



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde - FACES

HAROLDO CESAR MICHILES

DISFUNÇÃO ERÉTIL
ATUAÇÃO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO

Brasília
2010

HAROLDO CESAR MICHILES

DISFUNÇÃO ERÉTIL
ATUAÇÃO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: Prof. Sérgio Henrique Alves

Brasília
2010

HAROLDO CESAR MICHILES

**DISFUNÇÃO ERÉTIL
ATUAÇÃO DO MÉDICO E DO PSICÓLOGO**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Psicologia do Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientador: Prof. Sérgio Henrique Alves.

Brasília, Novembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Sérgio Henrique de Souza Alves, Doutor em Psicologia

Prof. Alexandre de Souza Russo, Mestre em Psicologia

Prof. Geison Isidro Marinho, Mestre em Psicologia

Dedico este trabalho à minha amada irmã Neila Yara (em memória).

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me concedido saúde, força de vontade, persistência para iniciar aos 50 anos de idade, o curso de Psicologia no Uniceub.

A Elisabeth Cristina Alves dos Santos, chefe do local em que trabalho no Senado Federal, pela paciência, compreensão, carinho que teve comigo durante os cinco anos em que freqüentei o curso de Psicologia.

À minha mãe, Eunice, que tantas vezes me incentivou a não abandonar o curso, naqueles momentos tão freqüentes de cansaço.

Ao meu orientador Sergio, que com competência, seriedade e dedicação, me auxiliou na concepção e na execução deste trabalho, me orientando, ensinando e me motivando para concluir de maneira lógica e compreensível esta monografia.

Aos professores Alexandre de Souza Russo e Geison Isidro Marinho, pelo privilégio de tê-los tido na minha banca examinadora.

Aos amigos Adriana, André, Denise, Elise, Kassiana, Sélvia, Márcia, Luciane, Isabel, entre outros que fiz durante o curso, e que levarei para o resto da vida.

Ao meu amigo e companheiro querido Evandro Ferrandini.

“Amar é acolher, é compreender, é fazer o outro crescer”.

Zilda Arns.

RESUMO

Por meio do tema “Disfunção Erétil: Atuação do Médico e do Psicólogo” foi abordada a questão da disfunção erétil, antigamente tratada como impotência masculina, um dos reais problemas que afligem o homem de hoje, afetando significativamente sua qualidade de vida, e que o levam a procurar os profissionais da medicina e da psicologia. Pretendeu-se neste trabalho de monografia, fazer um breve histórico de como a disfunção erétil era vista no passado e como é vista hoje, inclusive sua configuração no DSM-IV e na CID-10, elucidar o funcionamento dos mecanismos fisiológicos que levam à ereção, bem como as diversas causas multifatoriais que dificultam ou mesmo impedem esse processo. Também se buscou identificar de forma objetiva, os diversos fatores fisiológicos e psicológicos que estão presentes nesse distúrbio, assunto reconhecidamente delicado para os homens de qualquer idade, e que afeta hoje, em graus diferenciados, entre 40 e 50% dos homens acima dos 40 anos. Foram abordados os diferentes tratamentos, quer sejam psicológicos, quer sejam farmacológicos ou mesmo cirúrgicos, distinguindo-se o mais indicados para cada um dos diversos contextos abordados. É importante enfatizar, que o presente trabalho aponta a disfunção erétil como proveniente de causas multifatoriais, e cujos sintomas, na maioria dos casos, são apenas manifestações subjacentes de algumas doenças, muitas delas apenas tratáveis e não curáveis, tais como a hipertensão, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. Entre os diversos recursos oferecidos pela farmacologia e a medicina, destaca-se o sildenafil, o popular Viagra, hoje um dos medicamentos mais comercializados no mundo, considerado altamente eficaz para o tratamento da maioria dos casos de disfunção erétil, e recomendado para os homens que não tenham contra-indicação para a sua utilização. Procurou-se também ampliar a discussão sobre o tema, um dos mais frequentes nos consultórios de psicologia, cabendo a esse profissional ter informações precisas na área e falar abertamente sobre o assunto, sem preconceitos, sem subterfúgios, com real conhecimento de causa, visando auxiliar o grande número de pacientes que os procuram em busca de ajuda.

Palavras Chave: Disfunção Erétil. Impotência Sexual. Causas Multifatoriais. Drogas Orais. Drogas Intra-Uretrais. Drogas Intracavernosas. Prótese peniana. Fatores Psicogênicos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 HISTÓRICO E CLASSIFICAÇÕES DE DISFUNÇÃO ERÉTIL	14
2.1 CID-DSM IV	16
2.2 Ereção e Anatomia/Fisiologia.....	17
2.3 Tratamento Medicamentoso	28
2.4 Tratamento Psicológico	33
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

A presente monografia tem por objetivo, abordar a impotência masculina, hoje mais comumente tratada como disfunção erétil, seja do ponto de vista da fisiologia e sua configuração no DSM IV (1994), como transtorno erétil masculino/transtorno depressivo maior, ou na CID, classificado como impotência psicogênica. A partir dessa configuração, pretende-se fazer, por revisão bibliográfica, uma análise dos aspectos fisiológicos, psicológicos desse distúrbio, e diferenciar a impotência causada por fatores orgânicos e a impotência causada por fatores psicológicos, ou mesmo, tais fatores combinados. É relevante delinear aqui a atuação do médico, seja nas áreas da urologia ou da andrologia, mais as modernas medicações e tratamentos aplicados, ou a atuação do psicólogo nos casos do tratamento da impotência causada por fatores psicológicos. Vale destacar que grande parte dos recentes trabalhos científicos, conclui que a maioria dos casos de impotência sexual, tem causas multifatoriais. Também será dada ênfase, em como a psicologia atua nesses casos, que atingem percentual significativo dos homens brasileiros.

Impotência sexual é o termo mais conhecido, mas será utilizado neste trabalho, por ser considerado mais adequado, o termo disfunção erétil, que é definida como a constante incapacidade do homem em obter e/ou manter uma ereção peniana com rigidez e tempo de duração suficiente para uma satisfatória relação sexual (MESSINA, 2002).

Esse termo passa a ser usado a partir de 1993, por parte do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, que conclui que disfunção erétil, expressa com maior precisão essa disfunção (MESSINA, 2002).

É bem recente a tentativa médica de desassociar a aceção de “impotência” atribuída aos portadores de disfunção erétil. Fica claro que de alguma forma, procurou-se encontrar um modo politicamente correto de referir-se ao sintoma, sem que este remeta ao estigma cultural e social que o termo impotência traz, ou seja, este termo atesta a própria sensação subjetiva implicada no sintoma: estado do indivíduo impotente; falta de força; falta de poder. O termo impotente pode ainda estar associado à fragilidade, passividade, conceitos estes que em nossa cultura, remetem à homossexualidade masculina, e ser assim rotulado, aparece, com o início dos sintomas, como um dos maiores medos de muitos homens com disfunção erétil, abrindo-se dessa forma, uma ferida identitária (GRASSI; PEREIRA, 2001).

A Impotência Sexual não é encontrada nas classificações internacionais de doenças com este nome. O DSM-IV aborda o problema subdividindo-o em vários tópicos, tais como

Transtornos do Desejo Sexual, Transtorno de Excitação Sexual, Transtornos do Orgasmo e Transtorno de Dor Sexual (BALLONE, 2007).

No passado, a impotência sexual não era vista como um problema médico, e os dados epidemiológicos não traduziam a importância da síndrome, pois a impotência sexual estava relacionada ao envelhecimento e, quando um indivíduo jovem era acometido de disfunção erétil ou impotência sexual, o tachavam de desequilibrado psicologicamente. Na década de 70, aumentaram as pesquisas nesse sentido, e as explicações sobre o mecanismo de ereção e sua fisiopatologia, foram ficando mais consistentes (MATHEUS; FRAGONESI; FERREIRA, 2009).

A disfunção erétil é uma forma de disfunção sexual, termo este que é utilizado para uma variedade de problemas com o sexo, por isso os dois termos não são intercambiáveis, então é importante se diferenciar a disfunção erétil de disfunção sexual, sendo que esta última abrange outras condições tais como a ejaculação precoce (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Tal disfunção não pode ser considerada uma doença, e sim, uma manifestação de uma condição clínica subjacente. Daí a importância de uma cuidadosa avaliação para identificar os processos de doença ocultos que estejam causando este problema, que pode ser um sintoma de uma condição tal como hipertensão ou diabete mellitus, que certamente irão causar danos futuros ao indivíduo (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

É importante destacar que muitos homens experimentam problemas temporários de ereção em determinados momentos de suas vidas, quer sejam fisiológicos, quer sejam psicológicos, mas tais problemas podem ser ocasionais, e não significam que a disfunção erétil venha a se tornar uma condição crônica. Vale acrescentar ainda, que um homem pode sabotar suas ereções, devido à preocupação excessiva com a sua capacidade de desempenho, mesmo quando não existem problemas de ordem física, e dessa forma, só se pode caracterizar a disfunção erétil quando o problema é de ordem contínua e persistente (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

A disfunção erétil, é vista como uma situação comum que angústia a população masculina, e vem crescendo não só nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Hoje é considerado um problema de saúde pública relevante, uma vez que essa disfunção é considerada um problema multifatorial. Dessa forma, é importante que se obtenham informações sobre sua prevalência e seus determinantes,

visando melhorar a qualidade de vida da população, buscando alternativas eficazes, seguras e de baixo custo (FALCHI, 2006).

A maioria dos homens experimenta ou vive em algum momento de sua vida, uma ocasional incapacidade de ereção, que pode ser causada por estresse, consumo excessivo de álcool ou mesmo fadiga, fatos que não devem trazer preocupação. Caso esta condição permaneça e traga danos a sua atividade sexual normal, é necessário procurar um médico da área, visto que tal situação afeta a qualidade de vida do sujeito, podendo ser devastadora na vida do casal. Porém, muitos homens com disfunção erétil sofrem em silêncio (FARIA, 2007).

Até o início do século XX, os transtornos relacionados à atividade sexual eram praticamente ignorados, sendo que a disfunção erétil era ligada ao envelhecer do homem. Nessa época, os estudos de Alfred Kinsey sobre o comportamento sexual, trouxeram nova luz sobre o assunto, e produziram o famoso Relatório Kinsey. Nos anos 50, os estudos dos cientistas Masters e Johnson sobre fisiologia da resposta sexual humana, trazem ainda maiores subsídios sobre sexualidade, mas por muitos anos considerava-se que a quase totalidade dos casos de impotência sexual eram de origem emocional. Nos anos 70, essa realidade muda, surgindo então nessa época, as primeiras próteses penianas, e logo a seguir cresce o uso das injeções intracavernosas. Nos anos 90, surgem os medicamentos de uso urológico, cujo mais conhecido tem como princípio ativo o sildenafil, comercializado como Viagra (SOUSA, 2008).

O primeiro estudo sobre disfunção sexual (nessa época ainda chamada de impotência masculina), data de 1948, quando o sexólogo Alfred Kinsey e colaboradores, fizeram um detalhado estudo dessa natureza, chegando a conclusão de que pelo menos 1% dos homens abaixo de 19 anos, 3% dos homens até 45 anos, 6,7% entre 45 e 55 anos, e 25% até a idade de 75 anos, têm episódios de disfunção erétil em sua história de vida (MESSINA, 2002).

No Brasil, os estudos sobre disfunção sexual masculina, se iniciaram bem mais tarde que nos Estados Unidos. Um dos mais importantes trabalhos nesse sentido, foi conduzido pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP, entre 2002/2003, realizado em 18 capitais brasileiras, com 2.862 homens acima de 18 anos. O Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (ESVB) encontrou 45,1% de algum tipo de disfunção erétil nesses homens (31,2 % mínima, 12,2% moderada e 1,7% completa). Essa

disfunção sexual, segundo o mencionado estudo, compromete de fato, o bem-estar e a qualidade de vida, trazendo baixa auto-estima, problemas no trabalho, lazer, no relacionamento com a parceira, ou mesmo com os filhos e amigos, quando comparados a homens com outras disfunções sexuais como ejaculação precoce, falta de desejo sexual ou disfunção orgásmica, podendo ainda, indicar a existência de doenças subjacentes, sobretudo, aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular. Dados semelhantes são encontrados em outros países (ABDO et al, 2006).

Shabsigh (2003), citado por Faria (2007), diz que

O índice mundial da disfunção erétil é de 25,9 casos por mil homens/ano, e a taxa anual cresce a cada década da vida, atingindo 46,4 novos casos/ano por mil homens entre 60-69 anos de idade. O mesmo estudo diz que em 2000, apenas 5% dos homens americanos acima de 45 anos traziam sintomas nesse sentido, ou mesmo recebiam tratamento para DE.

