011; FERREIRA; RIGBY; COBB, 2020). Como exposto posteriormente nos resultados obtidos na intervenção com HCE e em outros trabalhos, a satisfação com a parceria amorosa tem relevância no bem estar e provavelmente a insatisfação em homens de maneira geral também acarretam prejuízo na satisfação sexual apesar dos indícios de potenciais de que autocompaixão em excesso também estaria relacionado com satisfação nas parceiras.

1.4 ESPECIFICIDADES DA OCORRÊNCIA DE DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS COM EPILEPSIA

A causa da correlação entre a epilepsia e disfunções sexuais (DS) é multifatorial: (1) relacionados a epilepsia *per se*, especialmente nos casos de epilepsias relacionadas a lesões estruturais como a epilepsia do lobo temporal culminando com disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal ou em raros casos estas disfunções são a própria manifestação ictal da doença; (2) fatores psicossociais e psiquiátricos, com achados de maior incidência de transtornos como depressão, ansiedade, baixa autoestima e privação de direitos relacionados com a ocorrência de DS (3) influência direta do uso de fármacos antiepilépticos (FAE) como agente causador das disfunções endócrinas e sexuais ao provocar aumento de hormônios como estradiol, globulina ligante dos hormônios sexuais (SBHG), hormônio folículo estimulante (FSH) e diminuição da testosterona livre, bem como da dehidroepiandrosterona (BANCROFT, 2005; CALABRÒ; MARINO; BRAMANTI, 2011; DUNCAN et al., 2009;

HELLMIS, 2008; HERZOG et al., 2005; MORRELL, 1991; TALBOT et al., 2008).

Deve-se ainda destacar que outros fatores não relacionados com a epilepsia também estão envolvidos no desenvolvimento de DS tais como hipertensão, doença coronariana, hipercolesterolemia, diabetes, sintomas relacionados ao trato urinário baixo, idade, estilo de vida (especialmente uso abusivo de álcool e nicotina), obesidade e uso de outras medicações além das FAE's como antidepressivos, neurolépticos, sedativos, betabloqueadores e diuréticos (HELLMIS, 2008).

Detendo-se ao impacto dos FAE's, observa-se que as drogas de primeira geração (fenobarbital, carbamazepina e fenitoína) a partir de sua atividade indutora enzimática hepática ocasionar menores quantidades de testosterona livre ao induzir o aumento da produção de SBHG e também incremento da atividade da aromatase que converte testosterona em estradiol. Este último é um potente inibidor da secreção do hormônio luteinizante que acaba por ocasionar o hipogonadismo hipogonadotrópico levando a baixos índices de testosterona (HERZOG et al., 2005). Há ainda a sugestão que estas drogas também atuem causando um desequilíbrio a nível de sinapses cerebrais ao ativar mecanismos inibitórios neuronais que poderiam por sua vez interferir na libido (CALABRÒ; MARINO; BRAMANTI, 2011).

Outra droga largamente utilizada na população é o valproato de sódio e seus derivados. Esta droga se distingue das anteriormente citadas por não ter uma atividade indutora hepática. Tem ainda como seu mecanismo de ação reduzir as descargas rápidas de alta frequência e potenciais de ação dependentes do sódio bem como ainda aumenta a atividade do GABA. Apesar de manter os níveis séricos do SBHG e testosterona, o valproato também está envolvido no aumento de estrógenos pois aumenta a atividade da aromatase (RÄTTYÄ et al., 2001).

Estudos mostram ainda que o lamotrigina, levetiracetam e oxcarbazepina podem ter menor impacto sobre o perfil hormonal, sendo que a oxcarbazepina se relacionaria com a melhora da qualidade do esperma (WU et al., 2018).

O topiramato está relacionado com o acometimento de disfunções sexuais, especialmente da redução da libido e anorgasmia, bem como o transtorno erétil. Especula-se que o caráter inibitório da droga sobre o Sistema excitatório (bloqueio de canais de sódio e

antagonismo dos receptores do tipo AMPA) e o efeito sinérgico do topiramato sobre o sistema gabaérgico cuja ação é inibitória estariam relacionados ao surgimento dos sintomas. Há relatos de ocorrência de disfunções até mesmo com doses mais baixas que 100mg/dia. (CALABRÒ, 2013; CHEN et al., 2017)

Depressão e ansiedade são frequentes entre pessoas com epilepsia e estão correlacionadas com pior controle de crises, percepção de efeitos adversos, aumento do sentimento de estigma e ideação suicida com impacto na qualidade de vida destes indivíduos (BOYLAN et al., 2004; VERROTTI et al., 2008; WELTON et al., 2020). Entretanto, há tendência de uma abordagem simplista da ocorrência de DS em HCE onde há uma tendência de privilegiar uma isolada dos efeitos hormonais em detrimento do estudo impacto do transtornos de humor apesar dos indícios já relatados (TALBOT et al., 2008). Outro estudo também evidencia a relação entre estresse psicológico e ocorrência de transtornos do humor com baixo grau de satisfação sexual. Surpreendentemente, o mesmo trabalho identifica o bem estar psíquico como fator condicionante com a qualidade de vida percebida e o grau de satisfação sexual e o número de crises não apresentaram relevância nesta correlação (DUNCAN et al., 2009).

1.5 ESPECIFICIDADES DO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS EM HOMENS COM EPILEPSIA

Um estudo sugere que os níveis séricos de testosterona livre aumentam após a realização de cirurgia para epilepsia do lobo temporal, mas não há dados que permitam correlacionar tais achados com a ocorrência e a melhora de DS (BAUER et al., 2000).

Há indícios que o uso de lamotrigina correlaciona-se com melhora de disfunções sexuais entre HCE, especialmente com a melhora da libido (GIL-NAGEL et al., 2006; HERZOG et al., 2004; HUSAIN et al., 2000). Como justificativa para esses achados, postula-se que a melhora do grau de satisfação sexual envolva a controle da epilepsia, mudanças na qualidade de vida, eliminação de efeitos colaterais de outras drogas anticrise e o efeito estabilizador de humor desta droga. (GIL-NAGEL et al., 2006).

Outro estudo sugere que a reposição de testosterona associada ao uso de inibidor da aromatase (anastrozol, cujo efeito resulta numa diminuição periférica de conversão da

testosterona em estradiol a partir do bloqueio da aromatase) causaria maiores níveis séricos de testosterona ativa resultando em uma melhora das disfunções sexuais, transtornos do humor e crises epilépticas em HCE com *hipogonadismo documentado* (HERZOG et al., 2010).

Não há dados que avaliem o impacto específico de estratégias não farmacológicas no tratamento de disfunções sexuais em homens com epilepsia. Entretanto, sugere-se que autocompaixão pode ser um efeito promotor de bem estar psíquico ao estar relacionada com maior resiliência, bem como menor prevalência de depressão e ansiedade em pessoas com epilepsia (BAKER; CASWELL; ECCLES, 2019). Porém, já foram descritos indícios que intervenções psicológicas baseadas na sua promoção sejam efetivas para tratamento de disfunções sexuais entre pessoas acometidas por esclerose múltipla (PÖTTGEN et al., 2018).

1.6 JUSTIFICATIVA

É necessário ressaltar que um maior entendimento sobre as especificidades da saúde de HCE não implica ignorar as questões de gênero específicas das mulheres com epilepsia e está consonante com a política brasileira de promoção à saúde do homem (“Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes”, [s.d.]; SMITH; WATKINS; GRIFFITH, 2020). Há dados extensivos defendendo que um reconhecimento dessas especificidades permitiria a criação de masculinidades alternativas que promovam a equidade de gênero e melhorem os resultados de saúde para homens e mulheres (OLIFFE; PHILLIPS, 2008; SMITH; WATKINS; GRIFFITH, 2020). Porém, não há dados que busquem um melhor entendimento sobre esses aspectos em HCE. Assim, o presente estudo buscou uma melhor compreensão dessas particularidades, buscando preencher a essa lacuna e embasar novas perspectivas de intervenções no referido tema.

2 HIPÓTESE

O uso de intervenções baseadas em autocompaixão nos HCE pode aumentar os níveis de satisfação sexual percebida, bem como diminuir sintomas depressivos e ansiosos nos homens com epilepsia.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL:

- Avaliar o impacto da implementação de estratégias de autocompaixão nos scores de depressão, ansiedade e satisfação com a vida sexual em HCE

3.2 ESPECÍFICOS:

- Analisar o perfil dos HCE quanto às características clínicas e sociodemográficas;
- Caracterizar as percepções de masculinidade prevalentes na amostra estudada;
- Calcular os escores de autocompaixão na população do estudo e fatores relacionados com sintomas depressivos e ansiosos em HCE
- Determinar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade no grupo de estudo;
- Mensurar os níveis de qualidade de vida na amostra estudada;
- Estabelecer a incidência de disfunções sexuais entre os HCE, bem como a caracterização dos subtipos destas a partir do emprego do Male Sexual Quociente
- Identificar fatores clínicos e psicossociais associados com a ocorrência de DS e com melhores escores de QoL em HCE
- Estimar o impacto da implementação de estratégias de promoção da autocompaixão na melhora da satisfação aspectos da qualidade de vida com ênfase na satisfação com a vida sexual, bem como nos sintomas de depressão e ansiedade.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DA PESQUISA (TIPO DE ESTUDO):

O presente estudo foi composto por duas fases. A primeira foi caracterizada por uma abordagem transversal onde todos os HCE foram submetidos ao rastreamento de disfunção sexual.

Na segunda fase, os casos de disfunção sexual entre HCE foram submetidos a um estudo prospectivo, aberto, comparativo de avaliação da intervenção baseada na promoção de autocompaixão quanto a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos, bem como satisfação em geral com os domínios de qualidade de vida.

4.2 LOCAL DA PESQUISA:

Homens com epilepsia atendidos em ambulatório terciário de epilepsia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de agosto de 2019 a março de 2022.

4.3 AMOSTRA DE PARTICIPANTES:

A amostra de conveniência consecutiva foi composta por homens com diagnóstico de epilepsia em uso de monoterapia ou politerapia acompanhados no ambulatório de epilepsia do Hospital das Clínicas – UFPE em Recife, Pernambuco.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critério de inclusão:
 - Diagnóstico de epilepsia focal de acordo com a definição operacional da International League Against Epilepsy - ILAE;

- Idade entre 18 e 50 anos;
 - Uso regular de FAC
 - Regularidade e assiduidade às consultas agendadas.
- Critérios de exclusão:
 - Presença de doença neurológica progressiva, endócrina ou de qualquer outra natureza que requisite uso de medicação específico (tais como uso de antidepressivos ou anti-hipertensivos)
 - Impossibilidade de compreensão dos questionários por restrição cognitiva ou sociocultural;

4.5 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES:

Os participantes foram recrutados a partir da população atendida no ambulatório de epilepsia do HC-UFPE de maneira consecutiva.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Todos os pacientes foram submetidos a um roteiro de entrevista padronizado, contendo informações relevantes para análise dos perfis clínico e demográfico e de critérios de inclusão no estudo, elaborado pela pesquisadora principal (Ver Anexos). Foram utilizados questionário para a avaliação do controle de crises epiléticas também elaborado pela equipe de pesquisa (Ver Anexos).

Para identificar os constructos de masculinidade mais prevalentes na amostra estudada, foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista baseado no material utilizado por estudo multicêntrico sobre disfunção erétil (SAND et al., 2008). Os itens são: (a) características ideais que constituem masculinidade de acordo com o entrevistado, bem como a percepção das pessoas em geral, (B) quais aspectos mais importantes para a qualidade de vida na opinião do entrevistado e (c) grau de satisfação com aspectos da qualidade de vida. Cada item será avaliado utilizando escalas que variam de 1 (menor importância) até 7 (maior importância). Os entrevistados também serão convidados a identificar qual dos conceitos de masculinidade tem uma maior importância quanto à percepção individual.

Para mensurar vários aspectos da satisfação sexual dos HCE, optou-se por utilizar o Quociente Sexual - Versão Masculina (QSM) criado especialmente para homens brasileiros. Esse questionário contém 10 itens: Desejo e interesse sexual (questão 1), Autoconfiança (questão 2), qualidade da ereção (questões 5, 6, 7), controle da ejaculação (questão 8), capacidade de atingir o orgasmo (questão 9), satisfação que o homem obtém (questões 3, 4 e 10) e que proporciona a sua parceira/parceiro (questões 3 e 10). Estes itens são constituídos por escalas tipo likert de 0 a 5 e permitem calcular um índice geral de 0 a 100 pontos, onde valores menores que 60 se correlacionam com um pior desempenho e insatisfação geral quanto às questões sexuais. Definiu-se que um domínio afetado é determinado pela ocorrência de subitem com escores menores que 2. (ABDO, 2007)

A prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre HCE será mensurada a partir da aplicação da *the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* composta por 14 itens (7 itens para sintomas depressivos e outros 7 para sintomas de ansiedade) e já validada para português. (BOTEGA et al., 1995; WIGLUSZ et al., 2016). Estudos prévios demonstram a viabilidade do uso desta escala para o rastreio de depressão e ansiedade em pessoas com epilepsia, especialmente por dar menos ênfase à sintomas somáticos que poderiam ser confundidos com efeitos colaterais de drogas anticrise. O ponto de corte utilizado para definição de possíveis casos de depressão e ansiedade utilizado foi valores ≥ 8 (DE LEMOS ZINGANO et al., 2015; DE OLIVEIRA et al., 2014; LIN; PAKPOUR, 2017; PAULI et al., 2017; WIGLUSZ et al., 2016; ZINGANO et al., 2019).

Para avaliar a qualidade de vida das PCE, optou-se pelo *Quality of Life in Epilepsy* de 31 questões - QOLIE-31 (anexo D), uma versão derivada QOLIE-89 e largamente utilizada por ser breve e de fácil interpretação. Para estimar o impacto da epilepsia no modo de vida dos PCE, este instrumento avalia os seguintes domínios: preocupação com as crises epiléticas, aspectos emocionais, vitalidade, sociabilidade, efeitos adversos as FAEs, aspectos cognitivos e qualidade de vida global a partir do preenchimento de escalas numéricas que medem a intensidade de cada subitem de acordo com a percepção do paciente. Cada subdomínio gera um valor que somados geram o escore de qualidade de vida que pode variar de 0 a 100. A versão utilizada neste trabalho foi a traduzida e validada para português (CRAMER et al., 1998; DA SILVA et al., 2007).

Quanto à mensurar o impacto as intervenções de psicologia positiva, será aplicada a escala de autocompaixão de Neff. Essa escala é constituída por 26 questões que servem de base para o cálculo dos seis subitens que juntos formam o escore geral: autobondade; humanidade comum, mindfulness; autojulgamento; isolamento e sobreidentificação. Os participantes respondem a cada item de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a Quase Nunca e 5 a Quase Sempre. No presente estudo, considerou-se que um escore variando entre 1 a 2,5 significaria níveis baixos; 2,5 a 3,5 moderados e 3,5 a 5 altos níveis de autocompaixão (NEFF, 2003b). Foi utilizada a versão devidamente validada para o português. (SOUZA; HUTZ, 2016). Estudos recentes demonstraram que a avaliação dos escores de autocompaixão são melhor interpretados quando se reagrupam os seis subitens em dois subgrupos distintos. O primeiro subescore seria o de autocompaixão propriamente dita formado pelos domínios autobondade, senso de humanidade comum e mindfulness. O segundo subescore foi nomeado como self-coldness e seria composto pelos escores negativos de auto-julgamento, isolamento e sobreidentificação. Essa divisão proporcionaria uma melhor avaliação da ocorrência dos sentimentos positivos e negativos com uma melhor compreensão da relação de autocompaixão e sintomas depressivos e ansiosos (BRENNER et al., 2017; GILBERT et al., 2011).