Existe hoje uma maior cobertura por parte dos meios de comunicação a respeito das novas terapias orais para a disfunção erétil, sendo o Viagra (sildenafil), a mais conhecida delas, trazendo uma sensação de que dia a dia se amplia uma crescente liberdade para se discutir a questão. Mas nem todos os homens com disfunção erétil estão dispostos a levar esse delicado assunto aos médicos. Antes do Viagra, cerca de 10% dos homens procuravam ajuda, hoje são cerca de 20% aqueles que buscam ajuda e tratamento. Questões religiosas, culturais, pessoais e de educação ainda evitam uma discussão aberta sobre o assunto (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

A disfunção erétil ocorre em diferentes graus e também em diferentes condições clínicas. Em homens hipertensos, por exemplo, a disfunção erétil ocorre em cerca de 27% deles. O Estudo de Envelhecimento Masculino de Massachussetts, atesta que há uma ligação entre concentração de lipoproteínas de alta densidade (HDL, o bom colesterol) e disfunção erétil, uma vez que o hormônio testosterona é sintetizado a partir do colesterol. O mesmo estudo diz que em homens com idade entre 40/55 anos, o risco de disfunção erétil moderada aumentou de 6,7% para 25% quando o nível de HDL diminuiu de 90 para 30mg/dL, e também verificou quanto mais alto o nível de HDL, menor o risco dessa disfunção (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Além das causas já relatadas, vale acrescentar que a radioterapia (administração de radiação para eliminar células cancerígenas no câncer de cólon ou de próstata), pode causar danos nos vasos sanguíneos que suprem o pênis, causando disfunção erétil em algum grau em

até 65% dos homens que passaram por sessões continuadas desse tratamento oncológico. É importante acrescentar que nestes casos, essa disfunção não é imediata, e ocorre em cerca de dois anos ou mais, após o procedimento radioterápico (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

A disfunção erétil ou DE, termo que também será utilizado neste trabalho, se configura como uma das mais humilhantes situações que pode viver um sujeito do sexo masculino, seja de qualquer classe social, seja de qualquer cultura. Afinal, a auto-estima masculina, está fortemente ligada ao poder de ereção. O macho não pode falhar na cama. Nunca (QUILICI, 2010).

Se pensarmos friamente nesse assunto, somos seres humanos, e seres humanos falham em diversos aspectos de sua vida. Todos têm preocupações, pressões emocionais e deveríamos encarar essa “falha” com toda a dignidade. Lamentavelmente, as coisas não ocorrem dessa maneira. Falhar na cama, tem um peso muito maior que falhas em outras áreas da vida. Esse é um dos grandes problemas que afligem o imaginário masculino, quer seja no Brasil, quer seja no resto do mundo. Livros que narram a história da sexualidade na antiguidade, contem relatos sobre poções afrodisíacas que visavam aumentar a libido e manter a ereção. Ou seja, esse fantasma persegue o homem há séculos (QUILICI, 2010).

2 HISTÓRICO E CLASSIFICAÇÕES DE DISFUNÇÃO ERÉTIL

Historicamente, a impotência sexual ou disfunção erétil, é registrada há pelo menos quatro milênios, conforme citações encontradas nos textos sagrados hindus sobre remédios afrodisíacos para prevenir ou tratar de impotência, bem como claras sugestões acerca da importância dos fatores mentais na etiologia desses distúrbios. Um dos mais antigos textos médicos chineses, o *Huang Ti Nei Ching Wen*, discute essas questões do ponto de vista filosófico, considerando que paixões fortes reduzem as emanções sexuais, enquanto que as moderadas as fortalecem. Há referências ao assunto em antigos textos árabes, assírios, egípcios e mesopotâmios. Mesmo na Bíblia (Gênesis 20, 1-18), são encontradas alusões à impotência de Abimalec, rei de Gerar, que foi castigado por Deus por tomar Sara, mulher de Abraão, e que somente ao devolvê-la ao marido, foi então curado (FRANÇA, 2004).

O mais marcante nesses registros históricos é o fato de que o desempenho sexual do homem esteve sempre ligado a maldições, superstições e feitiçarias. O “diagnóstico”, da causa da impotência foi descrito no *Malleus Malleficarum* (livro escrito em 1489, que atribui os impulsos instintivos à possessão demoníaca), de modo interessante: “se o membro de um homem não se agitasse de nenhum modo e nunca desempenhasse a função coital, era um sinal de frigidez da natureza; mas se agitasse e não pudesse manter-se ereto, era um sinal de bruxaria” (FRANÇA, 2004).

As questões que dizem respeito aos papéis culturais ainda são muito fortes e devem ser consideradas para se compreender essa equação. A masculinidade é definida por Thiele (2002, apud BULCÃO et al, 2004), como a função masculina prescrita social e culturalmente, somada à orientação individual neste sistema masculino vigente. É a masculinidade quem molda a sexualidade do homem desde a sua infância. As normas ditadas pelo constructo “masculinidade”, propõem aos jovens serem competentes, assertivos e a iniciarem sua vida sexual o mais cedo possível, pois isto representa o sucesso na vida. Tal papel masculino, claramente delineado pela sociedade e pelo sistema vigente, gera um comportamento alterado do homem, podendo trazer sérios prejuízos à sua saúde e a sua sexualidade. Dessa forma, o fracasso sexual do homem ou a sua impotência são totalmente incongruentes com o papel do masculino, imposto pelo estereótipo social, sendo esse “fracasso”, motivo de piadas e brincadeiras que claramente desqualificam o homem que sofre essa disfunção.

Para Masters e Johnson (1982, apud SILVA, 1995, p. 50):

O conceito cultural de que o homem deve aceitar total responsabilidade no estabelecimento da união sexual bem sucedida, colocou sobre cada homem o significativo peso psicológico do processo de coito, e aliviou as mulheres de qualquer sugestão de responsabilidade similar no seu sucesso.

São muitos os fatores e causas do porque a disfunção erétil foi e ainda continua sendo sub-diagnosticada. A vergonha dos pacientes e também de muitos profissionais de saúde para abordar o assunto, reconhecidamente delicado, são apenas a ponta do iceberg. Felizmente, avanços estão chegando. Conhecimentos sobre a fisiologia da ereção peniana, bem como as novas modalidades de tratamento, estão sendo amplamente discutidos entre a comunidade médica, pacientes e seus parceiros (GLINA, 1999).

As disfunções sexuais ainda estão cercadas de inúmeros tabus, como foi frisado anteriormente. Para um dos mais citados especialistas brasileiros na área, Dr. Sidney Glina, o tempo médio com que o paciente busca tratamento, é de aproximadamente quatro anos, além das visíveis dificuldades de entender ou explicar adequadamente esse problema, no momento de uma primeira consulta médica. Com base em sua experiência, o médico paulista diz que o real problema, por vezes é um relacionamento conjugal ruim, uma parceira que o trai, desejo sexual diminuído e ejaculação precoce. Especificamente nestes casos, mesmo a moderna medicação, não apresenta os resultados esperados (GLINA, 1999).

Não raro, a disfunção erétil é confundida com diminuição de libido, distúrbios de ejaculação, e esterilidade masculina. Os mecanismos responsáveis em cada caso mencionado são diferentes e separados. É importante esclarecer que a disfunção erétil não apresenta riscos à vida do indivíduo, mas provoca uma série de transtornos como a diminuição da auto-estima, ansiedade aumentada, comprometimento das relações sociais, depressão e outros fatores que podem causar repercussões no estado geral de saúde do paciente (SOUSA, 2008).

Seja qual for à natureza da DE, seja orgânica, psicológica ou mista, ela em muitos casos pode ter cura ou pelo menos ser tratável e, obviamente, essas perspectivas ou possibilidades, passam por um diagnóstico correto e preciso (BALLONE, 2007).

2.1 CID-DSM IV

Para o DSM-IV, que é o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Classificação dos Transtornos Mentais, em seu Eixo I, a impotência sexual masculina ou disfunção erétil, está dentro dos Transtornos Sexuais, identificada com o código 302.73-Transtorno Erétil Masculino. Para o DSM-IV, os critérios diagnósticos são:

- a) Incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter ereção adequada até a conclusão da atividade sexual.
- b) A perturbação causa acentuado sofrimento ou dificuldades interpessoais.
- c) A disfunção erétil não é mais bem explicada por outro transtorno do Eixo I (outro que não disfunção sexual), nem se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento), ou de uma condição médica geral.

Vale destacar que o DSM-IV é um manual diagnóstico e estatístico, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), que se correlaciona com a CID 10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento). Funciona como uma espécie de tábua de salvação para psicanalistas, psiquiatras, psicólogos e neurologistas. É de fato, um sistema classificatório multiaxial, publicado na década de 90, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, com respectivos códigos numéricos específicos que se distribuem por cinco grandes eixos que são os seguintes:

- Eixo I - Descreve os transtornos clínicos propriamente ditos, dentre os quais estão os transtornos sexuais.
- Eixo II - Descreve o retardo mental
- Eixo III - Descreve as condições médicas gerais.
- Eixo IV - Trata dos problemas psicossociais e ambientais.
- Eixo V - Trata de uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF) que recebe uma numeração (MATOS, MATOS, MATOS, 2005)

A CID-10-Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, é uma publicação editada pela Organização Mundial de Saúde, e classifica a Disfunção Sexual sob o Código F52. No código F52.2 (Falha de resposta Genital), é dado como o problema principal nos homens, ou seja, a disfunção de ereção como uma dificuldade de desenvolver ou manter uma ereção adequada para se obter uma relação sexual satisfatória (BALLONE, 2007).

2.2 Ereção e Anatomia/Fisiologia

Falar em disfunção erétil ou impotência sexual requer uma explanação do ponto de vista anatômico e sob a ótica fisiológica, dos componentes do sistema genital masculino, interligados quanto às questões sexual, e também excretora (uretra prostática e peniana). Esse sistema genital é formado pela próstata, vesículas seminais, ductos ejaculatórios, glândulas bulbouretrais, pênis com sua uretra incorporada, e responsável pela função excretora, o escroto contendo testículos, epidídimos e ductos deferentes, funcionando com fins de cópula, reprodução, produção hormonal e excreção urinária (BARROS et al, 2005).

Segundo Barros et al (2005):

O pênis tem em sua estrutura, os corpos cavernosos e o corpo esponjoso, envolvidos pela fáscia de Buck, cobertos com pele, que se estende acima da glande, formando o prepúcio. Os corpos cavernosos juntam-se acima da púbis, formando a porção maior do corpo do pênis, e são envolvidos pela túnica albugínea fibrosa espessa, formado ao redor dos sinusóides cavernosos, e divididos por um septo incompleto.

Já o corpo esponjoso, se posiciona ventralmente, com sua porção distal até formar a glande peniana. A uretra anterior, começa na membrana perineal e está envolvida pelo corpo esponjoso, atravessando a glande peniana e se abre com o meato uretral externo.

A ereção peniana depende em grande parte do suprimento sanguíneo do pênis, que é feito, em grande parte, pela artéria pudenda interna, um ramo da artéria ilíaca interna. Já a drenagem venosa, que também é de real importância para a manutenção da ereção, acontece pela veia dorsal superficial, indo até a veia safena, através das veias crurais para veias ilíacas internas. Os linfáticos da glande peniana, o corpo esponjoso e o corpo cavernoso distal, drenam o sangue para os linfonodos inguinais superficiais e profundos, e posteriormente para os linfonodos ilíacos externos. Existem aqui ainda, os nervos dorsais, que propiciam sensação de excitação ao pênis, seguem o trajeto das artérias dorsais até suprir a glande. Sob o olhar da embriologia, vale destacar que as genitálias se encontram indiferenciadas até cerca de 10 semanas de desenvolvimento, ocasião em que a genitália externa de um menino se masculiniza, sob a influência de 5-DHT.

Importante esclarecer que o 5-DHT citado, é um de metabólito biologicamente ativo do hormônio testosterona, formado principalmente na próstata, testículos, folículos capilares e glândulas adrenais pela enzima 5-redutase ou hormônios androgênicos. A DHT é utilizada na fórmula de medicação contra calvície ou mesmo anabolizantes, e é cerca de 30 vezes mais potente que a testosterona devido a sua afinidade aumentada pelos receptores de andrógenos (MUNIZ, 2010).

Para Barros et al (2005);

Outro elemento formador do aparelho genital masculino são os testículos, que adquirem coberturas oriundas das camadas da parede abdominal, conhecidas como fáscia espermática, sendo que a externa se deriva da fáscia oblíqua externa, e permanece aderida ao tecido do anel externo. As túnicas vaginais parietal e visceral, circundam o testículo com uma bolsa revestida por mesotélio derivado do peritônio. O epidídimo adere a face lateral posterior do testículo, tendo logo abaixo dele, a túnica albugínea, formando o mediastino testicular, ponto onde vasos e ductos atravessam a cápsula testicular. As células de Leydig encontram-se no tecido frouxo que circunda túbulos e respondem pela produção de testosterona. O suprimento arterial para o testículo é feito pela artéria espermática interna, que surge da aorta abaixo da artéria renal e penetra a túnica medial do epidídimo. Já a drenagem venosa é paralela ao suprimento arterial, com a veia diferencial drenando para a veia hipogátrica, a veia espermática interna drenando para a veia cava à direita e para a veia renal à esquerda.

Para a fisiologia, todo o tecido erétil peniano participa do complexo processo de ereção. Quando flácido, os músculos lisos estão contraídos pela descarga simpática, o que permite apenas uma pequena quantidade de fluxo arterial com a finalidade de nutrição. Quando ocorre a estimulação sexual, é acionada a rápida liberação de neurotransmissores como o óxido nítrico, liberados que são, a partir de terminais nervosos cavernosos parassimpáticos, tendo como consequência, a dilatação das arteríolas e artéria, o posterior aprisionamento de sangue, que chega ao tecido erétil provocando sua expansão, a compressão do plexo venular da subtúnica, reduzindo então o fluxo de saída venoso e o estiramento da túnica, até sua capacidade. A intumescência peniana ocorre em três fases: aumento transitório da pressão intracorporal (quando começa a contração da musculatura lisa contra um sistema venoso fechado), a diminuição lenta da pressão, sugerindo uma reabertura dos canais venosos e a retomada do nível basal do fluxo arterial, e a diminuição mais rápida da pressão, quando a capacidade venosa é restabelecida (BARROS et al, 2005).

A produção de espermatozóides ocorre pelas ações do interstício testicular e dos túbulos seminíferos, que se localizam dentro do testículo. O desenvolvimento e o transporte dos espermatozóides são feitos pelo epidídimo e canal deferente, respectivamente. As células de Leydig (respondem pela produção de esteróides testiculares), macrófagos, vasos sanguíneos e linfonodos, constituem o tecido intersticial do testículo. A testosterona (esteróide), é sintetizada a partir do colesterol precursor de esteróide, regulada pelo hormônio luteinizante (BARROS et al, 2005).

Após ser secretado, o hormônio testosterona é responsável por três principais eventos: induzir a espermatogênese, produzir os efeitos de virilização masculina, e controlar os comportamentos relacionados ao ato sexual masculino (BÚFALO, 2007).

Os fatores de estimulação sexual podem ser psicogênicos (impulsos que chegam de áreas sensoriais como olfato, visão, paladar, ou mesmo pela imaginação de fantasias sexuais), e reflexogênicos (estimulação direta dos órgãos genitais ou áreas eróticas) (LEVIN; RILEY, 2002, apud BÚFALO, 2007).

O principal fator a se destacar nesse processo todo é o mecanismo da ereção, que se constitui no primeiro efeito da fase de excitação sexual masculina, sendo que o grau de ereção é diretamente proporcional ao grau de estimulação psíquica ou física. Essa ereção é causada por impulsos parassimpáticos, que partem da porção sacral da medula espinhal através dos nervos pélvicos até o pênis. As fibras parassimpáticas secretam acetilcolina e óxido nítrico, sendo que este último, relaxa as artérias e o tecido erétil, que é constituído pelos corpos cavernosos e esponjoso do pênis. O tecido erétil é formado por uma complexa rede trabecular de fibras musculares e por vários sinusóides que, em condições normais, estão relativamente vazios, mas, que se dilatam quando o sangue arterial flui para o seu interior, sob pressão, na medida em que ocorre oclusão parcial do fluxo venoso. Dessa forma, a pressão elevada no interior dos sinusóides expande todo o tecido erétil, materializando assim, o fenômeno da ereção. Vale ainda acrescentar que os impulsos parassimpáticos, além de proporcionarem o fenômeno da ereção, também induzem a secreção de muco pelas glândulas uretrais e bulbouretrais, produzindo um muco que flui pela uretra e auxilia a lubrificação durante o ato sexual (GUYTON, 2002, apud BUFALO, 2007).

Nesse complexo processo, tem-se ainda a emissão e ejaculação, que se constituem como o ápice ou culminação do ato sexual masculino, num período que é chamado de orgasmo, que acontece quando o estímulo sexual fica intenso, e os centros reflexos da medula espinhal começam a emitir impulsos simpáticos, que partem da região toracolombar da medula para os órgãos genitais pelos plexos simpáticos hipogástrico e pélvico, iniciando assim o processo de emissão, que precede a ejaculação (GUYTON, 2002, apud BUFALO, 2007).

A emissão inicial ocorre pela contração do canal deferente, que visa à expulsão dos espermatozoides para a uretra interna. Em seguida, ocorrem contrações nas paredes

musculares da vesícula seminal e da próstata, que também expõem seus líquidos para a uretra, que quando somados aos espermatozoides, formam o sêmen (GUYTON, 2002, apud BUFALO, 2007).

A uretra interna enche-se então com sêmen, e provoca sinais sensoriais que são transmitidos pelos nervos pudendos para a região sacral de medula espinhal, trazendo sensação de plenitude aos órgãos genitais internos. Esses sinais aumentam a contração rítmica dos órgãos sexuais internos, produzindo a contração dos músculos intracavernoso e bulbocavernoso, que comprimem as bases do tecido erétil peniano. Todos esses efeitos provocam a aceleração rítmica na pressão do tecido erétil do pênis, dos ductos genitais e da uretra, provocando a ejaculação do sêmen da uretra para o exterior. As contrações rítmicas dos músculos pélvicos e de alguns músculos do tronco, produzem movimento de propulsão da pelve e do pênis, eventos que auxiliam a saída do sêmen. Finalmente, a excitação sexual masculina desaparece quase por completo após 1 ou 2 minutos, cessando a ereção peniana e acontecendo o processo denominado de resolução (GUYTON, 2002, apud BUFALO, 2007). É claro que para se falar em disfunção, tem-se, necessariamente, que falar na função, ou ato sexual masculino, e a seqüência de eventos que o caracterizam, descrito como ciclo de resposta sexual humano, identificado por quatro fases: estimulação sexual (libido ou desejo da atividade sexual), excitação sexual (fase de estimulação associada com alterações fisiológicas), orgasmo (contração rítmicas dos músculos do períneo e órgãos reprodutores), e a resolução (fase de relaxamento muscular e sensação de bem estar geral) (DSM-IV TR em 2002, texto revisado de 1994, apud BUFALO, 2007).

O conceito de função sexual é um contraponto àquele de função reprodutiva, abordando o campo da sexualidade na sua dimensão fisiológica, que se caracteriza pela naturalidade e a normalidade fisiológicas de realização da função erótica, independentemente da função reprodutiva (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Cabe retornar aos cientistas e estudiosos da sexualidade humana, Masters e Jonhson, responsáveis pela produção de um modelo científico para a compreensão da resposta sexual humana, que se caracteriza por quatro fases: excitação, platô, orgasmos e resolução, modelo esse comum para homens e mulheres. Neste modelo, um estímulo sexual (interno ou externo), provoca a excitação fisiológica, representada pela ereção, desencadeando assim a resposta sexual. Porém, algumas evidências clínicas apontavam que, embora aptas fisicamente para a resposta sexual, algumas pessoas tinham pouca disponibilidade para ela, sugerindo assim que

o desejo sexual não estava contemplado nesse modelo. Hoje, é cada vez mais utilizado o conceito de “função sexual”, que tem um outro registro daquelas concepções do modelo científico comportamentalista, desenvolvido nos anos 60 por Masters e Johnson, sob a forma de “resposta sexual”. O objeto do interesse científico recai hoje, na função somática dos órgãos genitais, em sua dimensão biofisiológica, e no quadro de realização do ciclo da resposta sexual humana. Ainda de acordo com Ellsworth e Stanley (2003), nos anos 30, os questionários sociológicos de Kinsey, que deram origem ao Relatório Kinsey, possibilitaram a emergência do conceito de “comportamento sexual”, que especifica o estudo de todos os atos, contatos e as relações sexuais, em exclusão das dimensões afetivas e psicológicas associadas à atividade sexual. Para ele, os sociólogos Gagnon e Simon, demonstraram que a abordagem de Kinsey representava o contraponto de Freud (que definia sexualidade como libido, fantasma, força psíquica e não como atividade corporal).

Como foi destacado anteriormente, focalizar-se-á inicialmente a disfunção erétil provocada por fatores do ponto de vista fisiológico. Sob essa ótica, múltiplos fatores estão ou podem estar associados, além da progressão da idade, como verificou Kinsey em 1948, no estudo mencionado anteriormente.

De acordo com Berg Old, citado por Sousa (2008), pesquisas efetuadas classificam a disfunção erétil em três categorias: primária (quando o indivíduo nunca teve uma ereção ou apresenta problemas desde o início de sua vida sexual), secundária (quando o problema surge numa determinada época da vida, sendo que antes as ereções eram normais) e finalmente a situacional ou circunstancial (quando o indivíduo consegue ereção com uma parceira e não consegue com outra).

É evidente uma maior incidência de problemas de ereção na fase que, costumeiramente, se chama de andropausa ou climatério masculino, o equivalente à menopausa feminina, com a diferença de que não há de fato uma parada na produção hormonal e nas funções reprodutivas, e por isso mesmo o termo andropausa é controvertido e hoje, pouco usado. Essa fase, que geralmente se inicia após os 50 anos, (DEMERS, 2003, apud FLEURY, 2004), é caracterizada pelo comprometimento lento e progressivo do funcionamento das gônadas, condição que provoca a lenta diminuição da produção do andrógeno masculino (a testosterona), não só responsável pela virilização, como também pelo funcionamento sexual, estimulação e manutenção da massa muscular óssea (YIALAMAS 2003, apud FLEURY, 2004).

O diagnóstico do climatério masculino, depende da avaliação do impacto que o baixo nível de testosterona tem na qualidade de vida do homem. Novak, Brod e Elbers (2002), citados por Fleury (2004), definiram sete parâmetros diagnósticos para identificarem essa fase da vida tais como, energia, emocional, social, sócio-emocional, funcionamento mental, físico e sexual. Nos casos de significativa diminuição dos níveis de energia e da função sexual, fica claro que há um impacto na qualidade de vida dos homens nesta fase.

Apesar das evidências de que a capacidade eretiva é mantida ao longo da vida, o estudo mencionado anteriormente (ABDO et al, 2002, apud FLEURY 2004), destaca em estudo efetuado com 1.296 homens com idade de mais de 18 anos, a disfunção erétil como a queixa sexual mais frequente, atingindo 40,6 % dos homens com menos de 40 anos (severa para 1,1%), 44,2% entre 40 e 49 anos (severa para 1,9%), 54,95 entre 50 e 59 anos (severa para 4,9%), 74,3% entre 60 e 69 anos (severa para 10,8%), e 76,5% acima de 70 anos (severa para 11,8%). Tais resultados confirmam a relação direta entre disfunção e idade.

Rosen (2003, citado por Fleury 2004), observa que há uma forte associação da disfunção erétil com fatores de risco físicos e psicológicos, tais como o diabetes, doença cardíaca, hipertensão e níveis diminuídos de HDL, além da hipertrofia prostática e uso continuado de medicação para diabetes, doenças cardíacas e vasculares, como já foi mencionado anteriormente. O autor acrescenta ainda que dentre os fatores psicológicos, predominam a ansiedade, a depressão, a raiva, o estresse, ou mesmo o desemprego. Fatores ligados ao estilo de vida, tais como o tabagismo a falta de atividade física, também se configuram como elementos de risco. Apesar de considerar o aumento progressivo da disfunção erétil com a idade, o autor mencionado não considera inevitável esta condição no processo de envelhecimento humano.

Como fazer essa diferenciação entre problemas de ordem orgânica e problemas de ordem psicológica, ou mesmo a combinação desses dois fatores em pacientes com disfunção erétil?

O diagnóstico começa com uma avaliação inicial, onde se destaca a história clínica completa do paciente, seus antecedentes pessoais e um detalhado exame físico. A história sexual é de real importância, e a confiança no médico só é adquirida, em muitos casos, após várias consultas, e em algumas delas é requerida a presença da parceira. Nessa história sexual, deve-se avaliar em qual das cinco fases da resposta sexual (libido, ereção, orgasmo, ejaculação, período refratário) o paciente tem dificuldades. Na história clínica, é importante saber se o início do problema foi insidioso ou súbito, se as falhas são ocasionais ou mesmo

constantes, e questionar se o paciente apresenta ereções noturnas, matinais e sob estímulo visual, indagações estas que dão pistas para a diferenciação entre disfunção orgânica e psicológica (MATHEUS, FREGONESI, FERREIRA, 2009).

Uma anamnese adequada é de grande importância no processo investigativo da disfunção erétil. A história do paciente é que vai caracterizar o tipo de disfunção sexual que ele apresenta. Por exemplo, se o paciente tem ereções rígidas em situações tais como matinais, masturbação, ou mesmo ereção com parceiras diferentes, fica evidente, ou pelo menos há uma pista forte sobre a etiologia psicológica desse quadro. A anamnese também deve identificar fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, doença de Peyronie (pênis com calo ou placas), diabetes mellitus, medicações, etc. Existem também alguns fatores que podem desencadear todo esse processo, tais como a prostatectomia radical, traumatismos pélvicos ou perineais, desarranjos conjugais, situações de forte ansiedade como luto e desemprego (GLINA, 1999).