4.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Todos os participantes foram submetidos a aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica e de dados clínicos sobre a epilepsia que apresentam. A seguir, eles foram convidados a responder o questionário quanto aos constructos individuais de masculinidade e qualidade de vida, bem como o QOLIE-31, Quociente Sexual - Versão Masculina (QSM), as escalas HAD e de autocompaixão de Neff.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA A INTERVENÇÃO

A fase de intervenção foi feita a partir da realização de atividades de promoção da autocompaixão feitas de maneira remota por contato telefônico. Foram feitas três sessões com a duração média de 30 a 40 minutos com a aplicação do total de seis exercícios propostos em material traduzido para o português descritos a seguir (NEFF; GERMER, 2019):

1. Avaliando o que é autoestima (Exercício *Como a autoestima está funcionando para você?*) A partir de três perguntas o entrevistado será estimulado a refletir sobre o efeito que a autoestima causa sobre si mesmo.
2. Compreendendo a autocompaixão – composto duas partes:
 - a. Como eu trato um amigo? O participante é convidado como exerce a compaixão com as pessoas. Com as quais se relaciona e segue com a reflexão de como trata a si mesmo
 - b. *Relacionando-se com nós mesmos com autocompaixão* – segue com exercícios práticos de autocompaixão a partir de situações-problema
3. Exercícios de autocompaixão:
 - a. Que aspectos da autocompaixão preciso agora? A partir de exposição de exemplos, apresentar-se-á os vários aspectos em que a autocompaixão pode ser trabalhada.
 - b. Como eu causo sofrimento desnecessário? o participante entra em contato com os aspectos de *mindfulness* e é apresentado a situações em que exercita a atenção plena.
4. Contar bênçãos – o paciente será convidado a identificar cinco coisas grandes que são muito importantes para ele e das quais ele é grato, a seguir será convidado a identificar cinco coisas insignificantes pelas quais o sentimento de gratidão também está envolvido.

Para a fase de intervenção, a equipe foi composta por acadêmicos de enfermagem que foram submetidas a um treinamento prévio de aplicação dos exercícios propostos seguindo as recomendações do livro utilizado como base.

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os questionários aplicados foram revisados antes de inseridos para análise. A digitação dos questionários no software Excel (versão 2016) será por dupla entrada.

Todos os dados foram submetidos à análise estatística a partir do uso do programa SPSS na sua versão 26 para o sistema Windows.

Utilizamos teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se as amostras contínuas obtidas seguiram um padrão de normalidade. No caso de variáveis paramétricas, uma análise

preliminar baseada na correlação de Person realizada. No caso da não paramétricas, a análise baseada na correlação de Spearman (Rho) foi feita. Numa segunda fase, a avaliação dos resultados da intervenção foi feita a partir de uma análise não paramétrica para amostras dependentes pré e pós intervenção devido ao tamanho da amostra efetivamente submetida à intervenção. Para isso, foi feito o método de correlação de Wilcoxon.

A probabilidade (p) menor que 0,05 será considerada indicativa de significância estatística.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos experimentais do estudo foram elaborados e desenvolvidos respeitando as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e conduzidos respeitando a Declaração de Helsinki 2013.

Este projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos do Hospital das Clínicas da UFPE, cujo número do CAAE é 16682619.6.0000.8807.

Os dados coletados nesta pesquisa através de entrevista médica em consultas e questionários aplicados nos pacientes ficarão armazenados em prontuários médicos e pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade dos membros da equipe pesquisadora, pelo período de mínimo 6 anos.

A) Riscos

O presente estudo se caracterizou por ser um ensaio pivotal que avaliou a eficácia de intervenções baseadas em autocompaixão na melhora dos sintomas depressivos, ansiosos e dos scores de satisfação em HCE. Os pacientes selecionados foram seguidos longitudinalmente e, através de dados coletados em entrevista médica, os resultados foram analisados.

Essa pesquisa não trará riscos graves de vida ao voluntário, prejuízo, desconforto, constrangimento ou lesões que possam ser provocados diretamente pela pesquisa.

Ao mínimo sinal de desconforto com a realização das intervenções, o paciente recebeu todo o suporte médico necessário quanto aos sintomas desenvolvidos, como atendimento.

Pacientes que não se disponibilizarem a responder os questionários por quaisquer motivos, seja por não dispor de tempo na consulta ou por não querer informar dados pessoais, não foram constrangidos a participar da pesquisa.

Os participantes que tiverem interesse foram convidados a solicitar o relatório final do projeto e informações inerentes à sua participação na pesquisa. Eventuais exames realizados foram entregues aos participantes.

Da mesma maneira, será mantido o anonimato dos pacientes estudados, reduzindo ou anulando danos nas esferas física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, de acordo com o que versa a Resolução 466 da CNS.

B) Benefícios

Os benefícios diretos envolveram controle sintomático da doença apresentada pelo voluntário em caso de sucesso da pesquisa, podendo este ter sua qualidade de vida aumentada através dos benefícios clínicos e sociais decorrentes.

Os benefícios indiretos foram para a comunidade científica e para outros pacientes com a mesma doença, que terão uma opção de tratamento com eficácia comprovada e segura através de um estudo clínico confiável e com embasamento científico.

Os pesquisadores declaram que os dados coletados a partir da aplicação de questionários e dados laboratoriais resultantes desta pesquisa ficarão armazenados em meio físico sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Paulo Gomes do Nascimento, em sua residência

5 RESULTADOS:

Um total de 52 homens foram avaliados. Os dados sociodemográficos e clínicos estão descritos na tabela 1. As variáveis categóricas foram descritas com porcentagem de ocorrência no grupo estudado. As variáveis contínuas foram descritas a partir das médias com a faixa de variação.

Tabela 1 - dados sociodemográficos

Idade (ano - média - variação)	32,38	18-51
Livre de crises (N, %)	17	32,7
Politerapia(N, %)	22	42,3
Etiologia (N, %)		
Genética	8	15,4
Estrutural	19	36,5
Desconhecida	24	46,2
Medicações anticrise (N, %)		
Carmamazepina	24	30,0%
Valproato de sódio	20	25,0%
Lamotrigina	10	12,5%
Clobazam	8	10,0%
Topiramato	7	8,8%
Fenitoina	3	3,8%
Fenobarbital	2	2,5%
Levetiracetam	2	2,5%
Oxcarbazepina	2	2,5%
Clonazepam	1	1,3%
Gabapentina	1	1,3%

Ocupação (N, %)		
Sem Ocupação	7	13,5
Estudante	8	15,4
Trabalhador Informal	8	15,4
Trabalhador Formal	21	40,4
Aposentado	8	15,4
Anos de estudo (N, %)		
<4	11	21,2
4 a 8	30	57,7
>8	11	21,2
Sintomas depressivos(N, %)	19	36,6
Sintomas de ansiedade	13	25,0
Disfunção Sexual		
Ejaculação Precoce	16	30,8
Disfunção Erétil	8	15,4
Desejo Sexual Hipoativo	8	15,4
Anorgasmia	8	15,4
SELF-COMPASSION SCORE (média)	3,13	0,48
Self-Compassion subscore (média)	3,38	0,67
SELF-KINDNESS	3,24	0,73
COMMON HUMANITY	3,49	0,90
MINDFULNESS	3,42	0,81
Selfcoldnes subscale (média)	3,13	0,88
SELF-JUDGMENT SCORE	3,08	0,98
ISOLATION SCORE	3,03	1,00
OVER IDENTIFICATION SCORE	3,27	1,06

Os constructos de masculinidade ideal identificados como mais importantes foram descritos por meio de distribuição percentual na tabela 3. A média da avaliação individual de satisfação dos cinco domínios da qualidade de vida são descritos na tabela 3.

Tabela 2 - Constructos de masculinidade de acordo com Sand, 2008

Constructo de Masculinidade mais importante	n	(%)
Reconhecido como homem de valor/honra	15	28,8
Respeito dos amigos	12	23,1
Ter um bom emprego	8	15,4
Ter estabilidade financeira	8	15,4
Lidar com seus problemas por conta própria	6	11,5
Sucesso com a parceria amorosa	3	5,8
Ter uma vida sexual ativa	Não citado	
Ter sucesso com as mulheres	Não citado	
Ter o controle da própria vida	Não citado	
Ser Fisicamente atraente	Não citado	

Quanto à avaliação da percepção subjetiva de satisfação com a qualidade de vida, os dados estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3- satisfação subjetiva com os domínios de satisfação com a vida de acordo com Sand, 2008,

	Mediana	Percentis		
		25	50	75
<i>vida familiar</i>	7,00	5,00	7,00	7,00
trabalho/carreira/ estudos	5,00	4,00	5,00	7,00
relacionamento amorosos	6,00	5,00	6,00	7,00
qualidade da sua casa	6,00	5,00	6,00	7,00
vida sexual	6,00	5,00	6,00	7,00
saúde	5,00	4,25	5,00	6,00
bem estar geral/felicidade	6,00	5,00	6,00	7,00

- a. Avaliação da inter-relação dos domínios de autocompaixão com os constructos de masculinidade, bem como os sintomas depressivos e ansiosos.

Optou-se por avaliar a correlação dos escores obtidos para a importância dos conceitos de masculinidade, escores gerais de autocompaixão, seus subescores com sintomas depressivos e ansiosos. Uma vez que a distribuição dos constructos de masculinidade não apresentou a normalidade pelo método de Kolmogorov-Smirnov e dado ao tamanho da amostra, a avaliação foi feita a partir da correlação de Spearman, cujos valores de Rho estão dispostos na tabela.

A relação dos constructos com os domínios de autocompaixão foi descrita na tabela 4.1. O constructo ter o respeito dos amigos teve significância estatística com $p < 0.01$ e com um valor moderado de correlação com autocompaixão. Os itens ter sucesso com os relacionamentos e satisfação com a vida sexual apresentaram um $p < 0,05$ e com um fator de correlação limítrofe para ser considerado moderado e assumiram um papel secundário na interpretação dos dados.

A avaliação dos subescores da escala de Neff com a ocorrência de depressão e ansiedade foram correlacionados na tabela 4.2. Para análise, foram considerados os domínios com $p < 0,01$ e com Rho acima de 0,3. Assim, Isolamento foi considerado o domínio como correlação significativa com a ocorrência de depressão. Já em relação à ansiedade, todos os itens de *self-coldness* apresentaram uma correlação forte com intensidade de sintomas ansiosos,

- b. Avaliação dos fatores correlacionados com a ocorrência de disfunções sexuais

A avaliação da relação dos possíveis fatores relacionados com a ocorrência de DS foi disponibilizado na tabela 5. Levou-se em consideração que a distribuição das variáveis não obedeceu a normalidade a avaliação foi feita a partir da correlação de Spearman, cujos valores de Rho foram utilizados na confecção da referida tabela 5. Valproato apresentou uma correlação considerada fraca por apresentar um valor de correlação próximo à 0,3 e com $p < 0,05$. Já depressão e ansiedade apresentaram uma correlação com desejo hipotativo próxima à 0,5 e com significância estatística de $p < 0,01$.

c. Avaliação dos fatores correlacionados com a qualidade de vida em homens com epilepsia

A avaliação dos fatores correlacionados com a qualidade de vida em epilepsia é descrita na tabela 6. Ao contrário das duas subseções anteriores, os dados avaliados seguiram a normalidade e foram avaliados de acordo com a correlação de Pearson,, cujos os valores de r foram utilizados na configuração da tabela 6.

Avaliação da intervenção baseada nos exercícios de autocompaixão quanto aos escores de satisfação com a vida e sintomas depressivos e ansiosos

Para a fase de intervenção, a proposta inicial foi proceder a avaliação de 10 pacientes com ansiedade, 10 com depressão e 10 HCE sem sintomas psiquiátricos como grupo controle. No entanto, houve uma perda de aproximadamente 30% dos pré-selecionados ou por não serem localizados por telefone ou por desistência durante o processo.

Os remanescentes foram avaliados a partir de uma análise não paramétrica devido ao tamanho da amostra. Respeitando-se as características de avaliação por meio do rank que baseiam o teste de Wilcoxon, a tabela 7 foi confeccionada com as respectivas médias pré e pós intervenções com os respectivos desvios-padrão. .As medidas consideradas estatisticamente significantes são destacadas na última linha..

Tabela 4.1 - Relação dos domínios de autocompaixão com constructos de masculinidades e ocorrência de depressão e ansiedade em HCE - (Rho de Spearman)

	Having a good job	Having financial stability	Being seen as a man of honor	Having success with relationships	Coping with problems on your own	Having an active sex life	Being in control of your own life	Being physically attractive	Having the respect of friends
TOTAL SELF-COMPASSION SCORE	0.058	0.103	0.157	0.023	-0.038	0.179	-0.183	0.113	-0.101
SELF-COMPASSION SUBSCALE									
SELF-KINDNESS	0.054	0.141	0.164	0.157	0.019	0.257	-0.036	0.244	.329*
COMMON HUMANITY	0.040	0.182	0.180	.289*	0.092	.318*	0.034	0.272	.438**
MINDFULNESS	0.067	0.214	0.100	0.123	0.042	0.199	0.030	0.258	0.179
Self-coldness SUBSCALE									
SELF-JUDGMENT	-0.065	-0.106	0.159	0.053	-0.042	0.181	-0.205	0.016	0.209
	-0.050	0.064	-0.064	0.097	0.079	0.015	0.158	0.017	.340*
	-0.112	0.038	-0.108	0.010	-0.008	0.013	0.210	-0.039	0.225

ISOLATION	-0.074	0.202	-0.021	0.044	0.088	-0.042	0.141	0.014	0.263
OVER IDENTIFICATION	0.041	0.007	-0.086	0.114	0.129	0.036	0.078	0.098	.316*
Depression	-0,140	0,190	0,048	-0,084	0,183	-0,088	,291*	-0,020	0,115
Anxiety	-0,072	-0,080	0,084	0,026	0,020	-0,097	0,102	-0,101	0,160

nota 1 *<0,05, **p<0,01

Tabela 4.2 - Relação dos domínios de autocompaixão com sintomas de depressão e ansiedade em HCE - (Rho de Spearman)

	Depression	Anxiety
TOTAL SELF-COMPASSION SCORE	-.551**	-.616**
SELF-COMPASSION SUBSCALE	-0.233	-0.104
SELF-KINDNESS	-0.153	0.034
COMMON HUMANITY	-0.217	-0.202
MINDFULNESS	-0.199	-0.064
Self-coldness SUBSCALE	.431**	.602**
SELF-JUDGMENT	.315*	.595**
ISOLATION	.451**	.400**
OVER IDENTIFICATION	.352*	.564**

Tabela 5 - Fatores correlacionados com a ocorrência de DS em HCE – rho de Spearman

	Idade Início da Epilepsia	Escolaridade	Etiologia	Livre de crises	Politerapia	Carbamazepina	Valproato	Fenitoina	Oxcarbazepina	Fenobarbital	Lamotrigina	Levetiracetam	Topiramato	Gabapentina	Benzodiazepínico	Depressão	Ansiedade	Self-compassion Score Total
Disfunção Erétil	-0.03	0.00	0.02	0.04	-0.04	-0.17	,342*	-0.06	-0.09	-0.06	-0.01	-0.06	-0.09	-0.06	-0.15	0.01	0.00	0.16
Ejaculação Prematura	0.26	-0.06	0.12	0.07	-0.15	-0.01	0.16	-0.09	-0.13	-0.09	0.10	-0.09	-0.13	-0.09	0.02	0.01	-0.19	-0.05
Desejo sexual hipoativo	-0.27	0.08	-0.21	0.27	-0.15	-0.17	0.10	-0.06	0.19	-0.06	-0.01	-0.06	-0.09	,328*	-0.15	,451**	,492**	-0.13
Autoconfiança	-0.13	-0.22	-0.05	,342	-0.06	0.11	-0.10	-0.07	0.14	-0.07	0.07	-0.07	-0.10	-0.07	-0.04	,389**	0.14	-0.04
Anorgasmia	-0.14	-0.16	-0.17	0.04	0.07	0.05	-0.02	-0.06	-0.09	-0.06	0.14	-0.06	-0.09	-0.06	0.18	,341*	0.25	-0.03
Satisfação com a performance pessoal	0.01	-0.11	-0.03	0.11	0.05	-0.11	-0.01	-0.04	,318*	-0.04	0.10	-0.04	-0.06	-0.04	-0.10	0.08	0.00	0.12
Satisfação com a parceria	0.01	-0.11	-0.03	0.11	0.05	-0.11	-0.01	-0.04	,318*	-0.04	0.10	-0.04	-0.06	-0.04	-0.10	0.08	0.00	0.12

nota 2 * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tabela 6 - Potenciais preditores para qualidade de vida em HCE -- r de Pearson

	QOLIE 31 -ESCORE GLOBAL
Idade	-0.12
Escolaridade	-0.09
Ocupação	-0.04
Idade Início	-0.13
Livre de crises	0.03
Uso de FAC indutor	0.05
Etiologia	0.01
Esquema terapêutico	-0.05
Depressão	-,665**
Ansiedade	-,491**
Escore Geral de autocompaixão	,519**
Ejaculação prematura	-0.02
Disfunção erétil	-0.04
Desejo sexual hipoativo	-,383**
Vida familiar - satisfação	,305*
Trabalho/carreira/ estudos - satisfação	,554**
Relacionamento amorosos - satisfação	,599**
Qualidade da sua casa - satisfação	0.14
Vida sexual - satisfação	,525**
Saúde - satisfação	,597**
Bem estar geral/felicidade - satisfação	,693**

*p< 0,05, **p<0,01

Tabela 7 - Escores de sintomas depressivos e ansiosos pela escala HADS pré e pós intervenção

	Pré				Pós				Z	p
	média	DP	Mínimo	Máximo	média	DP	Mínimo	Máximo		
Sintomas Depressivos	5,94	3,93	1	11	2,89	1,74	0	5	-2,95	0,003
Sintomas Ansiosos	8,39	3,03	3	11	6,06	2,41	4	10	-2,68	0,007
<i>vida familiar</i>	6,61	0,50	6	7	6,61	0,50	6	7	-,69	0,488
trabalho/carreira / estudos	5,94	1,16	4	7	5,39	1,81	2	7	-2,42	0,015
relacionamento amorosos	6,21	0,89	5	7	5,94	1,43	3	7	-,694	0,488
qualidade da sua casa	6,61	0,50	6	7	5,72	1,22	4	7	-,694 ^c	0,488
vida sexual	5,78	1,21	4	7	6,00	0,68	5	7	-1,26	0,206
saúde	5,78	1,21	4	7	5,39	0,502	5	6	-1,58	0,114
bem estar geral/felicidade	6,00	0,59	5	7	6,22	0,42	6	7	-1,582	0,114

6 DISCUSSÃO

Quando se busca analisar os conceitos de masculinidade citados pelo grupo estudado, há uma maior ênfase do ideal de masculinidade entre os HCE no que se relaciona com a necessidade de reafirmação pela sociedade quanto a sua capacidade de manter uma imagem de responsabilidade, honra e capacidade de lidar com a vida por conta própria (BEATTIE, 2002; MOLLER, 2007). Os dados são concordantes com dados anteriores ao avaliar percepções de masculinidade entre homens com ou sem disfunção erétil, bem como naqueles acometidos por doenças crônicas (CHAMBERS et al., 2016; SAND et al., 2008). O fato da não citação do constructo ter uma vida sexual ativa pode estar relacionado a uma menor importância dada ao desempenho sexual por parte dos HCE (HENNING et al., 2019).

A identificação do fator ter o respeito dos amigos e reconhecimento como homem de valor como um constructo mais relevantes e relacionados com os escores de autocompaixão especialmente com a subescala de self-kindness e self-coldness leva a discussão a retomar o impacto das relações sociais no bem-estar individual quando se avalia questões especialmente relacionadas a homens, incluindo HCE. Partindo da premissa defendida pela teoria da mentalidade social, o conjunto de regras sociais dos grupos humanos podem influenciar de forma positiva ou negativa os mecanismos individuais adaptativos (GILBERT, 2006). Assim, esse sentimento de aceitação por outros integrantes do grupo podem desencadear interpretações que podem ser avaliadas como ameaçadoras (como o sentimento de punição ou perda especialmente nos casos em que a normatividade considerada ideal de masculinidade não é atingida) ou reforçar o senso de segurança especialmente naqueles que desenvolvem o sentimento subjetivo de agir de maneira autocompassiva (BRENNER et al., 2017; GILBERT et al., 2011). Advoga-se que a presença de autocompaixão seria incompatível com sentimentos elevados de vergonha ou grande senso de aderência a normatividade masculina. Ou seja, em homens com elevado traço de vergonha, o sentimento de ser autocompaixão seria prejudicado independente do grau de aderência à normatividade (OLIFFE; PHILLIPS, 2008; REILLY; ROCHLEN; AWAD, 2014; TYLER; WILLIAMS, 2013).

A prevalência de depressão e ansiedade foram semelhantes com investigações anteriormente descritas (KWON; PARK, 2011). Indo além, a fraca correlação do constructo ter o controle da própria vida com os sintomas depressivos em HCE está de acordo com evidências anteriores que apontaram os fatores psicossociais como o de maior relevância

para a ocorrência de depressão e ansiedade em HCE (LIU et al., 2020). Retomando os conceitos da teoria da mentalidade social, a ocorrência de escores de sentimentos negativos com ênfase no isolamento nos casos de depressão, bem como do autojulgamento e *over identification* nos casos de ansiedade seriam resultantes processo excessivamente negativo e disfuncional que culminam em sofrimento psíquico e, por conseguinte, doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade especialmente para o gênero masculino em situação de marginalização como descrito anteriormente em homens em situação de não conformidade quanto a questões étnicas (BOOTH et al., 2019; BROWNE et al., 2022; OLIFFE; PHILLIPS, 2008).

A prevalência das DS nos homens que foram avaliados no presente estudo foram compatíveis com as séries anteriores(ATIF; SARWAR; SCAHILL, 2016; RATHORE et al., 2019, 2019). Entre os fatores clínicos correlacionados com a DS, apenas o valproato foi identificado como potencial causador de disfunção erétil, porém com impacto baixo a moderado consonante com dados prévios (RÄTTYÄ et al., 2001; WATKINS; ANGUS-LEPPAN, 2020). Essa aparente falta de identificação de correlação da ocorrência de disfunção sexual com características clínicas específicas como o tipo de epilepsia ou uso drogas indutoras reflete os dados conflitantes da literatura (DUNCAN et al., 2009; GIL-NAGEL et al., 2006; HENNING et al., 2019; HERZOG et al., 2005; TALBOT et al., 2008). Indo além, a importância da presença de depressão, ansiedade em detrimento das questões sexuais objetivas e particularidades da epilepsia *per se* estão de acordo com dados anteriores como fatores de impacto para a QoL de HCE (BOYLAN et al., 2004; DUNCAN et al., 2009; RATHORE et al., 2019). Entretanto, o presente trabalho é feliz ao ratificar dados prévios quanto à relevância da satisfação com a parceria amorosa e com o desempenho profissional/estudos como fatores que influenciam de maneira significativa a qualidade de vida percebida em HCE (HENNING et al., 2019; NICKEL et al., 2012).

A questão da empregabilidade é um fator recorrente de preocupação por parte das pessoas que convivem com epilepsia (SMEETS et al., 2007). A relação da satisfação com o trabalho/carreira com melhor qualidade de vida pode refletir a já descrita necessidade de afirmação e aceitação diante da sociedade ao estimular sentimentos positivos que acabam por melhor percepção de bem estar e melhores escores de qualidade de vida (GILBERT, 2006). Outro fato que pode dar suporte a possível relação do trabalho e QoL em HCE é o maior impacto decorrentes do acometimento pela doença no grupo estudado (HU et al., 2021; PACHECO-BARRIOS et al., 2022).

A ideia de que a avaliação do bem estar sexual ampliada com a aferição do grau de satisfação com parceira(o) descrita anteriormente também se aplica aos HCE ao se observar a relação da satisfação com parceria amorosa e a qualidade de vida em epilepsia ratificando a ideia de que a satisfação sexual não implica na ausência de disfunções avaliadas extensamente como a ejaculação prematura ou disfunção erétil e sim na percepção global envolvendo o domínio do relacionamento interpessoal (LAUMANN et al., 2006; ŠTULHOFER; TRÆEN; CARVALHEIRA, 2013). O comportamento sexual humano também sofre influência das normativas sociais e a ocorrência de relacionamentos diádicos é um dos principais elementos de aceitação e de melhor convívio social, especialmente nos homens que são acometidos por doenças crônicas (GRINDE, 2021). A relevância da satisfação com relacionamentos amorosos provavelmente correlaciona-se com o suporte no desempenho de habilidades cognitivas que permitem uma melhor adequação diante de situações de desafio individual como o convívio com a epilepsia (GILBERT, 2006). Uma relação considerada satisfatória seria um elemento de promoção de sentimentos positivos e, por conseguinte, satisfação sexual especialmente ao atenuar sentimento de insegurança e de inadequação como na situação de homens acometidos por quadros de doenças crônicas (GRINDE, 2021; PASCOAL; NARCISO; PEREIRA, 2014).

O presente estudo é um dos primeiros a conseguir correlacionar a ocorrência de desejo sexual hipoativo com qualidade de vida em HCE. Os estudos anteriores demonstraram a influência da depressão e ansiedade, mas falharam em avaliar uma concepção que vá além da abordagem fatores unicamente biológicos como a ejaculação prematura, disfunção erétil e níveis de testosterona quanto ao impacto da qualidade de vida nos homens acometidos pela doença (DUNCAN et al., 2009; HELLMIS, 2008; TALBOT et al., 2008). A identificação uma relação entre escores de desejo sexual hipoativo com pior qualidade de vida é descrita como frequente em homens de maneira geral apesar de ser pouco estudada pela tendência dos estudos sobre satisfação sexual em homens focarem na ocorrência das DS já citadas anteriormente neste parágrafo (CARVALHO; NOBRE, 2011; NIMBI et al., 2020). Indo além, a ocorrência do desejo sexual hipoativo está diretamente correlacionada com a presença da depressão e ansiedade no grupo estudado. Tal associação corrobora a influência dos fatores psicossociais nas questões relacionadas a libido e, diante do que já foi exposto, também dos elementos sociais que perpassam o status de bem estar dos homens de maneira geral e, graças ao presente estudo, também em HCE (DUNCAN et al., 2009; HENNING et al., 2019; NICKEL et al., 2012; NIMBI et al., 2020)

Outro ponto que merece destaque é a identificação da autocompaixão como fator relacionado com menores índices de ansiedade e depressão. Ser auto compassivo também foi relacionado com um impacto significativo na satisfação com a vida subjetiva, especialmente nos domínios de satisfação com a carreira e relacionamentos amorosos e até mesmo com a libido. Por conseguinte, há um *provável* efeito protetor/promotor da autocompaixão na qualidade de vida em HCE.

Apesar do elevado número de perdas na fase de intervenção, os dados preliminares mostram que o estímulo de comportamentos baseados nos conceitos de autocompaixão pode ter efeito positivo na diminuição de sintomas depressivos e ansiosos consonantes com dados anteriores feito em homens não acometidos por epilepsia (HERMANTO; ZUROFF, 2016; OLIFFE; PHILLIPS, 2008). A ausência de uma relação quanto a ocorrência de disfunções sexuais provavelmente está correlacionada com o pequeno número de pacientes submetidos à intervenção. Há indícios, por exemplo, que especialmente entre homens jovens, de uma mudança de padrão onde há o interesse na construção de práticas de saúde que mantenham as identidades masculinas do sentimento de independência, autonomia e controle dos seus corpos (TYLER; WILLIAMS, 2013). Percebe-se ainda que esse padrão de masculinidade é dinâmico e encontra-se em processo de transformação, especialmente nas sociedades europeia e norte-americana, com mudanças de paradigmas onde há rejeição da homofobia, aceitação das emoções e de demonstração de afetos inclusive entre homens, aceitação e engajamento em ditas como atividades femininas, bem como diminuição da violência e do bullying (ANDERSON; MCCORMACK, 2018). Portanto, os dados descritos dão suporte à intervenções futuras para mensuração do grau de adesão dos HCE às ideias de masculinidade do senso geral bem como correlacionar afetos positivos e negativos a fim de correlaciona-los com os escores de autocompaixão.

O estudo apresentou como limitação principal o fato de ter sido realizado em um único centro terciário de epilepsia. Além disso, o uso de uma estratégia individualizada baseada em exercícios se mostrou falha em manter a participação e engajamento dos participantes. Uma possível causa para a dificuldade de engajamento dos HCE nas atividades propostas mais uma vez está correlacionada com percepções individuais de masculinidade que acabam na relutância em abordar temas mais sensíveis (BOOTH et al., 2019; HERMANTO; ZUROFF, 2016; OLIFFE; PHILLIPS, 2008; TYLER; WILLIAMS, 2013). Uma vez que a presente proposta de estímulo de autocompaixão se mostrou promissora no que se refere a promoção de bem estar psíquico, deve-se buscar ajustes quanto aos meios empregados. Uma possível alternativa para contornar a dificuldade de engajamento dos HCE é a adoção de estratégias

de intervenções em grupos com duração controlada curtas com 30 minutos de duração e mediação por parte da equipe multidisciplinar assistente (LAI et al., 2018).