Para Matheus, Fragonesi e Ferreira (2009), as principais causas da Disfunção Erétil (DE), podem ser divididas entre psicogênicas e orgânicas. As causas orgânicas mais comuns são:

1-De ordem vasculogênica: hipertensão, dislipdemia, sedentarismo, tabagismo, obesidade, doença coronariana e doença arterial oclusiva periférica.

Cavernoso: disfunção veno-oclusiva e fibrose cavernosa (pós priapismo e pós-cirúrgica).

2-Neurogênica: acidente vascular cerebral, Mal de Parkinson, Trauma raquimedular, neuropatias periféricas, esclerose múltipla.

3-Fatores endócrinos: diabetes mellitus tipo2, Diabetes Mellitus tipo 1, Hipogonadismo, Hiperprolactinemia, Hipo e Hipertireoidismo.

4-Iatrogênica: Introduzido por medicamentos, Pós-cirúrgico (prostatectomia radical), Pós-radioterapia.

5-Doenças tais como: sintomas no trato urinário inferior, insuficiência hepática, doenças respiratórias e apneia no sono, insuficiências renal e cardíaca.

6-Outros fatores tais como: idade, alcoolismo, drogadição, pós-trauma de bacia ou de pênis.

Causas Psicogênicas:

Forte estresse emocional, coerção sexual, coerção pré-puberal, problemas de relacionamento como separação e conflitos conjugais, problemas de desemprego, depressão, insatisfação com a vida e atitude persistentemente pessimista.

Rodrigues (1995) destaca ainda, a possibilidade dos homens se evadirem da DE, trazendo ou encobrendo suas dificuldades sexuais, sob o manto da esquivia ou mesmo trazendo a possibilidade do perigo de contraírem uma doença sexualmente transmissível. Para ele,

desde a década de 80, pacientes com queixas de dificuldades de ereção, apresentam como razão, o medo da AIDS. Pensando sobre o perigo da AIDS, sentem medo e fogem do sexo. Ao sentirem medo, mas tentando manter relações sexuais apesar disso, o desempenho fica evidentemente prejudicado pela emoção adrenérgica, o que se torna nova justificativa reforçada deste medo.

Segundo Matheus, Fregonesi e Ferreira (2009):

Como antecedentes pessoais, deve-se pesquisar fatores predisponentes e mesmo agravantes para a disfunção erétil. Quais são eles? Uso de medicamentos como anti-hipertensivos, psicotrópicos, anticonvulsivantes, hormônios, bloqueadores H2. Entre as doenças, destacam-se as do sistema cardiovascular, infarto do miocárdio, insuficiência vascular e periférica e cardíaca, insuficiência renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, diabete mellitus, hipertensão arterial, arterosclerose, doenças neurológicas e psiquiátricas, trauma e cirurgias pélvicas e genitais, vícios como tabagismo, alcoolismo e drogadição. O exame físico passa pela verificação de anormalidades vasculares, pressão, pulso, artérias endurecidas, aneurismas, sopros vasculares, endócrinas, tireóide, caracteres sexuais, testículos, neurológicas, anormalidades motoras e sensitivas, genitais, placas endurecidas no pênis, fibrose no corpo cavernoso, anomalias anatômicas.

Outros exames complementares como medida sérica da testosterona, glicemia em jejum, perfil lipídico (triglicérides e colesterol) devem ser efetuados, uma vez que a testosterona é sintetizada a partir do colesterol. Em casos mais complexos, é aconselhado efetuar exames mais específicos tais como a cavernosografia, cavernosometria, testes neurológicos, o ultrassom Doppler colorido com farmacocoreção prévia, exame este que avalia o baixo fluxo arterial e a disfunção veno-oclusiva (MATHEUS, FREGONESI, FERREIRA, 2009).

Seja qual for a natureza da DE, orgânica ou psicológica ou mista (os dois fatores combinados), ela em alguns casos tem cura, e o primeiro passo é um diagnóstico correto. Um dos mais importantes exames é a eletroneuromiografia, ou teste da intumescência peniana noturna, exame este que é realizado em laboratórios do sono, com o auxílio de um equipamento denominado Rigiscan. Como é feito? Todo homem costuma ter ereção dormindo, e o mencionado aparelho mede a qualidade e a quantidade da ereção durante o período de sono. Se estas ereções noturnas foram espontâneas e satisfatórias, indicam que o distúrbio tem razões psicológicas. Outro exame utilizado é o *Duplex scan* ou *ecodopler peniano*, equipamento usado para medir o fluxo arterial do pênis, podendo identificar obstruções (BALLONE, 2007).

Dentre todas as causas orgânicas de DE, o diabetes mellitus é uma das mais comuns. As neuropatias provenientes dessa doença, estão entre as complicações crônicas mais corriqueiras, afetando mais de 50% dos pacientes. Essa neuropatia, traz danos a todo o sistema nervoso somático e autonômico, e as complicações são múltiplas, todas elas, acarretam significativa piora na qualidade de vida dos pacientes, e são definidas, conforme a conferência de San Antonio.

Como uma desordem demonstrável, tanto clínica como subclínicamente, que ocorrem na presença de diabetes mellitus, sem outras causas para neuropatia periférica. As alterações neuropáticas do diabetes incluem manifestações no sistema nervoso somático e/ou no autonômico (SCHMIDT, 2007).

De acordo com os diabetologistas, tais complicações são resultado da entrada excessiva de glicose nas células de tecidos como o neuronal e o endotelial, locais em que o transporte de glicose é controlado pelos transportadores que não respondem à falta de insulina absoluta ou relativa com a conseqüente diminuição dos níveis intracelulares de glicose (SCHMIDT, 2007).

A causa exata de DE em homens com diabetes mellitus ainda é indeterminada. Uma das possibilidades mais cogitadas seria a presença de determinadas químicas ligadas ao diabetes, chamadas de produtos de radical glicosado, as quais diminuem a atividade do óxido nítrico no corpo, fator que pode afetar a resposta dos vasos sanguíneos ao mesmo óxido nítrico, que é importante para a produção do cGMP, substância esta, que causa o relaxamento da musculatura lisa no pênis e nas artérias, e que permite um aumento do fluxo sanguíneo no pênis. Dessa forma, qualquer coisa que afete a liberação do óxido nítrico pode interromper a produção de cGMP, e dessa forma a função erétil fica prejudicada. Segundo a autora, pode haver também um componente neurológico para DE relacionada ao *diabete mellitus*, visto que a incidência da DE no diabetes mellitus tipo 2 é cerca de 30% menor que no tipo 1 (ELLSWORTH; STANLEY 2003).

Outros sintomas clínicos que se destacam entre os mais comuns as neuropatias autonômicas são àqueles que envolvem o sistema cardiovascular (taquicardia de repouso, intolerância ao exercício, arritmias cardíacas e hipotensão postural), aqueles que afetam o sistema gastrointestinal tais como a pirose (azia), a disfagia (dificuldade para ingerir alimentos sólidos ou líquidos), odinofagia (dor na deglutição dos alimentos), náuseas, vômitos, plenitude gástrica, diarreia e incontinência fecal) e, por fim, os que são de real interesse para este trabalho, que são os distúrbios genitourinários como bexiga neurogênica,

infecções urinárias de repetições e disfunção sexual masculina, como impotência sexual e/ou ejaculação precoce. A prevalência da disfunção erétil ajustada por idade, é, de acordo com estudo clínico realizado em Massachussetts-EUA, de 28 % em homens em tratamento de diabetes mellitus, sendo que encontra-se disfunção erétil entre 20 -52% dos pacientes com diabetes mellitus tipo 1, e em 36-54% em portadores da diabetes mellitus tipo 2 (SCHMIDT, 2007).

As alterações arteriais são, além do diabetes, uma das razões mais frequentes dentre todas as causas orgânicas, e tem por razão, o estreitamento das artérias, diminuindo dessa forma o fluxo de sangue para o pênis, comprometendo a ereção, uma vez que o sangue não vai para o pênis com a pressão arterial adequada. É importante esclarecer que a arteriosclerose costuma obstruir de forma significativa as artérias do pênis, que são muito finas, e qualquer estreitamento pode ser suficiente para alterar o fluxo sanguíneo necessário ao mecanismo da ereção. O próprio tratamento da hipertensão arterial pode, pela ação dos medicamentos utilizados, trazer a disfunção erétil ao paciente. Mais raros são distúrbios como o priapismo (ereção continuada), distúrbio este que pode causar a coagulação do sangue dentro dos corpos cavernosos, podendo levar a uma impotência irreversível, que também pode ocorrer pelo rompimento da estrutura peniana, causada por acidente (BALLONE, 2007).

A DE também ocorre em cerca de 82% dos homens que fazem hemodiálise por falha renal. Esses homens estão ainda mais propensos à DE, se forem mais velhos ou se tiverem diabetes mellitus. Nesse caso, a causa da DE é provavelmente multifatorial, ou seja, pode estar relacionada à condição clínica causadora da falha renal que pode ser diabetes mellitus ou hipertensão, mas também podem estar relacionadas a alterações hormonais que ocorrem na diálise, visto que esses pacientes, costumeiramente, tem níveis mais reduzidos de testosterona e mais altos de prolactina (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Outra informação recente sobre o assunto, são as questões que ligam distúrbios do sono à disfunção erétil. De acordo com a matéria “Ligação intensa entre sono e sexo”, publicada no Jornal Correio Braziliense de 08/10/2010, a professora do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Mônica Andersen, concluiu em estudo feito, que os homens que dormem mal, têm três vezes mais chance de apresentar disfunção erétil do que aqueles que dormem bem. Este levantamento epidemiológico foi feito pelo Episono (2007), quando foram analisados questionários aplicados a 1.042 voluntários na cidade de São Paulo. O resultado revelou então, que cerca de um terço deles tinha apnéia do

sono diagnosticada. Ainda nessa pesquisa, 17% dos homens relataram ter disfunção erétil, sendo que 7% deles tinham entre 20 e 29 anos, e 60% deles tinham 60 anos ou mais. De acordo com o estudo efetuado pela citada professora, a privação do sono reduz os níveis de testosterona, hormônio responsável pelas características masculinas, pelo desejo sexual e pela metabolização de gorduras entre outras funções.

As substâncias tóxicas presentes no cigarro também podem provocar danos no endotélio e diminuir os níveis de óxido nítrico, neurotransmissor essencial à ereção. Portanto, fumar por muitos anos é um dos mais sérios fatores de risco para o desenvolvimento da disfunção erétil. Vale destacar ainda, que a nicotina, substância presente no cigarro, provoca a contração da musculatura lisa dos vasos que irrigam os corpos cavernosos, reduzindo conseqüentemente, o fluxo sanguíneo para a área (VARELLA, 2010).

Entre outras drogas, que além do cigarro freqüentemente prejudicam a ereção, estão a maconha e o álcool. No caso do abuso ao álcool, a DE pode estar relacionada à falha hepática. Medicamentos anti-androgênicos usados no tratamento de tumores malignos da próstata, são de fato comprometedores. É importante citar também a finasterida (utilizada no tratamento de queda capilar e na hipertrofia da próstata), além de outras substâncias tais como os beta-bloqueadores, descongestionantes, metil-dopa, bloqueadores dos canais de cálcio utilizados no tratamento da hipertensão arterial, tranqüilizantes, sedativos, e a digoxina (droga utilizada no tratamento da insuficiência cardíaca) (BALLONE, 2007).

É importante destacar que causas como o hipogonadismo primário (independentemente da hipófise) são também relatados como causadores da DE, e são característicos do homem urémico, que é aquele que porta um desequilíbrio do sistema hipotálamo-hipófise-gônada do homem, que também afeta a libertação pulsátil das gonadotropinas, indispensáveis para a fisiologia da ereção. Os testículos desses homens são usualmente pequenos e moles, cuja razão é que, cerca de 75% da massa do tecido testicular é formada por túbulos seminíferos, o que leva a uma produção de testosterona e de espermatozóides comprometida. A diminuição desse hormônio está associada a um aumento dos hormônios luteinizante (LH) e o folículo-estimulante (FSH) (MESSINA, 2002).

2.3 Tratamento Medicamentoso

De acordo com o Dr. Glina, após o lançamento do sildefanil (princípio ativo do Viagra), 80% de seus pacientes optam, já na primeira consulta, pela utilização dessa medicação, comprovadamente efetiva na produção da ereção masculina. Diz ainda, que o Consenso Brasileiro sobre Disfunção Erétil recomendou, desde 1998, que sejam realizadas dosagens dos níveis plasmáticos de testosterona total ou livre, prolactina, quando a disfunção erétil é acompanhada de inibição do desejo sexual. Avaliação psicológica e teste de ereção fármaco-induzidas fazem parte do diagnóstico. Testes como avaliação da tumescência peniana noturna, ecodoplerometria das artérias cavernosas, e avaliação neurológica são indicados para casos mais complexos (GLINA, 1999).