Por fim, o presente trabalho ratifica que a ocorrência das DS em HCE é frequente e com influência direta dos sintomas de depressão e ansiedade. Destaca-se ainda como um dos primeiros trabalhos que buscam avaliar a importância dos conceitos de masculinidade na ocorrência de uma má qualidade de saúde mental especialmente quanto aos sintomas da depressivos e ansiosos, bem como lança as bases de uma nova proposta de avaliação de sexual ampliada que reconcilia bem estar sexual, qualidade de vida e psicossociais. Indo além, demonstrou-se que o estímulo a adoção de comportamentos baseados em autocompaixão é promissor para a promoção de qualidade de vida e saúde mental em HCE.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N. The Male Sexual Quotient: A Brief, Self-Administered Questionnaire to Assess Male Sexual Satisfaction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 2, p. 382–389, 1 mar. 2007.
- AGMO, A. **Functional and dysfunctional sexual behavior: a synthesis of neuroscience and comparative psychology**. [s.l.] Academic Press, 2011.
- ALTHOF, S. E. et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). **Sexual Medicine**, v. 2, n. 2, p. 60–90, jun. 2014.
- ANDERSON, E. Generational masculinities. **Journal of Gender Studies**, v. 27, n. 3, p. 243–247, 3 abr. 2018.
- ASSOCIATION, A. P. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [s.l.] Artmed Editora, 2014.
- ATIF, M.; SARWAR, M. R.; SCAHILL, S. The relationship between epilepsy and sexual dysfunction: a review of the literature. **SpringerPlus**, v. 5, n. 1, p. 2070, 2 dez. 2016.
- ATLANTIS, E.; SULLIVAN, T. Bidirectional Association Between Depression and Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 6, p. 1497–1507, jun. 2012.
- BAKER, D. A.; CASWELL, H. L.; ECCLES, F. J. R. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 90, p. 154–161, 1 jan. 2019.
- BAKER, L. R.; MCNULTY, J. K. Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 100, n. 5, p. 853–873, maio 2011.
- BANCROFT, J. The endocrinology of sexual arousal. **Journal of Endocrinology**, v. 186, n. 3, p. 411–427, 1 set. 2005.
- BANCROFT, J. et al. The Dual Control Model: Current Status and Future Directions. **The Journal of Sex Research**, v. 46, n. 2–3, p. 121–142, 17 mar. 2009.
- BANCROFT, J.; JANSSEN, E. The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 24, n. 5, p. 571–579, 1 jul. 2000.
- BARLOW, D. H. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, n. 2, p. 140–148, 1986.
- BAUER, J. et al. **Serum androgens return to normal after temporal lobe epilepsy surgery in men. Neurology**, 2000.

BEATTIE, P. M. Beyond Machismos: Recent Examinations of Masculinities in Latin America. **Men and Masculinities**, v. 4, n. 3, p. 303–308, 1 jan. 2002.

BEGHI, E. The Epidemiology of Epilepsy. **Neuroepidemiology**, v. 54, n. 2, p. 185–191, 2020.

BHASIN, S. et al. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 103, n. 5, p. 1715–1744, 1 maio 2018.

BOOTH, N. R. et al. Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. **Journal of counseling psychology**, v. 66, n. 6, p. 755, 2019.

BOSCH RUUD J.L.H. et al. Penile Detumescence: Characterization of Three Phases. **Journal of Urology**, v. 146, n. 3, p. 867–871, 1 set. 1991.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359–363, out. 1995.

BOYLAN, L. S. et al. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. **Neurology**, v. 62, n. 2, p. 258, 27 jan. 2004.

BRENNER, R. E. et al. Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). **Journal of Counseling Psychology**, v. 64, p. 696–707, 2017.

BURNETT, A. L. et al. Erectile Dysfunction: AUA Guideline. **The Journal of Urology**, v. 200, n. 3, p. 633–641, 1 set. 2018.

CALABRÒ, R. S. Topiramate and sexual dysfunction: myth or reality? **Epilepsy & Behavior: E&B**, v. 27, n. 2, p. 424, maio 2013.

CALABRÒ, R. S.; MARINO, S.; BRAMANTI, P. Sexual and reproductive dysfunction associated with antiepileptic drug use in men with epilepsy. **Expert Review of Neurotherapeutics**, v. 11, n. 6, p. 887–895, 1 jun. 2011.

CARTLEDGE, J.; MINHAS, S.; EARDLEY, I. The role of nitric oxide in penile erection. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 2, n. 1, p. 95–107, 1 jan. 2001.

CARVALHEIRA, A.; TRÆEN, B.; ŠTULHOFER, A. Correlates of Men's Sexual Interest: A Cross-Cultural Study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 1, p. 154–164, 2014.

CARVALHO, J.; NOBRE, P. Predictors of Men's Sexual Desire: The Role of Psychological, Cognitive-Emotional, Relational, and Medical Factors. **The Journal of Sex Research**, v. 48, n. 2/3, p. 254–262, 2011.

CHAMBERS, S. K. et al. Measuring masculinity in the context of chronic disease. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 3, p. 228, 2016.

CHEN, L. W.-H. et al. Topiramate-associated sexual dysfunction: A systematic review. **Epilepsy & Behavior: E&B**, v. 73, p. 10–17, 2017.

- CHENG, J. C. et al. Neuroimaging and Sexual Behavior: Identification of Regional and Functional Differences. **Current Psychiatry Reports**, v. 17, n. 7, p. 55, 16 maio 2015.
- CONNELL, R. W. **Gender and power: Society, the person and sexual politics**. [s.l.] John Wiley & Sons, 2013.
- CORONA, G. et al. Psycho-Biological Correlates of Free-Floating Anxiety Symptoms in Male Patients With Sexual Dysfunctions. **Journal of Andrology**, v. 27, n. 1, p. 86–93, 2006.
- CORONA, G.; MAGGI, M. The role of testosterone in erectile dysfunction. **Nature Reviews Urology**, v. 7, n. 1, p. 46–56, jan. 2010.
- DE BOER, H. M.; MULA, M.; SANDER, J. W. The global burden and stigma of epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 12, n. 4, p. 540–546, maio 2008.
- DE LEMOS ZINGANO, B. et al. Validation of diagnostic tests for depressive disorder in drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 50, p. 61–66, 1 set. 2015.
- DE OLIVEIRA, G. N. et al. Screening for depression in people with epilepsy: Comparative study among Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E), Hospital Anxiety and Depression Scale Depression Subscale (HADS-D), and Beck Depression Inventory (BDI). **Epilepsy & Behavior**, v. 34, p. 50–54, 1 maio 2014.
- DUNCAN, S. et al. Erectile function, sexual desire, and psychological well-being in men with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 15, n. 3, p. 351–357, 1 jul. 2009.
- FERRARI, M. et al. Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs. **Mindfulness**, v. 10, n. 8, p. 1455–1473, 1 ago. 2019.
- FERREIRA, J. S.; RIGBY, R. A.; COBB, R. J. Self-compassion moderates associations between distress about sexual problems and sexual satisfaction in a daily diary study of married couples. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 29, n. 2, p. 182–196, 2020.
- FIEST, K. M. et al. Prevalence and incidence of epilepsy. **Neurology**, v. 88, n. 3, p. 296, 17 jan. 2017.
- GILBERT, P. Social mentalities. **Interpersonal Cognition**, p. 299, 2006.
- GILBERT, P. et al. Fears of compassion: Development of three self-report measures. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 84, n. 3, p. 239–255, 2011.
- GIL-NAGEL, A. et al. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. **Seizure - European Journal of Epilepsy**, v. 15, n. 3, p. 142–149, 1 abr. 2006.
- GIULIANO, F.; CLÉMENT, P. Physiology of Ejaculation: Emphasis on Serotonergic Control. **European Urology**, v. 48, n. 3, p. 408–417, 1 set. 2005.
- GRINDE, B. Sexual Behavior in Modern Societies: An Interdisciplinary Analysis. **Sexuality & Culture**, v. 25, n. 6, p. 2075–2091, 1 dez. 2021.
- HATZIMOURATIDIS, K. et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. **European Urology**, v. 57, n. 5, p. 804–814, 1 maio 2010.

- HEIMAN, J. R. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. **The Journal of Sex Research**, v. 39, n. 1, p. 73–78, 1 fev. 2002.
- HELLMIS, E. Sexual problems in males with epilepsy—An interdisciplinary challenge! **Seizure - European Journal of Epilepsy**, v. 17, n. 2, p. 136–140, 1 mar. 2008.
- HENNING, O. et al. Sexual function in people with epilepsy: Similarities and differences with the general population. **Epilepsia**, v. 60, n. 9, p. 1984–1992, 2019.
- HERMANTO, N.; ZUROFF, D. C. The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. **The Journal of Social Psychology**, v. 156, n. 5, p. 523–535, 2016.
- HERZOG, A. G. et al. Differential Effects of Antiepileptic Drugs on Sexual Function and Reproductive Hormones in Men with Epilepsy: Interim Analysis of a Comparison between Lamotrigine and Enzyme-inducing Antiepileptic Drugs. **Epilepsia**, v. 45, n. 7, p. 764–768, 2004.
- HERZOG, A. G. et al. Differential effects of antiepileptic drugs on sexual function and hormones in men with epilepsy. **Neurology**, v. 65, n. 7, p. 1016, 11 out. 2005.
- HERZOG, A. G. et al. A comparison of anastrozole and testosterone versus placebo and testosterone for treatment of sexual dysfunction in men with epilepsy and hypogonadism. **Epilepsy & Behavior**, v. 17, n. 2, p. 264–271, fev. 2010.
- HU, Y. et al. Gender and Socioeconomic Disparities in Global Burden of Epilepsy: An Analysis of Time Trends From 1990 to 2017. **Frontiers in Neurology**, v. 12, 2021.
- HUSAIN, A. M. et al. Improved sexual function in three men taking lamotrigine for epilepsy. **Southern Medical Journal**, v. 93, n. 3, p. 335–336, mar. 2000.
- JANSSEN, E. Sexual arousal in men: A review and conceptual analysis. **Hormones and Behavior**, Special Issue on Research on Sexual Arousal. v. 59, n. 5, p. 708–716, 1 maio 2011.
- KANDEEL, F. R.; KOUSSA, V. K. T.; SWERDLOFF, R. S. Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. **MALE SEXUAL DYSFUNCTION**, v. 22, n. 3, p. 47, 2001.
- KANE, L. et al. A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. **Journal of Experimental Psychopathology**, v. 10, n. 2, 1 abr. 2019.
- KAPLAN, H. S. Hypoactive sexual desire. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 3, n. 1, p. 3–9, 1 mar. 1977.
- KWON, O.-Y.; PARK, S.-P. What is the role of depressive symptoms among other predictors of quality of life in people with well-controlled epilepsy on monotherapy? **Epilepsy & Behavior**, v. 20, n. 3, p. 528–532, mar. 2011.
- LAI, S.-T. et al. Positive psychological interventions for people with epilepsy: An assessment on factors related to intervention participation. **Epilepsy & Behavior**, v. 80, p. 90–97, 1 mar. 2018.

LAUMANN, E. O. et al. 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**, v. 35, n. 2, p. 143–159, abr. 2006.

LAURENT, S. M.; SIMONS, A. D. Sexual dysfunction in depression and anxiety: Conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 7, p. 573–585, 1 nov. 2009.

LIN, C.-Y.; PAKPOUR, A. H. Using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) on patients with epilepsy: Confirmatory factor analysis and Rasch models. **Seizure - European Journal of Epilepsy**, v. 45, p. 42–46, 1 fev. 2017.

LIU, Z. et al. Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020.

MARK, K. P.; LASSLO, J. A. Maintaining Sexual Desire in Long-Term Relationships: A Systematic Review and Conceptual Model. **The Journal of Sex Research**, v. 55, n. 4–5, p. 563–581, 13 jun. 2018.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. Human sexual response, Boston (Little, Brown and Company) 1966. 1966.

MATSUMOTO, A. M. Testosterone Replacement in Men with Age-Related Low Testosterone: What Did We Learn From The Testosterone Trials? **Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research**, 2019.

MCCABE, M. et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 1, Part 2, p. 327–336, 1 jan. 2010.

MOLLER, M. Exploiting Patterns: A Critique of Hegemonic Masculinity. **Journal of Gender Studies**, v. 16, n. 3, p. 263–276, nov. 2007.

MORRELL, M. J. Sexual Dysfunction in Epilepsy. **Epilepsia**, v. 32, n. s6, p. S38–S45, dez. 1991.

NEFF, K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. **Self and Identity**, v. 2, n. 2, p. 85–101, 1 abr. 2003a.

NEFF, K. D. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. **Self and Identity**, v. 2, n. 3, p. 223–250, 1 jul. 2003b.

NEFF, K.; GERMER, C. **Manual de Mindfulness e Autocompaixão: Um Guia para Construir Forças Internas e Prosperar na Arte de Ser Seu Melhor Amigo**. [s.l.] Artmed Editora, 2019.

NICKEL, R. et al. Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 70, n. 2, p. 140–144, fev. 2012.

NIEUWENHUIJSEN, K.; BRUINVELS, D.; FRINGS-DRESEN, M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. **Occupational Medicine**, v. 60, n. 4, p. 277–286, 1 jun. 2010.

NIMBI, F. M. et al. Male Sexual Desire: An Overview of Biological, Psychological, Sexual, Relational, and Cultural Factors Influencing Desire. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 59–91, 1 jan. 2020.

OLIFFE, J. L.; PHILLIPS, M. J. Men, depression and masculinities: A review and recommendations. **Journal of Men's Health**, v. 5, n. 3, p. 194–202, 1 set. 2008.

PACHECO-BARRIOS, K. et al. Burden of epilepsy in Latin America and The Caribbean: a trend analysis of the Global Burden of Disease Study 1990 – 2019. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 8, 1 abr. 2022.

PASCOAL, P. M.; NARCISO, I. DE S. B.; PEREIRA, N. M. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. **Journal of sex research**, v. 51, n. 1, p. 22–30, 2014.

PAULI, C. et al. Predictors of meaningful improvement in quality of life after temporal lobe epilepsy surgery: A prospective study. **Epilepsia**, v. 58, n. 5, p. 755–763, 2017.

PEREIRA, R.; TEIXEIRA, P. M.; NOBRE, P. J. The role of third-wave cognitive-behavioural factors on the sexual functioning of people with and without physical disabilities. **Psychology & Sexuality**, p. 1–17, 26 abr. 2020.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes. p. 40, [s.d.].

PÖTTGEN, J. et al. Sexual dysfunctions in MS in relation to neuropsychiatric aspects and its psychological treatment: A scoping review. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, 27 fev. 2018.

RAJKUMAR, R. P.; KUMARAN, A. K. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. **Comprehensive Psychiatry**, v. 60, p. 114–118, 1 jul. 2015.

RATHORE, C. et al. Sexual dysfunction in people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 100, 1 nov. 2019.

RÄTTYÄ, J. et al. Reproductive effects of valproate, carbamazepine, and oxcarbazepine in men with epilepsy. **Neurology**, v. 56, n. 1, p. 31, 9 jan. 2001.

REILLY, E. D.; ROCHLEN, A. B.; AWAD, G. H. Men's self-compassion and self-esteem: the moderating roles of shame and masculine norm adherence. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 15, n. 1, p. 22, 2014.

RUGGIERO, G. M. et al. A Historical and Theoretical Review of Cognitive Behavioral Therapies: From Structural Self-Knowledge to Functional Processes. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, v. 36, n. 4, p. 378–403, 1 dez. 2018.

SAND, M. S. et al. Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 3, p. 583–594, 2008.

SARE, G. et al. Men with epilepsy—The lost tribe?: Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK. **Seizure**, v. 16, n. 5, p. 384–396, 1 jul. 2007.