Como tratar essa disfunção erétil com causas orgânicas? A medicação a base dos inibidores da 5-Fosfodiesterase (PDE5), lançados no mercado nos anos 90, trazem, efetivamente, esperanças àqueles homens que não tinham uma ereção de qualidade que permitisse a penetração. Hoje, além na medicação oral, inibidora da 5-Fosfodiesterase, temos as injeções intracavernosas, e como recurso mais radical, os implantes ou próteses (MATHEUS, FREGONESI, FERREIRA, 2009).

Cada um desses medicamentos disponíveis tem indicações específicas. Por exemplo, os inibidores 5-Fosfodiesterase, são utilizados na presença de desejo e estímulo sexual. Temos hoje no país, além do já mencionado sildenafil (Viagra), outras medicações tais como a vardenafila (Levitra), tadalafila (Cialis), e lodenafila (Helleva), sendo que, comprovadamente o tadalafila apresenta tempo e ação maior se comparado às outras drogas. Os efeitos colaterais dessas drogas são usualmente transitórios e os mais comuns são: cefaléia, rubor facial, epigastralgia e congestão nasal. O uso do Cialis ou tadalafila, pode apresentar ainda dores lombares e mialgia mas, estes medicamentos são considerados seguros do ponto de vista cardiovascular (MATHEUS, FREGONESI, FERREIRA, 2009).

Entre todos os medicamentos citados, destaca-se o mais famoso deles que é o sildenafil (Viagra), disponível nas dosagens de 50 e 100 mg, medicação essa que revolucionou o tratamento da disfunção erétil, surgindo em 1998, e adquirindo rapidamente a reputação de ser um fármaco capaz de mudar estilos de vida. É um inibidor seletivo da enzima 5-Fosfodiesterase, tendo como resultado a liberação do óxido nítrico a conseqüente inibição da metabolização do segundo mensageiro, o Monofosfato Cíclico de Guanosina (cGMP), o que promove o relaxamento do músculo liso (vasodilatação) e leva à ereção peniana. Vale

acrescentar que o efeito do sildenafil se mostrou eficaz no tratamento de múltiplas etiologias de DE, não estando restrito apenas à disfunção erétil, podendo ser estendido à terapia circulatória. Grande parte do sucesso e da aceitação dessa medicação, foi a possibilidade de seu uso oral, ao contrário de alternativas medicamentosas utilizadas anteriormente (WANNMACHER, 2006).

Para que ocorra o processo de ereção, é necessária a liberação de óxido nítrico, que age nas paredes dos vasos responsáveis pelo afluxo de sangue aos corpos cavernosos (estruturas penianas similares a esponjas que se enchem de sangue através de múltiplas reações bioquímicas). O Viagra age inibindo, como já foi citado anteriormente, a enzima 5-Fosfodiesterase, enzima esta que inativa uma outra substância essencial ao relaxamento muscular responsável pela ereção peniana (cGMP). O sildenafil, ao inibir a 5-Fosfodiesterase (a mais encontrada no tecido cavernoso), aumenta, os níveis de cGMP no local, substância produzida pela liberação do óxido nítrico. De modo geral, todos os medicamentos trazem efeitos colaterais, pois ao chegarem a corrente sanguínea, podem afetar outras partes do corpo que não aquela desejada. As dores de cabeça estão entre os efeitos colaterais mais comuns relativos ao uso do Viagra, pois “abre” as artérias do cérebro, causando um excesso de pressão, além do rubor facial, dispepsia (dor de estômago) e congestão nasal. É contra indicado para pacientes com doença cardíaca que fazem uso de nitratos, pois ocorrem riscos de queda na pressão arterial. É importante destacar que o Viagra não pode em nenhum caso, ser utilizado por aqueles que tomam medicação a base de nitratos. Também é válido advertir que só deve ser utilizado por pacientes com DE, não devendo ser utilizado de maneira recreativa por aqueles que não sofrem de disfunção erétil (GLINA, 1999).

O Viagra (sildenafil), é de fato, a primeira terapia oral eficaz no uso do tratamento da DE. É fabricado pelo laboratório Pfizer e foi aprovado em 1998, pela FDA (Food and Drug Administration), órgão governamental dos EUA, que faz controle dos alimentos. Diferente de outras terapias tais como as injeções penianas e aparelho a vácuo, ingerir o Viagra não provoca ereção. Para entender isto, vale mais uma vez rever quais são os processos de funcionamento de uma ereção normal. Quando estimulado, o cérebro emite mensagens que resultam na liberação de óxido nítrico a partir dos nervos pélvicos. O óxido nítrico estimula a produção de uma química chamada cGMP, que ordena a musculatura lisa cavernosa e as artérias cavernosas, a relaxar e dilatar, aumentando dessa forma o fluxo sanguíneo para o pênis. O cGMP vai ser fracionado pela enzima 5-Fosfodiesterase . O Viagra detém essa

enzima que fraciona o cGMP (Monofosfato Cíclico de Guanosina). Havendo mais cGMP disponível, há estímulo para o relaxamento da musculatura cavernosa e lisa das paredes e das artérias do pênis, e dessa forma há mais sangue fluindo para dentro do órgão. Conclui-se então que a necessidade de estimulação sexual é crítica para o sucesso do Viagra, uma vez que parte do cérebro o comanda para a liberação do óxido nítrico, química essencial para que o processo aconteça (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

É importante destacar que o índice de sucesso do Viagra varia de 48% a 81% de acordo com as causas da disfunção erétil. Por exemplo, entre aqueles que fazem hemodiálise a medicação consegue recuperar a função erétil em cerca de 60 % deles. Nos casos de radioterapia e diabete mellitus o índice de sucesso é de cerca de 70 %, e naqueles com causas psicogênicas é de cerca de 73 % (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

De acordo com Rashid (2005 apud FARIA, 2007), o lançamento da Tadalafila ou Cialis (disponível em 10 ou 20 mg), e da vardenafila (com dosagens de 5, 10 e 20 mg), ocorrido em 2003, comprovam e demonstram a eficácia dessas três drogas, todas elas inibidoras da 5-Fosfodiesterase, eficácia essa que foi amplamente demonstrada em inúmeros estudos clínicos e avaliações de médicos, desde o lançamento dos citados medicamentos. Apesar de serem três agentes distintos e com diferenças clínicas, apresentam mecanismos de ação bem semelhantes, com propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas eficientes para pacientes com disfunção erétil de todas as idades, graus de gravidade e etiologias, apresentando diferenças significativas quanto às suas meias-vidas. Por exemplo, a sildenafil (Viagra) e a vardenafila (Levitra), tem meias-vidas de aproximadamente quatro horas. Já a ação da tadalafila, dura aproximadamente 17 horas. Os produtos citados têm, de fato, contra-indicações formais para aqueles pacientes com atividade sexual não recomendada (por problemas cardíacos), e naqueles que fazem uso de nitratos ou drogas doadoras de óxido nítrico (FARIA, 2007).

É importante enfatizar, que as medicações citadas, obtidas sem receita médica, por seu potencial de melhorar o rendimento sexual masculino facilitando prolongadas ereções vêm, sistematicamente, se convertendo em “drogas” populares nos ambientes sociais, e sendo usadas concomitantemente com outras drogas lícitas ou não. Essa interação medicamentosa expõe os consumidores, muitos deles adolescentes, a riscos e efeitos adversos. É comum hoje, o uso do sildenafil associado a outras drogas sociais conhecidas como *club-drugs*, que são utilizadas para melhorar as experiências sociais, sendo que as mais comuns são o ecstasy

(metilenedioximetanfetamina), GHB (ácido gammahidroxibutirico), a ketamina e o nitrito de amilo, conhecido como *poppers* amplamente utilizado em clubes gays. A combinação de sildenafil mais club drugs, vêm se constituindo em um sério risco à saúde pública (MORALES, 2007).

De acordo com Morales (2007), a ameaça à saúde pública se materializa não só pela interação medicamentosa potencialmente mortal entre o sildenafil e os inibidores de proteases (antirretovirais), como também, pelo aumento real da possibilidade de se praticar sexo de risco e inseguro, sob o efeito dessa combinação, ficando os consumidores da combinação viagra/club drugs, bem mais expostos à enfermidades sexuais, em especial à AIDS.

Além da medicação oral, existem outras possibilidades de tratamento para homens com problemas de ereção. Somente 5% dos casos são causados por níveis irregulares de hormônios sexuais, como baixas taxas de testosterona ou mesmo altas taxas de prolactina e estrógeno, que podem ser facilmente corrigidos também com medicação específica, disponível no mercado, ministrados via intravenosa, via oral, ou mesmo adesivos. O tratamento cirúrgico vascular é normalmente recomendado para pacientes com fluxo sanguíneo bloqueado por lesões nas artérias pélvicas, recurso que objetiva restabelecer o fluxo sanguíneo ao pênis (FARIA, 2007).

Vale esclarecer que como a libido ou interesse pelo sexo, é ocasionado pelos hormônios sexuais, então, baixos níveis de testosterona estão ligados à diminuição de libido, e conseqüentemente podem levar à disfunção erétil. Qualquer homem que tenha uma diminuição nos seus níveis de hormônios sexuais deve verificá-los por meio de exame de sangue. É normal haver uma “resposta retroativa” entre o cérebro e os testículos. O cérebro através da liberação do hormônio luteinizante (LH) manda mensagem para os testículos produzirem a testosterona, que mandam mensagem para o cérebro para que este diminua a liberação de LH. Um outro problema que pode afetar a produção de testosterona, é a superatividade da glândula pituitária, que está no cérebro e é composta por duas partes, o lobo anterior e o posterior. O lobo anterior produz hormônios como o luteinizante e a prolactina. A superatividade da glândula pituitária pode estar relacionada ao adenoma pituitário, uma espécie de tumor benigno, que pode levar a um elevado nível de prolactina, que por sua vez reduz a produção de testosterona. Fatores como o estresse e a depressão, também podem reduzir a libido (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Outras alternativas, além das já citadas anteriormente, mas não tão amplamente utilizadas, são o uso de um dispositivo externo a vácuo e de um ou mais anéis de tensão de materiais como borracha e silicone. Funciona inserindo-se o pênis num cilindro de plástico, que quando bombeado cria um vácuo. Quando a ereção é obtida, desliza-se um anel que se posiciona na base do pênis e o dispositivo a vácuo é removido. Retirado o anel, a ereção é interrompida. Uma outra modalidade medicamentosa utilizada, é a farmacoterapia intracavernosa, que se trata da utilização de medicamentos auto-aplicáveis a base de prostaglandina (que pode ser associada à fetolamina e à papaverina), aplicação essa praticada por meio de uma injeção quase indolor, feita no interior dos corpos cavernosos (que são as estruturas eréteis do pênis) produzindo então, ereções de boa qualidade em cerca de 70% a 80% dos pacientes (FARIA, 2007).

Quando há um comprometimento do sistema vascular, como o causado pelo diabetes, ou mesmo por lesões na medula espinal, existe um último recurso, a prótese peniana, recurso este que passou a ser utilizado no final dos anos 70. Primeiramente, foram utilizadas as próteses semi-rígidas (mais baratas), usadas no intra-corpo cavernoso, que são constituídas de uma haste cilíndrica maciça de silicone, e com um eixo central metálico, podendo ser colocadas com anestesia local. Mais tarde, aparecem as próteses infláveis (de dois ou três volumes), mais modernas e mais caras, e que têm por objetivo a rigidez necessária a uma relação sexual de qualidade. São mecanismos que promovem a ereção pelo enchimento de cilindros de silicone com um líquido armazenado num reservatório, localizado no abdome, líquido este que, quando bombeado por um terceiro volume localizado no testículo, corre para os cilindros localizados nos corpos cavernosos, simulando uma ereção fisiológica. As próteses infláveis têm um custo aproximadamente vinte vezes maior que às semi-rígidas (MESSINA, 2002).

Próteses penianas são indicadas para pacientes com disfunção erétil orgânica, e que já tenham percorrido ou mesmo utilizado outros tratamentos medicamentosos, o intra-vácuo, sem ter conseguido uma solução satisfatória. Contra indicações? Possíveis infecções, quando a prótese deve ser substituída por uma similar, e fibrose, que pode encurtar o pênis (GLINA, 1999).

2.4 Tratamento Psicológico

Importa acrescentar que nos casos de homens com disfunção erétil psicogênica, deve-se empregar o aconselhamento extensivo, bem como outras formas de tratamentos disponíveis antes de se pensar na colocação de prótese peniana, uma vez que este recurso é irreversível, ou seja, uma vez efetuado o procedimento de colocação desse equipamento, que mecanicamente restabelece as funções de ereção peniana, não se pode voltar atrás (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Nos casos em que todos os procedimentos diagnósticos já foram utilizados e as causas apontarem para fatores psicogênicos, inicia-se o tratamento, por meio de uma cuidadosa avaliação psicológica, começando com uma entrevista, independentemente da abordagem a ser proposta, ocasião esta em que o paciente fala de sua vida, suas fantasias sexuais. Nessa entrevista inicial, é importante verificar se o paciente usa drogas, se tem distúrbios afetivos substanciais. Se a causa da disfunção erétil for considerada como psicogênica, então o aconselhamento sexual deve ser indicado como terapia de primeira linha. Vale destacar que os fatores psicossociais são importantes em todas as formas de DE e, a terapia psicossocial pode ser benéfica para casais com DE com origem psicogênica e orgânica (ELLSWORTH; STANLEY, 2003).