- SIMONSEN, U.; COMERMA-STEFFENSEN, S.; ANDERSSON, K.-E. Modulation of Dopaminergic Pathways to Treat Erectile Dysfunction. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 119, n. S3, p. 63–74, 2016.
- SMEETS, V. M. J. et al. Epilepsy and employment: Literature review. **Epilepsy & Behavior**, v. 10, n. 3, p. 354–362, 1 maio 2007.
- SMITH, J. A.; WATKINS, D. C.; GRIFFITH, D. M. **Equity, gender and health: New directions for global men's health promotion**. [s.l.: s.n.]. v. 31p. 161–165
- ŠTULHOFER, A.; TRÆEN, B.; CARVALHEIRA, A. Job-Related Strain and Sexual Health Difficulties among Heterosexual Men from Three European Countries: The Role of Culture and Emotional Support. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 3, p. 747–756, 1 mar. 2013.
- SUNGUR, M. Z.; GÜNDÜZ, A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 2, p. 364–373, fev. 2014.
- TALBOT, J. A. et al. Sexual function in men with epilepsy: How important is testosterone? **Neurology**, v. 70, n. 16, p. 1346–1352, 15 abr. 2008.
- TAYLOR, R. S. et al. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. **Epilepsia**, v. 52, n. 12, p. 2168–2180, dez. 2011.
- THIJS, R. D. et al. Epilepsy in adults. **The Lancet**, v. 393, n. 10172, p. 689–701, fev. 2019.
- TRUDEL, G. Review of psychological factors in low sexual desire. **Sexual and Marital Therapy**, v. 6, n. 3, p. 261–272, 1 jul. 1991.
- TYLER, R. E.; WILLIAMS, S. Masculinity in young men's health: Exploring health, help-seeking and health service use in an online environment. **Journal of Health Psychology**, v. 19, n. 4, p. 457–470, 14 mar. 2013.
- VELTEN, J. The Dual Control Model of Sexual Response: Relevance of Sexual Excitation and Sexual Inhibition for Sexual Function. **Current Sexual Health Reports**, v. 9, n. 2, p. 90–97, 1 jun. 2017.
- VERROTTI, A. et al. Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 4, n. 2, p. 365–370, abr. 2008.
- VODUŠEK, D. B.; AMINOFF, M. J. Chapter 30 - Sexual Dysfunction in Patients with Neurologic Disorders. Em: AMINOFF, M. J.; JOSEPHSON, S. A. (Eds.). **Aminoff's Neurology and General Medicine (Fifth Edition)**. Boston: Academic Press, 2014. p. 633–656.
- WATKINS, L. V.; ANGUS-LEPPAN, H. Valproate, sexual health, and men: A narrative review. **Epilepsy & Behavior**, v. 103, 1 fev. 2020.
- WELTON, J. M. et al. Quality of life and its association with comorbidities and adverse events from antiepileptic medications: Online survey of patients with epilepsy in Australia. **Epilepsy & Behavior**, v. 104, p. 106856, 1 mar. 2020.

WIGLUSZ, M. S. et al. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 58, p. 97–101, 1 maio 2016.

WINTON, M. A. The Medicalization of Male Sexual Dysfunctions: An Analysis of Sex Therapy Journals. **Journal of Sex Education and Therapy**, 21 jan. 2015.

WU, D. et al. The effects of oxcarbazepine, levetiracetam, and lamotrigine on semen quality, sexual function, and sex hormones in male adults with epilepsy. **Epilepsia**, v. 59, n. 7, p. 1344–1350, 1 jul. 2018.

XIV BSTAN-'DZIN-RGYA, D. L.; CUTLER, H. C. **The Art of Happiness: A Handbook for Living**. [s.l.] Penguin, 1998.

Y GASSET, J. O. **Meditations on Quixote**. [s.l.] University of Illinois Press, 2000.

ZERTUCHE-ORTUÑO, L. et al. Increased non-attendance at epilepsy clinic in patients with neuropsychiatric comorbidities: A prospective study. **Epilepsy & Behavior**, v. 122, p. 108202, set. 2021.

ZINGANO, B. DE L. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A) and The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) accuracy for anxiety disorders detection in drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy patients. **Journal of Affective Disorders**, v. 246, p. 452–457, 1 mar. 2019.

APENDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA SAÚDE SEXUAL DE HOMENS COM EPILEPSIA, que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Paulo Gomes do Nascimento, sito Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-901, telefone (81) 21268523 e e-mail ppnasc@yahoo.com.br.

Esta pesquisa está sob a orientação de Luciana Patrícia Alves de Andrade Valença Telefone: (81) 21268523, e-mail lupatrizia@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**a. Descrição da pesquisa**

Esse trabalho busca compreender a realidade de homens que convivem com epilepsia, dando especial atenção aos problemas que acontecem em relação de viver sua vida quando em relação a viver sua sexualidade. A coleta de dados será através da entrevista médica com o paciente e acompanhantes, pela aplicação de questionários específicos do estudo para avaliação da frequência de disfunções sexuais e do aparecimento de efeitos adversos relacionados às drogas utilizadas no estudo.

- b.** Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa, início, término e número de visitas para a pesquisa.

Os pacientes serão acompanhados durante 6 meses, com seguimento em 1, 3 e 6 meses do início da intervenção.

- c.** RISCOS diretos para o voluntário

Os pacientes voluntários que aceitarem participar do estudo não estarão sujeitos a riscos graves de vida pelo uso das medicações utilizadas, pois são medicações já usadas para o tratamento da epilepsia e de outras doenças neuropsiquiátricas.

Caso apresente efeitos adversos decorrentes do uso dessas medicações, sendo os mais comuns desequilíbrio, sonolência e tontura, o paciente poderá interromper prontamente seu uso e procurar os pesquisadores envolvidos para suporte médico necessário, a saber atendimento ambulatorio sem agendamento prévio no hospital onde é acompanhado e internamento hospitalar nos casos em que haja necessidade.

Pacientes que não se disponibilizarem a responder os questionários por quaisquer motivos, seja por não dispor de tempo na consulta ou por não querer informar dados pessoais, não serão constrangidos a participar da pesquisa.

Os participantes que tiverem interesse podem solicitar o relatório final do projeto e informações inerentes à sua participação na pesquisa. Eventuais exames realizados serão entregues aos participantes.

Asseguramos que o anonimato dos pacientes voluntários será mantido.

Toda a pesquisa está de acordo com a Resolução 466 do CNS.

- d.** BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários.

Os pacientes voluntários que aceitarem participar da pesquisa tem como benefício a possibilidade de ter maior controle sintomático de sua doença, a epilepsia, com redução do número de crises epiléticas com o início do tratamento proposto. Assim, podem também melhorar suas qualidades de vida.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser

entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de entrevista médica em consultas e questionários aplicados nos pacientes ficarão armazenados em prontuários médicos e pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade dos membros da equipe pesquisadora, pelo período de mínimo 6 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cephcupe@gmail.com).

Pedro Paulo Gomes do Nascimento

Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA SAÚDE SEXUAL DE HOMENS COM EPILEPSIA, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - ANAMNESE PADRONIZADA

TÍTULO: ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA SAÚDE SEXUAL DE HOMENS COM EPILEPSIA

Pesquisadores: Pedro Paulo Gomes do Nascimento

Orientador: Luciana Patriza Alves de Andrade Valença

Paciente:		
Registro:	Hospital:	Data:
Idade:	Data de nascimento:	
Procedência:	Contato:	
Escolaridade:	Ocupação:	

Idade de início da epilepsia:	
Antecedente familiar de epilepsia:	() SIM () NÃO
Etiologia da crise:	() estrutural () genética () infecciosa () metabólica () imune () desconhecida () displasia cortical () EMT
N de crises nos últimos 3 meses:	
Data da última crise:	
Medicação em uso atualmente e dose	
Quais medicações já fez uso?	
Parou por qual motivo?	() intolerabilidade () falha terapêutica () reações adversas () alergia
Comorbidades	
Doença hepática	() SIM () NÃO

Doença renal	() SIM () NÃO
Doença psiquiátrica	() SIM () NÃO QUAL:
Todas as medicações em uso atualmente	
Alergias medicamentosas	
Exames complementares:	
TAC de crânio	() SIM () NÃO ACHADOS:
RM de crânio	() SIM () NÃO ACHADOS:
EEG	() SIM () NÃO ACHADOS:
Vídeo-EEG	() SIM () NÃO ACHADOS:
Cintilografia de perfusão cerebral	() SIM () NÃO ACHADOS:

APÊNDICE C – ARTIGO 1: RE-THINKING SUBJECTIVE WELLBEING OF LATIN-AMERICAN AND CARIBBEAN MEN WITH EPILEPSY: BEYOND SEXUAL DYSFUNCTIONS ISSUES



Re-Thinking Subjective Wellbeing of Latin-American and Caribbean Men With Epilepsy: Beyond Sexual Dysfunctions Issues

Pedro Paulo Gomes do Nascimento* and Luciana Patriza Alves de Andrade-Valença

Neurology Unit, Hospital das Clínicas, Medical School of Recife, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil

Keywords: quality of life, burden of disease, masculinity, sexual and reproductive healthcare, positive mental health

The IJPH series “Young Researcher Editorial” is a training project of the Swiss School of Public Health.

Epilepsy is a common neurological disease that affects the quality of life of approximately 6.3 million people in Latin America and the Caribbean (LAC) [1]. It is characterized by an enduring tendency to experience epileptic seizures and the neurobiological, cognitive, and psychosocial consequences of these seizures. Epilepsy affects people of all ages, with a similar prevalence among men and women living in LAC (410 vs. 413 per 100,000 population, respectively).

In 2019, a total of 1,375,066.9 disability-adjusted life years (DALYs) in LAC countries were attributed to epilepsy, with men being more affected. Three potential reasons may explain higher DALYs in men with epilepsy (MWE): 1) steroid hormones—adrenal corticosteroids and androgenic steroids—may increase seizure sensibility; however their molecular mechanisms are unclear 2) more epilepsy cases associated with exposure to potential injury triggers such as alcohol consumption, occupational or traffic accidents, and 3) higher incidence of Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP) in males, particularly in the context of alcohol use [1].

Depression and anxiety are important comorbidities associated with epilepsy [2]. These mental health issues can significantly impact the overall wellbeing of people with epilepsy and affect both genders. Mental disease occurrence is exacerbated by social factors such as stigma and discrimination, especially for MWE. In addition, their diagnosis and treatment are often neglected.

In general, health promotion interventions and policies that aim to promote gender equity tend to focus on improving the health of children and women, while men’s health issues are stigmatized and tend to be ignored [3]. This tendency is also observed in epileptology, the study and treatment of epilepsy. Despite MWE experiencing gender-specific issues cited above, data on MWE tends to ignore the influence of psychosocial factors, focusing instead on the occurrence of sexual dysfunction (SD) [4]. In fact, MWE report sexual problems more often than healthy men. The higher occurrence of SD among MWE may be due to epilepsy, the use of anti-seizure drugs, and mental health issues. However, MWE quality of life scores are influenced more by depression and anxiety occurrence than clinical issues such as seizure control or SD [4].

A better understanding of the inter-relation between mental health, wellbeing, and social factors for MWE health is necessary, but data about this question are scarce. The influence of sociocultural aspects on the behavior of chronically ill men has been evaluated in other clinical contexts, such as prostate cancer or psychiatric disorders. Evidence suggests that hegemonic social constructions of masculinity—including heterosexuality, assertiveness, self-control, physical strength, and emotional restraint—define an ideal man [5]. Chronically ill men who cannot attain the ideal of masculinity may experience subordination and marginalization. This can lead to low self-esteem, an increased

OPEN ACCESS

Edited by:

Ana Quiroga Gutierrez,
University of Lucerne, Switzerland

*Correspondence:

Pedro Paulo Gomes do Nascimento
ppnasc@yahoo.com.br

This Young Researcher Editorial is part of the IJPH Special Issue “Call for Young Researcher Editorials (YRE): Public Health in Latin America—Challenges and Perspectives.”

Received: 31 July 2022

Accepted: 19 January 2023

Published: 10 February 2023

Citation:

Nascimento PPGd and Andrade-Valença LPA (2023) Re-Thinking Subjective Wellbeing of Latin-American and Caribbean Men With Epilepsy: Beyond Sexual Dysfunctions Issues. *Int J Public Health* 68:1605280. doi: 10.3389/ijph.2023.1605280

burden of chronic diseases, and a decreased sense of wellbeing. This may in turn contribute to reduced sexual satisfaction, and increase the likelihood of suffering from mental disorders [5].

To understand these relationships, it is necessary to define subjective wellbeing (SWB). SWB is a personal feeling of life satisfaction that is comprised of three components: 1) the presence of emotional positive aspects (e.g., happiness, pleasure); 2) the absence of negative emotional effects (e.g., depressed mood and stress), and 3) cognitive wellbeing (satisfaction or dissatisfaction from life events, as from one's job or marriage) [6]. High SWB levels result from balance on positive and negative life events impact, which are influenced by individual psychological skills [6]. Similarly, sexual satisfaction can be influenced both by positive factors (relationship satisfaction, self-esteem, pleasure) and negative factors (such as threats of failure and its consequences). As a result, sexual wellbeing is derived from positive sexual experiences, negatively affected by SD and modulated by cognitive mechanisms [7]. Thus, it is crucial to recognize MWE as a marginalized population and conduct studies on their SWB, sexual satisfaction, and psychological wellbeing, especially in the LAC context. Their results will aid policymakers in developing better policies and promote effective interventions.

Increasing MWE wellbeing in LAC is a challenge, and strategies based on Positive Psychological Interventions (PPI) may offer a solution. PPI is a branch of psychology that aims to develop interventions such as the identification of character strengths, and exercises for forgiveness or gratitude, to promote wellbeing—including people with epilepsy [8, 9]. PPIs are effective for the promotion of psychological wellbeing and

represent an alternative to treating populations with depression, anxiety, and stress. For men, these interventions promote self-kindness and resilience, skills that can foster positive masculinity [7]. As with men with other disabilities, positive male conceptions in MWE could help improve wellbeing, mental health and increase sexual satisfaction [10].

In conclusion, besides improving access to healthcare that includes adequate diagnosis and treatment for epilepsy and mental health comorbidities, such as PPI, it is necessary to implement policies that recognize the importance of psychosocial factors in improving subjective wellbeing for MWE. This will only be possible by better understanding the mental health and related social factors of MWE through research.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

All authors listed have made a substantial, direct, and intellectual contribution to the work and approved it for publication.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that they do not have any conflicts of interest.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank Kali Tal for her feedback.