Deve-se destacar que os fatores psicológicos que contribuem para a disfunção erétil podem ser separados em três grupos: predisponentes, ou seja, aqueles em que são enfatizados aspectos como experiências sexuais altamente traumáticas, desinformação sexual, e formação religiosa extremamente rígida. Outros fatores relevantes são os precipitantes, tais como doenças orgânicas, medicações antidepressivas, idade, e mesmo a infidelidade. Finalmente, os fatores mantenedores, que são a ansiedade por um bom desempenho, sentimento de culpa, falas do casal na discussão dos problemas sexuais e diminuição da atração por parte de um dos parceiros. Elementos como depressão, estresse continuado, jornada de trabalho elevada, insônia, também entram nesse quadro que caracteriza a disfunção erétil de origem psicogênica, que pode ser inferida, quando o paciente tem ereções espontâneas matutinas, ou mesmo quando se masturba. Deve-se também verificar se o paciente é sedentário, obeso, tem pressão arterial elevada, é usuário de álcool, cocaína e outras drogas recreativas (FRANÇA, 2004).

Quando excluídas todas as possibilidades de causas orgânicas, é relevante pensar que a possibilidade de a ansiedade, aliada à insegurança e ao medo de não cumprir seu papel de

“macho infalível”, podem de fato, levar o homem, em especial os mais jovens, a não conseguir ou mesmo manter a ereção, uma vez que esse homem é culturalmente educado para ser infalível, e cuja auto-estima está fortemente vinculada à sua capacidade sexual. Dessa forma, o medo do fracasso, pode descarregar na corrente sanguínea, um enorme volume de adrenalina, hormônio secretado pela glândula supra-renal, que vai ativar determinados neurotransmissores e inibir outros, entre os quais àqueles responsáveis pelo mecanismo da ereção. Já entre os homens mais maduros, a dificuldade de estabelecer vínculos afetivos com a parceira, ou mesmo a crescente liberação da mulher moderna são, entre outros, fatores que podem prejudicar o desempenho sexual do homem de hoje (BALLONE, 2007).

Apesar de a busca pela cura dos distúrbios sexuais ser tão antiga, os tratamentos psicológicos com fundamentação científica só foram desenvolvidas a partir do início do século passado, com o advento da psicanálise, que dominou a terapêutica desses distúrbios até a década de 50, época em que surgiram outras terapias, tais como a “terapia sexual”, desenvolvida a partir das técnicas de condicionamento operante da psicologia comportamental, e confirmadas por estudos de fisiologia sexual executado pelos pesquisadores Masters e Johnson (FRANÇA, 2004).

No início do século XX, ciências como a geriatria e a sexologia, criaram um relacionamento no mínimo contraditório entre o envelhecimento e a função sexual, pois preconizavam que o vigor sexual era determinado biologicamente, e aceitar o seu declínio mostrava aceitar o envelhecimento. Na metade do século se chega a um entendimento de que o declínio sexual tinha tanto base psicológica, como base orgânica (BULCÃO et al, 2004).

Nas décadas de 60 e 70, a teoria predominante proposta inicialmente por Masters e Johnson e seguida por Kaplan, dizia que os distúrbios sexuais tinham uma base comportamental, e um resultado satisfatório só seria alcançado com uma combinação da terapia comportamental aliado a terapia psico-educacional por meio de métodos cognitivos. No caso da abordagem comportamental, a terapia do sexo é focal e direta quanto ao problema a ser resolvido: o restabelecimento da função eretiva. A forma mais adequada de terapia sexual passa pelo casal, sendo que há uma maior probabilidade de sucesso se o relacionamento for mais estável. No início desse tipo de terapia, fica vedada a relação sexual até que o programa se complete por meio de uma série progressiva de exercícios feitos regularmente em casa e com a orientação do terapeuta. Como a penetração é o aspecto da relação que causa as dificuldades mais relatadas pelo homem com disfunção erétil, os

exercícios para se chegar à penetração vaginal, são deixados para a etapa final desse processo, e dessa forma, na medida em que os aspectos que ameaçam o relacionamento são removidos, aumenta então a intimidade, diminuindo por consequência, a ansiedade diante do coito, sendo este o objetivo maior do tratamento (FRANÇA, 2004).

Diversas sessões de aconselhamento proporcionam, neste tipo de terapia, a oportunidade de uma discussão mais aprofundada daqueles pontos que são relevantes para o casal, com a finalidade de definir o progresso que o tratamento está alcançando, proporcionando também a oportunidade de uma educação sexual adequada quando há a presença de problemas dessa natureza. Há ocasiões em que a terapêutica comportamental será complementada com o fornecimento de materiais educacionais ajustados ao caso, segundo o enfoque da abordagem cognitiva, que utiliza argumentos racionais para modificar pensamentos negativos, como por exemplo, a destruição dos mitos sexuais que muitas vezes minam os relacionamentos. Dentre esses mitos, pode-se destacar a idéia falsa de que a mulher deve chegar ao orgasmo em todas as relações, e em especial a de que os homens devem ser capazes de materializar o ato sexual a qualquer momento e a crença de que o tamanho do pênis qualifica qualquer relação (FRANÇA, 2004).

Ainda segundo Masters e Johnson, citados por França (2004), cerca de 72% dos pacientes foram curados em cinco anos de acompanhamento. Tais números não são tão expressivos em estudos subseqüentes, e as respostas aos programas de tratamento, com pequenas modificações, mas baseados nas técnicas dos autores supracitados, não são tão significativas. Dessa forma, a real eficácia da terapia psicosssexual no tratamento da disfunção erétil não foi demonstrada de forma inequívoca e consistente. Algumas razões tais como escassez de pesquisas, a heterogeneidade dos pacientes, a dificuldade em quantificar o grau das disfunções são apresentadas para justificar a imprecisão dos dados. Existem evidências claras de que tal método psicoterápico tem efeitos em muitos pacientes, mais poucos estudos se esforçaram para identificar quais pacientes se beneficiaram efetivamente desse método psicoterápico.

Algumas modificações foram então introduzidas na terapia psicosssexual, tais como técnicas de hipnose, métodos de relaxamento e de facilitação do debate de orientações em terapia sexual. Outras áreas de terapia psicológica estão também cuidando da disfunção erétil, como a sistêmica, que apesar de focalizar o sintoma, tenta analisar a dinâmica interacional do meio familiar, apesar de existir um reconhecimento de que a atenção principal do tratamento

deve ser o indivíduo, em especial nos casos em que não se tem uma parceira envolvida. É importante enfatizar que a fisiologia do pênis e o processo de ereção só foram completamente elucidados na década de 80, quando a medicina reconheceu que fatores orgânicos são importantes na protogênese da disfunção erétil (FRANÇA, 2004).

No Brasil, médicos e psicólogos comportamentalistas começam de fato a se preocupar com as disfunções sexuais no início da década de 70 (RODRIGUES Jr., 2001, apud MARTINS, 2007). Mas, como foi citado anteriormente, este modelo não se constitui na única alternativa para tratar dos problemas da vida sexual, de modo que esta problemática tem sido abordada por diferentes escolas psicológicas, como a cognitiva, a sistêmica, a gestáltica e a psicanalítica (MARTINS, 2007).

Estudo estatístico realizado por Melman em 1998, com homens que freqüentavam uma clínica de urologia especializada em DE, conclui que as causas eram predominantemente orgânicas em 47,65% dos casos, outros 30,7% tinham causas psicológicas, e 21,7% dos casos tinha etiologia indefinida (FRANÇA, 2004).

Diversas mudanças ocorreram na opinião científica sobre os mecanismos que levam a DE, fazendo com que médicos e psicólogos passassem a interagir em equipes interdisciplinares, trocando conhecimentos e impressões sobre o diagnóstico. Inicialmente os pacientes procuram os médicos para relatar seus sintomas, ficando para esse profissional, o encargo de fazer uma primeira triagem baseada na história clínica desse paciente. Contudo, para que o médico esteja qualificado para identificar melhor aqueles pacientes que podem se beneficiar de uma psicoterapia, ele deve ter um consistente conhecimento sobre as causas dos problemas psicossociais, sobre suas técnicas e seus resultados. Esse conhecimento médico sobre as causas psicológicas da disfunção erétil ou mesmo da ejaculação precoce, vem sendo construído, em especial, pelos grandes laboratórios, como é o caso de um *manual*, resultado de um estudo publicado pela Pfizer, onde se listam um grupo de fatores etiológicos na disfunção erétil psicogênica, que reflete pontos indubitavelmente aceitos por distintas abordagens psicoterápicas e exposto no quadro abaixo (FRANÇA, 2004).

Tabela 1 - Fatores etiológicos na disfunção erétil psicogênica

Fatores Predisponentes
<ul style="list-style-type: none"> -Alguns tipos de personalidade são mais propensos à DE do que outros. -Formação cultural e religiosa rígidas podem levar à repressão da sexualidade associada com sentimentos de culpa. -Falha na educação sexual pode gerar expectativas fantasiosas no homem e na parceira -Problemas psicodinâmicos familiares, tais como excesso de afeto e conflitos edipianos. -Abuso sexual anterior a humilhação pela parceira em encontro sexual precoce. -Estresse com a vida diária.
Fatores precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> -Doença orgânica pode ser um fator precipitante para uma doença psicogênica. -Estados de depressão e ansiedade. -Algumas medicações antidepressivas. -Falha em corresponder a expectativas fantasiosas de performance sexual. -Falha da parceira em reconhecer que, como aumento da idade, o desejo sexual masculino diminui, fazendo com que o homem necessite de mais estímulos sexuais durante um período de tempo maior para alcançar a rigidez. -A infidelidade pode precipitar a disfunção sexual nos relacionamentos iniciais. -A perda de uma parceira constante pode levar temporariamente o homem à perda completa da atividade erétil.
Fatores Mantenedores
<ul style="list-style-type: none"> -Falha anterior leva a um aumento nos níveis de ansiedade que acabam inibindo a função sexual. -Educação sexual inadequada pode levar à perpetuação dos chamados mitos sexuais. -Medo da intimidade por parte do homem. -Falha do casal na discussão de problemas sexuais. -Diminuição da atração por um dos parceiros.

Fonte: FRANÇA, 2004.

Tal quadro foi montado com bom senso, e cobrindo em grande parte os fatores etiológicos da disfunção erétil psicogênica. Se for observado com mais cuidado, constata-se que nos fatores predisponentes incluem-se fatores constitucionais do psiquismo, que costumam ser abordados e trabalhados nas diversas correntes psicoterápicas de influência psicanalítica. Entre os fatores mantenedores, estão inclusos aspectos dos quais se ocupam as correntes psicoterápicas de influência comportamental (FRANÇA, 2004).

Há um evidente empenho dos médicos na conscientização de seus pacientes, da necessidade de uma avaliação psicológica no quadro da DE. Quando há indicação

psicoterápica, esta é aceita com certas reservas pelos pacientes, e apenas cerca de um décimo deles chegará a procurar uma clínica particular, pois o difícil mesmo é assumir a impotência sexual para si, uma vez que tal quadro está fortemente associado à falta de masculinidade, e conseqüentemente, à perda de uma identidade masculina. Também é muito difícil assumir esse fato para a parceira. Aliás, a maioria dos homens sequer comunica à parceira que está buscando ajuda, preferindo por vezes conviver com acusações de infidelidade. Esse é um forte obstáculo naquelas propostas psicoterápicas que dependem da presença do casal (FRANÇA, 2004).

Finalmente, será abordada a temática da DE dentro do olhar psicanalítico, diferentemente do que acontece com a ejaculação precoce, é marcada pela convergência de opinião entre diferentes autores. Tudo começa com as indagações de Freud, em 1892, acerca das disfunções sexuais, que na época estavam sobrepostas a questões ligadas à frigidez, levando-o a questionar se “a anestesia sexual nas mulheres seria outra coisa que não um resultado de impotência”. O sintoma da impotência para Freud, seria uma conseqüência de um quadro de neurastenia adquirido na puberdade, resultante de dois fatores nocivos: a masturbação, que criava a disposição para a impotência e o coito incompleto, que produzia a impotência mesmo em indivíduos não dispostos à ela. Estava assim encadeada uma correlação que teria efeitos duradouros no raciocínio de Freud sobre este assunto: masturbação e *coitus interruptus* que levam à neurastenia e a impotência (FRANÇA, 2004).

Na carta 70 (datada de 3 e 4 de outubro de 1897), Freud narra o sonho da babá ladra, que traz uma outra correlação, desta vez entre a “prova escolar” e a “prova sexual”: “Ela era minha professora em assuntos de sexo e me repreendia por eu ser desajeitado e não ser capaz de fazer nada. É sempre assim que ocorre a impotência do neurótico; é assim, que o medo de ser incapaz na escola adquire seu substrato sexual”. Para Freud, essa correlação, era responsável pela freqüência com que os impotentes tinham um sonho recorrente com exame, ou seja, sonham que se submetem às provas de bacharelato e licenciatura, mas não são bem sucedidos, por falta de suficiente preparação, incapacidade que reflete basicamente sentimentos de incapacidade sexual (FRANÇA, 2004).

Em 1908, Ferenczi publica o primeiro artigo totalmente dedicado ao tema da disfunção erétil, fazendo uma apologia às técnicas psicanalíticas de Freud, considerando-a a mais adequada para tratar a impotência psíquica, definida então como “condição patológica em que a ação inibidora da ansiedade mórbida e o medo fazem com que o arco reflexo sexual,

que está intacto, não se complete”. No mencionado artigo “*Interpretação e tratamento da impotência psicosexual*”, Ferenczi, além de estabelecer os pilares da compreensão psicanalítica da impotência psíquica, relata que naquela época, a concepção reinante apontava a masturbação como causa do distúrbio, e que o número de pessoas atingidas era tão grande, que levava os médicos a tentarem diferentes métodos de tratamento hidroterápico, elétricos, não alcançando qualquer êxito. O próprio autor, já havia administrado em seus pacientes tratamentos medicinais e de sugestão, mas só tivera resultados reais com a utilização do método psicanalítico. Para ele, e outros famosos psicanalistas da época como Stekel e Steiner, as raízes da impotência psíquica remontam a pensamentos libidinais recalçados na infância, que não envolvem somente os pais, mas também outras pessoas que de algum modo tenham pertencido a categoria de pessoas respeitáveis. Ele acrescenta ainda, que além das fixações incestuosas infantis, as experiências sexuais infantis, quando acompanhadas de uma humilhação intensa, podiam originar uma inibição psicosexual posterior. Como exemplo, cita no artigo, a vergonha que o menino experimenta ao ser apanhado no ato da masturbação (FRANÇA, 2004).

No Brasil, na década de 30, tem-se como referência na área, a atuação do médico Durval Marcondes que à época, fez uso das técnicas psicanalíticas para tratar a sintomatologia da DE em diversos pacientes com essa disfunção. Entusiasmado com os resultados que obteve, assegurou naquele momento, que as contribuições dadas ao assunto por Freud, Ferenczi, Steiner e Stekel, décadas antes, estavam corretas e pare ele, as principais causas das inibições sexuais deviam-se às fixações incestuosas do desenvolvimento sexual infantil, que eram responsáveis pela escolha de um objeto amoroso que tivesse por principal atributo a dependência de um rival poderoso (FRANÇA, 2004).

Hoje, a interpretação desse assunto têm outro foco, passando pela grande liberdade sexual vivida no final do século XX, entre os quais se destaca a necessidade sentida pelo homem de ter que dar provas de sua virilidade já nos primeiros encontros com a mulher. Essa fixação transforma o desempenho sexual numa verdadeira obsessão, e se torna então, uma possível barreira natural para que muitos casais vivam a possibilidade de um encontro emocional profundo. Há um consenso entre as escolas psicoterápicas, de que as dificuldades no relacionamento com a mulher passam, obrigatoriamente, pelas deficiências na introjeção da figura feminina, e pela interferência dos problemas edipianos no psiquismo dos homens (FRANÇA, 2004).

Vale destacar que não é de hoje, que se fantasia e se especula sobre o surgimento de elementos facilitadores químicos e soluções mágicas, que permitam vencer frustrações e alcançar a felicidade nessa área. Há um longo percurso desde os chás e simpatias milagrosas, até o surgimento do Viagra, cujo princípio ativo foi descoberto, por acaso, em 1993, quando cientistas da Pfizer, ao testarem a substância sildenafil para o tratamento de angina, descobriram como efeito colateral, ereções frequentes e prolongadas em alguns pacientes. Sucesso imediato nos Estados Unidos, foi lançado no Brasil em abril de 1998, e transformou o nosso país, no segundo consumidor mundial do produto. A busca por ajuda psicológica ficou reduzida, mas após um *boom* inicial, essa euforia foi cedendo espaço para a compreensão do que a bula aceitava: o efeito é garantido nos casos em que eu não há alteração libidinal, fato que fez a procura psicológica retomar ao seu patamar anterior (FRANÇA, 2004).

Falar de sexualidade não é fácil, em especial nos casos em que estão contidos entraves que comprometem uma identidade masculina amplamente reforçada pela religião e pela cultura vigentes. O trabalho clínico de grande parte dos psicólogos em seus consultórios, procura evidenciar o modo típico como os clientes vão bordejando essa complexa temática. É necessário um bom tempo de tratamento, bem como um vínculo terapêutico consistente, antes que o cliente crie coragem para chegar às questões genitais. Ao ser encaminhado por um médico, ele quase sempre se sente obrigado a seguir o roteiro utilizado na consulta médica, ou seja, um estilo defensivo determinado pelo montante de angústia mobilizada pela situação, pois vale lembrar que apesar de a disfunção erétil ser um sintoma como tantos outros, o peso dos tabus sexuais faz com que seja bem mais fácil falar de qualquer outro sintoma do que daqueles ligados a esse tema (FRANÇA, 2004).

Faz-se necessário registrar nas sessões iniciais, dados de fato relevantes, tais como a iniciação sexual, as circunstâncias nas quais o sintoma surgiu, as ocasiões em que se manifestava e com quais parceiras, procurando fazer com que nessas sessões, o paciente fale de sua dor, mesmo que essa fala se dê de uma forma oblíqua. A experiência clínica psicanalítica revela então, que o conteúdo condensado dessas primeiras sessões, irá desdobrar-se ao longo de todo o processo psicoterápico, sendo que de alguns fatos narrados surgirão em versões distintas, fazendo com que o profissional amplie sua compreensão acerca das fantasias que permeiam essa temática (FRANÇA, 2004).

O temor do homem de ser rejeitado, caso não tenha uma rápida e eficiente ereção, é estimulado culturalmente. Alguns homens maduros desejam ter ereções com a mesma

qualidade daquelas que tinham aos 20-25 anos. É irrefutável o fato de que, à medida que aumenta a idade, as condições do sistema nervoso e do aparelho circulatório também mudam para pior. Outros fatores significativos no desempenho sexual estão ligados ao desemprego, as dificuldades econômicas e ao estresse, doença do homem moderno e que acomete quase todos que lidam com responsabilidades profissionais. Basta citar que o estresse é uma das maiores causas da DE entre os homens que atuam no mercado financeiro. A enorme resistência do homem brasileiro à terapia sexual ou mesmo psicológica, agrava ainda mais este quadro pois, culturalmente, eles têm medo de serem tomados por loucos, masculinamente incompetentes, acham que o mal é sempre de origem orgânica, e que algum milagroso medicamento resolverá seu problema (BALLONE, 2007).

Do ponto de vista da psiquiatria, a depressão emocional e o seu sintoma universal a anedonia (incapacidade de sentir prazer), têm sido uma das principais queixas de impotência por disfunção erétil ou ejaculação precoce. Já na prática urológica, a maior parte dos pacientes apresenta uma causa orgânica ligada a uma psicológica, ou seja, todo homem com DE, seja idoso ou jovem, se preocupa com seu desempenho, antes, durante e mesmo depois da atividade sexual, configurando dessa forma a implicação de causas mistas à disfunção erétil. Pode-se afirmar que todo paciente com algum grau de DE, tem algum fator psicológico associado, seja como causa ou conseqüência dessa disfunção.

Ainda de acordo com Ballone (2004),

Tanto faz ser diabético como hipertenso, junto com a doença principal, haverá também o medo e a expectativa de ter que conviver com a impotência. No momento em que o paciente tem uma patologia que leva a impotência, quase sempre se soma a esta patologia o fator emocional, que contribui por agravá-la ainda mais.

Diz a psicanalista e pesquisadora Cassandra Pereira França, em sua obra “Ejaculação Precoce e Disfunção Erétil: Uma Abordagem Psicanalítica” (2004), que os pacientes que chegavam ao setor em que trabalhava no Ambulatório de Andrologia do Hospital das Clínicas de Minas Gerais, eram atendidos inicialmente pelos andrologistas, que após a escuta da história clínica detalhada desses pacientes e a realização dos exames específicos, quando constataavam causas físicas e neurológicas, os encaminhavam para avaliação psicológica. Tal conduta, segundo a autora, visava diminuir a resistência em aceitar a hipótese diagnóstica de uma causa psicológica para este distúrbio. Mesmo assim, a fala de alguns pacientes ilustra a reação quase geral ao impacto desse diagnóstico: “quando o doutor me falou que era

psicológico, doeu aqui, na cabeça. Será que eu sou inimigo de mim mesmo?”. Mais da metade desses pacientes que vinham à primeira entrevista expressavam a vontade de refletir mais e mais acerca desse sintoma, e só então, a psicanalista passava a oferecer uma sessão semanal com duração média de 40 minutos.

A gênese dessas disfunções sexuais psicogênicas está para o viés psicanalítico de hoje, na expressão física de um estado psíquico: o da impotência diante da vida, da profissão, do casamento, da mulher/filhos, e a medida que nas sessões semanais se trabalha essas áreas da impotência, a potência sexual é proporcionalmente recuperada. Mas, normalmente, se constata que a disfunção erétil é uma conjugação física e psíquica, reciprocamente se impedindo (FRANÇA, 2004).

Cabe lembrar, que os problemas de saúde excedem o âmbito profissional privado e individual, sendo que a função social do psicólogo, de acordo com Bleger (1965, apud MARTINS, 2007), não deve ser basicamente a psicoterapia, e sim a saúde pública. O profissional da psicologia deve interferir nos diversos aspectos que dizem respeito a saúde coletiva e não esperar que as pessoas adoçam, para então intervir.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de falar de uma questão tão delicada para os homens e trazê-la para discussão, é que foi planejado ou mesmo engendrado esse trabalho de monografia, visando jogar um foco de luz numa questão tão sombria, temida e pouco falada, a disfunção erétil, fantasma que assombra um percentual expressivo da população masculina mundial, em especial àquela com mais de 40 anos. A DE deixou a muito de ser um problema particular para se tornar um problema de saúde pública, uma vez que sua prevalência vem aumentando nas últimas décadas em todo o mundo e no nosso país, essa prevalência tem índices similares aos encontrados na literatura internacional.

O que dizer e como agir diante de um paciente que chega ao consultório psicológico com questões ligadas a disfunção erétil, questões estas que, certamente, se desdobram para outras áreas de sua vida, trazendo infelicidade, dor e depressão? Pensando numa situação como essa, é que foi tão importante, e porque não também empolgante, pesquisar, levantar dados, aprofundar o olhar sobre um tema ainda considerado tabu, o da impotência masculina. É de real importância para o psicólogo, ter informações consistentes sobre o assunto, não só para que se fale e se entenda as questões do paciente, mas para que se necessário, este profissional da psicologia, possa diferenciar o que é fisiológico e o que é psicogênico na DE ou mesmo, se há uma combinação desses dois fatores nos diversos sintomas apresentados pelo paciente. Aliás, durante todo o presente trabalho, a DE foi apresentada como um distúrbio com causas multifatoriais.

Inicialmente, fez-se um histórico sobre o tema, desde seus primeiros relatos em textos antigos, incluindo a Bíblia, sua dimensão na obra de Kinsey, Masters e Johnson, Freud e outros autores importantes, até se chegar a sua configuração no DSM-IV e na CID, os manuais utilizados hoje pela medicina, psiquiatria e mesmo pela psicologia.

Procurou-se entender do ponto de vista da fisiologia, o funcionamento do complexo processo de ereção masculina e, as possíveis e multifatoriais causas do não funcionamento eficaz desse processo, ou seja, a disfunção erétil. Desde o início deste trabalho, buscou-se dar destaque às inúmeras possibilidades de investigação, como os modernos exames clínicos utilizados pelos médicos para fechar um diagnóstico o mais preciso possível, bem como as possibilidades de tratamento, quer sejam medicamentosas com o Viagra e similares, quer sejam mecânicas como as próteses penianas, quer sejam psicoterapêuticas, com tratamentos considerados eficazes em diferentes abordagens.

É importante compreender as múltiplas causas que podem levar à DE, tais como as doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes melittus, baixo HDL, e tantos outros fatores interligados e essa etiologia. Até porque de maneira geral, o médico é quem descarta as causas fisiológicas e encaminha o paciente ao profissional da psicologia para trabalhar os fatores psicogênicos do distúrbio mas, por vezes, esse paciente começa sua *via crucis* pelo psicólogo, que deve sim, ter amplas informações sobre todas as questões que envolvem o processo eretivo masculino, quer sejam essas questões fisiológicas, quer sejam psicológicas, para se for o caso, encaminhá-lo ao profissional da medicina.