REFERENCES

- Pacheco-Barrios K, Navarro-Flores A, Cardenas-Rojas A, de Melo PS, Uygur-Kucukseymen E, Alva-Diaz C, et al. Burden of Epilepsy in Latin America and the Caribbean: a Trend Analysis of the Global Burden of Disease Study 1990 – 2019. *The Lancet Reg Health – Americas* (2020) 8:100140. doi:10.1016/j.lana.2021.100140
- Liu Z, Yin R, Fan Z, Fan H, Wu H, Shen B, et al. Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People with Epilepsy. *Front Psychiatry* (2020) 11:670. doi:10.3389/fpsy.2020.00670
- Smith JA, Watkins DC, Griffith DM. Equity Gender and Health: New Directions for Global Men's Health Promotion. In: *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 31 (2020).
- Duncan S, Talbot A, Sheldrick R, Caswell H. Erectile Function, Sexual Desire, and Psychological Well-Being in Men with Epilepsy. *Epilepsy Behav* (2009) 15(3):351–7. doi:10.1016/j.yebeh.2009.04.028
- Olliffe JL, Phillips MJ. Men, Depression and Masculinities: A Review and Recommendations. *J Men's Health* (2008) 5(3):194–202. doi:10.1016/j.jomh.2008.03.016
- NCBI. *Subjective Well-Being and Adaptation to Life Events: A Meta-Analysis on Differences between Cognitive and Affective Well-Being - PMC* [Internet] (2022). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289759/> (Accessed on Sep 12, 2022).
- Anderson RM. Positive Sexuality and its Impact on Overall Well-Being. *Bundesgesundheitsbl* (2013) 56(2):208–14. doi:10.1007/s00103-012-1607-z
- Carr A, Cullen K, Keeney C, Canning C, Mooney O, Chinsellaigh E, et al. Effectiveness of Positive Psychology Interventions: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Positive Psychol* (2021) 16(6):749–69. doi:10.1080/17439760.2020.1818807
- Lai ST, Lim KS, Tang V, Low WY. Positive Psychological Interventions for People with Epilepsy: An Assessment on Factors Related to Intervention Participation. *Epilepsy Behav* (2018) 80:90–7. doi:10.1016/j.yebeh.2017.12.019
- Pereira R, Almeida I, Teixeira PM, Nobre PJ. Mindfulness-related Variables and Sexual/relationship Satisfaction in People with Physical Disabilities. *Mindfulness* (2020) 11(8):1993–2006. doi:10.1007/s12671-020-01414-6

Copyright © 2023 Nascimento and Andrade-Valença. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

APÊNDICE D – ARTIGO 2: WHEN BEING AN IDEAL MAN IS NOT POSSIBLE: INTER-RELATIONS AMONG MASCULINITIES BELIEFS, SELF-COMPASSION, ANXIETY, AND DEPRESSION IN MEN WITH EPILEPSY

Pedro Paulo Gomes do Nascimento, Luciana Patrícia Alves de Andrade Valença
Department of Neurology, Federal University of Pernambuco, Brazil
Professor Moraes Rego Avenue, 1235 -
Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brazil
50670-901.
email: ppnasc@yahoo.com.br

Summary and keywords

Recent studies demonstrated that men with epilepsy (MWE) suffer a higher epilepsy burden than women. Psychosocial aspects are interrelated with mental health and quality of Life (QoL) in MWE, but the negative influence of masculinities norms in this phenomenon has not been measured. Self-compassion is advocated such as the option to promote coping strategies to improve psychological well-being. A total of 52 MWE attending tertiary epilepsy ambulatory were evaluated. We used the Likert scales to inquire about masculinities beliefs, the Self-compassion scale, and *Hospital Anxiety Depression Scale* – HADS to evaluate self-compassion scores, anxiety, and depression. MWE are having the respect of friends and being an honorable man as the main characteristics defining an ideal man. These concepts are correlated with self-kindness and over-identification. A Higher Self-compassion score is related to lower anxiety and depression symptoms in MWE. In conclusion, masculine norms are implicated in the occurrence of anxiety, depression, and self-compassion behavior in MWE. Self-compassion is a protective factor against depressive and anxiety symptoms and represents a promissory strategy to coping psychosocial stress in MWE.

keywords: Mental Health, Burden of Illness, Men's Health, cognitive-behavioral therapies, Health Promotion

1. Introduction

Men are more slightly affected by Epilepsy than women and suffer a higher burden associated with this disease (Hu et al., 2021). Males cite worries about the ability to work in paid employment and valorize coping with problems in their own life despite living with epilepsy (Sare et al., 2007). Furthermore, depression and anxiety prevalence are similar in both gender, but occurrence in men with epilepsy (MWE) is influenced by psychosocial factors (Liu et al., 2020). Despite this, studies about MWE health specificities are focused mainly on sexual dysfunctions which are not directly related to the quality of life (Duncan et al., 2009; Sare et al., 2007).

Recent evidence demonstrates the influence of cultural aspects on male health. In Western society, men are stimulated to avoid demonstrating fear or weakness, to hide all traces of inadequacy and anxiety, to accept a violent culture, and to want to be accepted and respected by social groups (Anderson, 2018). When a man does not reach this ideal – as MWE - shame and low self-esteem are possible negative responses with an increased risk of mental health diseases such as depression (Evans et al., 2011). Until now, there is no evidence to demonstrate this relationship between psychosocial aspects with health MWE specificities.

Besides this, Interventions based on cognitive-behavioral therapy (CBT) used to promote psychological well-being are cited as an option to ameliorate this problem. In this context, self-compassion (SC) is a new CBT approach to promote resilience and life satisfaction based on three main components: *self-kindness* (stimulates persons to treat themselves with kindness and concern rather than criticism or judgment), *common humanity* (recognizing that difficulties are inherent to the human condition), and *mindfulness* (approach their problems with equanimity and balance) (K. NEFF, 2003). SC is mentioned as a type de intervention related to lower psychiatric symptoms in persons with epilepsy (PWE) (Baker et al., 2019). Men tend to have higher levels of SC than women (Booth et al., 2019). For men with disabilities, data suggest that being self-compassionate is related to more adaptive masculinity concepts,

resilience, psychological well-being, and sexual life satisfaction (Booth et al., 2019; Pereira et al., 2020).

Thus, we believe that MWE deserve an expanded approach about their specificities where psychosocial aspects are considered a significance factor mental health. This exploratory study aimed to understand the inter-relationship among masculinity concepts, depression, anxiety, and self-compassion scores in MWE.

2. Methods

2.1. Study and Subjects

This was an observational transversal study. Consecutively attending MWE who visited the epilepsy clinic of the Federal University of Pernambuco Clinical Hospital from June 2020 until February of 2022 were enrolled according to the following criteria: (1) age from 18 to 50 years; (2) established diagnosis of epilepsy; (3) absence of psychiatric or endocrinologic diagnosed comorbidity; (4) ability to comprehend interview questions. This research received prior approval from the ethics committee of the hospital. An informed written consent was obtained from each volunteer or patient. Demographic and clinical details were extracted from the case records.

2.2. Procedures

Personal constructs of masculinity were evaluated by questions used in a previous study (Sand et al., 2008). MWE was asked to score each following items about male identity: having a good job, having financial stability, being seen as a man of honor, having success with women, coping with problems on your own, having an active sex life, being in control of your own life, being physically attractive, and having the respect of friends. Each item was composed on a 7-point Likert scale (from 1, not at all important to the male identity, to 7, very important to the male identity).

The *Hospital Anxiety Depression Scale* - HADS is an instrument that comprises two subscales to identify anxiety (HADS-A) and depression symptoms (HADS-D). A cut point 8 was used and it is considered an adequate cutoff to identify anxiety and depression cases in MWE (de Oliveira et al., 2014; Zingano et al., 2019).

Self-compassion was measured using the *26-item Self-Compassion Scale (SCS)*. The SCS assesses two sub-scores: the first is composed of three positive aspects of self-compassion: Self-Kindness, Common Humanity, and Mindfulness. The second self-coldness which is composed of negative items - self-judgment, isolation, and over-identification. Each item on a scale from 1 to 5 and mean scores on the six subscales are averaged to produce an overall self-compassion score (Brenner et al., 2017; K. NEFF, 2003). A score of 1 to 2.5 indicates a low level of self-compassion, 2.5 to 3.5 indicates a moderate level of self-compassion, and 3.5 to 5.0 indicates a high level of self-compassion (K. D. NEFF, 2003).

2.3. Statistical analyses

Statistical analysis was performed using SPSS version 26 for windows. All data were considered negative to normality assumption. We proceeded an analysis-based descriptive statistics with non-parametric tests. Spearman Rho (r^2) was utilized for correlations. P-values <0.05 were considered to define statistical significance.

Results

Sociodemographic and clinical data, personal masculinities constructs, cited SCS and its subscales median, depression, and anxiety incidence are demonstrated in table 1. The relationship between SC subscales, masculine concepts, depression, and anxiety is demonstrated in table 2. For interpretation, data with moderate/high Rho de Spearman and statistical significance under 0.01 was utilized to mainy interpretation.

Discussion

MWE describes an ideal man characterized by being honorable or having the respect of friends and this aspect is similar a men without epilepsy (Sand et al., 2008). This tendency may be related to men experience social pressure to endorse masculinity ideals such as strength or self-reliance (Anderson, 2018; Courtenay, 2000). Higher levels of agreement with the importance of *having the respect of friends* construct are related to self-kindness and over-identification scores. Probably, this dual correlation could be resulting in internalized experiences of self-esteem and shame respectively (Reilly et al., 2014). The no citation of

construct *having an active sex life* could be reflect minor importance to sex performance for MWE as cited in a previous study (Henning et al., 2019).

The prevalence of depression and anxiety is similar to previous research (Kwon and Park, 2014). SC total scores are correlated with lower depression and anxiety symptoms in MWE. Depressive symptoms are associated with higher isolation scores and anxiety symptoms are related to all three self-coldness items. Marginalized men, such as MWE, may also attempt to compensate for their subordinated status by defying hegemonic masculinity and constructing alternative forms of masculinity (Courtenay, 2000). Thus, depression and anxiety could be resulting from negative adaptive mechanisms to coping stress situations such as epilepsy stigma context (Gilbert et al., 2011).

This study did have some limitations. First, this was an exploratory study with a sample from a single institution. Second, the small sample size impossibilities for a robust statistical analysis. As a suggestion, studies designed to evaluate adherence to masculinities norms and to understand a possible relation between Self-compassion and Self-coldness with positive and negative affects may offer more evidence to support our considerations.

Conclusion

Evidence about the specificities of MWE health is scarce and this is one of the first studies addressed to understand the inter-relation of masculinities constructs, depression, and anxiety in MWE. We reinforce the impact of social aspects on mental health burden in this group and we believe in the potential of interventions self-compassionbased to improve male psychological well-being.

.

Disclosure

None of the authors has any conflicts of interest to disclose.

References

Anderson, E., 2018. Generational masculinities. *J. Gend. Stud.* 27, 243–247. <https://doi.org/10.1080/09589236.2017.1406088>

Baker, D.A., Caswell, H.L., Eccles, F.J.R., 2019. Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 90, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.025>

Booth, N.R., McDermott, R.C., Cheng, H.-L., Borgogna, N.C., 2019. Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. *J. Couns. Psychol.* 66, 755.

Brenner, R.E., Heath, P.J., Vogel, D.L., Credé, M., 2017. Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *J. Couns. Psychol.* 64, 696–707. <https://doi.org/10.1037/cou0000211>

Courtenay, W.H., 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc. Sci. Med.* 50, 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)

de Oliveira, G.N., Lessa, J.M.K., Gonçalves, A.P., Portela, E.J., Sander, J.W., Teixeira, A.L., 2014. Screening for depression in people with epilepsy: Comparative study among Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E), Hospital Anxiety and Depression Scale Depression Subscale (HADS-D), and Beck Depression Inventory (BDI). *Epilepsy Behav.* 34, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.03.003>

Duncan, S., Talbot, A., Sheldrick, R., Caswell, H., 2009. Erectile function, sexual desire, and psychological well-being in men with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 15, 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.04.028>

Evans, J., Frank, B., Oliffe, J.L., Gregory, D., 2011. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J. Mens Health* 8, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227>

Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., Rivis, A., 2011. Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 84, 239–255. <https://doi.org/10.1348/147608310X526511>

Henning, O., Johannessen Landmark, C., Træen, B., Svendsen, T., Farmen, A., Nakken, K.O., Lossius, M., 2019. Sexual function in people with epilepsy: Similarities and differences with the general population. *Epilepsia* 60, 1984–1992. <https://doi.org/10.1111/epi.16311>

Hu, Y., Shan, Y., Du, Q., Ding, Y., Shen, C., Wang, S., Ding, M., Xu, Y., 2021. Gender and Socioeconomic Disparities in Global Burden of Epilepsy: An Analysis of Time Trends From 1990 to 2017. *Front. Neurol.* 12.

Kwon, O.-Y., Park, S.-P., 2014. Depression and Anxiety in People with Epilepsy. *jcn* 10, 175–188. <https://doi.org/10.3988/jcn.2014.10.3.175>

Liu, Z., Yin, R., Fan, Z., Fan, H., Wu, H., Shen, B., Wu, S., Kuang, F., 2020. Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy. *Front. Psychiatry* 11.

NEFF, K., 2003. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity* 2, 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

NEFF, K.D., 2003. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity* 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Pereira, R., Almeida, I., Teixeira, P.M., Nobre, P.J., 2020. Mindfulness-related variables and sexual/relationship satisfaction in people with physical disabilities. *Mindfulness* 11, 1993–2006.

Sand, M.S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., Eardley, I., 2008. Erectile Dysfunction and Constructs of Masculinity and Quality of Life in the Multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. *J. Sex. Med.* 5, 583–594. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00720.x>

Sare, G., Rawnsley, M., Stoneman, A., Duncan, S., 2007. Men with epilepsy—The lost tribe?: Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK. *Seizure* 16, 384–396. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2007.02.007>

Zingano, B. de L., Guarnieri, R., Diaz, A.P., Schwarzbald, M.L., Wolf, P., Lin, K., Walz, R., 2019. Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (HADS-A) and The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) accuracy for anxiety disorders detection in drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy patients. *J. Affect. Disord.* 246, 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.072>

Table 1 - Sociodemographic and clinical datas, masculinities constructs and well-being domains

Age (y median/range)	32	18-51
Seizure Free (N, %)	17	32.7
Polytherapy (N, %)	22	42.3%
Etiology (%)		
Genetics	8	15.4%
Structural	19	36.5%
Unknown	24	46.2%
Antiseizure Medications (%)		
Carmamazepine	24	30.0%

Sodium valproate	20	25.0%
Lamotrigine	10	12.5%
Clobazam	8	10.0%
Topiramate	7	8.8%
Phenytoin	3	3.8%
Phenobarbital	2	2.5%
Levetiracetam	2	2.5%
Oxcarbazepine	2	2.5%
Clonazepam	1	1.3%
Gabapentin	1	1.3%
Work Status (%)		
Unemployed	7	13.5%
Student	8	15.4%
Informal Employed	8	15.4%
Formal Employed	21	40.4%
Retired	8	15.4%
Schooling Years 9%)		
<4	11	21.2%
4 -- 8	30	57.7%
>8	11	21.2%
Depressive Symptoms		
	19	36.5%
Anxiety Symptoms		
	13	25.0%
Most important masculinity construct		
Being seen as a man of honor	15	28.8%
Having the respect of friends	12	23.1%
Having a good job	8	15.4%
Having financial stability	8	15.4%
Coping with problems on your own	6	11.5%
Having success with relationships	3	5.8%

SELF-COMPASSION SCORE (median)	3.13	0.48
Self-Compassion subscore	3.38	0.67
SELF-KINDNESS	3.24	0.73
COMMON HUMANITY	3.49	0.90
MINDFULNESS	3.42	0.81
Selfcoldnes subscale	3.13	0.88
SELF-JUDGMENT SCORE	3.08	0.98
ISOLATION SCORE	3.03	1.00
OVER IDENTIFICATION SCORE	3.27	1.06