Verificou-se ao longo de dezenas de artigos científicos, obras publicadas, sites da web, matérias noticiadas em revistas e jornais, que há uma significativa controvérsia quanto à possibilidade ou não de cura da disfunção erétil. Ao longo da construção deste trabalho, conclui-se que, por ser multifatorial, a DE na grande maioria dos casos, não é um distúrbio curável, e sim tratável. Alias toda a luta da medicina para a cura da DE se divide em antes e depois do Viagra, cujo princípio ativo o sildenafil, curiosamente, foi descoberto por acaso numa pesquisa de tratamento para angina, quando se verificou que algumas pessoas que participavam dos testes com a substância, mantinham ereções prolongadas.

Um conhecimento mais abrangente sobre a fisiologia da ereção, sobre questões hormonais que levam à libido, sobre recursos não medicamentosos como as próteses penianas, e medicamentosos como o Viagra, o Cialis, trazem ao psicólogo uma maior segurança para atuar na área, alertando o paciente de que essa disfunção pode estar associada ou mesmo ser um sinal de alerta a um problema subjacente mais sério, como a hipertensão ou doença vascular, dando-lhe respostas coerentes e abalizadas acerca das opções de tratamento, como também da qualidade de vida após esse tratamento.

Porque a grande maioria dos casos de DE é tratável e não curável? Exatamente porque a maior parte das formas de disfunção erétil estão relacionadas a doenças subjacentes e que não têm cura, tais como a hipertensão e o diabetes. Nos casos em que o distúrbio tem origem psicogênica é tratável e curável, caso o tratamento seja bem sucedido. Existem muitas terapias para esse fim, desde a terapia sexual criada pelos sexólogos William Masters e Virgínia Johnson, passando pela psicanálise, até as terapias comportamental e cognitivo-comportamental, que apresentam resultados positivos.

Como foi dito anteriormente, o ideário masculino da civilização ocidental impõe ao macho ser rápido no gatilho em matéria de sexo e ter uma performance de atleta sexual na sua vida amorosa. Essa condição de que o macho tem que ser infalível nessa área, traz ao homem moderno um enorme peso. Aqui entra a figura do psicólogo, que além de procurar relativizar esse “enorme peso”, deve mostrar para o paciente que ele não está sozinho nessa condição de luta contra tão perturbador e debilitante distúrbio físico e emocional. Por ser ainda um assunto proibido, um tabu, como foi dito anteriormente, é extremamente difícil de ser desconstruído, pelas enormes amarras que tem com questões seculares ligadas à cultura, à religião, questões essas que evitam, ou mesmo na melhor das hipóteses, dificultam uma discussão mais franca sobre o assunto.

Vale destacar a importância da mudança do termo “impotência” para “disfunção erétil”, um grande passo para que esse distúrbio seja desmistificado, uma vez que “impotente”, remete a fragilidade, fraqueza, passividade, termos que são absolutamente incongruentes com a construção social do macho (GRASSI; PEREIRA, 2001).

Entende-se que um plano efetivo de educação sexual nas escolas e outras entidades poderia ajudar os jovens nas questões de informações sobre a vida sexual, questões essas que deveriam ser abordadas com mais frequência em salas de aula, em palestras, em livros, em revistas, e até mesmo em programas televisivos e radiofônicos.

Vale lembrar, que se a DE atinge, de acordo com muitos estudos, metade dos homens após os 40 anos, esse é um assunto do qual não se deve e não se pode fugir. Aliás, cabe ao psicólogo como profissional da saúde, falar abertamente sobre o tema, sem preconceitos, sem subterfúgios, sem opiniões dúbias, com conhecimento de causa, visando o real auxílio do grande número de homens que vêm chegando as clínicas em busca de ajuda, cumprindo dessa forma, o papel de agente de transformações sociais que todos esperam do profissional da psicologia.

É fato que a sexualidade na contemporaneidade, vem mudando, ainda que lentamente, alguns paradigmas, surgindo alguns rearranjos como, por exemplo, outras configurações familiares, questões de gênero, materializando um espectro sexual com matizes e fronteiras indefinidas sem rígidos enquadramentos normatizadores.

Sem sombra de dúvida, a ação individual dos profissionais da área da saúde em termos de orientar, aconselhar, de procurar falar francamente com os pacientes sobre sua vida sexual,

suas inseguranças e suas incertezas na área, bem como explicar a relevância da prevenção de problemas orgânicos, se torna um procedimento que, em muito contribuirá para a diminuição efetiva dos mitos criados em torno da disfunção erétil. A sexualidade envolve sim tanto o processo fisiológico como outras dimensões mais subjetivas do ser humano, como a capacidade de manter um relacionamento íntimo, como também expressar sentimentos e pensamentos.

É válido destacar que o psicólogo, por estar inserido num contexto onde o modelo biomédico apresenta real credibilidade, tem por parte do cliente, uma enorme expectativa de cura, não só de suas angústias e neuroses, mas de problemas mais concretos que o afligem, como a disfunção erétil. O exercício do profissional da psicologia excede as práticas curativas, competindo ainda a esse profissional da saúde, criar, gerar, engendrar ações e estratégias, que contribuam para a melhor qualidade de vida do público que o procura.

A terapia sexual, desenvolvida a partir de técnicas de condicionamento operante, complementada com a disponibilização de materiais educacionais relacionados ao caso, aliados a elementos da abordagem cognitiva (argumentos racionais que visam modificar pensamentos negativos que levam ao medo e a insegurança de “não dar conta do recado”), tem sido amplamente aceita por sua efetividade.

Vale lembrar que existe real espaço para a terapia sexual no tratamento da DE. Os problemas sexuais podem estar ligados as diversas dificuldades de relacionamento afetivo, o que leva a estados de baixa auto-estima, ansiedade e depressão. A terapia do sexo é de fato eficaz para fazer com que as pessoas compreendam não só os aspectos psicológicos, como também os aspectos fisiológicos que levam à disfunção erétil, além de auxiliar o casal a lidar com expectativas irreais e mitos a respeito da sexualidade, com a auto-imagem negativa, como também entender as necessidades e solicitações do parceiro. Também pode auxiliar em questões tais como conflitos de intimidade, lutas de poder e controle (FRANÇA, 2004).

É ainda importante refletir que se um dos parceiros tem problemas com a função sexual, ambos são afetados. Dessa forma, a abordagem mais realista deve trabalhar com o casal a fim de recuperar a capacidade física e o aspecto emocional de ambos. As opções de tratamento, bem como os riscos e as possibilidades de sucesso, precisam ser discutidas claramente. Para se chegar a uma meta, é importante que tanto o paciente como sua parceira estejam realmente envolvidos no diagnóstico e empenhados nas diferentes fases do

tratamento, e que de fato, o casal compreenda não só processo erétil normal, como as causas e os tratamentos disponíveis para os homens que têm problemas de ereção (FRANÇA, 2004).

É importante ainda frisar que o psicólogo, como agente de mudanças, deve também procurar promover a saúde fora de seu consultório, uma vez que não há como separar a saúde coletiva da individual. É claro que o sofrimento é vivido individualmente, mas, é relevante reconhecer que o fator determinante deste sofrimento é muitas vezes criado pelo coletivo, pelas crenças e mitos e representações sociais impostos e sedimentados por esse coletivo em torno desses mitos.

Cabe sim ao psicólogo, encontrar ou criar espaços que possibilitem o sujeito vivenciar a saúde como um estado de qualidade de vida que passa pelo biopsicossocial. É de real importância que esse profissional abra espaços para que o cliente possa clarear as queixas de impotência trazidas aos consultórios, muitas das quais são oriundas de desinformação e fantasias a respeito do funcionamento sexual. Como agir para que essa premissa se materialize? Engajando-se em políticas públicas e em equipes interdisciplinares, objetivando aperfeiçoar o sistema de saúde já existente, ocupando espaços, valorizando sua profissão quer seja pelo conhecimento intelectual e acadêmico, quer seja pelo exercício dessa profissão com ética, dignidade e seriedade para que os responsáveis pelas áreas de saúde pública, bem como as autoridades governamentais responsáveis pelas políticas públicas, o reconheçam como parte integrante e indispensável para a promoção da saúde coletiva no nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, Carmita Helena Naja et al. Disfunção Erétil: Resultados do Estudo de Vida Sexual do Brasileiro **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 6, p. 424-429, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000600023&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 ago. 2010.

BALLONE G. J. **Depressão e Disfunção Sexual (Impotência)**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/revisto> em 2007>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BARROS, Antonio Antunes de et al. **Patologias dos Genitais Masculinos**. 49 f. Dissertação (Graduação) – Medicina: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.lua.ufsc.br/luarquivos/PDF/Patologia_genitais_masculinos.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2010.

BÚFALO, Aedra Carla. **Antidepressivo Hypericum perforatum L. Sobre o Sistema Reprodutivo Masculino de Ratos Wistar**. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Farmacologia, Departamento de Farmacologia, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/13538/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20definitiva%20080108%20pdf.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

BULCÃO, Carolina et al. Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. **Ciências e Cognição**. Rio de Janeiro, v. 1, p. 54-75, mar. 2004. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v01/cec_vol_1_m1143.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

ELLSWORTH, Pamela; STANLEY, Bob. **Tudo sobre disfunção erétil**: respostas às suas dúvidas. São Paulo: Organização Andrei Ltda, 2003.

FALCHI, Sérgio Luiz Ricci. **Prevalência e Fatores Associados á Disfunção Erétil na Zona Urbana de Pelotas/RS** - Brasil, em Homens com idade entre 40 e 70 anos. 45 f. Dissertação (Mestrado) – Saúde e Comportamento: Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2006.

FARIA, Geraldo Eduardo de. Disfunção Erétil. **Prática Hospitalar**, ano IX, n. 51, p. 69-72, maio/jun. 2007.

FLEURY, Heloisa J. Sexualidade: Menopausa e a Andropausa. **Revista Brasileira de Psicodrama**, p. 85-98, 2004. Disponível em: <www.febrap.org>. Acesso em: 24 ago. 2010.

FRANÇA, Cassandra Pereira. **Ejaculação Precoce e Disfunção Erétil**: uma abordagem psicanalítica. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GLINA, Sidney. **Disfunção Erétil**. Disponível em: < **Revista Brasileira de Medicina**, v. 56, n. 12, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/revistas-12.08.2010>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

GRASSI, Maria Virgínia Filomena, PEREIRA, Mário Eduardo Costa. O “Sujeito-sintoma” impotente na disfunção erétil. **Ágora**, v. IV, n. 1, jan/jun, p. 53-76, 2001.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM - IV – TR. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

MARTINS, Paulo César Ribeiro. **O Amante Competente e outros Campos do Imaginário Coletivo de Universitários sobre Dificuldades Sexuais Masculinas**. 99 f. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia: Psicologia – Profissão e Ciência, Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

MATHEUS, Wagner E.; FREGONESI, Adriano; FERREIRA, Ubirajara. Disfunção Erétil. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 66, n. 22, p. 85-89, dez. 2009. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003_eid_materia=4197>. Acesso em: 24 ago. 2010.

MATOS, Evandro Gomes de; MATOS, Thania Mello Gomes de; MATOS, Gustavo Melo Gomes de. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 312-318, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/importancia_limitacoes_dsm_iv.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

MESSINA, Leonardo Eiras. Disfunção Erétil. **Rev. Fac.Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 4, n.1/2, p. 13-16, 2002.

MORALES, Antonio Martín. Uso no prescrito de los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IFDE5) e internet. **Rev. Int. Androl.**, v. 5, n. 2, p. 82-87, 2007.

MORALES, Francisco; ROLO Francisco; SÁ Helena. Disfunção Erétil e Insuficiência Renal Crônica. **Acta Urológica Portuguesa**, v. 18, n. 3, p. 18-38, 2001.

MUNIZ, Marcos. **Como os Anabolizantes agem no Organismo**. Disponível em: <http://www.wallstreetfitness.com.br/fique_por_dentro/artigo/1482/como-os-anabolizantes-agem-no-organismo/>. Disponível: 16 set. 2010.

PSIQWEB. Sexualidade: Disfunção Erétil, Antiga Impotência Sexual. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

QUILICI, Mário Luiz Pestana. **Disfunção Erétil**. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=71>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

RAMOS, Rebeca. Ligação intensa entre sono e sexo. **Jornal Correio Braziliense**, Saúde, p. 21, 08.10.2010.

RODRIGUES Jr, Oswaldo M. Cognições, comportamento sexual e AIDS. **Revista Brasileira da Sexualidade Humana**, v. 6, n. 1, p. 30-46, jan./jun 1995.

SCHMIDT, Helena. Impacto cardiovascular da neuropatia autonômica do diabete mellitus. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 232-243, 2007.

SILVA, Laura Meyer da. O Comportamento Sexual de Homens de Baixa Renda com Disfunção Erétil. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 6, n. 1, jan./jun. 1995.

SOUSA, Jailson L. A Sexualidade na Terceira Idade: uma discussão da AIDS, Envelhecimento e Medicamentos para a Disfunção Erétil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

WANNMACHER, Lenita. Sildenafil: mais potencial que potência?. Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, v. 3, n. 7, maio 2006.