	Having a good job	Having financial stability	Being seen as a man of honor	Having success with relationships	Coping with problems on your own	Having an active sex life	Being in control of your own life	Being physically attractive	Having the respect of friends	Depression	Anxiety
TOTAL SELF-COMPASSION SCORE	0.058	0.103	0.157	0.023	-0.038	0.179	-0.183	0.113	-0.101	-.551**	-.616**
SELF-COMPASSION SUBSCALE											
SELF-KINDNESS	0.054	0.141	0.164	0.157	0.019	0.257	-0.036	0.244	.329*	-0.233	-0.104
COMMON HUMANITY	0.040	0.182	0.180	.289*	0.092	.318*	0.034	0.272	.438**	-0.153	0.034
MINDFULNESS	0.067	0.214	0.100	0.123	0.042	0.199	0.030	0.258	0.179	-0.217	-0.202
Self-coldness SUBSCALE											
SELF-JUDGMENT	-0.065	-0.106	0.159	0.053	-0.042	0.181	-0.205	0.016	0.209	-0.199	-0.064
ISOLATION	-0.050	0.064	-0.064	0.097	0.079	0.015	0.158	0.017	.340*	.431**	.602**
OVER IDENTIFICATION	-0.112	0.038	-0.108	0.010	-0.008	0.013	0.210	-0.039	0.225	.315*	.595**
	-0.074	0.202	-0.021	0.044	0.088	-0.042	0.141	0.014	0.263	.451**	.400**
	0.041	0.007	-0.086	0.114	0.129	0.036	0.078	0.098	.316*	.352*	.564**

*p <0.05; **p<0.01

ANEXO A - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE MASCULINIDADE E QUALIDADE DE VIDA (ADAPTADO MALES STUDY – SAND ET AL, 2008)

A. Nós vamos conversar agora sobre a imagem que seja uma ideia de “homem ideal”. Eu vou ler uma lista de itens que as pessoas pensam ser essenciais para formar a identidade masculina. Para cada item, eu perguntarei primeiro como vc se sente pessoalmente e depois o que você acha como as pessoas em geral pensam.

a. De uma escala onde 1 (representa um não muito importante para a identidade masculina) até 7 (muito importante para a identidade masculina) para o que você acha que as pessoas dizem de maneira geral:

- Ter um bom emprego;
- Ter estabilidade financeira;
- Ser visto como um homem de valor/honra;
- Ter sucesso quando busca uma parceria amorosa;
- Lidar com seus problemas por conta própria;
- Ter uma vida sexual ativa;
- Ter o controle da própria vida;
- Ser fisicamente atraente/bonito;
- Ter o respeito dos amigos.

b. De uma escala onde 1 (representa um não muito importante para a identidade masculina) até 7 (muito importante para a identidade masculina) para você num primeiro momento e depois para o que você acha que as pessoas dizem de maneira geral:

- Ter um bom emprego;
- Ter estabilidade financeira;
- Ser visto como um homem de valor/honra;
- Ter sucesso quando busca uma parceria amorosa;
- Lidar com seus problemas por conta própria;
- Ter uma vida sexual ativa;
- Ter o controle da própria vida;
- Ser fisicamente atraente/bonito;

- Ter o respeito dos amigos.

Qual dos itens anteriores é considerado por você como o mais importante?

B. Pessoas dão diferentes graus de importância para diferentes áreas de suas vidas pessoal e profissional. Agora gostaríamos de saber quais os seus pontos de vista de vários aspectos de sua qualidade de vida.

a. De uma escala onde 1 (representa um não muito importante) até 7 (muito importante) para você quanto a qualidade de vida?

- Ter uma vida familiar harmoniosa;
- Satisfação com o trabalho/carreira/estudos;
- Ter um bom relacionamento com seu parceiro (a);
- Ter uma boa casa;
- Satisfação com a vida sexual;
- Estar com uma boa saúde;
- Aproveitar a vida ao máximo.

Qual dos itens anteriores é considerado por você como o mais importante?

C. De uma escala onde 1 (não satisfeito) até 7 (extremamente satisfeito), o quão satisfeito você está com:

- Sua vida familiar;
- Seu trabalho/carreira/estudos;
- Seu relacionamento amoroso;

- Qualidade da sua casa;
- Sua vida sexual;
- Sua saúde;
- Seu bem estar geral ou felicidade.

ANEXO B - QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO MASCULINA (QS-M)

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente 2 = as vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes 4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Seu interesse por sexo é suficiente para você querer iniciar o ato sexual?
 0 1 2 3 4 5
2. Sua capacidade de sedução dá a você confiança de se lançar em atividade de conquista sexual? 0 1 2 3 4 5
3. As preliminares de seu ato sexual são agradáveis e satisfazem você e sua (seu) parceira(o)? 0 1 2 3 4 5
4. Seu desempenho sexual varia conforme sua (seu) parceira(o) seja ou não capaz de se satisfazer durante o ato sexual com você?
 0 1 2 3 4 5
5. Você consegue manter o pênis ereto (duro) o tempo que precisa para completar a atividade sexual com satisfação?
 0 1 2 3 4 5
6. Após o estímulo sexual, sua ereção é suficientemente rígida (dura) para garantir uma relação sexual satisfatória?
 0 1 2 3 4 5
7. Você é capaz de obter e manter a mesma qualidade de ereção nas várias relações sexuais que realiza em diferentes dias?
 0 1 2 3 4 5
8. Você consegue controlar a ejaculação para que seu ato sexual se prolongue o quanto você desejar? 0 1 2 3 4 5

9. Você consegue chegar ao orgasmo nas relações sexuais que realiza?

0 1 2 3 4 5

10. Seu desempenho sexual o estimula a fazer sexo outras vezes, em outras oportunidades? 0 1 2 3 4 5

Aspectos avaliados pelo QS-M

- Desejo e interesse sexual (questão 1) ▪ Autoconfiança (questão 2)
- Qualidade da ereção (questões 5, 6, 7) ▪ Controle da ejaculação (questão 8)
- Capacidade de atingir o orgasmo (questão 9)
- Satisfação que o homem obtém (questões 3, 4 e 10) e que proporciona a sua parceira (questões 3 e 10)

Fonte: **CARMITA ABDO**. Elaboração e validação do quociente sexual – versão masculina, uma escala para avaliar a função sexual do homem. Rev Bras Med 2006a;63(1-2):42-46.

Gabarito

Resultado = padrão de desempenho sexual:

82 - 100 pontos	<i>bom a excelente</i>
62 - 80 pontos	<i>regular a bom</i>
42 - 60 pontos	<i>desfavorável a regular</i>
22 - 40 pontos	<i>ruim a desfavorável</i>
0 - 20 pontos	<i>nulo a ruim</i>

Como obter o resultado:

Somar os pontos atribuídos a cada questão e multiplicar o total por 2:

$2 \times (Q_1 + Q_2 + Q_3 + Q_4 + Q_5 + Q_6 + Q_7 + Q_8 + Q_9 + Q_{10})$

(Q = questão)

ANEXO C - ESCALA DE AUTOCOMPAIXÃO DE NEFF

Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis (Souza & Hutz, 2013).

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” (QN), e 5 significa “quase sempre” (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Por favor, para cada frase, marque com um “X” a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					

14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

Nota. O escore geral é calculado a partir da soma dos pontos marcados em cada item, divididos por 26. Os seguintes itens devem ser invertidos para o cálculo do escore geral da escala: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25.

ANEXO D - EXERCÍCIOS DE AUTOCOMPAIXÃO

REFLEXÃO

Se você é como a maioria das pessoas, vai descobrir que não é nada bom estar na média, que não gosta quando as pessoas têm melhor desempenho do que você e que – falando francamente – o fracasso é uma droga. Isso é humano. Mas é importante levar em consideração que tais sentimentos são importantes limitações da autoestima: a autoestima faz com que constantemente nos comparemos com os outros e significa que nossa autovvalorização oscila para cima e para baixo como uma bola de pingue-pongue, dependendo do nosso sucesso ou fracasso mais recente. Quando percebemos que a nossa necessidade de autoestima está nos causando problemas, é hora de colocar em prática uma maneira de nos relacionarmos com nós mesmos – com autocompaixão!



EXERCÍCIO

Como a Autoestima Está Funcionando para Você?

- Como você se sente quando recebe um *feedback* de que o seu desempenho está na média em uma área da vida que é importante para você (p. ex., trabalho, parentalidade, amizade, romance)?

- Como você se sente quando alguém é *melhor* em fazer alguma coisa que realmente é importante para você (p. ex., fazer mais vendas, produzir biscoitos mais gostosos para a festa na escola, ser um jogador de basquete melhor, ter melhor aparência com roupas de praia)?

- Qual é o impacto que você sente quando *falha* em alguma coisa que é importante para você (p. ex., suas avaliações de ensino são deficientes, seu filho diz que você é um pai horrível, você não é convidado para um segundo encontro)?



EXERCÍCIO

Como Eu Trato um Amigo?

- Feche os olhos e reflita por um momento sobre a questão a seguir:
 - Pense nas várias vezes em que você teve um amigo próximo que estava com algum tipo de dificuldade – teve um infortúnio, fracassou ou se sentiu inadequado – e você estava se sentindo muito bem consigo mesmo. Como você tipicamente responde aos seus amigos em tais situações? O que diz? Que tom usa? Como é a sua postura? E a comunicação não verbal?

- Escreva o que você descobriu.

- Agora feche os olhos novamente e reflita sobre a questão a seguir:
 - Pense nas várias vezes em que *você* estava tendo algum tipo de dificuldade – teve um infortúnio, fracassou ou se sentiu inadequado. Como *você* tipicamente responde a si mesmo nessas situações? O que diz? Que tom usa? Como é a sua postura? E a comunicação não verbal?

- Escreva o que você descobriu.

- Por fim, reflita sobre as diferenças entre como *você* trata seus amigos próximos quando eles estão tendo dificuldades e como trata a si mesmo. Você percebe algum padrão?

REFLEXÃO

O que lhe ocorreu enquanto estava realizando essa prática?

Quando fazem esse exercício, muitas pessoas ficam chocadas ao constatar como tratam mal a si mesmas comparadas aos seus amigos. Se *você* é uma dessas pessoas, não está sozinho. Dados preliminares sugerem que a vasta maioria das pessoas é mais compassiva com os outros do que consigo mesmas. Nossa cultura não nos encoraja a sermos gentis com nós mesmos, portanto precisamos praticar



EXERCÍCIO

Relacionando-nos com Nós Mesmos com Autocompaixão

Pense em uma dificuldade que você está enfrentando atualmente na sua vida – uma que não seja tão grave. Por exemplo, talvez tenha brigado com seu parceiro e dito alguma coisa de que se arrependeu. Ou talvez você tenha falhado em uma tarefa no trabalho e esteja com medo de que seu chefe o chame para uma reunião e o repreenda.

- Escreva sobre a situação.

- Primeiro veja, por todos os lados, de que modo você pode estar perdido no enredo da situação e qual é a saída. Isso é tudo em que consegue pensar ou está tornando um problema maior do que o necessário? Por exemplo, você está aterrorizado com a ideia de ser demitido, mesmo que seu erro tenha sido insignificante?

- Agora, veja se você consegue reconhecer conscientemente a dor envolvida nessa situação sem exagerá-la ou sem ser

excessivamente dramático. Escreva os sentimentos penosos ou difíceis que possa estar tendo, tentando fazer isso com um tom relativamente objetivo e equilibrado. Valide a dificuldade da situação enquanto tenta não ser arrebatado pelo enredo do que está sentindo. Por exemplo: “Estou com muito medo de ter problemas com meu chefe depois desse incidente. É difícil para mim sentir isso neste momento”.

- Em seguida, escreva de que formas você pode estar se sentindo isolado pela situação, achando que isso não deveria ter acontecido ou que você é a única pessoa que já passou por algo assim. Por exemplo, está pressupondo que o seu trabalho deveria ser perfeito e que é anormal cometer erros? Que ninguém mais em seu trabalho comete esses tipos de erros?

- Agora, tente se lembrar da humanidade compartilhada da situação – o quanto é normal ter sentimentos como esse e o fato de que muitas pessoas provavelmente estão tendo sentimentos semelhantes aos seus. Por exemplo: “Acho que é natural sentir medo por ter cometido um erro no trabalho. Todos cometem erros às vezes, e tenho certeza de que outras pessoas já estiveram em uma situação parecida com a que eu estou enfrentando no momento”.

- A seguir, escreva de que formas você pode estar se julgando pelo que aconteceu. Por exemplo, está chamando sua atenção (“estúpido, idiota”) ou está sendo duro demais consigo mesmo (“você está sempre fazendo confusão. Será que nunca vai aprender?”)?

- Por fim, tente escrever algumas palavras de gentileza em resposta às emoções difíceis que você está sentindo. Escreva usando o mesmo tipo de palavras gentis e apoiadoras que poderia empregar com um bom amigo com quem se importasse. Por exemplo: “Lamento que esteja se sentindo apavorado agora. Tenho certeza de que tudo vai ficar bem, e estarei por perto para apoiá-lo, não importa o que aconteça”. Ou então: “Tudo bem cometer erros, e tudo bem sentir-se amedrontado com consequências. Eu sei que você fez o melhor que podia”.

REFLEXÃO

Como foi essa prática para você? Reserve um momento e tente aceitar plenamente como está se sentindo neste momento, permitindo-se ser simplesmente como é.

Algumas pessoas se sentem aliviadas e confortadas por palavras de *mindfulness*, humanidade compartilhada e autobondade quando estão fazendo esse exercício. Ele lhe serviu de apoio? Você consegue desfrutar do sentimento amoroso por si mesmo dessa maneira?

No entanto, para muitas outras pessoas, esse exercício parece constrangedor ou desconfortável. Se isso descreve sua experiência, você poderia se permitir aprender no seu próprio ritmo, sabendo que

leva tempo desenvolver novos hábitos?



EXERCÍCIO

De que Aspectos da Autocompaixão Eu Preciso Agora?

A autocompaixão provavelmente tem mais aspectos diferentes do que você originalmente pensava. Alguns atributos *yin* e *yang* da autocompaixão estão listados a seguir. Examine-os e reflita sobre quais atributos você precisaria para aproveitar ao máximo neste momento. Isso irá ajudá-lo a compreender como a autocompaixão poderia ser útil enquanto você trabalha neste livro.

YIN

- **Confortar.** Confortar é algo que podemos fazer em relação a um amigo querido que está com dificuldades. Refere-se a ajudar uma pessoa que está sofrendo a se sentir melhor, especialmente dando apoio às suas necessidades emocionais. Você precisa disso neste momento? Acha que ajudaria se aprendesse a se confortar mais quando estiver perturbado?

- **Acalmar.** Acalmar também é uma forma de ajudar uma pessoa a se sentir melhor e se refere particularmente a ajudar uma pessoa a se sentir *fisicamente* mais calma. Isso é algo de que você precisa em maior quantidade? Você gostaria de se sentir mais confortável e relaxado em seu corpo?

- **Validar.** Também podemos ajudar uma pessoa a se sentir melhor compreendendo muito claramente o que ela está passando e dizendo isso de uma forma gentil e terna. Você se sente sozinho ou mal compreendido e precisa desse tipo de validação? Acha que seria útil aprender a validar seus próprios sentimentos?

YANG

- **Proteger.** O primeiro passo para a autocompaixão é sentir-se a salvo de perigos, em segurança. Proteger significa dizer não a outras pessoas que estão nos machucando ou ao dano que infligimos a nós mesmos, frequentemente de forma inconsciente. Você está sendo prejudicado de alguma forma e gostaria de encontrar a força interna para interromper isso?

- **Prover.** Prover significa dar a nós mesmos aquilo de que realmente

precisamos. Primeiro temos que saber do que precisamos, então precisamos da convicção de que *merecemos* ter nossas necessidades satisfeitas e, então, temos que seguir em frente e tentar atender às nossas necessidades. Ninguém pode fazer isso por nós tão bem quanto nós mesmos. Você gostaria de aprender a prover suas próprias necessidades de forma mais eficiente?

- **Motivar.** A maioria de nós tem sonhos e aspirações que gostaríamos de realizar nesta vida. Também temos objetivos menores a curto prazo. A autocompaixão nos motiva como faz um bom técnico, com gentileza, apoio e compreensão, não com críticas duras. Você acha que seria útil aprender a se motivar com amor em vez de medo?

REFLEXÃO

Esperamos que a pergunta "Do que eu preciso agora?" surja continuamente enquanto você trabalha ao longo deste livro. Ao simplesmente fazer a pergunta, você se permite ter um momento de autocompaixão, mesmo que não consiga encontrar uma resposta ou não tenha a habilidade de satisfazer suas necessidades no momento.



EXERCÍCIO

Como Eu me Causo Sofrimento Desnecessário?

- Pense em uma situação atual na sua vida em que você percebe que resistir à realidade de alguma coisa dolorosa está lhe causando um sofrimento desnecessário e pode, na verdade, estar tornando as coisas ainda piores do que elas precisam ser (p. ex., procrastinando um grande projeto, ressentindo-se com alguma coisa sobre o seu trabalho atual, tendo raiva do cachorro do vizinho que está sempre latindo). Então escreva.

- *Como você sabe que está resistindo?* Há algum desconforto no corpo ou na mente? Consegue descrevê-lo?

- *Quais são as consequências de resistir?* Por exemplo, em que aspectos a sua vida seria mais fácil se você parasse de resistir ou pelo menos resistisse um pouco menos?

- *Você consegue identificar que a resistência está lhe sendo útil de alguma maneira?* Talvez a resistência o esteja ajudando a não estar certo quanto a sentimentos que poderiam ser devastadores. Se surgirem sentimentos difíceis, seja bondoso consigo mesmo. Honre sua resistência, sabendo que algumas vezes ela possibilita que você funcione no mundo.

- *Agora reflita sobre como mindfulness ou autocompaixão poderia ajudar a diminuir a sua resistência nessa situação.* Validar a dor ("Isso é difícil") e deixá-la entrar em sua vida ("abrindo mão do medo") tornaria as coisas mais fáceis ou difíceis? Ou oferecer a si mesmo um pouco de compreensão ("Não é sua culpa") ou lembrar-se da humanidade compartilhada ("É assim que as pessoas se sentem nessas situações") lhe traz algum alívio?

REFLEXÃO

Algumas pessoas se sentem um pouco vulneráveis depois de fazer esse exercício. Abandonar a sua resistência significa se abrir para a dor, e é difícil se abrir para a dor. Pode exigir o reconhecimento de que frequentemente não temos controle sobre os acontecimentos das nossas vidas tanto quanto gostaríamos. É aí que precisamos dar a nós mesmos muita bondade e compaixão. Se você estiver se sentindo perturbado depois de realizar esse exercício, tente colocar a mão sobre o coração ou algum outro lugar calmanete e diga algumas palavras de apoio a si mesmo. O que você diria a um amigo que estivesse sentindo o que você está sentindo no momento? Consegue tentar dizer alguma coisa parecida para si mesmo?



PRÁTICA INFORMAL

Percebendo a Resistência



EXERCÍCIO

Gratidão Pelas Coisas Grandes e Pequenas

Escreva cinco *coisas grandes* da sua vida que são muito importantes para você e pelas quais é grato. Exemplos são a sua saúde, seus filhos, sua carreira, seus amigos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Agora, escreva cinco *coisas pequenas e insignificantes* de sua vida – coisas que geralmente passam despercebidas – pelas quais você é grato. Exemplos são botões, uma bomba para pneu de bicicleta, água quente, um sorriso genuíno, óculos de leitura.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

REFLEXÃO

Surgiu alguma coisa na sua lista que o surpreendeu? Foi mais fácil sentir gratidão pelas coisas grandes ou pelas coisas pequenas? Como você se sente depois desse exercício, comparado a antes?

Você pode realizar essa prática quando acordar pela manhã e antes de sair da cama ou à noite, depois que apagar as luzes e antes de adormecer. Tente usar os cinco dedos de cada mão – cinco para as coisas grandes e cinco para as pequenas coisas pelas quais você é grato. Isso leva apenas alguns minutos, mas pesquisas mostram que “contar nossas bênçãos” pode ter um grande impacto na nossa saúde mental.

ANEXO E - HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

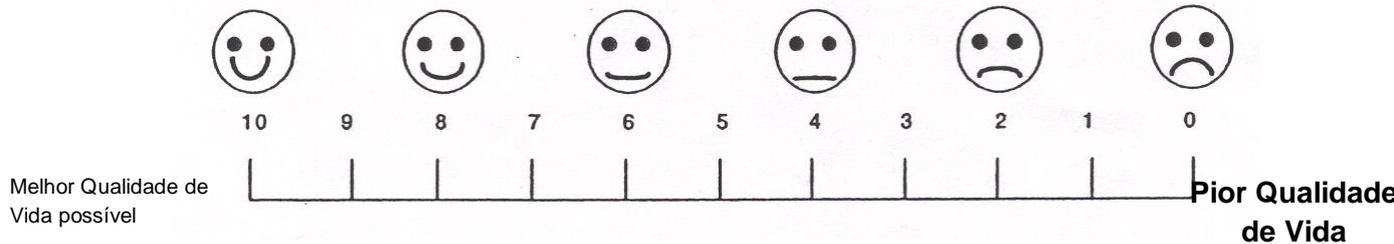
ANEXO F - QOLIE – 31 (QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY INVENTORY)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA CLÍNICA**

QOLIE – 31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory)

Estas questões são sobre sua saúde e atividades do dia-a-dia. Responda cada questão circulando a resposta que mais se aproxime da forma como está sua saúde. Caso não esteja seguro da resposta, responda da forma mais honesta possível.

1. Em geral, como você classificaria sua Qualidade de Vida? Circule um número na escala que varia de 0 a 10, onde 0 corresponde a Pior Qualidade de Vida possível e 10 a Melhor Qualidade de Vida Possível.



As questões seguintes são sobre **como você tem se sentido e como as coisas têm sido para você nas últimas 4 semanas**. Para cada questão indique a resposta que mais se aproxime de **como tem se sentido**. Circule um número na escala que varia de 1 (todo tempo) a 6 (nunca). **Com que frequência, nas últimas 4 semanas, você:**

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
2. Sentiu-se cheio de disposição, de ânimo?	1	2	3	4	5	6
3. Sentiu-se muito nervoso?	1	2	3	4	5	6

4. Sentiu-se tão triste que nada o animava?	1	2	3	4	5	6
5. Sentiu-se calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
6. Sentiu-se cheio de energia?	1	2	3	4	5	6
7. Sentiu-se desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
8. Sentiu-se esgotado?	1	2	3	4	5	6
9. Sentiu-se feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Sentiu-se cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Preocupa-se em ter outra crise?	1	2	3	4	5	6
12. Teve dificuldade de raciocinar e resolver problemas (como fazer planos, tomar decisões, aprender coisas novas)?	1	2	3	4	5	6
13. Você diminuiu suas atividades sociais, como visitar amigos ou parentes próximos por problemas com a sua saúde?	1	2	3	4	5	6

14. Como tem sido sua **Qualidade de Vida nas últimas 4 semanas**, ou seja, **como as coisas têm sido para você?** Circule na escala um número que varia de 1 (excelente) a 5 (péssima).



15. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória**, ou seja problemas para lembrar das coisas? Circule um número na escala que varia de 1 (Bastante Problema) a 4 (Nenhum Problema).

Sim, bastante problema	Sim, algum problema	Sim, só um pouco de problema	Não, nenhum problema
1	2	3	4

16. Nas últimas 4 semanas, você teve **problemas com sua memória** (ou seja, lembrar-se das coisas que as pessoas disseram) no seu trabalho ou atividades diárias?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
1	2	3	4	5	6

As perguntas seguintes estão relacionadas a **problemas de concentração**. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve problemas para concentrar-se (ou seja, manter-se pensando em uma determinada atividade) e o quanto esses problemas interferiram no seu dia-a-dia.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
17. Problemas para concentrar-se durante uma leitura.	1	2	3	4	5	6
18. Problemas para manter sua atenção em alguma atividade por algum tempo?	1	2	3	4	5	6

As questões seguintes relacionam-se com **problemas que a epilepsia ou a medicação** podem ter causado em certas atividades, nas últimas 4 semanas.

	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, às vezes	Não, nenhum
19. No lazer.	1	2	3	4	5
20. Na direção de veículos.	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes estão relacionadas em **como você tem se sentido em relação às suas crises.**

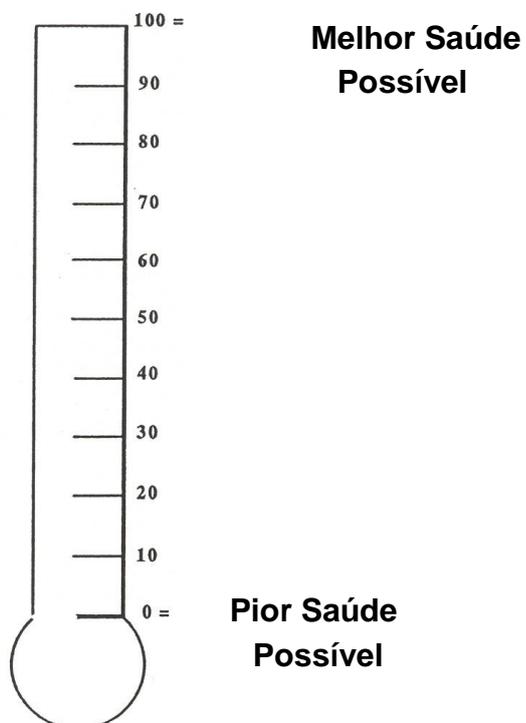
	Sim, bastante	Sim, moderadamente	Sim, só um pouco	Sim, Às vezes	Não, nenhum
21. Você tem medo de ter outra crise nas próximas 4 semanas?	1	2	3	4	5
22. Você se preocupa em machucar-se durante uma crise?	1	2	3	4	5
23. Preocupa-se em se envergonhar ou ter problemas sociais devido a crise?	1	2	3	4	5
24. Você se preocupa pelos efeitos colaterais que a medicação possa lhe causar se tomada por um longo período, ou seja, que ela possa fazer mal para seu organismo?	1	2	3	4	5

Indique o quanto os seguintes problemas abaixo o incomodam. Circule um número na escala que varia de 1 (Não Incomoda) a 5 (Incomoda Extremamente).

	Sim, incomoda extremamente	Sim, incomoda bastante	Sim, incomoda só um pouco	Sim, incomoda às vezes	Não incomoda
25. As crises epilépticas	5	4	3	2	1
26. Problemas de Memória, ou seja, dificuldade para lembrar das coisas.	5	4	3	2	1
27. Dificuldade no trabalho.	5	4	3	2	1
28. Dificuldades sociais, ou seja, sentir-se impedido de se relacionar com outras pessoas ou fazer atividades fora de casa.	5	4	3	2	1
29. Efeitos colaterais da medicação no organismo?	5	4	3	2	1
30. Efeitos colaterais da medicação no raciocínio, para pensar, para se concentrar?	5	4	3	2	1

31. Quanto você acha que sua saúde está boa ou ruim? No termômetro abaixo a **melhor saúde possível** corresponde a **100** e a **pior saúde possível** corresponde a **0**. Circule um

número na escala que melhor indica **como você se sente em relação a sua saúde**. Ao responder, **considere a epilepsia** como sendo parte da sua saúde.



Escala/Item Números	RESPONSE						Escala Item Subtotal	Pontuação final
	1	2	3	4	5	6		
A. Preocupação com as crises								
11	0	20	40	60	80	100		
21	0	25	50	75	100	-		
22	0	25	50	75	100	-		
23	0	25	50	75	100	-		
25	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL A		□ 5 =
B. Qualidade de vida global								
1	Multiplique a resposta por 10					-		
14	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL B		□ 2 =
C. Bem estar emocional								
3	0	20	40	60	80	100		
4	0	20	40	60	80	100		
5	100	80	60	40	20	0		
7	0	20	40	60	80	100		
9	100	80	60	40	20	0		

						TOTAL C		□ 5 =
D. Vitalidade								
2	100	80	60	40	20	0		
6	100	80	60	40	20	0		
8	0	20	40	60	80	100		
10	0	20	40	60	80	100		
						TOTAL D		□ 4 =
E. Funcionamento Cognitivo								
12	0	20	40	60	80	100		
15	0	33.3	66.7	100	-	-		
16	0	20	40	60	80	100		
17	0	20	40	60	80	100		
18	0	20	40	60	80	100		
26	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL E		□ 6 =
F. Efeitos adversos das drogas antiepilépticas								
24	0	25	50	75	100	-		
29	100	75	50	25	0	-		
30	100	75	50	25	0	-		

						TOTAL F		□ 3 =
G. Funcionamento Social								
13	0	20	40	60	80	100		
19	0	25	50	75	100	-		
20	0	25	50	75	100	-		
27	100	75	50	25	0	-		
28	100	75	50	25	0	-		
						TOTAL G		□ 5 =

FORMULA PARA CÁLCULO DA PONTUAÇÃO FINAL DA ESCALA QOLIE-31

QOLIE-31	Escore final da escala	Peso	Subtotal	
Preocupação com as crises		X 0.08 =		A
Qualidade de vida global		X 0.14 =		B
Bem estar emocional		X 0.15 =		C
Vitalidade		X 0.12 =		D
Funcionamento Cognitivo		X 0.27 =		E
Efeitos adversos das drogas antiepilépticas		X 0.03 =		F
Funcionamento Social		X0.21 =		G
Escore global =		TOTAL =		

Soma dos subtotais A-G				
------------------------	--	--	--	--

T-escores são transformações lineares dos escores que produzem uma média de 50 e um desvio padrão de 10 para uma coorte. T-escores podem ser computados usando a seguinte fórmula:

$$T\text{-escore} = 50 + \left[10 \left(\frac{\text{escore final observado da escala} - \text{média da escala}}{\text{Desvio padrão da escala}} \right) \right]$$

ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA SAÚDE SEXUAL DE HOMENS COM EPILEPSIA.

Pesquisador: PEDRO PAULO GOMES DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16682619.6.0000.8807

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.433.936

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Julho de 2019

Assinado por:
José Ângelo Rizzo
(Coordenador(a))